



# **EnvelheSER ATIVO**

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Cláudia Pereira**

Trabalho apresentado ao II curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, para obtenção do grau de Mestre, sob a orientação de Assunção Nogueira (PhD)

**Gandra, junho de 2013**

Pereira, C. (2013). *EnvelheSER ATIVO*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Gandra

**PALAVRAS-CHAVE:** IDOSO, ENVELHECIMENTO ATIVO, QUEDAS, PLANEAMENTO EM SAÚDE

*Para a Leonor,  
que me acompanhou desde o primeiro momento deste percurso!*



## AGRADECIMENTOS

À Iolanda, pela partilha do seu entusiasmo e incentivo no momento de decisão,

Ao Márcio, por ser um verdadeiro companheiro e me ajudar nos momentos de desânimo e incerteza, pela sua compreensão e apoio incondicional,

Aos meus pais e irmã, pela paciência, ajuda e por sempre acreditarem em mim,

À Professora Doutora Assunção Nogueira, pela orientação, disponibilidade e incentivo constantes,

À Enfermeira Iola Ferronha, pela sua entrega e acompanhamento,

À Professora Vânia Costa, pela colaboração preciosa,

Às minhas colegas, pela atenção e compreensão demonstradas nesta fase especial da minha vida,

Aos idosos que participaram neste projeto, sem os quais este trabalho não seria possível concretizar,

À Professora Doutora Clárisse Magalhães, pelo apoio demonstrado,

A todos, remeto os mais **sinceros agradecimentos!**



*Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar das forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependência e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.*

*Herman Hesse*





# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO ATIVO.....	5
1. O ENVELHECIMENTO .....	7
1.1 Conceções de envelhecimento e qualidade de vida .....	10
2. O ENVELHECIMENTO ATIVO.....	17
2.1 Programas e políticas de saúde para a pessoa idosa em Portugal .....	22
CAPÍTULO II – PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	27
1. DETERMINAR AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO IDOSA DE FELGUEIRAS.....	29
1.1 Processo Metodológico .....	31
1.2 Apresentação dos dados.....	45
1.3 Discussão dos resultados .....	72
1.4 Problemas de saúde identificados .....	77
2. PRIORIZAR AS NECESSIDADES .....	79
4. FIXAR OS OBJETIVOS.....	83
5. PLANO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....	87
5.1 Preparação e execução das atividades planeadas.....	92
6. AVALIAÇÃO .....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	105
ANEXOS .....	109



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Determinantes do envelhecimento ativo .....	19
<b>Figura 2</b> - Pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo (de acordo com OMS, 2005) .....	20
<b>Figura 3</b> - Mapa da região do Vale do Sousa .....	32
<b>Figura 4</b> - Mapa do concelho de Felgueiras .....	33



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Indicadores demográficos 2001 – 2011.....	9
<b>Quadro 2</b> - Dados estatísticos relativos à densidade populacional, taxas de natalidade e fecundidade; índices de envelhecimento, dependência de idosos e fecundidade - Portugal e Felgueiras.....	34
<b>Quadro 3</b> - População empregada por setor de atividade económica.....	35
<b>Quadro 4</b> - Resultados da aplicação do MEEM enquanto critério de inclusão na amostra.....	38
<b>Quadro 5</b> - Nível de escolaridade dos idosos incluídos na amostra (pontuação igual ou superior a 15 valores no MEEM).....	39
<b>Quadro 6</b> - Operacionalização das variáveis em estudo.....	41
<b>Quadro 7</b> - Valores médios das respostas às questões da escala WHOQOL-Breve.....	68
<b>Quadro 8</b> – Resultados normalizados (estatísticas descritivas) dos vários componentes da escala WHOQOL-Breve.....	69
<b>Quadro 9</b> - Classificação da dependência do idoso segundo o Índice de Barthel.....	72
<b>Quadro 10</b> - Problemas identificados no diagnóstico de situação.....	78
<b>Quadro 11</b> - Definição de prioridades pela escala de medida linear – pontuações atribuídas.....	80
<b>Quadro 12</b> - Lista de problemas priorizados.....	80
<b>Quadro 13</b> - Operacionalização dos indicadores de avaliação.....	98
<b>Quadro 14</b> - Avaliação do indicador: "Taxa de adesão dos idosos às atividades realizadas".....	98
<b>Quadro 15</b> - Avaliação do indicador: "Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa".....	99



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001-2011 .....	8
<b>Gráfico 2</b> - Nível de escolaridade da população residente de Felgueiras .....	35
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos idosos em função do género .....	46
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos idosos em função da idade .....	46
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos idosos em função das habilitações literárias .....	47
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos idosos em função da profissão.....	48
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição dos idosos em função do estado civil.....	48
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição dos idosos em função de com quem vive .....	49
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição dos idosos em função de com quem vive da família alargada .....	49
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição dos idosos em função do tipo de habitação .....	50
<b>Gráfico 11</b> - - Distribuição dos idosos em função da existência de escadas (barreira arquitetónica) na habitação.....	50
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição dos idosos em função da existência de água canalizada/potável na habitação .....	51
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição dos idosos em função dos seus rendimentos económicos mensais.....	51
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio .....	52
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio (respondentes que assinalaram a resposta "outro") .....	52
<b>Gráfico 16</b> - Distribuição dos idosos em função do que costumam fazer no tempo de lazer, fora da instituição.....	53
<b>Gráfico 17</b> - Distribuição dos idosos em função de com quem convive fora da instituição .....	53
<b>Gráfico 18</b> - Distribuição dos idosos em função do número de refeições diárias .....	54

<b>Gráfico 19</b> - - Distribuição dos idosos em função de quem confeciona as refeições fora da instituição.....	54
<b>Gráfico 20</b> - Distribuição dos idosos em função do método de confeção de alimentos mais utilizado nas refeições que faz fora da instituição .....	55
<b>Gráfico 21</b> - Distribuição dos idosos em função do número de grupos da roda dos alimentos que inclui na alimentação diária .....	55
<b>Gráfico 22</b> - Distribuição dos idosos em função da quantidade de água consumida diariamente .....	56
<b>Gráfico 23</b> - Distribuição dos idosos em função do número de horas de sono diárias.....	56
<b>Gráfico 24</b> - Distribuição dos idosos em função do hábito de dormir a sesta ..	57
<b>Gráfico 25</b> - Distribuição dos idosos em função do uso de medicamentos para dormir .....	57
<b>Gráfico 26</b> - Distribuição dos idosos em função do consumo de bebidas alcoólicas diariamente .....	58
<b>Gráfico 27</b> - Distribuição dos idosos em função do tipo de bebidas alcoólicas consumidas diariamente .....	58
<b>Gráfico 28</b> - Distribuição dos idosos em função da quantidade de bebidas alcoólicas ingerida diariamente .....	59
<b>Gráfico 29</b> - Distribuição dos idosos em função do consumo de tabaco .....	59
<b>Gráfico 30</b> - Distribuição dos idosos em função de ter médico de família .....	60
<b>Gráfico 31</b> - Distribuição dos idosos em função de sofrer de algum tipo de doença .....	60
<b>Gráfico 32</b> - Distribuição dos idosos em função do tipo de doença que sofre .	62
<b>Gráfico 33</b> - Distribuição dos idosos em função da toma de medicação diária	62
<b>Gráfico 34</b> - Distribuição dos idosos em função do número de comprimidos diferentes que toma diariamente .....	63
<b>Gráfico 35</b> - Distribuição dos idosos em função da prática de atividade física semanalmente.....	63
<b>Gráfico 36</b> - Distribuição dos idosos em função do tipo de atividade física praticada semanalmente .....	64



<b>Gráfico 37</b> - Distribuição dos idosos em função dos motivos da ausência de prática de atividade física .....	64
<b>Gráfico 38</b> - Distribuição dos idosos em função do número de vezes que pratica atividade física semanalmente .....	65
<b>Gráfico 39</b> - Distribuição dos idosos em função da duração de cada sessão de atividade física.....	65
<b>Gráfico 40</b> - Distribuição dos idosos em função da sua opinião sobre a importância da atividade física para a saúde .....	66
<b>Gráfico 41</b> - Distribuição dos idosos em função de se sentir seguro em casa	66
<b>Gráfico 42</b> - Distribuição dos idosos em função da ocorrência de quedas no último ano.....	67
<b>Gráfico 43</b> - Distribuição dos idosos em função do local de ocorrência das quedas .....	67
<b>Gráfico 44</b> - Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL - Breve .....	70
<b>Gráfico 45</b> - Distribuição dos idosos em função das respostas à Q1 da escala WHOQOL-Breve .....	70
<b>Gráfico 46</b> - Distribuição dos idosos em função das respostas à Q2 da escala WHOQOL-Breve .....	71
<b>Gráfico 47</b> - Histograma do Índice de Barthel.....	71



# ÍNDICE DE ANEXOS

## **ANEXO A.....CX**

- Carta de apresentação do programa EnvelheSER ATIVO aos centros de dia/convívio
- Consentimento Informado ao idoso
- Respostas dos centros de dia/convívio à carta de apresentação

## **ANEXO B.....CXI**

- Formulário do MEEM

## **ANEXO C.....CXII**

Instrumento de colheita de dados:

- Questionário
- Formulário do Índice de Barthel
- Formulário da escala WHOQOL-Breve

## **ANEXO D.....CXIII**

- Pedidos de autorização e respetivas respostas para a utilização do MEEM, Índice de Barthel e escala WHOQOL-Breve

## **ANEXO E.....CXIV**

- Elementos relativos à atividade 1 do projeto “Casa Segura”

## **ANEXO F.....CXV**

- Elementos relativos à atividade 2 do projeto “Casa Segura

## **ANEXO G.....CXVI**

- Elementos relativos à atividade 1 do projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer”

**ANEXO H.....CXVII**

- Elementos relativos à atividade 2 do projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer”

**ANEXO I.....CXVIII**

- Elementos relativos à avaliação das atividades realizadas
- Fotografias da realização das atividades

## **SIGLAS**

A – autoestrada

AEEASG – 2012 – Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações 2012

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EN – estrada nacional

GGCAPI – Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas

CID – Classificação Internacional de Doenças

INE – Instituto Nacional de Estatística

MEEM – Mini-Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life: em português, Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde



## RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma questão preocupante e que marca a atualidade. O aumento exponencial de pessoas com 65 e mais anos de idade (idosos) obriga à adoção de um novo paradigma em relação ao envelhecimento humano: a promoção de um envelhecimento saudável e ativo.

Baseado na metodologia de planeamento em saúde, este trabalho teve como finalidade promover o envelhecimento ativo nos utentes idosos dos centros de dia e/ou convívio do concelho de Felgueiras. Partindo desta população, a nossa amostra, não probabilística e de conveniência, foi constituída por todos os idosos que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 15 valores no mini-exame do estado mental (MEEM): 51 idosos.

Efetuamos um estudo de carácter transversal e exploratório-descritivo, realizando o diagnóstico de saúde desta população com recurso à aplicação de um questionário, da escala da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – Bref) e do índice de Barthel. Emergiram vários problemas de saúde, dos quais as quedas foram consideradas a prioridade mais importante. Neste período de estágio (1 de outubro 2012 a 25 de janeiro 2013), tivemos como objetivos: conseguir, até final de janeiro de 2013, que 90% dos idosos adira a, pelo menos, uma das atividades e conseguir que 70% dos idosos demonstrem conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.

Implementamos o programa de intervenção comunitária “EnvelheSER ATIVO sem quedas!” que compreende três projetos: “casa segura”, “cuida-te” e “toca a mexer para melhor envelhecer”, com várias atividades. Realizamos quatro atividades, cumprindo com sucesso os objetivos delineados.

Asseguramos a continuidade destes projetos na comunidade pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Felgueiras.

**PALAVRAS-CHAVE:** IDOSO, ENVELHECIMENTO ATIVO, QUEDAS, PLANEAMENTO EM SAÚDE





## **ABSTRACT**

The demographic aging is a concerning issue marking our present days. The exponential growth of people with 65 years old or more (elderly) has forced us to create a new paradigm on what human aging is about: promoting a healthy and active aging.

Based on a health planning methodology, this issue's objective is to promote an active aging on the day cares and senior centers on city of Felgueiras. Having this population as a base, our sample, non-probabilistic and convenient, was built by all elderly who scored 15 points or higher on the mini-mental state exam (51 elderly).

We carried out a transversal study, exploratory and descriptive, making diagnosis of this population health using a questionnaire, the health quality scale of the World Health Organization (WHOQOL - Bref) and the Barthel Index. Several health problems emerged, falls being considered the most important priority. In this period (1<sup>st</sup> October 2012 to 25<sup>th</sup> January 2013) , we have the following objectives: manage that by the end of January 2013, 90% of older people adhere to, at least, one of the activities and get 70% of subjects to demonstrate knowledge of architectural barriers / fall prevention at home.

We created a program of community intervention "EnvelheSER ATIVO sem quedas!" which comprises three projects: "casa segura", "cuida-te" and "toca a mexer para melhor envelhecer" with various activities. We conduct four activities, successfully fulfilling the goals outlined.

We ensure the continuity of these projects in the community through the UCC Felgueiras.

**KEY-WORDS:** ELDERLY, ACTIVE AGING, FALLS, HEALTH PLANNING



## INTRODUÇÃO

As alterações demográficas, populacionais e sociais conduziram a uma mudança face ao paradigma do envelhecimento humano. Atualmente, assiste-se a um esforço conjunto para que os ganhos em anos de vida representem não só uma existência mais longa mas, acima de tudo, uma oportunidade de viver com saúde, independência, funcionalidade, participação e segurança (Ribeiro & Paúl, 2011).

A busca pela qualidade de vida no envelhecimento deve ser considerada numa perspectiva de curso de vida, assumindo o envelhecimento como um processo contínuo e que não se inicia algures num ponto específico, como por exemplo, a idade da reforma. Neste processo que se estende ao longo de toda a vida, o percurso individual que se constrói progressivamente determina os resultados (Ribeiro & Paúl, 2011).

Nesta busca de um envelhecimento saudável e ativo, é necessário fomentar a cultura de autogestão do envelhecimento, onde cada indivíduo seja capaz de reconhecer os fatores determinantes neste processo (fatores pessoais, comportamentais, económicos, sociais e ambientais), possua a informação, conhecimento e esteja motivado para intervir de forma eficaz e ativa sobre aqueles que dependem de si.

A promoção do envelhecimento ativo impõe-se como uma estratégia prioritária aos governos, sociedades e indivíduos, constituindo a temática central deste trabalho. A par de políticas como é exemplo a aprovação de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações pelo Parlamento Europeu, a implementação de programas e projetos mais individualizados e nas comunidades, assume-se como uma prioridade nesta temática.

Nesta área, a Enfermagem Comunitária assume um papel fundamental, desenvolvendo uma prática de cuidados centrada na comunidade e

participando na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão em relação aos problemas de saúde e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista aos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) “detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde (...) devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida (...) assim como os recursos comunitários” (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001), o que o coloca na linha da frente no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente na área do envelhecimento ativo.

No âmbito do II curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, iremos desenvolver um projeto de intervenção comunitária fiel ao processo de planeamento em saúde, junto dos utentes idosos dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, no período de 1 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013, a ser retratado neste relatório.

Numa primeira parte, abordaremos os conceitos associados ao envelhecimento demográfico, à pessoa idosa, ao envelhecimento ativo, bem como os programas e políticas de saúde existentes em Portugal na área do envelhecimento ativo.

Numa segunda parte, iremos desenvolver um projeto de intervenção comunitária com a finalidade de promover o envelhecimento ativo, seguindo as etapas do planeamento em saúde: diagnóstico de situação, priorização das necessidades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução e avaliação. O planeamento em saúde é um processo que permite a identificação de problemas de saúde a partir do diagnóstico de situação, procurando um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, o que inclui mudanças no comportamento das populações (Imperatori & Giraldes, 1993).

A metodologia utilizada será a descritiva e exploratória, cimentada no planeamento em saúde, com um carácter transversal no período referido. Recorreremos também à pesquisa bibliográfica, consulta de livros, revistas científicas, documentos e peritos cuja área de interesse se centra no envelhecimento, gerontologia, geriatria e envelhecimento ativo. Iremos dar preferência a fontes atuais e pertinentes nestas áreas temáticas.



## **CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO ATIVO**





# 1. O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico constitui uma preocupação atual e crescente devido ao aumento da população idosa. A diminuição da natalidade e os avanços técnico-científicos nos cuidados de saúde à população explicam grande parte deste fenómeno nas sociedades atuais (Moniz, 2003).

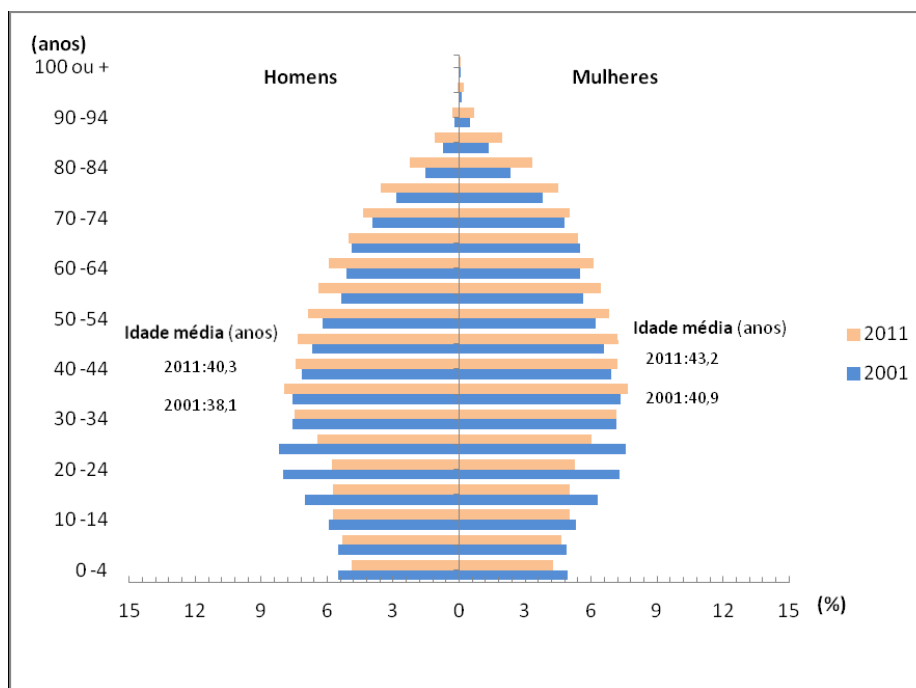
Em Portugal, o envelhecimento demográfico assume maior visibilidade a partir dos anos de 1960, em resultado do movimento migratório (saída de muitos jovens), da guerra colonial e da diminuição acentuada da natalidade desde 1980.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), nos resultados definitivos dos Censos 2011 este quadro de envelhecimento demográfico é bastante notório e tem vindo a acentuar-se, como se pode comprovar comparando dados de 2001 com os de 2011 (Gráfico 1).

Na data de realização dos Censos 2011 (21 de Março 2011), a população residente em Portugal, era de 10 562 178 pessoas, das quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres. Verificou-se um crescimento de 2% da população (206 061 pessoas) nos últimos dez anos, que se deveu predominantemente a um saldo migratório positivo de 188 652, uma vez que o saldo natural (número de nascimentos menos o número de óbitos) contribuiu com apenas 17 409 pessoas para este crescimento.

Atualmente, a população idosa (pessoas com 65 e mais anos) corresponde a cerca de 19% e a população jovem (pessoas com 14 e menos anos) é de 15%, aproximadamente (Gráfico 1). Mantém-se a tendência de inversão da pirâmide etária, com um estreitamento da base (diminuição da população jovem) e alargamento do topo (aumento da população idosa).

Gráfico 1 - Estrutura etária da população residente, por sexo, 2001-2011



Fonte: INE, 2012

Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3. Salienta-se ainda que o grupo etário dos 65 e mais anos, é constituído maioritariamente por mulheres (58%), sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900 (INE, 2012), isto porque as mulheres vivem mais do que os homens. Pensa-se ainda que este fenómeno poderá estar associado a uma maior procura de cuidados de saúde por parte das mulheres e à maior incidência de estilos de vida com hábitos nocivos nos homens.

Os valores de alguns dos mais importantes indicadores nesta matéria, presentes no Quadro 1, ilustram claramente as mudanças ocorridas na década de 2001 a 2011.

Quadro 1 - Indicadores demográficos 2001 – 2011

<b>Indicadores Demográficos</b>	<b>2001</b>	<b>2011</b>
Índice de envelhecimento	102,23	127,84
Índice de longevidade	41,42	47,86
Índice de rejuvenescimento da população ativa	143,05	94,34

Fonte: INE, 2012

Registaram-se aumentos do índice de envelhecimento e longevidade e diminuição no índice de rejuvenescimento da população ativa.

O índice de envelhecimento, que representa o rácio entre a população idosa e a população jovem, diz-nos que de 102 idosos para cada 100 jovens em 2001, passamos a ter 128 idosos para cada 100 jovens em 2011.

O índice de longevidade, que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos era, em 2011, de 48, face a 41 em 2001.

O índice de rejuvenescimento da população ativa era de aproximadamente 94, em 2011. Isto significa que, potencialmente, por cada 100 pessoas que saíam do mercado de trabalho, entravam apenas 94. Este indicador agravou-se significativamente na última década, face à década anterior, em que atingiu 143. Assim, o número de pessoas a entrar no mercado de trabalho é agora inferior ao número de pessoas que saem.

Gonçalves e Carrilho (2007) referem que, demograficamente e segundo projeções do INE, o futuro de Portugal passa por:

- diminuição da população residente de 10 626 indivíduos em 2010, para 9 302 indivíduos em 2050.
- diminuição do número de crianças com menos de quinze anos de 15,4%, em 2010, para 13,1%, em 2050.
- diminuição da população em idade ativa (15 – 64 anos).
- aumento da população idosa (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) de 17,7% para 31,8%, entre 2010 e 2050.

- duplicação do índice de dependência de idosos, que passará de 26 para 58 idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa.
- aumento do índice de envelhecimento de 115 para 243 idosos por cada 100 jovens.

Estas alterações demográficas geram mudanças profundas, colocando grandes desafios aos governos, às famílias e à sociedade em geral, face a um problema que marca o presente mas, essencialmente, afetará o futuro. Como refere Moniz (2003, p. 41) “o fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais, económicas e financeiras que o envolve”.

Como se verificou até este ponto, a população idosa tem tendência a aumentar e, por outro lado, a população jovem/ativa a diminuir. Há uma necessidade urgente de um olhar atento neste primeiro grupo etário. Assim, neste contexto, torna-se imperiosa a necessidade de promover o envelhecimento ativo, considerando que este concorre para a promoção de uma melhor qualidade de vida da população de 65 e mais anos e das suas famílias. Se viver mais anos pode ser sinónimo de qualidade de vida, que esta corresponda a uma qualidade de vida com saúde, autonomia e independência o maior número de anos possível.

## **1.1 Conceções de envelhecimento e qualidade de vida**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é todo o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, é necessário ter presente que o envelhecimento “é um processo contínuo que leva à velhice. É inevitável em todos os seres vivos, não sendo no entanto, homogéneo em todos eles” (Azeredo, 2011, p. 46).

A propósito desta definição, Oliveira (2009, p. 31) salienta que “não começamos a envelhecer aos 65 anos, mas sim a partir do momento em que

nascemos ou até ainda no útero materno”, reforçando a ideia do envelhecimento como um processo e não como um estado.

O processo de envelhecimento deve ser visto numa perspetiva global, compreendendo os aspetos relacionados com os fatores genéticos, biológicos, químicos e nutricionais, psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais e ambientais, que definem a individualidade da pessoa (Moniz, 2003). De acordo com estes fatores, cada indivíduo envelhece de um modo particular e diferente dos outros. Também “todos os acontecimentos de uma vida influenciarão e orientarão o desenrolar do envelhecimento” (Azeredo, 2011, p. 47).

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 145), envelhecer é “um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano”. Universal, complexo e contínuo, o envelhecimento é um fenómeno inevitável, normal, inerente à vida e, mesmo assim, difícil de definir. Trata-se de um fenómeno multidimensional, que se traduz pela complexidade da evolução biológica dos organismos vivos, acompanhado pelos processos psicológicos e sociais que caracterizam o ser humano. Neste fenómeno multidimensional, as diferentes dimensões - biológica, psicológica e social - interagem entre si e geram influências recíprocas.

Em sentido lato, envelhecer ilustra o processo pelo qual o corpo humano existe no tempo e vai sofrendo alterações com o passar do mesmo, continuamente, até à morte (Moniz, 2003).

A principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, o processo de envelhecimento ocorre de diferentes formas em diferentes indivíduos, mas também na mesma pessoa, dependendo da dimensão considerada, da fase de envelhecimento e do momento em que é vivenciado, como já foi referido.

De acordo com Schroots e Birren (1980) citados por Azeredo (2011), o envelhecimento comporta três componentes: o biológico, psicológico e social.

O **envelhecimento biológico** traduz-se nas alterações físicas e na redução da eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo. No entanto, mesmo esta degradação orgânica pode ser heterogênea no próprio indivíduo (Moniz, 2003).

Este fenómeno, também designado por senescência, não é sinónimo de doença. Existe uma normal deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo, que limitam progressivamente a atividade do ser humano, mas este é dotado da capacidade de adaptação, o que lhe permite manter uma condição de saúde (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). No entanto, esta capacidade de adaptação não é inesgotável e a degradação biológica em geral vai contribuindo para colocar o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença, o que interfere adversamente na sua qualidade de vida.

Importa ainda referir que a maioria das pessoas idosas se encontra funcional e não apresenta grandes limitações a nível da realização das atividades de vida diária. Porém, alguns estudos têm demonstrado a estreita relação entre dependência e idade, ou seja, a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na capacidade funcional aumenta ao considerar-se coortes de idades mais avançadas (depois dos 75 ou 80 anos).

O **envelhecimento psicológico** refere-se às alterações na autorregulação do indivíduo no campo de forças, na capacidade de tomar de decisões e fazer opções, em adaptação ao processo de senescência e envelhecimento (Azeredo, 2011). Esta componente está relacionada com “o comportamento da pessoa em relação às mudanças do ambiente, onde se inclui a memória, a inteligência e as motivações empreendedoras. A manutenção destas actividades permitirá uma boa auto-estima e a conservação de um bom nível de autonomia” (Moniz, 2003).

O **envelhecimento social** diz respeito aos papéis sociais que exigem adaptações constantes (Azeredo, 2011), aos hábitos e relações das pessoas

com os outros, fortemente influenciados pela cultura onde o indivíduo está inserido (Moniz, 2003).

Na perspectiva do envelhecimento, pode ainda distinguir-se envelhecimento primário e secundário. O envelhecimento primário refere-se ao desenrolar de um envelhecimento normal, sem patologia. Por outro lado, o secundário contempla o envelhecimento patológico, em que existe doença, precipitando ou acelerando o primeiro (Azeredo, 2011).

Azeredo (2011, p. 50) salienta que “A diferenciação entre envelhecimento fisiológico (alterações irreversíveis intrínsecas ao processo de envelhecimento) e envelhecimento patológico (resultante de doenças e que pode ser reversível) é importante para compreender o que é normal e o que pode ser prevenível”. Assim, os programas e políticas devem investir no favorecimento do envelhecimento primário, investindo na promoção deste e na prevenção do que representa o envelhecimento patológico (por exemplo, as quedas).

Não obstante do referido, a idade continua a ser um critério de classificação quando nos referimos aos idosos. Embora não contemple o facto de o envelhecimento ser um processo individual e multifatorial, a divisão dos idosos por grupos etários procura minimizar as discrepâncias de um grupo bastante abrangente e heterogéneo (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos).

Os idosos são frequentemente classificados em três grupos etários (Debert, 1999), com base na idade cronológica:

- jovens idosos: indivíduos entre os 65 e os 75 anos;
- idosos-idosos: indivíduos entre os 76 e os 85 anos;
- idosos+idosos: indivíduos com mais de 85 anos.

Tendo presente a complexidade do processo de envelhecimento, a conceção de pessoa idosa é atualmente um conceito em profunda mudança (Moniz, 2003).

Azeredo (2011) diz-nos que “A ciência vai resolvendo o problema do prolongamento da vida; agora é necessário o da velhice com qualidade de

vida”. Paúl e Fonseca (2001) citados por (Azeredo, 2011) referem que “é necessário aproximar a curva de morbidade da curva de mortalidade, ou seja, procurar que os indivíduos vivam mais, mas vivam saudáveis”. É deste paradoxo que resulta o facto de a sociedade em geral encarar uma maior esperança média de vida e longevidade como problema potencial. É necessário que os anos de vida que se conquistam signifiquem anos com qualidade de vida.

Paschoal (2011, p. 99) também corrobora estas ideias, afirmando que “O desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade”.

O conceito de qualidade de vida é, também, complexo e de difícil definição, por ter um carácter subjetivo. Segundo a OMS (1998) citada por Gonçalves (2010, p. 61), a qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este conceito relaciona-se com os conceitos de saúde, bem-estar e satisfação com a vida.

Na perspetiva da OMS, ao falarmos de qualidade de vida, temos que ter presentes três aspetos fundamentais deste conceito: subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (bipolaridade).

A subjetividade deste conceito está presente na avaliação dependente da pessoa, considerando que os conceitos individuais têm uma relevância extrema neste processo. É a partir destes que o indivíduo avalia a sua qualidade de vida. Logo, “É dessa maneira que duas pessoas com o mesmo estado funcional ou a mesma situação «objetiva» de saúde podem apresentar qualidades de vida muito diferentes” (Parente, 2006, p. 21).



Em relação à multidimensionalidade, existe consenso ao considerar-se que a qualidade de vida compreende, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social (Paschoal, 2011). Outras dimensões como espiritualidade, níveis de (in)dependência, situação socioeconómica, autoestima, estado funcional, *performance* no trabalho, comunicação e interação social e satisfação com a vida (Parente, 2006), nem sempre são consideradas tão profunda e diretamente.

A bipolaridade do conceito de qualidade de vida está relacionada com o facto de se identificarem dimensões positivas e negativas em “condições tão diversas como o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, a dor, a fadiga e a dependência” (Paschoal, 2011, p. 102).

De uma forma ampla, existe consenso em associar a qualidade de vida aos domínios da saúde, trabalho, família, qualidade de habitação, economia e também, aspetos da vida relacionados com aspirações sociais e do domínio psicológico.

Imaginário (2004) citado por Gonçalves (2010, p. 64) refere-se ao fenómeno do envelhecimento como um processo complexo que se caracteriza por “sucessivas crises pelas quais o idoso passa (...) que esgotam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação (...). Também, o facto do idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade, conduz a que seja tratado de modo diferente, o que não facilita a sua integração social, mas sim a sua marginalização”, pelo que se torna essencial rever a problemática inerente à qualidade de vida nos seus vários domínios.

A qualidade de vida é um conceito cujo significado pode alterar-se consoante a época, o país, a cultura, a classe social, as situações de vivência pessoal, etc.. Aliás, a qualidade de vida adquire diferentes formatos para o mesmo indivíduo ao longo da sua vida. Paschoal (2011, p. 101) diz-nos que “A natureza abstrata do termo qualidade explica por que boa qualidade tem significados diferentes. É por isso que há inúmeras concetuações de qualidade de vida; talvez cada indivíduo tenha o seu próprio conceito”.

Desta forma, a avaliação da qualidade de vida nos idosos atende a determinados aspectos, tendo em conta a fase da vida em que estes indivíduos se encontram. Paschoal (2011, p. 102) relaciona a qualidade de vida dos idosos com “o quanto alcançaram do que planejaram e almejaram para suas vidas e se isso corresponde ao grau de satisfação/insatisfação com suas vidas (...) e o preenchimento de suas expectativas”.

O conceito de qualidade de vida nos idosos deve ser construído tendo em conta os aspectos mais valorizados pelos mesmos para o seu bem-estar global, com sendo a saúde, a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico, assim como o ambiente social e físico a que pertencem e se encontram inseridos. A OMS (1994) citada por OMS – Organização Pan Americana da Saúde (2005, p. 14) define o conceito de qualidade de vida como sendo “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este conceito tem uma grande amplitude, incorporando de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças e sua relação com o ambiente onde se encontra.

A vivência de uma boa qualidade de vida na velhice está em grande parte ligada ao percurso individual de cada um, e a sua avaliação vai depender daquilo que cada um percebe e considera como satisfatório (ou não) para si. Cada indivíduo deve estar consciencializado de que as opções que fez ao longo do seu processo de envelhecimento irão, certamente, ser determinantes na qualidade dos seus últimos anos de vida. Neste campo, as políticas públicas de saúde são essenciais e assumem grande responsabilidade, nomeadamente, na promoção do envelhecimento ativo e bem-sucedido.

## 2. O ENVELHECIMENTO ATIVO

As alterações demográficas que marcam a atualidade, nomeadamente o constante aumento da população idosa em consequência de fatores como o aumento da esperança média de vida e diminuição da natalidade, exigem que se reflita cada vez mais na questão do envelhecimento. Capucha (2012, p. 76) refere que “nunca a proporção das pessoas consideradas idosas teve a dimensão que tem hoje. O envelhecimento da população no topo daquilo que antes se parecia com uma pirâmide etária é hoje um dos principais problemas com que se defrontam as sociedades desenvolvidas”. O mesmo autor acrescenta ainda que “a dimensão do fenómeno coloca, pois, novos desafios à imaginação social e política para ultrapassar os riscos que se apresentam ao nosso futuro colectivo” (p.76).

Em relação a este assunto, Azeredo (2011, pp. 132-133) salienta “Envelhecer com sucesso é, então, uma prioridade nos tempos que correm (...) Sendo o envelhecimento um processo que dura toda a vida, para bem envelhecer, há necessidade de intervir (individual e colectivamente) atravessando todo o desenvolvimento humano”.

Neste contexto, a visão e discussão em torno da temática do envelhecimento visa não só “mudar” a visão global negativista associada ao envelhecimento e aos idosos, quer a nível individual como coletivo, como também promover o envelhecimento saudável, positivo, ativo.

O conceito de envelhecimento “positivo”, “com sucesso” ou “bem-sucedido” surgiu nos anos 60 como “um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, na procura de um equilíbrio entre as capacidades de um indivíduo e as exigências do ambiente” segundo Fonseca citado por Gonçalves (2010, p. 73). Seguindo a mesma linha de pensamento, têm surgido inúmeras definições no que diz respeito ao conceito de envelhecimento ativo.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS no final da década de 90. Esta denominação pretende definir um envelhecimento saudável, bem-

sucedido e que abrange mais do que o conceito de saúde propriamente dito, estendendo-se também a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais. Este novo conceito remete para a manutenção da autonomia física, psicológica e social das pessoas idosas, sublinhando que estas devem ter um papel “ativo” na sociedade, exercendo a sua cidadania, participando nas questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e continuam a investir e ambicionar o bem-estar e qualidade de vida, elevados ao máximo potencial possível.

Assim, a OMS diz-nos que “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS - Organização Pan Americana da Saúde, 2005, p. 13). Diz respeito tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, pretendendo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental, ao longo do curso da vida. É desejável que as pessoas continuem a participar na sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades.

Azeredo (2012, p. 94) refere que “envelhecer ativamente significa gerar estratégias selectivas para os esforços que se vão realizando e empregar estratégias e actividades adequadas de forma a compensar perdas resultantes do processo de envelhecimento”.

A palavra “ativo” refere-se à manutenção da participação social e também nas questões económicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

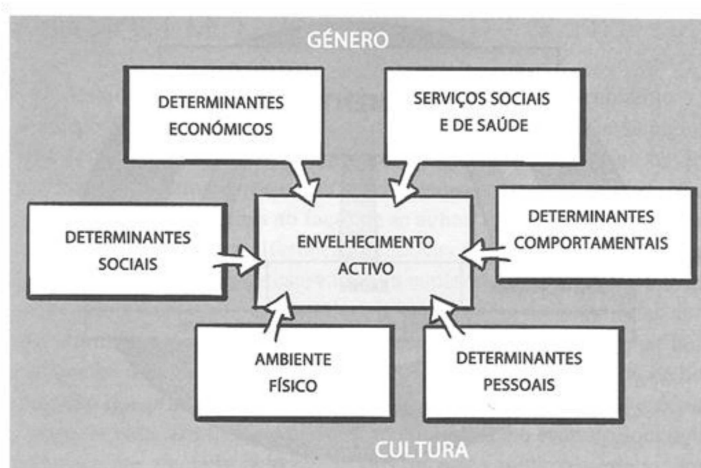
O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas, inclusive as que são mais frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem maiores cuidados. Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para a pessoa, sociedades e governos (OMS - Organização Pan Americana da Saúde, 2005). O conceito de expectativa de vida saudável está relacionado com a “expectativa de vida sem incapacidades físicas”.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011), o envelhecimento ativo é um processo construtivo e progressivo, que se desenvolve durante toda a vida e que produz resultados diferentes para cada indivíduo. A OMS - Organização Pan Americana da Saúde definiu em 2005 vários tipos de determinantes passíveis de condicionar o processo de envelhecimento ativo, nomeadamente:

- determinantes pessoais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos);
- determinantes comportamentais (estilos de vida e participação ativa, consciente e responsável no cuidado da própria saúde);
- determinantes económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho);
- ambiente físico (água, ar e alimentos);
- determinantes sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso);
- serviços sociais e de saúde (acessibilidade, qualidade).

Todos estes determinantes, de acordo com o género e cultura do indivíduo, vão “moldar” o envelhecimento ativo do mesmo, segundo o preconizado pela OMS, como ilustra a Figura 1. Cada um destes determinantes compreende vários aspetos e é sobre estes que as políticas devem orientar a sua atuação.

Figura 1 - Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: Ribeiro & Paúl, 2011, p. 3

A cultura e o género são fatores determinantes transversais e globais, ou seja, abrangem todos os indivíduos, modelam a forma de envelhecer e vão gerar influência sobre os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo.

Os fatores económicos, os serviços sociais e de saúde (acessibilidade), os determinantes comportamentais (estilos de vida), os pessoais, os sociais e o ambiente físico, constituem condicionantes mais específicos.

A identificação deste leque de determinantes pretende especificar as várias áreas onde é possível atuar com fim ao envelhecimento ativo. Também aqui se denota que a comunidade e os próprios indivíduos devem ter consciência da responsabilidade pela sua própria saúde.

A OMS (2005) apresentou uma estrutura base na abordagem ao envelhecimento ativo, definindo os seus três pilares básicos: saúde, participação e segurança, conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 - Pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo (de acordo com OMS, 2005)



Fonte: Ribeiro & Paúl, 2011, p. 4

A OMS salienta que o desenvolvimento de programas e políticas de saúde na área do envelhecimento ativo deverá ser pensado tendo em conta esta estrutura (desenvolvida com base nos princípios das Nações Unidas para os idosos), por forma a ir de encontro ao seu objetivo primordial. Isto decorre do

fato da OMS reconhecer que os idosos são cada vez mais um grupo pouco homogêneo, pelo que procura centrar esta abordagem no “reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização” (OMS - Organização Pan Americana da Saúde, 2005, p. 14).

A este propósito, Viegas e Gomes (2007) fazem referência aos vários princípios, explicitando que se pretende garantir condições dignas de vida, segurança e justiça; reforçar a autonomia das pessoas idosas e assegurar rendimento digno, acesso à formação pessoal e uma participação ativa na vida em família e comunidade; promover uma nova visão da velhice, investindo ao nível da cultura, educação e ocupação dos tempos livres; garantir o acesso aos cuidados de saúde que preconizem o envelhecimento ativo; envolver os indivíduos idosos na definição e aplicação de políticas que irão interferir na sua qualidade de vida. Desta forma, os idosos devem sentir-se apoiados e estimulados a assumir um papel ativo, exercendo uma participação ativa na vida em comunidade.

A reflexão e a promoção do envelhecimento ativo obrigam a uma abordagem global e multidimensional dos seus aspetos. Não é possível dissociar do conceito de processo de envelhecimento ativo os seus determinantes, os conceitos associados a este, tais como a autonomia, a independência, a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida.

Neste contexto, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) assume grande relevo. Inserido numa equipa multidisciplinar e a trabalhar numa comunidade, o EEEC deve ser capaz de realizar uma avaliação global com vista a desenvolver intervenções que resultem em ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O EEEC é um elemento fundamental na criação e implementação de programas e projetos na área do envelhecimento ativo, uma vez que é detentor de conhecimento profundo de vários aspetos relacionados com as suas determinantes, dado a proximidade e tipo de relação que o liga aos indivíduos.

Azeredo (2011, p. 133) salienta a importância da educação para a saúde na procura do “bem envelhecer”. Para esta autora, “uma crescente responsabilidade do indivíduo, da família e da comunidade, perante os riscos que ameaçam a saúde (individual e colectiva) é indispensável”, reforçando desta forma a ideia de que as políticas de promoção do envelhecimento ativo devem envolver na primeira pessoa os indivíduos a que se destinam.

Definindo a educação para a saúde como “um processo activo onde o educador estimula a curiosidade e o receptor encontra uma vontade própria” (Azeredo, 2011, p. 133), a mesma visa a alteração de comportamentos com vista à promoção da saúde e prevenção de problemas. Neste sentido, a educação para a saúde compreende uma ação multidisciplinar e multissetorial, tendo como objetivo fornecer informação e motivar os indivíduos para escolhas saudáveis e favoráveis à sua saúde e qualidade de vida.

Esta autora define ainda algumas medidas que considera cruciais no processo de “bem envelhecer” das pessoas: manter uma vida social ativa, preparar o período da reforma e pós-reforma, investir na velhice com uma boa rede de suporte social, adotar comportamentos de prevenção de doenças (alimentação saudável e exercício físico) e acidentes incapacitantes (prevenção de quedas).

De uma forma não exaustiva, estes aspetos constituem alguns focos de intervenção na área da promoção do envelhecimento ativo.

## **2.1 Programas e políticas de saúde para a pessoa idosa em Portugal**

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS) agrega as orientações relativas às áreas prioritárias de intervenção no que diz respeito a alcançar mais saúde para todos os portugueses.

O PNS é um instrumento de uma importância extrema, uma vez que permite o alinhamento das políticas de saúde, com o objetivo de potenciar ganhos em



saúde para a população. Além disto, o mesmo defende a integração dos vários setores para o cumprimento do seu objetivo primordial (economia, educação, ambiente, etc.), definindo os papéis dos diversos atores e intervenientes.

Atualmente, encontra-se em fase de implementação o PNS 2012-1016, elaborado segundo a coordenação do Diretor-Geral da Saúde e que sucede ao PNS 2004-2010. Este documento apresenta quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis.

A cidadania em saúde representa o direito e, também, o dever das populações em participar no planeamento e na prestação dos cuidados de saúde, a nível individual e/ou coletivo. Pretende-se que o cidadão seja o centro do sistema de saúde, estimulando o seu interesse e a sua participação pelas questões de saúde e bem-estar individual e social.

O eixo de equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde pretende garantir a ausência de diferenças na oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde, gerindo o acesso aos cuidados de saúde com a qualidade necessária para o caso, no local e no momento adequados.

A qualidade em saúde diz respeito à adequação dos cuidados de saúde aos recursos existentes, visando satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos, aliada ao melhor desempenho possível.

As políticas saudáveis referem-se aos planos elaborados que, no âmbito de determinado problema de saúde, definem objetivos, prioridades, estratégias e ações que visam potenciar o combate a determinado problema, privilegiando a saúde. Envolvem os vários setores da sociedade e visam obter, acima de tudo, ganhos em saúde.

Os objetivos propostos pelo PNS para o sistema de saúde são essencialmente: obter ganhos em saúde, promover contextos favoráveis à saúde ao longo da vida, reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença e fortalecer a participação de Portugal na saúde global.

Destacamos o que está descrito em relação ao segundo objetivo, promover contextos favoráveis à saúde ao longo da vida. Assim, uma das etapas do ciclo de vida é intitulada de envelhecimento ativo (acima dos 65 anos), onde se salientam as características deste grupo etário e se especifica que “as intervenções devem basear-se nos princípios da autonomia, participação ativa, auto-realização e dignidade da pessoa idosa” (DGS - PNS 2012-2016, p.7), indo de encontro ao preconizado pela OMS para um envelhecimento ativo e em continuidade do estabelecido no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), 2004.

O PNSPI surgiu em resposta às alterações demográficas relacionadas com o envelhecimento da população, como já foi referido anteriormente. Este programa visa o envelhecimento ativo, pela promoção de estilos de vida saudáveis, estimulação das capacidades das pessoas idosas, através da sua participação ativa na sociedade e na promoção da sua própria saúde, com autonomia e independência.

Este programa definiu três grandes estratégias de intervenção: promover um envelhecimento ativo, adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores. Estas estratégias contemplam a idade dos indivíduos, o género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas.

A finalidade do PNSPI passa por “contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo (...) tendo como objectivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência” (DGS - PNSPI, 2004, p.14). Assim, este programa mantém a sua atualidade e vai de encontro ao referido na área da promoção do envelhecimento ativo. A sua operacionalização continua a ser prioritária, aliás, cada vez mais urgente.

Além das orientações do PNS 2012-2016 e do PNSPI na área do envelhecimento ativo, salientamos também o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (GGCAPI), elaborado pela OMS em 2007 e que Portugal adotou em 2009.

O GGCAPÍ encerra a sua finalidade em auxiliar as cidades, à medida que se expandem, a adaptarem as estruturas e serviços às pessoas idosas, prevenindo a marginalização destas e garantindo a sua acessibilidade aos mesmos. É seu objetivo garantir que numa cidade amiga das pessoas idosas “as políticas, os serviços, os cenários e as estruturas apoiam as pessoas e permitem-lhes envelhecer activamente” (OMS - GGCAPÍ, 2009, p.5). Assim, as áreas a considerar são: transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde e espaços exteriores e edifícios.

Tendo como base o conceito de envelhecimento ativo, o GGCAPÍ pretende que as cidades amigas das pessoas idosas reúnam todas as condições para os seus habitantes envelhecerem com qualidade de vida, autonomia, independência, ou seja, envelhecerem ativamente.

São consideradas cidades amigas das pessoas idosas as que possuem políticas, serviços, cenários e estruturas que permitem envelhecer ativamente, e: reconhecem as capacidades e recursos das pessoas idosas; antecipam as respostas às necessidades e preferências inerentes ao envelhecimento; respeitam decisões e opções relacionadas com os estilos de vida; protegem os mais vulneráveis e promovem a sua inclusão e participação em todos os aspetos da vida comunitária. Em Portugal, são vários os municípios aderentes.

Por fim, não podemos deixar de referir a inclusão de Portugal no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações 2012 (AEEASG – 2012).

O Parlamento Europeu aprovou 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, através da Decisão N.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro de 2011. O principal objetivo é facilitar a criação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, baseada numa sociedade para todas as idades.

Pretende-se difundir a contribuição prestada pelos idosos na sociedade de forma a favorecer ações destinadas a fomentar a participação daqueles e dos

jovens em iniciativas comuns. Pode-se considerar que a interdependência e solidariedade entre gerações são os princípios relevantes para o envelhecimento ativo, tendo em conta que os jovens de hoje são os idosos de amanhã.

Baseadas no conceito de envelhecimento ativo, já várias vezes abordado ao longo deste documento, as iniciativas do AEEASG – 2012 concentram-se nas seguintes áreas: participação na sociedade; emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida; vida autónoma e conhecimento e sensibilização social. Neste sentido, são vários os objetivos traçados para este AEEASG – 2012, nomeadamente:

- sensibilizar a opinião pública para a importância e o valor do envelhecimento ativo e das suas diversas dimensões, garantindo-lhe um lugar de destaque nas agendas políticas e destacando o contributo útil dos mais velhos para a sociedade;
- promover e estimular o debate, partilhando boas práticas e incentivando a cooperação e parcerias entre todos os interessados;
- propor um quadro de compromisso e ação concreta para todos os Estados Membros da União Europeia, com as políticas, estratégias e objetivos concretos no domínio do envelhecimento ativo e da solidariedade intergeracional;
- promover atividades que eliminem os estereótipos e discriminação em relação à idade.

As políticas de saúde com vista à promoção do envelhecimento ativo marcam, assim, a atualidade. Para o seu sucesso, tal como refere Machado (2009, p. 126), “uma política de saúde para os idosos deve ser desenvolvida de forma intersectorial, com parcerias entre ministérios, sociedade civil e as próprias famílias e, previamente definida, em função dos aspectos demográficos e epidemiológicos de cada país”.

## **CAPÍTULO II – PLANEAMENTO EM SAÚDE**



# 1. DETERMINAR AS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO IDOSA DE FELGUEIRAS

Este trabalho, inserido no domínio da Enfermagem Comunitária, segue a metodologia de planeamento em saúde. Este conceito é definido por Imperatori e Giraldes (1993, p. 23) como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos”.

O planeamento em saúde representa um processo contínuo, no percurso das suas várias etapas: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

O principal objetivo na utilização desta metodologia é, segundo Tavares (1990, p.37), a busca de “um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações”. Desta forma, o trabalho realizado teve como **finalidade a promoção do envelhecimento ativo** nos utentes idosos (idade igual ou superior a 65 anos) dos centros de dia/centros de convívio do concelho de Felgueiras.

Este projeto foi iniciado por nós, grupo de alunas do II curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, no período de estágio de Planeamento em Saúde – 1 de Outubro 2012 a 25 de Janeiro 2013 (4 meses, aproximadamente), mas julgamos que os profissionais de saúde e entidades locais poderão dar continuidade ao mesmo.

Considerando os vários tipos de planeamento, este trabalho insere-se no planeamento operacional, característico de níveis inferiores de organização, tendo como objeto a gestão de operações (utilização de meios e recursos

disponíveis na organização de atividades) num período de tempo mais curto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo o mesmo autor (Imperatori & Giraldes, 1993), “No processo lógico que é o planeamento o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico da situação. A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou actividades”. Assim, na concretização da primeira etapa deste projeto – diagnóstico de situação – procuramos identificar problemas de saúde nos utentes idosos que frequentam os centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, traçando os seguintes objetivos específicos:

- caracterizar as condições sócio - demográfica das pessoas idosas;
- conhecer os hábitos alimentares das pessoas idosas;
- conhecer os hábitos de sono e vigília das pessoas idosas;
- identificar hábitos nocivos das pessoas idosas;
- conhecer a acessibilidade das pessoas idosas aos cuidados de saúde;
- identificar as doenças e condições de terapêutica das pessoas idosas;
- conhecer hábitos de atividade física das pessoas idosas;
- avaliar a segurança das pessoas idosas;
- mensurar o nível de dependência das pessoas idosas;
- conhecer a qualidade de vida das pessoas idosas.

Esta etapa decorreu de 1 de Outubro a 16 de Novembro 2012.



## 1.1 Processo Metodológico

A investigação científica é um método organizado e rigoroso de aquisição de conhecimentos. Ela permite examinar fenómenos com vista a obter respostas a determinadas questões que se pretendem aprofundar (Fortin, 2009). Em síntese, a mesma autora refere-se à investigação como “um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos” (p. 4).

Podemos dizer que este estudo teve como linha orientadora a metodologia de planeamento em saúde, cumprindo todas as suas etapas: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação. Para a concretização da primeira etapa deste processo – diagnóstico de situação – realizamos um estudo transversal e exploratório-descritivo.

O carácter transversal decorre do facto deste estudo se ter realizado num determinado período temporal: 1 de outubro a 25 janeiro de 2013. Segundo Fortin (2009, p. 252) “O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento”.

Tendo em conta os objetivos que nos propusemos alcançar e o tipo de pesquisa realizada, este estudo pode ser entendido como exploratório e descritivo. No estudo exploratório, o objetivo é examinar um problema pouco estudado, enquanto que na abordagem descritiva “(...) o objectivo do pesquisador consiste em descrever situações (...)”, medindo conceitos e/ou reunindo informação sobre estes (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006, p. 100). Estas ideias complementam-se entre si e revelaram-se a “ferramenta” ideal neste contexto.

- **Meio**

Este estudo, inserido na realização do estágio de Planeamento em Saúde como já referimos anteriormente, desenvolveu-se nos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, em colaboração com a UCC de Felgueiras. A escolha deste meio foi opção dos elementos do grupo, devido:

- à localização geográfica, equitativamente distante para todos os elementos do grupo;
- à oportunidade de integrar temporariamente uma UCC, unidade de saúde que presta cuidados à comunidade e é resultante da reestruturação mais recente dos cuidados de saúde primários em Portugal.

O concelho de Felgueiras está localizado na parte superior da região do Vale do Sousa, distrito do Porto (Figura 3).

Figura 3 - Mapa da região do Vale do Sousa



Fonte: Câmara Municipal de Felgueiras

Com uma área de 116 km<sup>2</sup>, compreende quatro centros urbanos: cidade de Felgueiras, cidade da Lixa, vila de Barrosas e vila da Longra, somando 32 freguesias (Figura 4).



EN15 (Ermesinde – Amarante), EN 101 (Valença – Amarante) e as estradas regionais 101 e 207 que asseguram as ligações com os concelhos limítrofes.

A nível demográfico, o concelho de Felgueiras apresenta uma população residente igual a 58065 habitantes (28094 homens e 29971 mulheres), perfazendo um total de 19016 famílias maioritariamente nucleares (3 pessoas, em média) (INE, 2012). Como se pode observar no Quadro 2, o concelho de Felgueiras apresenta uma elevada densidade populacional (508,9 habitantes/Km<sup>2</sup>) quando comparada com a de Portugal (115,4 habitantes/Km<sup>2</sup>).

Quadro 2 - Dados estatísticos relativos à densidade populacional, taxas de natalidade e fecundidade; índices de envelhecimento, dependência de idosos e fecundidade - Portugal e Felgueiras

Local de residência	Período de referência dos dados	Densidade populacional (N.º/km <sup>2</sup> ) por Local de residência; Anual	Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência; Anual	Taxa de fecundidade geral (‰) por Local de residência; Anual	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de longevidade (N.º) por Local de residência; Anual
		N.º/km <sup>2</sup>	‰	‰	N.º	N.º	%
Portugal	2010	115,4	9,5	39,8	120,1	27,2	47,4
Felgueiras	2010	508,9	8,5	30,9	67,6	16,7	43,3
Densidade populacional (N.º/km <sup>2</sup> ) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente							
Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência; Anual - INE, Indicadores Demográficos							
Taxa de fecundidade geral (‰) por Local de residência; Anual - INE, Indicadores Demográficos							
Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente							
Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente							
Índice de longevidade (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente							

Fonte: INE

Apresenta ainda taxas de natalidade e fecundidade semelhantes às nacionais (8,5‰ e 30,9‰, respetivamente). No entanto, os índices de envelhecimento e dependência de idosos são bastante inferiores quando comparados aos de Portugal, o que nos leva a dizer que o concelho de Felgueiras pode ser considerado um concelho jovem, tendo sofrido um crescimento significativo na década 1991 – 2001 (Câmara Municipal de Felgueiras, 2012).

O principal setor de atividade económica deste concelho é, marcadamente, o setor secundário, como podemos observar no Quadro 3. Aliás, Felgueiras é conhecida como “a capital do calçado” devido à forte presença da fileira do calçado nesta região.

Segundo informação oficial da Câmara Municipal de Felgueiras, o setor secundário de atividade económica ocupa 70% da população ativa. O setor primário encontra-se em regressão, sugerindo que atividades como a

agricultura e silvicultura representam atividades a tempo parcial, em complemento dos rendimentos e o setor terciário tem vindo a crescer nos últimos anos.

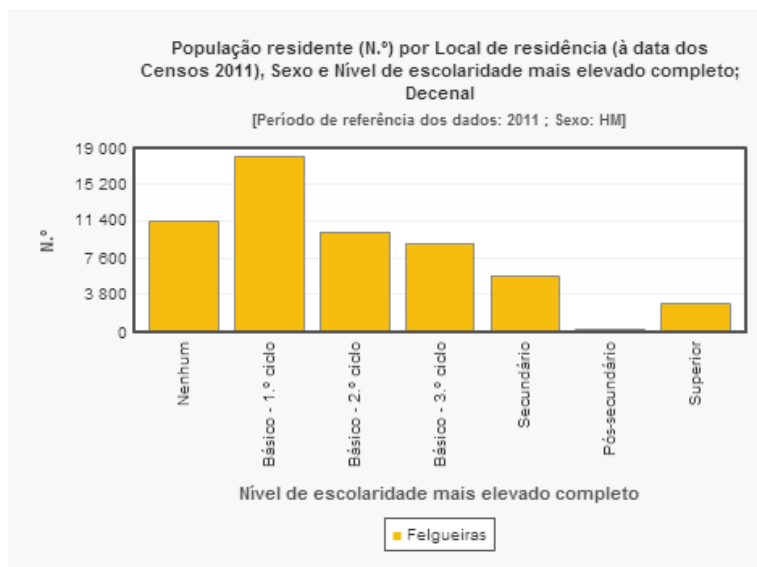
Quadro 3 - População empregada por setor de atividade económica

Período de referência dos dados	Local de residência (à data dos Censos 2011)	População empregada (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo, Sector de actividade económica e Situação na profissão; Decenal											
		Sexo											
		HM				H				M			
		Sector de actividade económica											
		Sector primário	Sector secundário	Sector terciário (social)	Sector terciário (económico)	Sector primário	Sector secundário	Sector terciário (social)	Sector terciário (económico)	Sector primário	Sector secundário	Sector terciário (social)	Sector terciário (económico)
		Total											
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	
2011	Felgueiras	445	16051	3587	6633	326	8880	1113	3757	119	7171	2474	2876

Fonte: INE

Em relação ao nível de escolaridade, a população de Felgueiras possui, na sua generalidade, baixos níveis de escolaridade (1º ciclo do ensino básico), como se pode verificar no Gráfico 2. Esta situação parece estar relacionada com o facto da indústria de calçado não requerer mão-de-obra muito qualificada.

Gráfico 2 - Nível de escolaridade da população residente de Felgueiras



Fonte: INE

Sendo a indústria a principal atividade económica do concelho e considerando a atual conjuntura económica do país, a taxa de desemprego tem vindo a

aumentar significativamente, uma vez que em 2001 era quase irrelevante (Câmara Municipal de Felgueiras, 2012) e atualmente é de 10,33% (INE, 2012).

- **Centros de Dia/Convívio**

A população do concelho de Felgueiras conta com sete centros de dia e dois centros de convívio, respetivamente:

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

- **População alvo e amostra**

Os idosos (idade igual ou superior a 65 anos) a frequentarem os centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras constituíram o alvo do nosso interesse e intervenção.

Inicialmente, solicitamos uma listagem de todas as instituições do concelho de Felgueiras com a valência de centro de dia/convívio à UCC de Felgueiras e à divisão de ação social da Câmara Municipal de Felgueiras. Realizamos um

primeiro contacto com as instituições por correio eletrónico, através da UCC de Felgueiras, com uma carta de apresentação (Anexo A) explicando a finalidade, objetivos e contexto do nosso trabalho e solicitando a participação das mesmas. Depois de termos recebido as respetivas respostas favoráveis (Anexo A), agendamos uma primeira visita a cada instituição. Nestas visitas, foi nossa intenção cimentar o interesse de participação das instituições no nosso projeto de intervenção, referindo mais uma vez os procedimentos necessários (colheita de dados; planeamento e execução de atividades; avaliação) e esclarecer eventuais dúvidas, bem como conhecer as mesmas.

Das nove instituições contactadas, obtivemos resposta favorável de oito. O centro de convívio da Associação da Casa do Povo de Jogueiros não emitiu qualquer resposta ao primeiro contacto, pelo que se tentou a via telefónica, sem sucesso. Efetuamos ainda uma visita ao mesmo, encontrando-se este encerrado. Depois de todas as tentativas frustradas, e tendo que prosseguir com o trabalho, decidimos por consenso de grupo excluir este centro de convívio do nosso estudo.

Realizamos as visitas de 1 a 12 de Outubro de 2012, agendando em cada instituição a visita seguinte para a realização da colheita de dados junto dos idosos.

Da nossa população, realizamos uma amostragem não probabilística por conveniência. Este tipo de amostra “(...) é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009, p. 321), e “tem vantagem por ser rápido, barato e fácil” (Hill & Hill, 2000, p. 49). Definimos ainda como critérios de inclusão:

- estar presente na instituição no período da realização do questionário;
- aceitar a participação no projeto (assinar consentimento informado);
- obter pontuação mínima de quinze valores no MEEM (Anexo B).

Importa referir que optamos por aplicar o MEEM a todos os indivíduos da nossa população acessível, constituindo este um critério de inclusão na amostra

(pontuação mínima de 15 valores). Esta opção está relacionada com o objetivo primordial deste trabalho: promover o envelhecimento ativo junto destes idosos. Por outro lado, pretendíamos que os mesmos, ao participarem no estudo (diagnóstico de situação), fossem cognitivamente capazes de fornecer dados, evitando/reduzindo o enviesamento da informação.

Desta forma, como podemos observar no Quadro 4, dos 70 idosos que foram submetidos ao MEEM, 72,9% (51) dos idosos atingiram mais de 15 valores e por isso foram admitidos no estudo. Os restantes 27,1% (19) dos idosos, não foram incluídos na amostra.

Quadro 4 - Resultados da aplicação do MEEM enquanto critério de inclusão na amostra

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

Salientamos que o MEEM relaciona a pontuação mínima a obter com a escolaridade do sujeito avaliado. Assim, 15 valores representam a pontuação mínima para quem não possui nenhum nível de ensino e 22 valores para quem tem o 1º ou 2º ciclo.

No que diz respeito aos idosos que passaram no MEEM (e obtiveram uma pontuação de quinze valores ou superior), e nomeadamente no que concerne à escolaridade dos mesmos, verificamos que 54,9% dos idosos não tem qualquer nível de ensino e os restantes 45,1%, detêm apenas o 1º ou 2º ciclo do ensino básico (Quadro 5).



Quadro 5 - Nível de escolaridade dos idosos incluídos na amostra (pontuação igual ou superior a 15 valores 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

Tendo em conta o exposto, a nossa amostra foi constituída por 51 idosos.

- **Instrumento de colheita de dados**

A escolha do instrumento de colheita de dados a utilizar num estudo deve ser uma decisão ponderada, tendo em conta a metodologia adotada e a natureza do fenómeno em estudo. Devem ainda ser consideradas as vantagens e desvantagens da sua utilização naquele contexto (Fortin, 2009).

De forma a obter o que pretendíamos e a responder aos objetivos traçados inicialmente, sentimos necessidade de recorrer a vários instrumentos. Assim, numa primeira parte, elaboramos um questionário constituído por perguntas fechadas e abertas, onde caracterizamos os idosos relativamente à sua condição sociodemográfica e de saúde: habitação, rendimentos económicos, relações sociais, alimentação, sono/vigília, hábitos nocivos, condição de saúde, atividade física e segurança.

Decidimos utilizar o questionário porque este instrumento “tem por objectivo recolher informação factual sobre os acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p. 380). Optamos ainda por construir o mesmo de raiz, de forma a responder às nossas necessidades.

Além das questões que elaboramos, decidimos incluir neste instrumento de colheita de dados (Anexo C) o Índice de Barthel e a escala de Avaliação da

Qualidade de Vida (WHOQOL) – breve, versão em português (traduzida da WHOQOL Bref – World Health Organization Quality of Life) da OMS, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida destes idosos, respetivamente.

Como já vimos anteriormente, a qualidade de vida é um conceito difícil de definir e, por conseguinte, de avaliar. No entanto, o grupo de especialistas em qualidade de vida da OMS elaborou a escala WHOQOL para esse fim, uma vez que embora não haja consenso na definição do conceito, há uma certa concordância em algumas características do mesmo (Paschoal, 2011). Este é um instrumento genérico e transcultural, permitindo a avaliação da qualidade de vida pelo idoso exprimindo a sua perceção em relação aos aspetos abordados.

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

O WHOQOL – Breve, utilizado neste trabalho, é composto por quatro domínios: o físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Cada um destes possui algumas alíneas onde é solicitado ao idoso que, mediante o *score* de 1 a 5 (onde 1 corresponde ao extremo muito insatisfeito e 5 ao muito satisfeito) apresentado para determinado parâmetro, formule a sua resposta.

O Índice de Barthel permite avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). A avaliação é feita pela soma da pontuação (0 a 20 pontos), obtendo o nível de independência do idoso. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) numa amostra de idosos não institucionalizados.

Tendo em conta os baixos níveis de escolaridade da população de Felgueiras, o questionário foi aplicado de forma indireta, isto é, face a face. Assim,

efetuamos as questões e registamos as respostas de cada idoso entrevistado. Este método traz algumas desvantagens (é um processo moroso; a presença do entrevistador pode causar desconforto na abordagem de determinados assuntos, etc.), no entanto, julgamos que as vantagens superam estas, na medida em que esclarecemos os idosos quanto às questões colocadas.

A aplicação dos questionários decorreu de 15 de Outubro a 9 de Novembro de 2012.

- **Operacionalização das variáveis**

O estudo das variáveis visa facilitar a compreensão dos conceitos teóricos associados às mesmas (Fortin, 2009). No Quadro 6 apresentamos a operacionalização das variáveis presentes no instrumento de colheita de dados que elaboramos para a recolha de informação. A este propósito, Hill e Hill (2000) esclarecem que a função das variáveis passa por, simultaneamente, propor explicações para certos factos e orientar a procura de informação.

Quadro 6 - Operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis		Operacionalização
<b>Dados Sociodemográficos</b> Questão: 1, 2, 3, 4, 5	Dados sociodemográficos do idoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Género</li> <li>○ Idade</li> <li>○ Habilitações Literárias</li> <li>○ Profissão</li> <li>○ Estado Civil</li> </ul>
<b>Habitação / coabitação</b> Questão: 6, 7,7.1,7.2	Características da habitação e com quem vive o idoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Com quem vive</li> <li>○ Tipo de habitação</li> <li>○ Tem escadas</li> <li>○ Tem água canalizada/potável</li> </ul>
<b>Rendimentos</b> Questão: 8	Rendimentos do idoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Os seus rendimentos mensais</li> </ul>
<b>Centro de dia</b> Questão: 9	Principal motivo de frequência do centro de dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qual considera ser o principal motivo para frequentar o Centro de Dia</li> </ul>
<b>Ocupação dos tempos livres</b> Questão: 10 e 11	Sociabilização e tempos livres	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da Instituição</li> <li>○ Com quem convive fora da Instituição</li> </ul>

<p><b>Alimentação</b>  Questão: 12, 12.1, 12.1.1, 12.2, 12.3</p>	<p>Questões relacionadas com a alimentação do idoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quantas refeições faz diariamente</li> <li>○ Quem confecciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição</li> <li>○ Nas refeições que faz fora da instituição, qual é o método de confecção de alimentos mais utilizado</li> <li>○ Sinalizando na roda dos alimentos diga quantos grupos costuma incluir na sua alimentação</li> <li>○ Que quantidade de água consome diariamente</li> <li>○</li> </ul>
<p><b>Sono/vigília</b>  Questão: 13, 13.1 e 13.2</p>	<p>Características do sono do idoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qual o número de horas de sono diárias</li> <li>○ Tem o hábito de dormir a sesta</li> <li>○ Toma alguma medicação para dormir</li> </ul>
<p><b>Hábitos Nocivos</b>  Questão: 14 e 15</p>	<p>Hábitos nocivos do idoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consome bebidas alcoólicas diariamente</li> <li>○ Consome tabaco</li> </ul>
<p><b>Cuidados de Saúde</b>  Questão: 16, 17, 17.1, 18, 18.1 e 18.2</p>	<p>Acompanhamento médico  Doenças do idoso  Medicação do idoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tem Médico de família</li> <li>○ Sofre de alguma doença(s)</li> <li>○ A(s) sua(s) doença(s) está relacionada com</li> <li>○ Toma medicação diariamente</li> <li>○ Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente</li> </ul>
<p><b>Atividade Física</b>  Questão: 19, 19.1, 19.2 19.3 e 20</p>	<p>Realização de atividade física</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realiza alguma atividade física semanalmente</li> <li>○ Não pratica atividade física porque</li> <li>○ Quantas vezes por semana</li> <li>○ Qual a duração de cada sessão</li> <li>○ Para si, a prática de atividade física para a saúde é</li> </ul>
<p><b>Segurança</b>  Questão: 21 e 22</p>	<p>Sensação de segurança e ocorrência de quedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sente-se seguro em sua casa</li> <li>○ Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses</li> </ul>

- **Pré-teste**

Dado que elaboramos este questionário de raiz, sentimos a necessidade de realizar um pré-teste. Este tem como objetivo verificar a eficácia do mesmo junto de uma amostra reduzida, representativa da população alvo (Fortin, 2009). Assim, realizamos o pré-teste no dia 10 de Outubro de 2012, a 10 idosos num centro de dia do concelho de Vila Real, que nos pareceram reunir características semelhantes à população em estudo.

Em resultado do pré-teste, verificamos que o questionário era, no seu global, adequado, o vocabulário utilizado era perceptível e as respostas obtidas correspondiam aos nossos objetivos. No entanto, sentimos necessidade de procedermos às seguintes alterações:

- na questão nº 8, relativa aos rendimentos económicos, acrescentamos a opção de resposta “não sabe”, uma vez que verificamos que alguns idosos desconheciam o valor dos seus rendimentos;
- na questão 12.1, relativa à confeção de alimentos no domicílio, acrescentamos a opção de resposta “não confeciona”.
- a questão nº22 sofreu uma troca de posição com a questão nº 21, uma vez que ao responder à questão “Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?” antes da questão “Sente-se seguro em sua casa?”, uma resposta poderia influenciar a outra;
- na questão nº 22, relativa às quedas no último ano, sentimos necessidade de acrescentar a questão aberta “onde?”, para identificar o local da queda.

- **Análise de dados**

Terminada a fase de recolha de dados, iniciamos a etapa seguinte: a análise dos dados obtidos. Citando Fortin (2009, p. 410), “A análise dos dados empíricos exige, num primeiro tempo, que se organize e trate dos dados de

maneira a que se possa descrever a amostra e de seguida tirar conclusões sobre a população alvo, a partir desta amostra”.

Recorremos ao programa de tratamento estatístico IBM SPSS Version 20.0 para a construção de quadros e gráficos que nos permitiram uma melhor apresentação e interpretação dos dados colhidos.

- **Questões éticas**

O estudo de fenómenos associados à pessoa humana exige sempre “competência, respeito e sentido de responsabilidade (...) (Martins, 2008, p. 66)”. Segundo o mesmo autor, a investigação deve ser revestida de rigor, isenção, persistência e humildade, obedecendo sempre aos princípios éticos que lhe são inerentes. Estes devem assim ser respeitados ao longo de todo o processo de investigação. Também Fortin (2009, p. 180) partilha desta opinião, referindo que “quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa”.

Ao longo da realização deste estudo, procuramos ter sempre presentes as questões éticas e legais relacionadas com as nossas ações. Num primeiro momento, dirigimos à direção das instituições contactadas uma carta de apresentação com o tema, o contexto, a finalidade e os objetivos do estudo, por forma a obter a autorização das mesmas para a sua inclusão; depois, obtivemos o consentimento informado (Anexo A) de cada idoso aquando do início do processo de colheita dos dados, onde explicamos individualmente os parâmetros já mencionados acima e ressaltando o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Solicitamos a assinatura da pessoa, assinalando a sua escolha - aceitação ou negação de participação no estudo. Desta forma, procuramos respeitar os princípios da autonomia e dignidade, conforme nos recomenda Paschoal (2011, p. 105), salientando que “(...) imperativos éticos devem ser atendidos pelo profissional que cuida de idosos, entre eles o do direito à autonomia e à dignidade (...)”. Sob compromisso de

honra prometemos e cumprimos todos os procedimentos éticos tidos em conta para este tipo de investigação.

No que diz respeito à ética na condução deste estudo, solicitamos e obtivemos autorização dos respetivos investigadores para a utilização do MEEM, do Índice de Barthel e da escala WHOQOL da OMS (Anexo D).

## **1.2 Apresentação dos dados**

O tratamento estatístico dos questionários realizados permitiu obter os dados que apresentamos em seguida. A sua apresentação segue a mesma ordem do instrumento de colheita de dados, sendo que: numa primeira parte, iremos efetuar a caracterização da amostra; numa segunda parte, apresentaremos os dados relacionados com habitação, rendimentos económicos, relações sociais, alimentação, sono/vigília, hábitos nocivos, condição de saúde, atividade física e segurança.

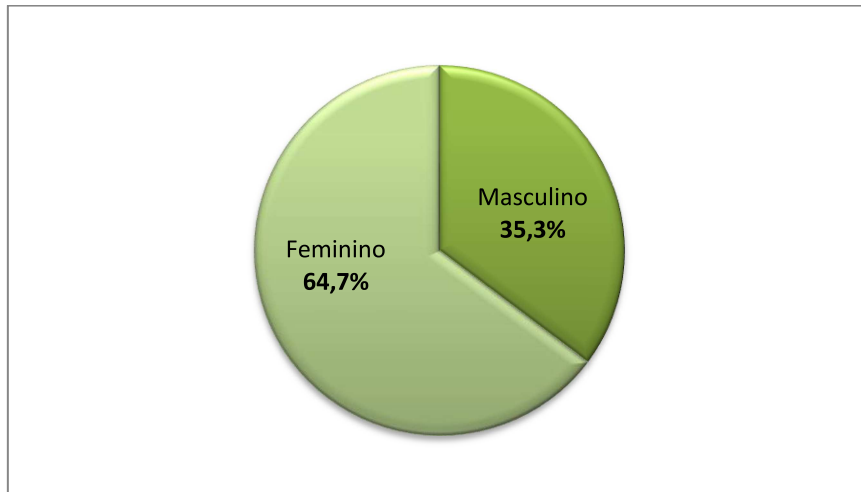
Apresentamos ainda os resultados da escala WHOQOL e do Índice de Barthel.

De modo a facilitar a leitura e consulta destes dados, vamos designar estas partes por A, B e C.

- **A: Caracterização sociodemográfica**

Em relação ao género, dos 51 idosos inquiridos verificamos que 18 (35,3%) são do género masculino e 33 (64,7%) são do género feminino, conforme ilustra o Gráfico 3.

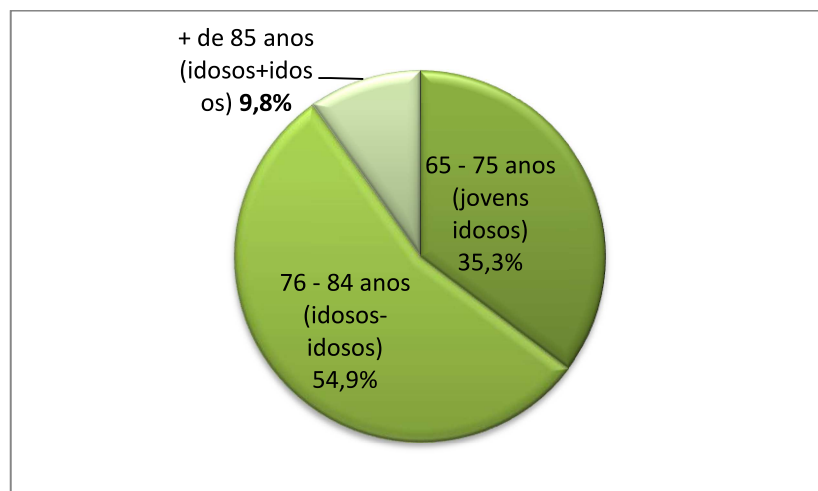
Gráfico 3 - Distribuição dos idosos em função do gênero



Quanto à idade dos idosos, seguimos a classificação atribuída por Debert (1999). Este autor sugere uma divisão da idade dos idosos em três grupos distintos: jovens idosos (65-75 anos); idosos-idosos (76-84 anos); idosos+idosos (+ de 85 anos).

Constatamos que 18 (35,3%) dos idosos pertencem à classe etária entre os 65 e os 75 anos, estando a classe etária entre os 76 e os 84 anos representada por 28 (54,9%) indivíduos. Os idosos com 85 anos ou mais (idosos+idosos) são os que têm menor representatividade (9,8%/5)), como podemos observar na Gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição dos idosos em função da idade

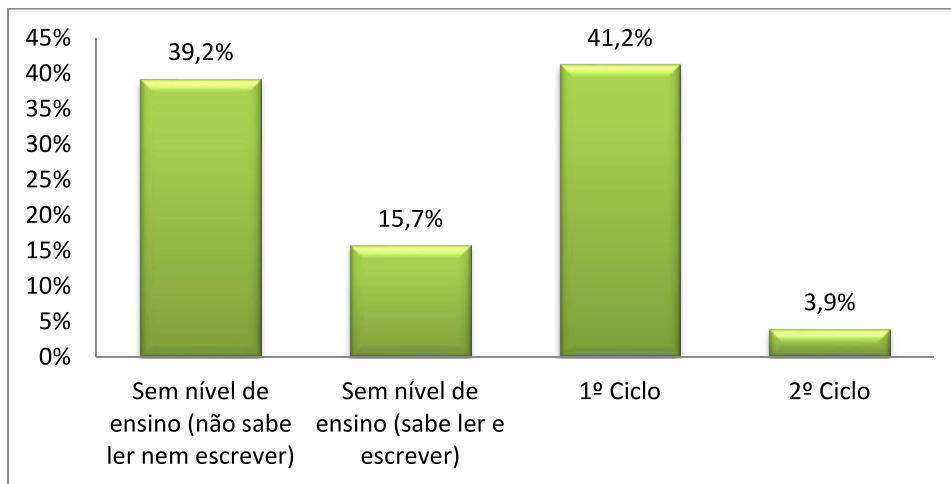




Observamos que a idade dos idosos se situa entre os 65 e os 90 anos, com uma média de 77,14 anos (acompanhada de um desvio padrão de 6,11 anos).

Observando o Gráfico 5, referente às habilitações literárias dos idosos, verificamos que 54,9% (28 idosos) não têm qualquer nível de ensino, dos quais 39,2% (20) não sabem ler nem escrever e 15,7%(8) sabem ler e escrever. Apenas 3,9% (2 idosos) possuem mais que o 1º ciclo e nenhum possui mais do que o 2º ciclo. Assim, 96,1% (49 idosos) têm no máximo o 1º ciclo como habilitações literárias.

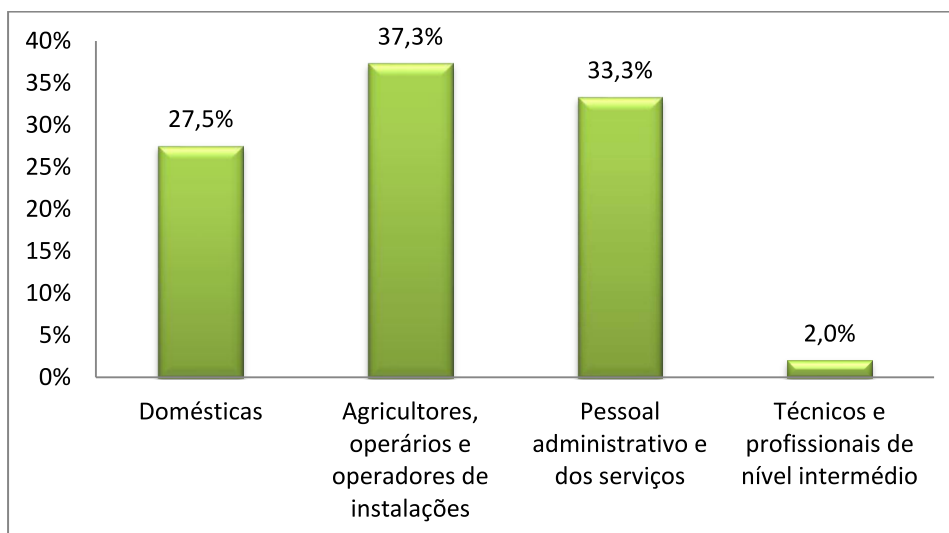
Gráfico 5 - Distribuição dos idosos em função das habilitações literárias



No Gráfico 6 estão representadas as profissões destes idosos. Estas foram agrupadas da seguinte forma: “Domésticas”, “Agricultores, operários e operadores de instalações”, “Pessoal administrativo e dos serviços” e “Técnicos e profissionais de nível intermédio”.

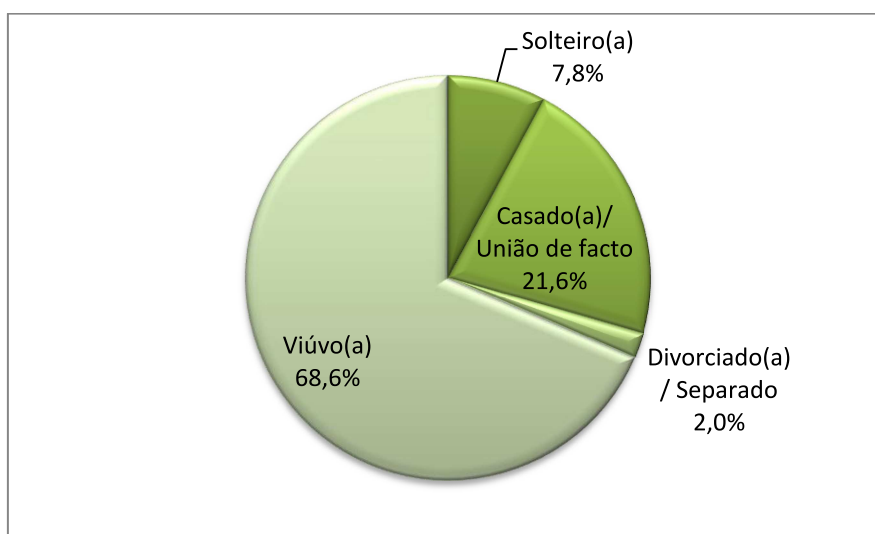
Os grupos dos “Agricultores, operários e operadores de instalações” com 37,3% (19) e o do “Pessoal administrativo e dos serviços” com 33,3% (17) são os que têm maior representatividade. Em seguida, surge o grupo constituído por “Domésticas” com 27,5% (14). Apenas um dos idosos (2,0%) pertence ao grupo dos “Técnicos e profissionais de nível intermédio”.

Gráfico 6 - Distribuição dos idosos em função da profissão



Relativamente ao estado civil (Gráfico 7), verificamos que 35 (68,6%) idosos são viúvos; 11 (21,6%) são casados ou vivem em união de facto. Apenas 4 idosos são solteiros (7,8%) e 1 é divorciado/separado (2,0%).

Gráfico 7 - Distribuição dos idosos em função do estado civil



No Gráfico 8, constatamos que a grande maioria dos idosos vive sozinho (49,0%/25), embora também se verifique que uma parte considerável dos idosos viva em família alargada (33,3%/17), principalmente com a filha (19,6%), filho (9,8%) ou com um dos irmãos (2,0%) - Gráfico 9. Vemos também que 17,6% (9) dos idosos vivem com o cônjuge.

Gráfico 8 - Distribuição dos idosos em função de com quem vive

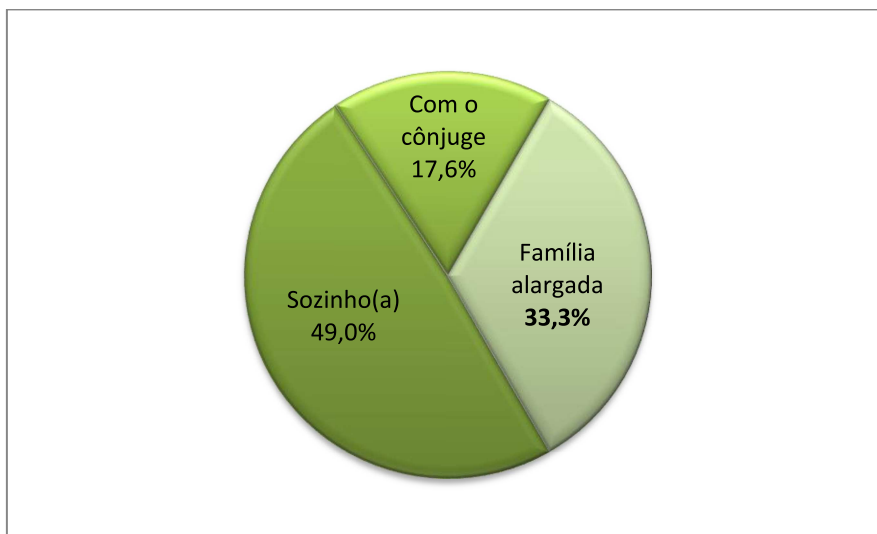
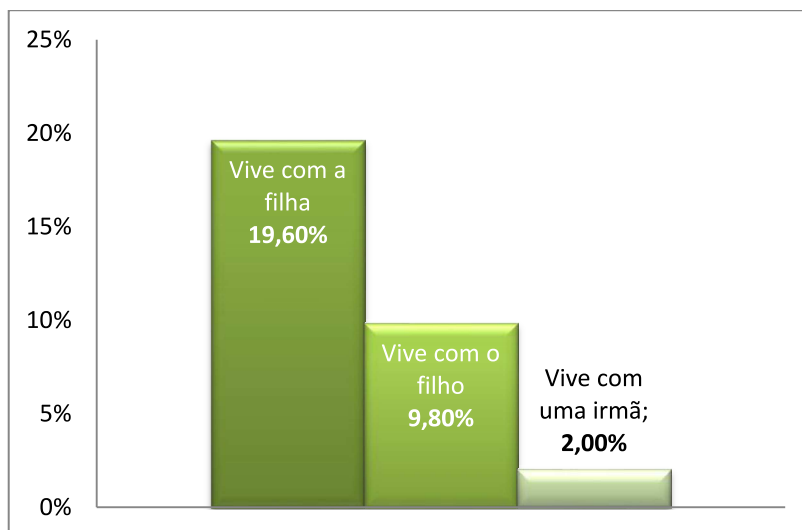


Gráfico 9 - Distribuição dos idosos em função de com quem vive da família alargada



- **B: Habitação, rendimentos, relações sociais e hábitos de saúde**

Em relação ao tipo de habitação (Gráfico 10), 58,8% (30) dos idosos afirmaram residir em habitação própria, 19,6% (10) referiu residir numa casa alugada e

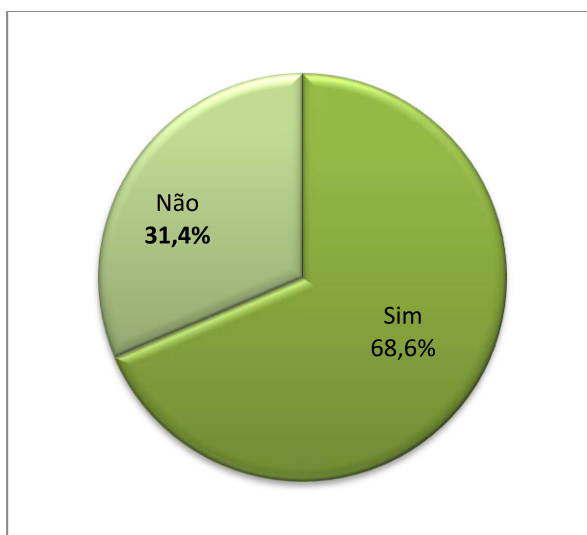
15,7% (8) referiu residir em casa dos conviventes. Residualmente, 3,9% (2) indicaram residir em casa emprestada e 2,0% (1) em outra situação.

Gráfico 10 - Distribuição dos idosos em função do tipo de habitação



Grande parte dos idosos (35) afirmou residir numa habitação com escadas (68,6%), e apenas 31,4% (16) referem que a habitação não tem escadas (Gráfico 11).

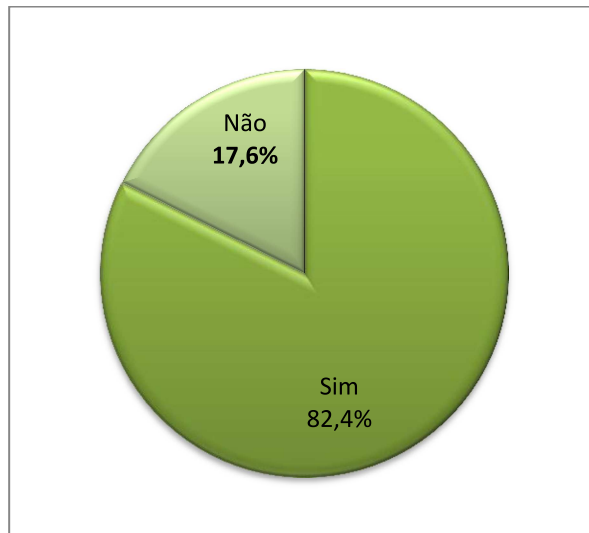
Gráfico 11 - - Distribuição dos idosos em função da existência de escadas (barreira arquitetónica) na habitação



Analisando o Gráfico 12, podemos concluir que 9 (17,6%) idosos afirmaram não possuir na sua habitação água canalizada/ potável. Verificamos que a

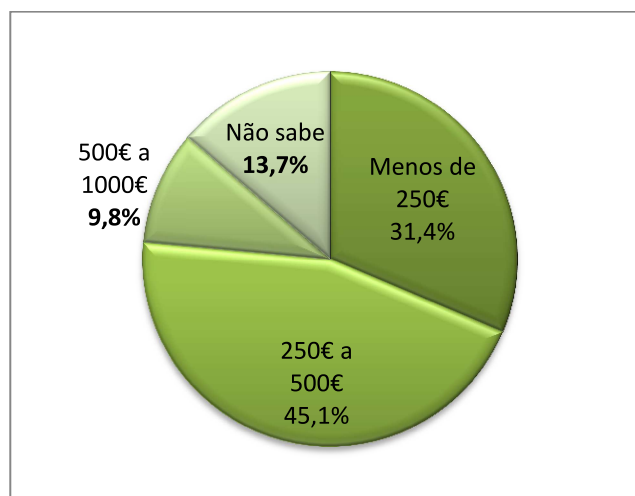
esmagadora maioria, 42 idosos (82,4%) têm na sua habitação água canalizada/potável.

Gráfico 12 - Distribuição dos idosos em função da existência de água canalizada/potável na habitação



No Gráfico 13, podemos concluir que, no que respeita aos rendimentos mensais, apenas 9,8% dos idosos (5) referiram ter rendimento entre os 500€ e os 1000€. A maioria recebe entre os 250€ e os 500€ (45,1%/23) ou menos de 250€ (31,4%/16). Constatamos ainda que 13,7% (7) diz não saber quais são os seus rendimentos.

Gráfico 13 - Distribuição dos idosos em função dos seus rendimentos económicos mensais



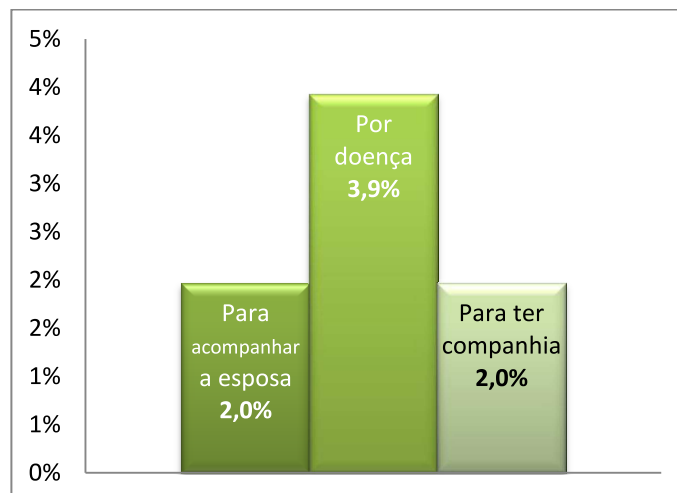
No que respeita ao principal motivo que os levou a frequentarem o centro de dia (Gráfico 14), os idosos inquiridos referiram que seria não estarem sozinhos em casa (58,8%/30) ou para estarem em convívio com outras pessoas (15,7%/8).

Gráfico 14 - Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio



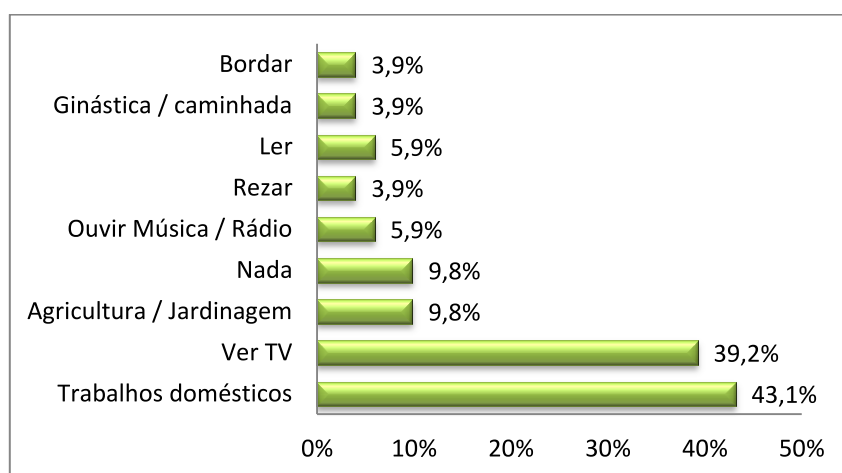
Por outro lado, 11,8% (6 idosos) referiram que tal se deveu a uma decisão dos familiares ou a outro tipo de motivos (13,7%/7), sendo estes: doença (3,9%/2), acompanhar a esposa (2,0%/1) e ter companhia (2,0%/1) como se pode constatar noGráfico 15.

Gráfico 15 - Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio (respondentes que assinalaram a resposta "outro")



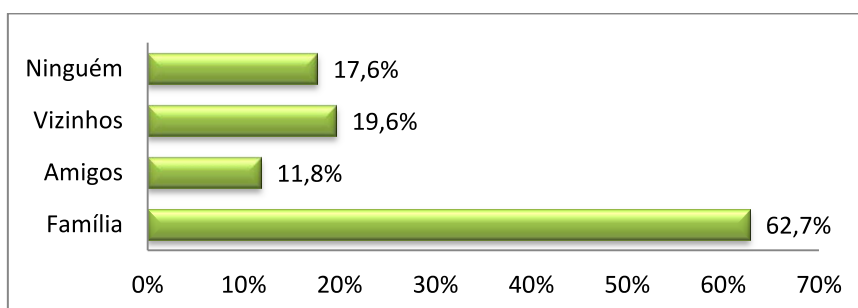
Quando se encontram fora da instituição, os idosos passam o tempo principalmente com trabalhos domésticos (43,1%/21) ou a ver televisão (39,2%/20). As restantes atividades referidas são a agricultura/ jardinagem com 9,8% (5), ouvir música/ rádio ou ler com 5,9% (3) e rezar, bordar ou fazer ginástica/ caminhadas são referidos por 3,9% (2) dos idosos. De salientar que 9,8% (5) referiu não fazer nada no seu tempo de lazer quando se encontra fora da instituição (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Distribuição dos idosos em função do que costumam fazer no tempo de lazer, fora da instituição



Observando o Gráfico 17, podemos concluir que a maioria dos idosos referiram conviver principalmente com a família (62,7%), com os vizinhos (19,6%) ou com amigos (11,8%). Uma parte considerável dos idosos (17,6%) responderam não conviver com ninguém fora da instituição.

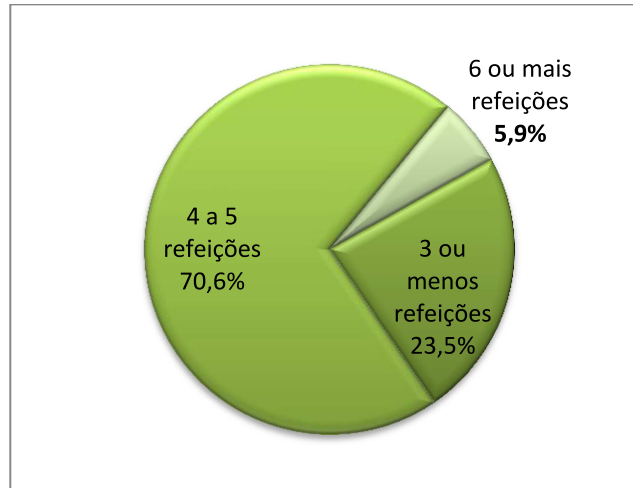
Gráfico 17 - Distribuição dos idosos em função de com quem convive fora da instituição



No que concerne ao número de refeições que os idosos dizem fazer diariamente (Gráfico 18) a maior parte referiu realizar entre 4 a 5 refeições

(70,6%/36), e 23,5% (12) admitiu fazer apenas 3 ou menos refeições. Apenas uma parte residual dos idosos faz 6 ou mais refeições (5,9%/3).

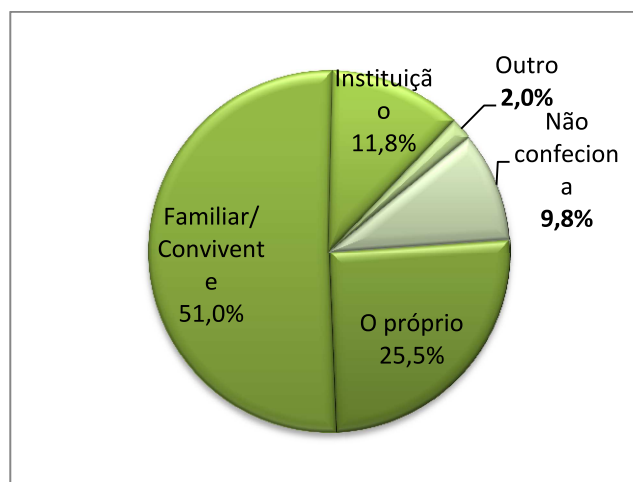
Gráfico 18 - Distribuição dos idosos em função do número de refeições diárias



Os idosos referiram ainda que, quando se encontram fora dos centros de dia/convívio, as suas refeições são confeccionadas principalmente por um familiar/convivente (51,0%/26). Um quarto dos idosos (25,5%/13) refere serem os próprios a confeccionarem a sua refeição.

Salientamos que 11,8% (6) indica ser a instituição a confeccionar a sua refeição e 9,8% (5) simplesmente não confeccionam as refeições, como se pode verificar no Gráfico 19.

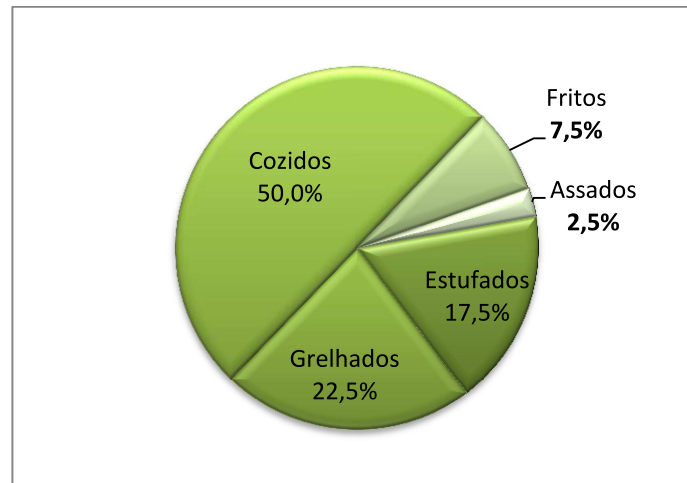
Gráfico 19 - Distribuição dos idosos em função de quem confecciona as refeições fora da instituição





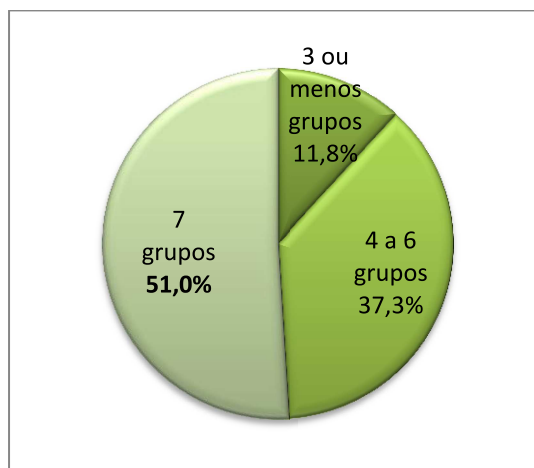
Quando se encontram fora das instituições, os idosos comem essencialmente cozidos (50,0%), grelhados (22,5%) ou estufados (17,5%). Dos métodos de confeção de alimentos menos referidos encontram-se os fritos com 7,5% e os assados com 2,5% (Gráfico 20).

Gráfico 20 - Distribuição dos idosos em função do método de confeção de alimentos mais utilizado nas refeições que faz fora da instituição



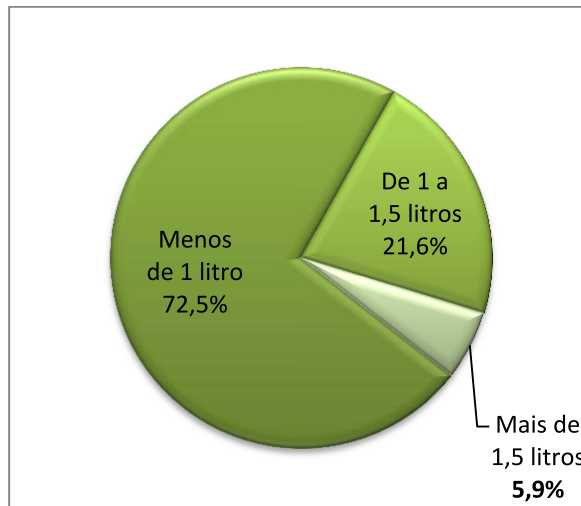
Pedimos aos idosos para identificarem na roda dos alimentos quantos grupos costumam incluir na sua alimentação diária (Gráfico 21). A maior parte dos idosos (51,0%/26) referiram incluir alimentos provenientes dos 7 grupos; 37,3% (19) afirmou incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 4,5 ou 6 grupos da roda dos alimentos e apenas 11,8% (6) admitiu incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 3 ou menos grupos.

Gráfico 21 - Distribuição dos idosos em função do número de grupos da roda dos alimentos que inclui na alimentação diária



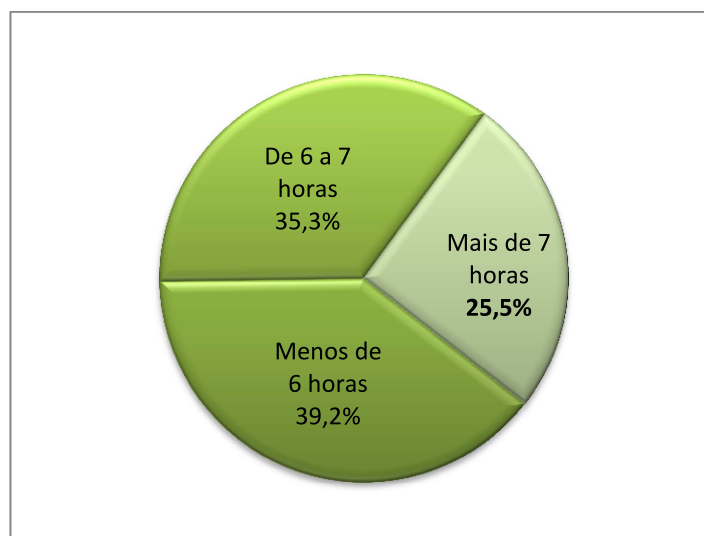
Em relação à quantidade de água consumida diariamente, 72,5% dos idosos (37) bebem menos de 1 litro, 21,6% (11) referiu consumir de 1 a 1,5 litros de água diariamente e 5,9% dos idosos (3) referiram consumir mais de 1,5 litros de água diariamente (Gráfico 22).

Gráfico 22 - Distribuição dos idosos em função da quantidade de água consumida diariamente



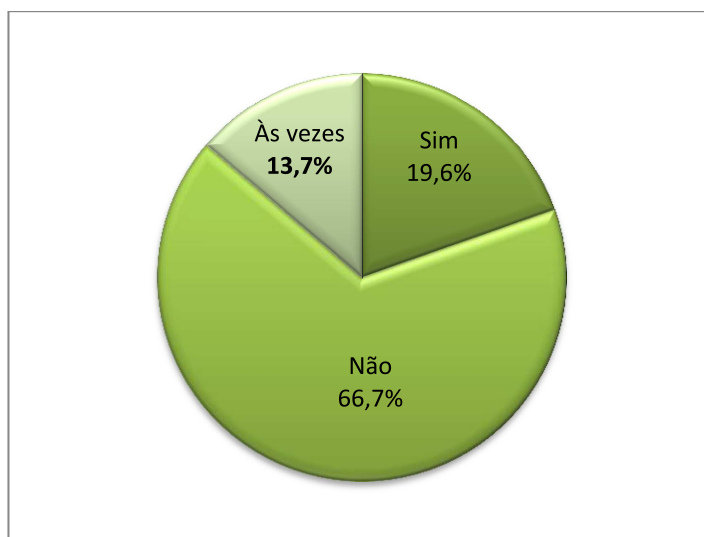
Relativamente às questões relacionadas com o sono/ vigília, começamos por referir o número de horas de sono diárias relatadas pelos idosos (Gráfico 23). Assim, 39,25% dos idosos (20) referiram dormir 6 ou menos horas, 35,3% (18) dizem dormir entre 6 a 7 horas e cerca de um quarto dos idosos (25,5%/13) dormem mais de 7 horas diárias.

Gráfico 23 - Distribuição dos idosos em função do número de horas de sono diárias



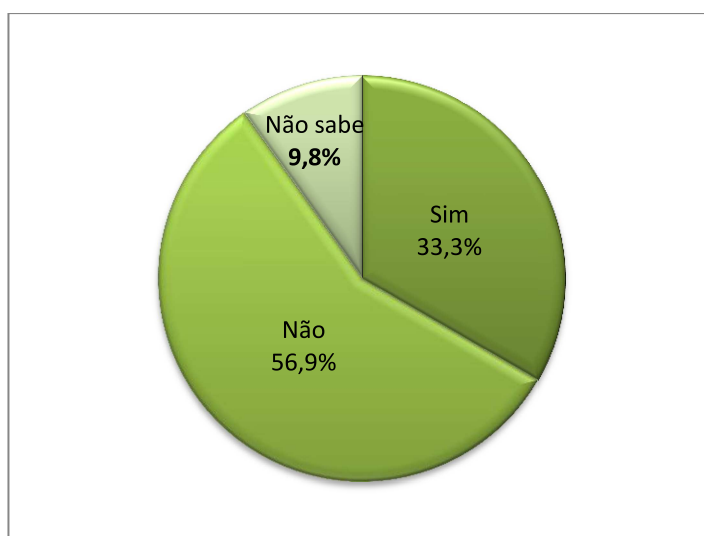
O hábito de dormir a sesta (Gráfico 24) não faz parte da rotina diária de cerca de 2/3 dos idosos (66,7%/34). Os restantes dividem-se entre os que referiram fazê-lo às vezes (13,7%/7) e os que dizem ter por hábito fazer a sesta (19,6%/10).

Gráfico 24 - Distribuição dos idosos em função do hábito de dormir a sesta



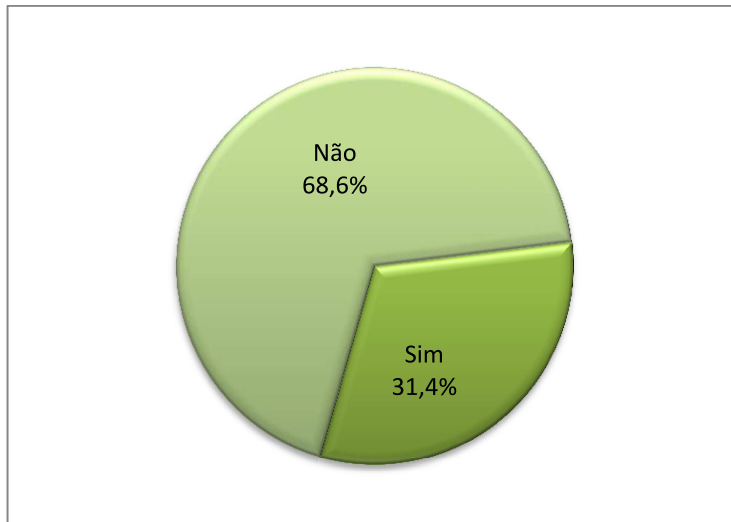
Um pouco mais de metade dos idosos pertencentes à amostra afirmou não tomar qualquer medicação para dormir (56,9%/29). Há no entanto uma parte significativa desta, cerca de um terço (33,3%/17), que referiu tomar medicação para dormir. De salientar que 5 (9,8%) idosos referiram não saber se tomavam ou não medicação para dormir (Gráfico 25).

Gráfico 25 - Distribuição dos idosos em função do uso de medicamentos para dormir



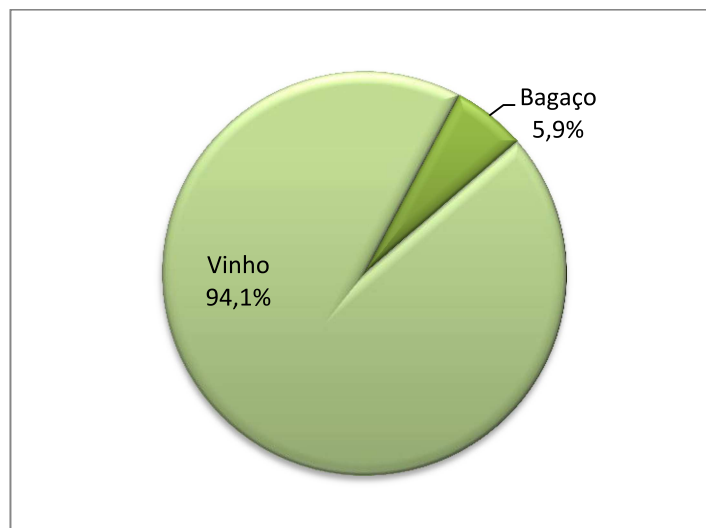
Dois terços dos idosos (68,6%/35) afirmaram não consumir bebidas alcoólicas diariamente. No entanto, cerca de 31,4% dos idosos (16) referiram consumir diariamente bebidas alcoólicas (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Distribuição dos idosos em função do consumo de bebidas alcoólicas diariamente



O tipo de bebida alcoólica mais consumida entre os idosos é o vinho (94,1%), como podemos constatar no Gráfico 27.

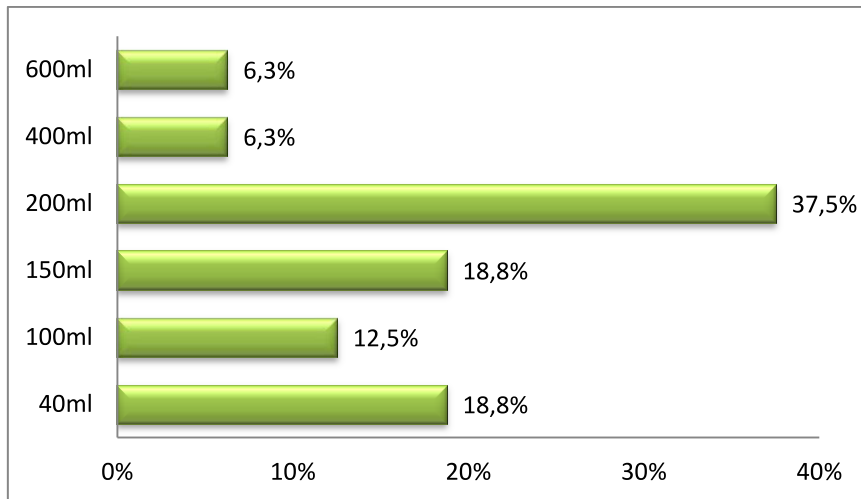
Gráfico 27 - Distribuição dos idosos em função do tipo de bebidas alcoólicas consumidas diariamente



Apenas um dos idosos relatou ingerir outra bebida alcoólica além do vinho, o bagaço. O idoso referiu beber cerca de 50 ml de bagaço diariamente.

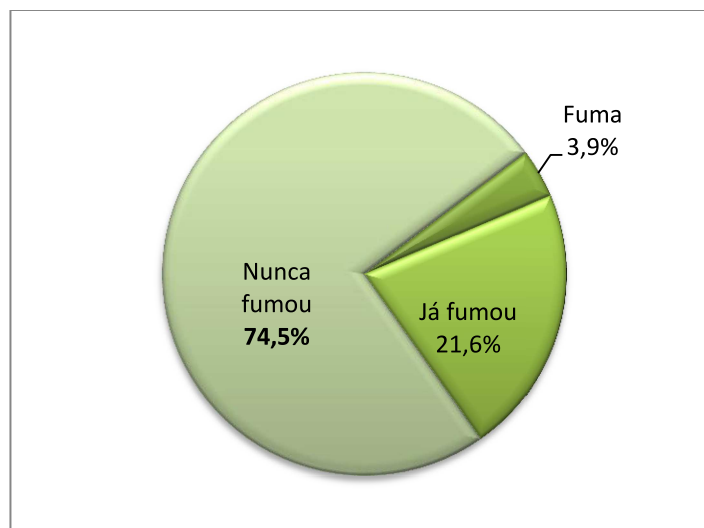
Os restantes 94,1% dos idosos que referiram consumir diariamente vinho, predominam os que referem consumir cerca de 200ml com 37,5% (Gráfico 28).

Gráfico 28 - Distribuição dos idosos em função da quantidade de bebidas alcoólicas ingerida diariamente



Somente 2 idosos (3,9%) referiram ter o hábito de consumo de tabaco. Cada um deles referiu fumar 5 cigarros por dia, e dos restantes, apenas 21,6% (11 idosos) referiu já ter fumado anteriormente (embora não o faça na atualidade). É de salientar a elevada percentagem de idosos que referiu nunca ter consumido tabaco (74,5%/38) como se pode constatar no Gráfico 29.

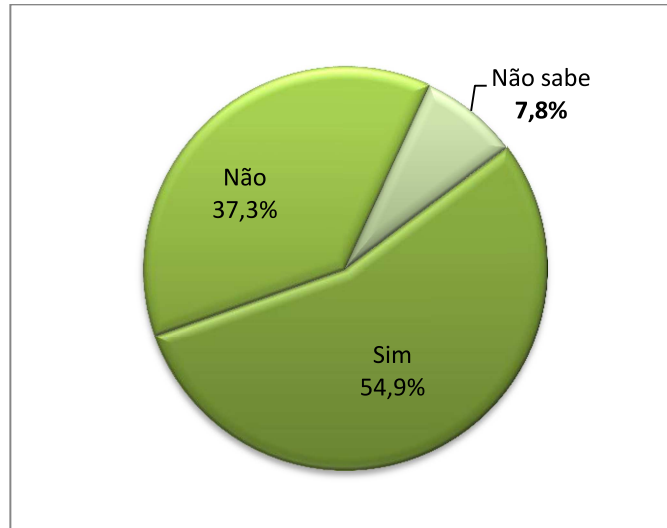
Gráfico 29 - Distribuição dos idosos em função do consumo de tabaco



Pouco mais de metade dos idosos da nossa amostra (54,9%/28) referiu ter médico de família (Gráfico 30). Salientamos a elevada percentagem de

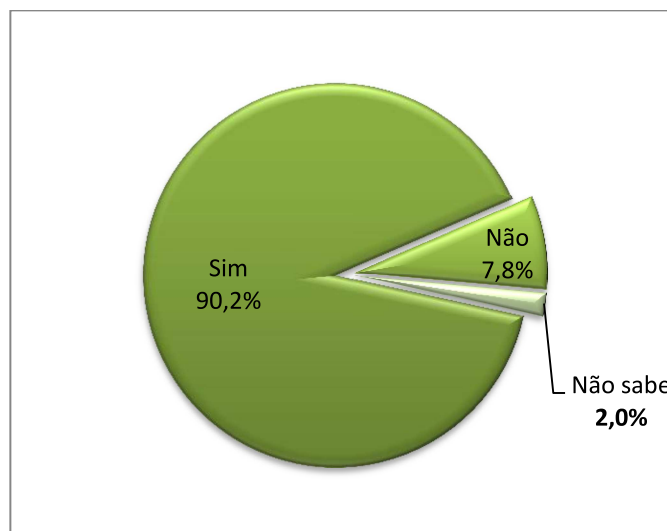
elementos que referiu não possuir médico de família (37,3%/19) ou que não sabe se tem ou não médico de família (7,8%/4).

Gráfico 30 - Distribuição dos idosos em função de ter médico de família



A grande maioria dos idosos questionados referiram sofrer de algum tipo de doença (90,2%/46), tendo apenas 7,8% (4) indicado não sofrer de qualquer tipo de doença ou desconhecer se tinham doença (2,0%/1), como se pode verificar no Gráfico 31.

Gráfico 31 - Distribuição dos idosos em função de sofrer de algum tipo de doença



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

A CID é uma classificação publicada pela OMS, que agrupa em categorias doenças/estados de saúde semelhantes, atribuindo-lhes um código específico. É globalmente usada para estatísticas de morbilidade e mortalidade, bem como nos suportes de registos clínicos em medicina.

Utilizamos a CID porque permite a comparação dos dados obtidos com outros estudos semelhantes (que a utilizaram), na versão 10 porque é a mais recente desta nomenclatura.

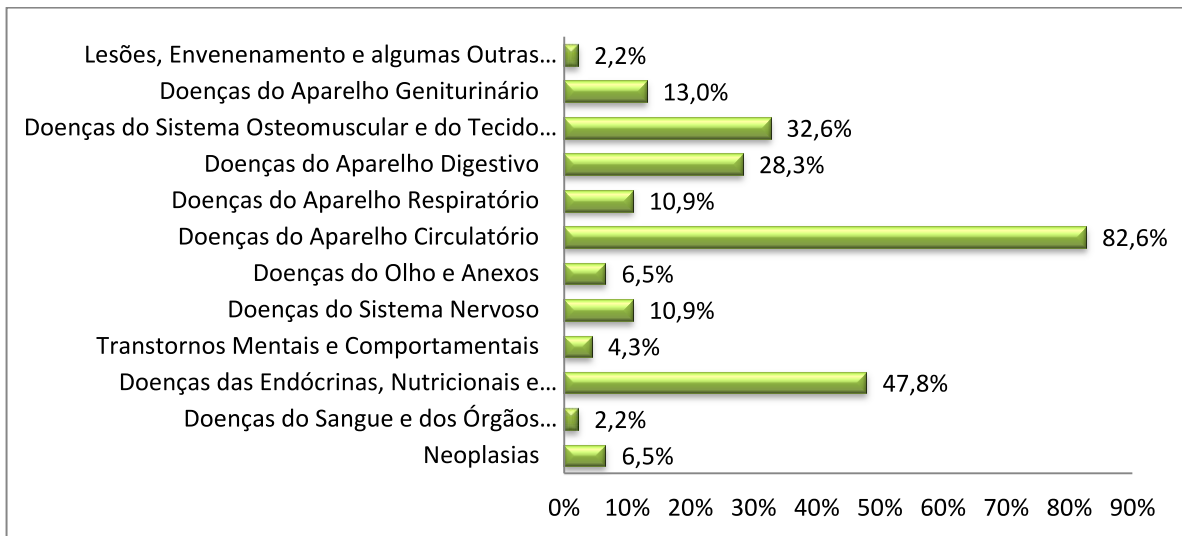
As doenças mais referidas pelos idosos pertencentes à amostra (Gráfico 32) são as relacionadas com o aparelho circulatório (I00-I99), tendo sido referidas por 82,6% dos idosos.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90) foram referidas por 47,8% dos idosos. Cerca de 32,6% dos idosos referiram padecer de doenças relacionadas com o sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) e 28,3% de doenças do aparelho digestivo (K00-K93).

Menos referidas foram as doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) com 13,0%, as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e do sistema nervoso (G00-G99) com 10,9%, as doenças do olho e anexos (H00-H59) e Neoplasias [tumores] (C00-D48) com 6,5%.

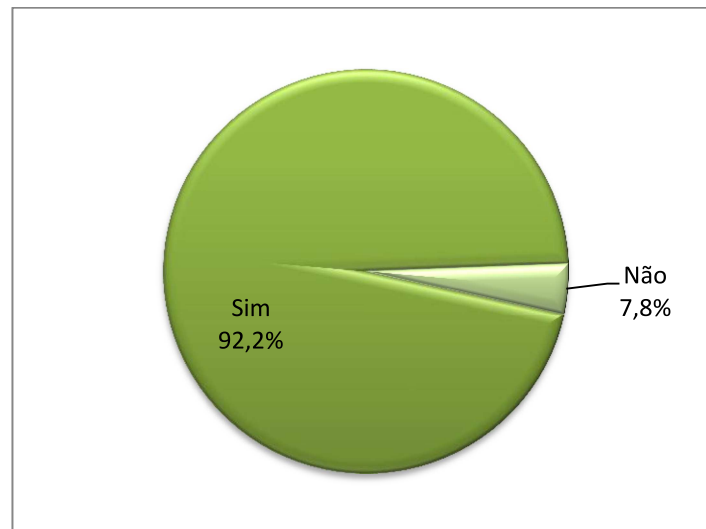
De entre as ainda menos referidas encontram-se as relacionadas com Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) com 4,3% e as relacionadas com Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98) e doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89) com 2,2%.

Gráfico 32 - Distribuição dos idosos em função do tipo de doença que sofre



A maioria dos idosos (92,2%/47) referiram tomar medicação diariamente, enquanto 7,8% (4) afirmaram não o fazer (Gráfico 33).

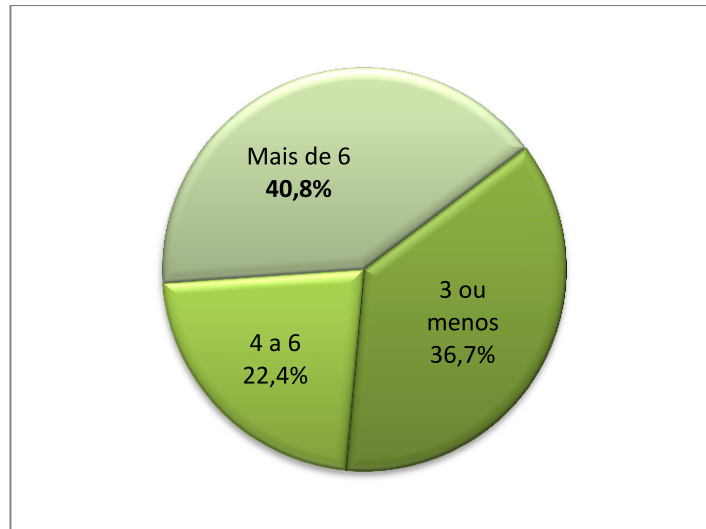
Gráfico 33 - Distribuição dos idosos em função da toma de medicação diária



Nos idosos que referiram tomar diariamente medicação, cerca de 40,8% (19) assumiram tomar mais de 6 comprimidos diferentes, 22,4% (11) referiram tomar entre 4 a 6 comprimidos diferentes e 36,7% (17) disseram tomar 3 ou menos comprimidos diferentes diariamente (Gráfico 34). Salientamos que 96,1% refere tomar sempre a sua medicação fora da instituição.

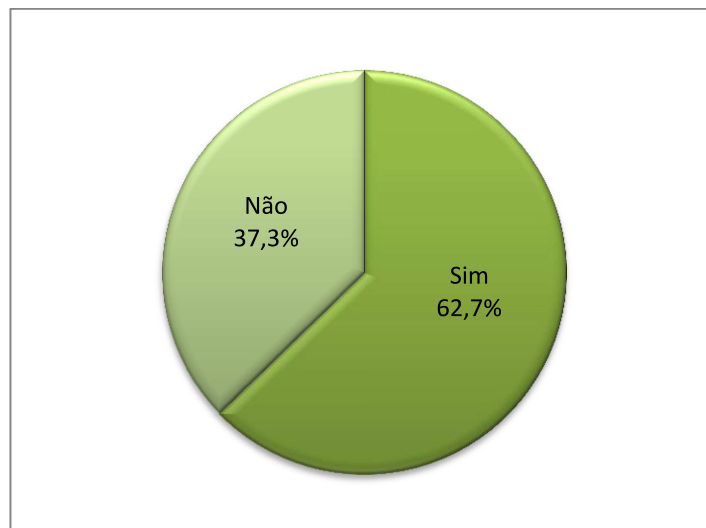


Gráfico 34 - Distribuição dos idosos em função do número de comprimidos diferentes que toma diariamente



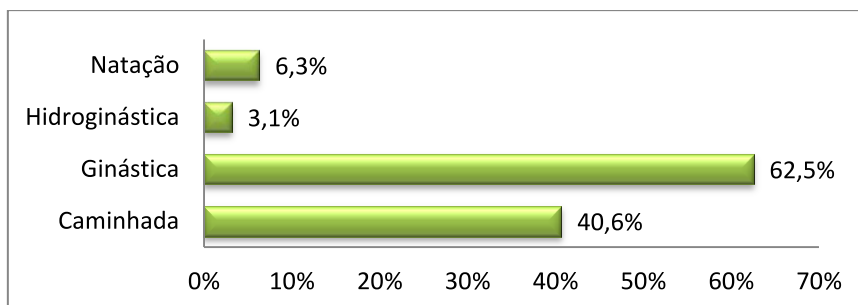
De uma forma geral, grande parte dos idosos afirmou realizar algum tipo de atividade física semanalmente (62,7%/32), mas ainda 37,3% (19) referiu não o fazer (Gráfico 35).

Gráfico 35 - Distribuição dos idosos em função da prática de atividade física semanalmente



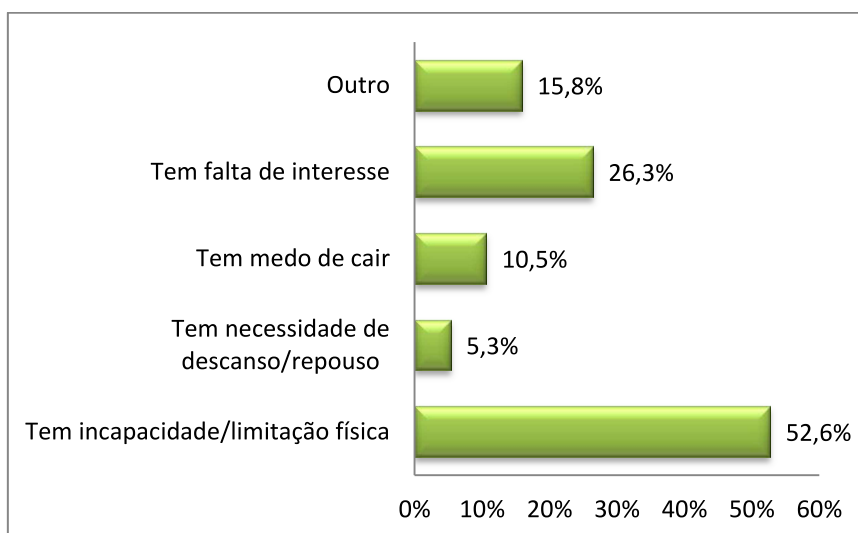
Das atividades físicas semanais praticadas pelos 32 idosos (Gráfico 36), a ginástica foi a mais mencionada (62,5%). As caminhadas também foram uma das atividades mais referidas (40,6%/). Outras atividades referidas foram a natação (6,3%) e a hidroginástica (3,1%).

Gráfico 36 - Distribuição dos idosos em função do tipo de atividade física praticada semanalmente



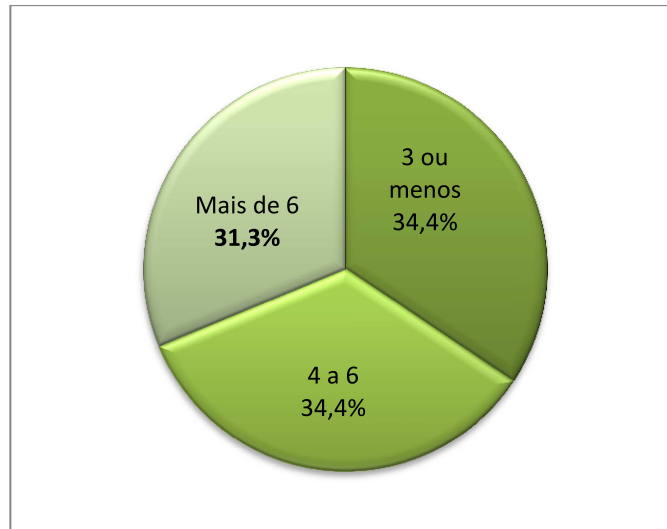
Relativamente aos motivos da não prática de atividade física por parte dos 19 idosos (Gráfico 37), estes salientam o facto de terem algum tipo de incapacidade/ limitação física para o fazer (52,6%), falta de interesse (26,3%), medo de cair (10,5%) e necessidade de descanso/ repouso (5,3%). Cerca de 15,8% referiu outro tipo de motivos, como falta de companhia.

Gráfico 37 - Distribuição dos idosos em função dos motivos da ausência de prática de atividade física



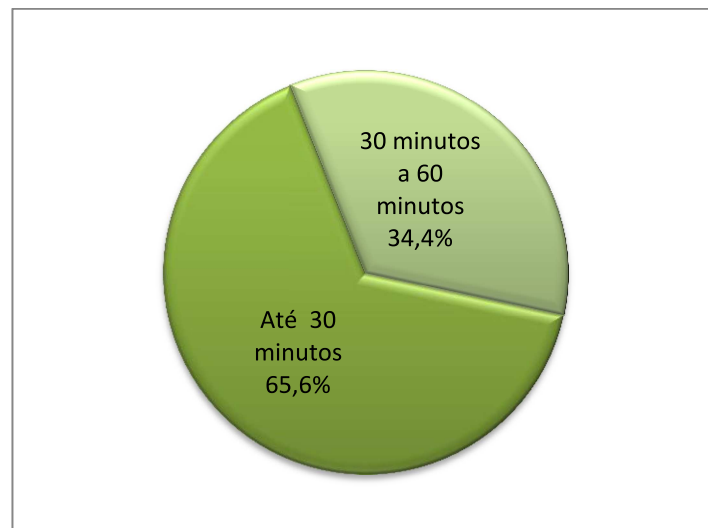
Dos 32 idosos que afirmaram praticar atividade física, quando questionados sobre o número de vezes que o fazem por semana, cerca de 31,3% (10) dos idosos afirmou fazê-lo mais de 6 vezes por semana, 34,4% (11) entre 4 a 6 vezes e 34,4% (11) 3 ou menos vezes por semana (Gráfico 38).

Gráfico 38 - Distribuição dos idosos em função do número de vezes que pratica atividade física semanalmente



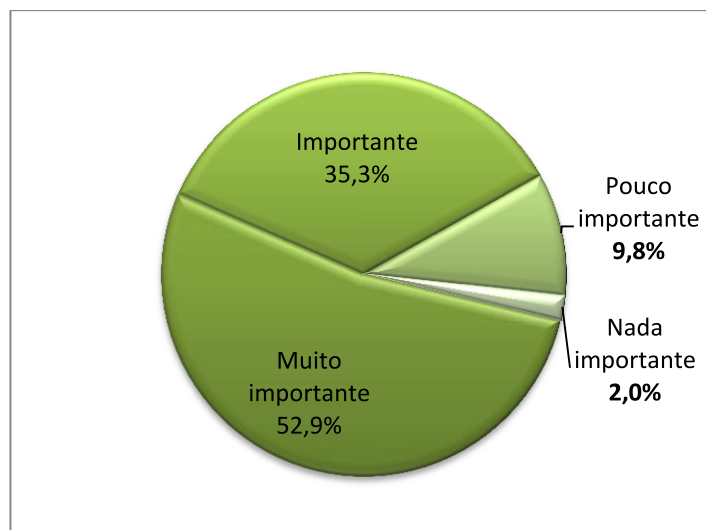
Em relação à duração da atividade física praticada, a maior parte disse que geralmente é inferior a 30 minutos (65,6%/21). Cerca de 34,4% (11) afirmou que a sua duração era de 30 a 60 minutos (Gráfico 39).

Gráfico 39 - Distribuição dos idosos em função da duração de cada sessão de atividade física



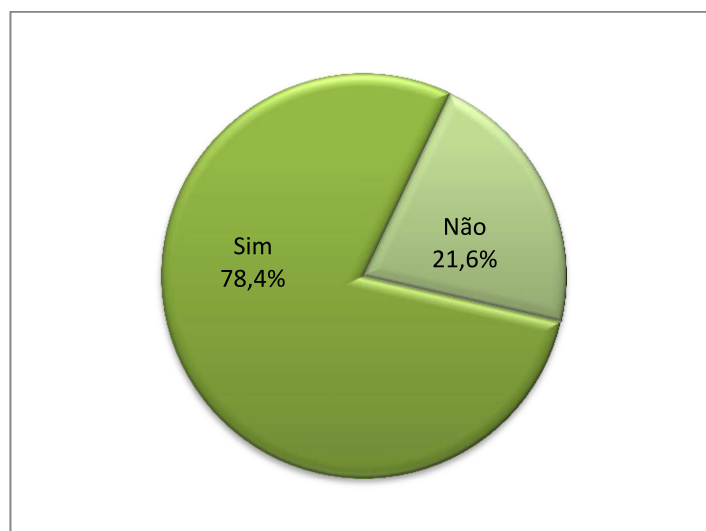
Pedimos aos idosos que classificassem a atividade física quanto à sua importância para a saúde (Gráfico 40). Assim, 27 (52,9%) dos inquiridos referiram que esta é muito importante; 18 (35,3%) afirmou achar importante; 5 (9,8%) referiram achar pouco importante; 1 idoso (2,0%) considera-a nada importante.

Gráfico 40 - Distribuição dos idosos em função da sua opinião sobre a importância da atividade física para a saúde



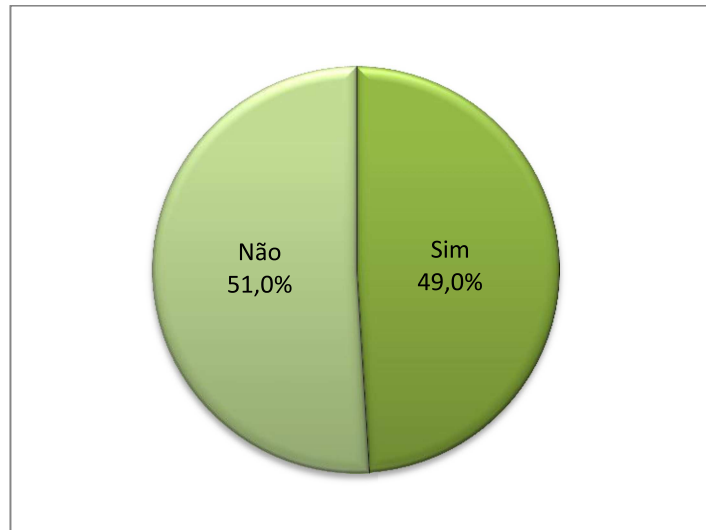
Grande parte dos idosos da amostra (78,4%/40) referiu sentir-se seguro em sua casa. No entanto, cerca de 21,6% (11) referiram o contrário (Gráfico 41). Essa insegurança prende-se maioritariamente com algum tipo de medo, principalmente em relação a ladrões ou com a solidão.

Gráfico 41 - Distribuição dos idosos em função de se sentir seguro em casa



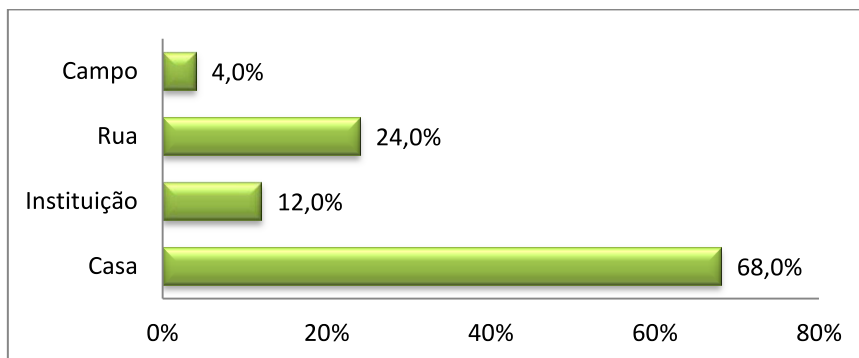
No que diz respeito à ocorrência de quedas, 51,0% dos idosos (26) referiram não ter sofrido qualquer tipo de queda nos últimos 12 meses e 49,0% (25) afirmaram ter caído neste período (Gráfico 42).

Gráfico 42 - Distribuição dos idosos em função da ocorrência de quedas no último ano



Como podemos verificar no Gráfico 43, o local onde uma maior percentagem de idosos referiram ter sofrido uma queda foi na sua própria residência (68,0%). Os outros locais onde os idosos dizem ter sofrido quedas foram: a Rua (24,0%), a própria instituição (12,0%) e o local de cultivo (Campo) com 4,0%.

Gráfico 43 - Distribuição dos idosos em função do local de ocorrência das quedas



- **C: Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Breve)**

Apresentamos também os resultados obtidos pela aplicação da escala de avaliação da qualidade de vida proposta pela OMS.

Neste estudo, usamos uma adaptação da WHOQOL-Breve (Anexo C). O Quadro 7 demonstra os valores médios das respostas obtidas nos 26 itens que compõem esta escala, sendo que valores médios superiores a 3 (em cada item) revelam que o inquirido está satisfeito com a sua qualidade de vida (Serra, *et al.*).

Quadro 7 - Valores médios das respostas às questões da escala WHOQOL-Breve

	Média	Desvio Padrão
<b>Domínio Qualidade de Vida</b>		
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
<b>Subdomínios:</b>		
<b>Físico – 7 Itens</b>		
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
<b>Psicológico – 6 Itens</b>		
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
<b>Relações Sociais – 3 Itens</b>		
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
<b>Meio Ambiente – 8 Itens</b>		
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

Em relação à qualidade de vida na generalidade, será atribuída aos 2 itens: Q1 (“Como avalia a sua qualidade de vida?”) e Q2 (“Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?”). Os quatro domínios da escala (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), constituídos pelos restantes 24 itens são um retrato fidedigno da escala.

Como sugere Serra *et al.* (2006), no intuito de facilitar a apresentação e leitura, a média dos itens em estudo foi transformada linearmente para que os resultados variem entre 0 e 100. Os resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL – Breve estão refletidos no Quadro 8 e no Gráfico 44.

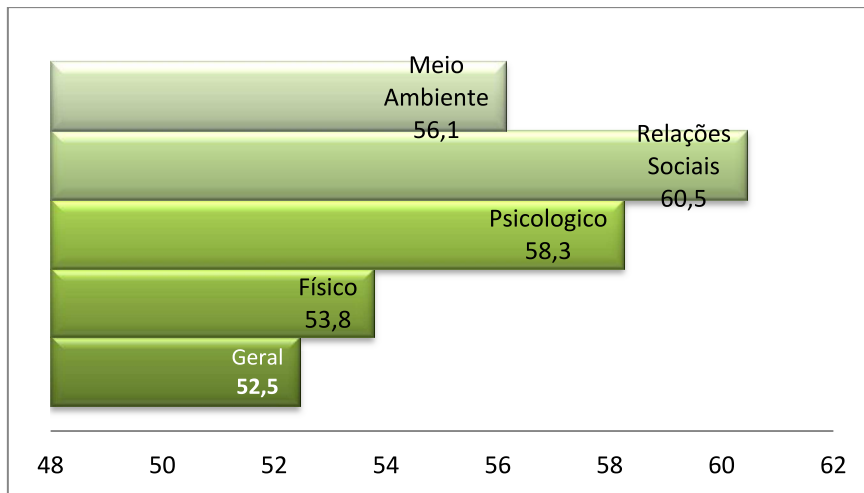
Pela observação do Quadro 8 podemos concluir que, como todos os valores médios obtidos são superiores a 50, os idosos estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida em cada um dos domínios da escala WHOQOL-Breve.

Quadro 8 – Resultados normalizados (estatísticas descritivas) dos vários componentes da escala WHOQOL-Breve

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
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

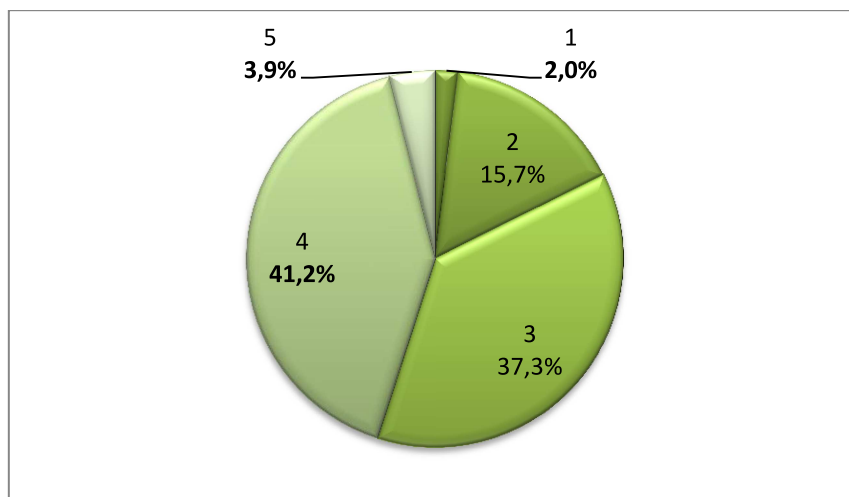
Destacamos o domínio das relações sociais, cujo valor médio é de 60,46%, o mais alto registado. Segue-se o domínio psicológico (58,25%), meio ambiente (56,13%) e físico (53,78%).

Gráfico 44 - Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL - Breve



Relativamente à Q1, que solicita ao idoso para classificar de 1 a 5 a sua qualidade de vida, podemos observar no Gráfico 45 que a maior parte dos idosos respondeu 3 (37,3%) ou 4 (41,2%). No entanto, 17,7% dos idosos responderam apenas 1 (2,0%) ou 2 (15,7%).

Gráfico 45 - Distribuição dos idosos em função das respostas à Q1 da escala WHOQOL-Breve

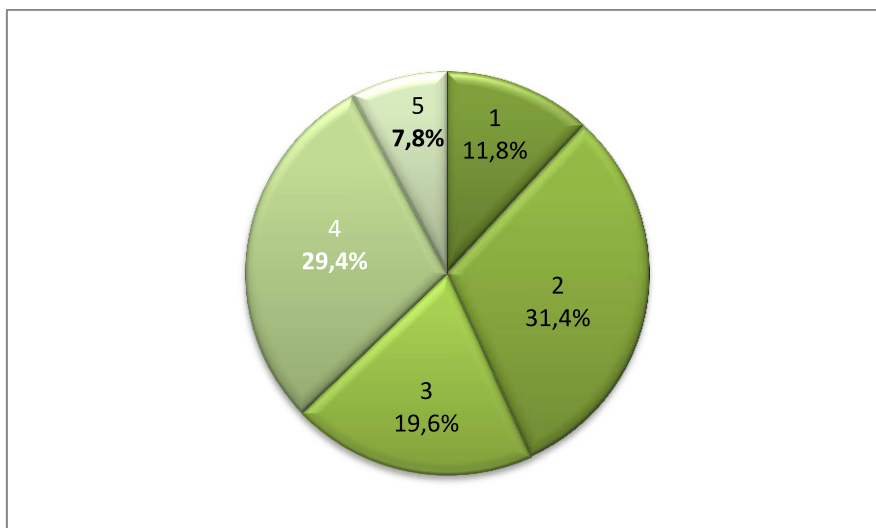


A Q2, relaciona-se com a satisfação com a sua própria saúde. Neste item, podemos observar no Gráfico 46 que cerca de 31,4% dos idosos referiu estar



insatisfeito com a sua saúde e 29,4% referiu estar satisfeito. Cerca de 19,6% acha que a sua saúde não está nem boa nem má, 11,8% classificou-a como muito má e 7,8% como muito boa.

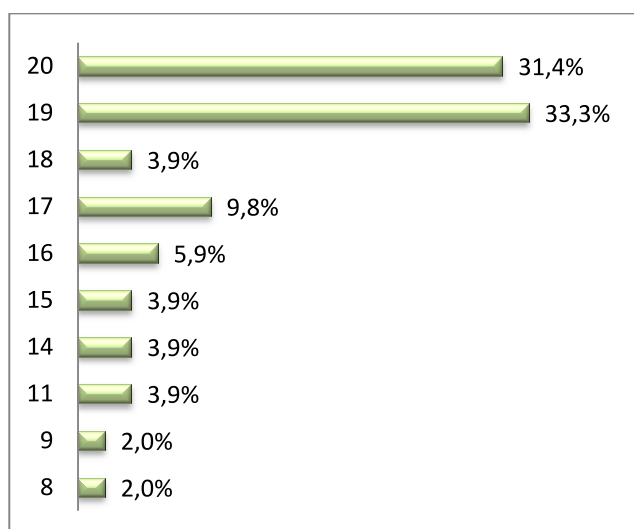
Gráfico 46 - Distribuição dos idosos em função das respostas à Q2 da escala WHOQOL-Breve



- **Índice de Barthel**

No Gráfico 47 podemos constatar os valores obtidos pelos idosos pertencentes à amostra relativamente ao Índice de Barthel.

Gráfico 47 - Histograma do Índice de Barthel



Adotando a classificação descrita no Quadro 9, verificamos que 16 (31,4%) idosos são independentes, 31 (60,7%) têm uma dependência moderada, 3 (5,9%) têm uma dependência grave e 1 (2,0%) é totalmente dependente.

Quadro 9 - Classificação da dependência do idoso segundo o Índice de Barthel

Índice obtido	Classificação
0 – 8	Dependência total
9 – 12	Grave dependência
13 – 19	Moderada dependência
20	Independente

### 1.3 Discussão dos resultados

A temática do envelhecimento tem sido explorada de uma forma mais exaustiva nos últimos tempos, muito provavelmente devido ao crescente envelhecimento demográfico e à “inquietação” que este desperta ao nível dos vários setores (social, saúde, económico, proteção social). Desta forma, o envelhecimento é um conceito abordado frequentemente, bem como os problemas que, geralmente, lhe são inerentes.

Dado o carácter deste estudo, pretendemos ser mais seletivas do que exaustivas neste capítulo. Assim, iremos abordar apenas os pontos que nos suscitaram maior interesse e mais profundamente aqueles que se revelaram problemas de saúde identificados.

A nossa amostra, constituída por 51 idosos, revela uma predominância do género feminino (64,7%) relativamente ao masculino (35,3%), situação que verifica a tendência demográfica de uma maior esperança média de vida nas mulheres, relativamente aos homens (INE, 2012).

Relativamente à idade, verificamos que esta varia entre os 65 e os 90 anos, sendo que a maioria tem entre 76 e 84 anos de idade (54,9%).

Verificamos que os idosos que incluíram a nossa amostra, maioritariamente, não têm qualquer nível de ensino (54,9%) e o 2º ciclo foi o nível de ensino mais alto (3,9%). Estes dados corroboram os do INE, referidos atrás, onde consta que a população de Felgueiras regista baixos níveis de escolaridade.

Aliada à baixa escolaridade, notamos que o grupo de profissões mais representativo na nossa amostra foi o dos “Agricultores, operários e operadores de instalações” (37,3%), o que vai de encontro aos dados do INE e da própria Câmara Municipal de Felgueiras, ao referir que a agricultura e a indústria são, desde há muito tempo, o motor da atividade económica do concelho, embora a primeira esteja em decréscimo como atividade principal.

Uma das características da nossa amostra está relacionada com o facto de metade dos idosos, aproximadamente, viverem sozinhos (49%), o que nos pode remeter para a problemática da solidão.

Efetivamente, a solidão entre os idosos é um assunto pertinente e atual. Se, por um lado, fatores demográficos como o, já referido, aumento da esperança média de vida (essencialmente nas mulheres) contribuem para que cada vez mais idosos se encontrem sozinhos, por outro lado, as evoluções sociais não permitem às famílias grande disponibilidade para o acompanhamento do envelhecimento dos seus familiares

No âmbito do envelhecimento ativo, a solidão surge como um entrave ao mesmo, uma vez que este preconiza uma vida e participação social ativas, em oposição à solidão e isolamento.

Porém, a solidão é um conceito complexo. Weiss (1973) citado por Neto (2000) diferencia solidão social de solidão emocional. A solidão social está relacionada com a falta de uma rede de amigos e conhecidos, em que a pessoa se sente só. A solidão emocional diz respeito à insatisfação causada por uma relação pessoal e íntima.

Relativamente ao estado civil, que pode ser relacionado com a solidão, verificamos que 68,6% dos idosos já experienciaram a morte do conjugue, 7,8% são solteiros e 2,0% estão divorciados ou separados.

A morte do conjugue constitui um fator de risco elevado para o desenvolvimento de situações de isolamento social e solidão. As mulheres experienciam mais esta situação, uma vez que, como refere Machado (2009, p. 128) “as mulheres têm uma esperança de vida à nascença de 81,9 anos para 75,4 dos homens (...) as mulheres vivem 1,55 vezes mais sós.

A solidão conjugal constitui uma nova realidade para o idoso, requerendo adaptação. As alterações na sua vida diária são várias e pode existir uma diminuição da atividade e integração social.

No que concerne à alimentação, verificamos que a maioria destes idosos refere fazer 4 a 5 refeições diárias (70,6%), realizadas na instituição. A maior parte (51%) inclui alimentos dos 7 grupos da roda dos alimentos na seu plano alimentar diário.

Na nossa opinião, a frequência dos centros de dia/convívio ajuda bastante estes idosos a gerirem de forma correta a sua alimentação, uma vez que lhes permite: dispor de refeições em horário fixo, sem exceder as 3 horas de intervalo; consumir comida adequadamente confeccionada, sem excesso de sal e gorduras; ingerir regularmente frutas, legumes e leite/derivados. Estes aspetos são salientados por Silva (2012), que refere que “os processos de alimentação e de nutrição pretendem provocar o atraso ou a modulação do processo de envelhecimento e promover um estado nutricional adequado” (p. 266) uma vez que “a alimentação associada a alguns cuidados complementares tem um efeito poderoso na qualidade de vida do idoso” (p. 268).

No entanto, salientamos o aspeto da ingestão hídrica, deficitária nestes idosos, uma vez que 72,5% referiu ingerir menos de 1 litro de água diariamente, claramente insuficiente face aos 1,5 a 2 litros de água recomendados pela OMS.

Tendo em conta as questões relacionadas com o estado de saúde destes idosos, podemos dizer que uma esmagadora maioria (90,2%) sofre de alguma doença. As doenças do aparelho circulatório (I00-I99), endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90), sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (M00-M99) e aparelho digestivo (K00-K93) constituem as mais referidas por estes idosos. Estes dados vão de encontro ao referido por Azeredo (2011), que aponta as doenças cardiovasculares, as neoplasias, a diabetes e as doenças osteoarticulares como as mais prevalentes nesta faixa etária.

Em relação às quedas, verificamos que metade dos idosos da nossa amostra, aproximadamente (49%), caíram no último ano. Estes dados superam os referidos por Woodford (2009) citado por Azeredo (2011, p. 140), “30% das pessoas com 65 ou mais anos caem uma vez por ano”.

Zinni e Pussi (2003) citados por Andrade (2012) definem a queda como um acontecimento com pelo menos três fatores dos seguintes: contacto com o chão de parte do corpo da pessoa; acontecimento de carácter inesperado e não intencional; evento não explicável em consequência de fator intrínseco (como doença aguda); circunstâncias capazes de provocar queda numa pessoa em boa forma.

De uma forma mais simples, a queda é, então, um “incidente que precipita involuntariamente uma pessoa no solo ou outro nível inferior” (Azeredo, 2011, p. 140), ou ainda, como sendo um evento “não intencional resultando numa mudança de posição para um nível mais baixo em relação à posição inicial” (ICD-10).

Aquando a realização dos questionários, verificamos que os idosos responderam prontamente e sem incertezas às questões relacionadas com as quedas, o que nos induz a pensar que as quedas são acontecimentos importantes na vida diária dos idosos. Isto vai de encontro ao referido por Azeredo (2011) ao dizer que as quedas representam acontecimentos marcantes e que afetam a vida do idoso e sua família.

Azevedo (2002) citado por Andrade (2012, p. 125) demonstra a importância das quedas ao afirmar que “Nas pessoas com 65 ou mais anos de idade, as quedas matam mais que a pneumonia ou a diabetes”. O mesmo autor acrescenta ainda que “a morte pode surgir como complicação pós-queda”.

Relativamente ao local onde ocorreram as quedas, os idosos referiram maioritariamente a sua casa (68%), o que vai de encontro ao descrito pela DGS (2005), ao afirmar que a maioria destes acidentes com idosos ocorre dentro da sua própria casa.

Estes dados podem ser indicativos da desadequação das habitações dos idosos à sua condição. Como exemplo, salientamos que 68,6% dos idosos em estudo referiram que a sua habitação possui escadas. Estas são consideradas uma barreira arquitetónica, o que poderá estar relacionado com a ocorrência de quedas.

A prática de atividade física, além de combater o sedentarismo e estimular a vida ativa e com participação social, contribui significativamente para a manutenção da aptidão física do idoso, contribuindo para a obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Embora a maior parte dos idosos tenha afirmado que realiza algum tipo de atividade física semanalmente (62,7%), consideramos que a importância e os benefícios da prática desta são tão relevantes que a percentagem de idosos que não a realiza (37,3%) ainda é considerável, constituindo um bom motivo de intervenção.

Por outro lado, quando questionados sobre as atividades que realizavam nos tempos de lazer, uma percentagem considerável dos idosos (39,2%) referiram como atividade principal «ver televisão». A estes acrescem os que referiram a realização de outras atividades também sedentárias, tais como bordar (3,9%), ler (5,9%), rezar (3,9%), ouvir música/rádio (5,9%) ou, simplesmente, não realizar nenhuma atividade (9,8%).

Em relação à ocupação dos tempos de lazer com ações que envolvam atividade física, 43,1% dos idosos nomearam os trabalhos domésticos, 9,8% referiram a agricultura e jardinagem e 3,9% a ginástica/caminhada.

Assim, como podemos verificar, grande parte dos idosos ocupam os tempos de lazer com atividades bastante sedentárias, que deveriam ser substituídas por outras, mais ativas, com benefícios para os mesmos. Em relação à prática de atividade física nos idosos, Azeredo (2011, p. 139) salienta que esta “permite uma melhoria do estado físico e, mental, pois reduz a fadiga, diminui o stress, diminui o isolamento social e melhora o sono (...) melhora ainda as funções cardio-respiratórias, metabólicas e osteoarticulares”.

Considerando que Azeredo (2011, p.113) refere que “autonomia e independência nos idosos são consideradas condições essenciais para a qualidade de vida”, importa ainda mencionar os resultados obtidos na avaliação da qualidade de vida através da escala WHOQOL – Breve e do nível de dependência pelo Índice de Barthel.

Verificamos que os idosos que constituíram a nossa amostra acreditam ter qualidade de vida, para cada um dos domínios da escala. Salientamos o domínio das relações sociais, cujo valor médio obtido foi 60,46%, o mais elevado.

Relativamente ao nível de dependência, os resultados obtidos demonstram que estes idosos são, na sua maioria, moderadamente dependentes ou independentes, o que contribui para a satisfação demonstrada em relação à sua qualidade de vida.

#### **1.4 Problemas de saúde identificados**

A análise e discussão dos resultados obtidos permitiram elencar os problemas de saúde, que se traduzem segundo Imperatori & Giraldes (1993) em necessidades sentidas e expressas pela população.

Os problemas emergentes da concretização do diagnóstico de situação, primeira etapa do processo de planeamento em saúde, serão o alvo das intervenções a delinear, com o objetivo de os minimizar ou solucionar (Tavares, 1990).

Identificamos oito problemas gerais, conforme podemos observar no Quadro 10.

Quadro 10 - Problemas identificados no diagnóstico de situação

<b>PROBLEMAS</b>	<b>DADOS OBTIDOS</b>
<b>Solidão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 49% dos idosos vive sozinho;</li> <li>• 58,8% referem que foram para o centro de dia para não ficarem sozinhos em casa;</li> <li>• 43,3% ocupam os seu tempos livres a realizar trabalhos domésticos 43,1% e 39,2% a ver televisão;</li> </ul>
<b>Barreiras Arquitetónicas na habitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 68,6% referem ter escadas em casa;</li> </ul>
<b>Sedentarismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 39,9% ocupam os seus tempos livres fora da instituição a ver televisão;</li> </ul>
<b>Hábitos Alimentares Incorretos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ainda 23,5% fazem 3 ou menos refeições por dia;</li> <li>• 72,5% bebem menos de 1litro de água por dia;</li> </ul>
<b>Existência de Doença</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90,2% sofrem de doença;</li> </ul>
<b>Polimedicção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40,8% tomam mais de 6 comprimidos por dia;</li> </ul>
<b>Escassa Atividade Física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 37,5% não realizam atividade física semanal;</li> </ul>
<b>Quedas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 49% referem ter caído no último ano;</li> <li>• 68% referem ter caído em casa.</li> </ul>



## 2. PRIORIZAR AS NECESSIDADES

A hierarquização das necessidades ou dos problemas identificados no diagnóstico de situação constitui a segunda etapa do processo de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Para Tavares (1990, p. 83), a determinação de prioridades “Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão. (...) torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problema(s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar”.

Tendo em conta que a metodologia de planeamento em saúde visa a pertinência dos planos, preconizando a utilização e gestão eficientes dos recursos existentes, bem como a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto, sabemos que não é viável intervir em todos os problemas identificados. Torna-se necessário definir claramente a necessidade prioritária para a nossa intervenção.

A priorização das necessidades identificadas pode fazer-se utilizando várias técnicas, conforme descrito na bibliografia consultada. Em consenso de grupo, optamos por utilizar uma técnica de ordenação denominada “Escala de Medida Linear”. Esta consiste na elaboração de uma escala de 0 a 1,00, sendo 1,00 o valor máximo para a necessidade, representando a prioridade máxima. Neste método, cada membro do grupo de determinação de prioridades faz corresponder um valor da escala a cada problema. No final, calculando a média dos valores obtidos entre todos os problemas, surge a sua ordenação. O item com maior pontuação representa o problema prioritário (Tavares, 1990). Este processo está exemplificado no Quadro 11.

Quadro 11 - Definição de prioridades pela escala de medida linear – pontuações atribuídas

PROBLEMAS	Pontuação atribuída pelo membro 1	Pontuação atribuída pelo membro 2	Pontuação atribuída pelo membro 3	Pontuação atribuída pelo membro 4	Pontuação atribuída pelo membro 5	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
Doença	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

Depois de atribuímos individualmente a classificação aos problemas, procedemos à sua ordenação, conforme ilustra o Quadro 12.

Quadro 12 - Lista de problemas priorizados

PROBLEMAS	PRIORIDADE
Quedas	1º
Escassa atividade física	2º
Solidão	3º
Hábitos alimentares incorretos	4º
Barreira arquitetónicas na habitação	5º
Sedentarismo	6º
Polimedicação	7º
Doenças	8º

A prioridade de intervenção é o problema das quedas, seguindo-se a escassa atividade física e a solidão, na 3ª posição. Tendo em conta a escassez de tempo e recursos, o grupo optou por trabalhar o problema das quedas. No entanto, o levantamento das necessidades constitui a base para a elaboração e implementação de programas e/ou projetos futuros nesta população. Pensamos que os profissionais da UCC Felgueiras e as autoridades locais possam dar continuidade a este, colmatando os problemas existentes.

Sabemos que em Portugal, 15% dos acidentes domésticos ocorreram em pessoas com idade superior a 65 anos. Destes, as quedas apresentam uma frequência de 76% entre os idosos com 65 – 74 anos e de 90% nos idosos com mais de 75 anos (DGS, 2005).

As quedas representam uma ameaça real à capacidade de viver de modo autónomo e constituem um problema sério, com grande peso social e económico. Woodford (2009) citado por Azeredo (2011) diz-nos que, aproximadamente, 30% das pessoas com mais de 65 anos caem uma vez por ano e cerca de 15%, caem duas ou mais vezes por ano. Destas quedas resultam frequentemente sequelas permanentes.

A DGS (2005) salienta alguns factos importantes nesta temática:

- uma em cada três pessoas idosas sofre um acidente doméstico anualmente, sendo que a maioria destes acidentes são devidos a quedas;
- a maioria destes acidentes ocorre dentro de casa;
- o tempo de internamento por acidentes com pessoas idosas é cinco vezes superior ao das crianças.

Já referimos que o envelhecimento é um processo complexo, no qual ocorrem alterações nos diferentes órgãos e sistemas do organismo, diminuindo a sua eficácia, funcionalidade e capacidade de adaptação. A dificuldade de equilíbrio na marcha, as alterações nos órgãos dos sentidos (principalmente na visão) e as alterações cerebrovasculares (Azeredo, 2011), acrescidas de erros e efeitos secundários da medicação e circunstâncias ambientais desfavoráveis,

representam algumas das razões pelas quais as quedas são um problema de saúde frequente nos idosos.

Azeredo (2011, p. 140) refere que “frequentemente há um conjunto de circunstâncias (e não apenas um factor isolado) que provoca a queda no idoso”. A prevenção das quedas passa pela eliminação da maior parte desses fatores. A DGS (2005, p. 4) refere que “As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustamentos na casa e no estilo de vida, mas, promover a segurança, é também, garantir que as pessoas idosas se alimentam convenientemente e se mantêm fisicamente activas”.

É também necessário ter em conta que a queda é um acontecimento que pode afetar a vida do idoso e da sua família não só naqueles momentos mais próximos do episódio, mas também posteriormente. Frequentemente os idosos desenvolvem uma síndrome de pós-queda, que se caracteriza pelas alterações comportamentais expressas pelo indivíduo nos tempos seguintes: constante medo de cair, diminuição da atividade física e social (isolamento) (Azeredo, 2011).

## 4. FIXAR OS OBJETIVOS

A fixação de objetivos encerra a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Agora que estão definidas as necessidades prioritárias e já se conhece o problema alvo de intervenção, é necessário definir “onde” se pretende chegar, ou seja, fixar objetivos a alcançar na consecução dos programas e projetos (Tavares, 1990). Por outro lado, Imperatori e Giraldes (1993, p. 76) referem ainda que a fixação de objetivos “(...) é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

Decidimos trabalhar o problema de saúde priorizado na primeira posição - quedas - sendo que traçamos como **objetivo geral**:

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

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

- Conseguir que até final de janeiro de 2013, 90% dos idosos adira a, pelo menos, uma das atividades propostas;
- Conseguir que até final de janeiro de 2013, 70% dos idosos demonstrem conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.

Os **objetivos específicos** a serem cumpridos até **ao término do programa**:

- Conseguir que até 2015, 90% dos idosos adiram a pelo menos uma atividade de cada projeto;
- Conseguir que até 2015, 90% dos idosos tenham recebido pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
- Conseguir que até 2015, 60% dos idosos adaptem as suas casas como medida preventiva de quedas;
- Conseguir que até 2015, 80% dos idosos demonstrem conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
- Conseguir que até 2015, 50% dos idosos realizem pelo menos um rastreio auditivo;
- Conseguir que até 2015, 50% dos idosos realizem pelo menos um rastreio visual;
- Conseguir que até 2015, 60% dos idosos realizem pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação;
- Conseguir que até 2015, 30% dos idosos adiram a prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana.
- Conseguir que até 2015, 50% dos idosos participem na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.
- Conseguir que até 2015, 60% dos idosos demonstrem conhecimentos de como saber “Cair e Levantar”.

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

- Percentagem de idosos que aderiram a uma atividade (a avaliar até janeiro de 2013);
- Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre prevenção de quedas em casa (a avaliar até janeiro de 2013);
- Percentagem de idosos que aderiram a pelo menos uma atividade prevista em cada um dos projetos;

- Percentagem de idosos que receberam pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
- Percentagem de idosos que adaptaram as suas casas como medida preventiva de quedas;
- Percentagem dos idosos que demonstraram conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
- Percentagem de idosos que realizaram pelo menos um rastreio auditivo;
- Percentagem de idosos que realizaram pelo menos um rastreio visual;
- Percentagem de idosos que realizaram pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação;
- Percentagem de idosos que aderiram a prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana.
- Percentagem de idosos que participaram na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.
- Percentagem dos idosos que demonstraram conhecimentos de como saber “Cair e Levantar”

Este conjunto de objetivos e indicadores vai permitir que, posteriormente, seja possível efetuar uma correta avaliação do programa em causa e dos seus resultados.





## 5. PLANO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Tendo já percorrido as três primeiras etapas do planeamento em saúde – diagnóstico de situação, priorização das necessidades identificadas e fixação de objetivos – segue-se uma nova fase neste caminho, onde começamos a delinear estratégias, a elaborar programas e projetos e a preparar a sua execução, ou seja, realizamos e iniciamos a implementação do nosso plano de intervenção.

No intuito de dar resposta aos objetivos traçados, elaboramos o programa **“EnvelheSER ATIVO, sem quedas!”**, que compreende três projetos:

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

A elaboração destes projetos procurou ter em conta as características da população em estudo, a eficiência e a eficácia. Descrevemos de seguida os projetos elaborados:

### **“CASA SEGURA”**

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos sobre as barreiras arquitetónicas e prevenção de quedas em casa. Planeamos realizar sessões de educação para a saúde sobre esta temática, proporcionar a visualização de um filme e efetuar visitas domiciliárias. Estas últimas, no intuito de encontrar soluções relacionadas com o problema das barreiras arquitetónicas e outros, juntamente com os idosos, propondo alterações a efetuar nas habitações.

Duração do Projeto: 3 anos

**Atividade 1** – sessão de educação para a saúde em relação às barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa, dirigida aos idosos (Anexo E).

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade Executora: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS

Local: nos vários centros de dia e centro de convívio que participaram no estudo.

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

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

Recursos Materiais: sala, computador, projetor.

**Atividade 2** - apresentação do filme “Casa Segura” (Anexo F).

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade Executora: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Local: Escola Secundária da Lixa.

Custos e Financiamento: suportado pelas alunas.

Data: 17 de dezembro de 2012.

Recursos Materiais: sala, computador, filme “Casa Segura” e projetor.

**Atividade 3** - Visitação domiciliária à habitação dos idosos.

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade Executora: Enfermeiras e Assistente Social da UCC Felgueiras

Local: habitação dos idosos.

Custos e Financiamento: suportado pela UCC Felgueiras.

Data: a designar.

Recursos Materiais: Viatura.

### **“CUIDA-TE”**

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas. Pretendemos incidir especificamente nas medidas preventivas para as quedas, ao nível do cuidado individual: exercício físico, alimentação saudável, cuidados com a medicação e participação em atividades sociais (Ribeiro & Paúl, 2011).

Duração do Projeto: 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 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade Executora: Enfermeiras da UCC Felgueiras.

Local: nos vários centros de dia/convívio que participaram no estudo

Custos e Financiamento: suportado pela UCC Felgueiras.

Data: a designar.

Recursos Materiais: sala, computador e projetor.

**Atividade 2** - rastreio auditivo e visual aos idosos

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

**Entidade executora:** profissionais de saúde da equipa da UCC Felgueiras e técnicos especializados.

Local: a designar.

Custos e Financiamento: a designar.

Data: a designar.

Recursos Materiais: a designar.

### **“TOCA A MEXER PARA MELHOR ENVELHECER”**

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos relativamente ao exercício físico e exercícios de reabilitação, bem como incentivar a realização dos mesmos, com o intuito de promover a autonomia, a independência e prevenir as quedas. Este projeto baseia-se no consenso de que a prática de atividade física está intimamente ligada a um envelhecimento saudável e ativo. Como referem Ribeiro e Paúl (2011, p. 13), “(...) é na inatividade que está a origem de muitas patologias (...) tão importante quanto conhecer os benefícios que a prática regular de actividade física pode promover, é analisar as consequências que a sua ausência pode provocar”.

Em relação à atividade 3, relacionada com a prática de Tai Chi Chuan, importa justificar a nossa escolha. O Tai Chi Chuan é uma arte marcial chinesa, atualmente muito falada na Europa, que foca a mente no movimento do corpo, proporcionando calma e relaxamento articular. Azeredo (2011, p. 140) diz-nos que “O Tai Chi parece ter um efeito benéfico sobre o balanço do corpo, tão importante para manter o equilíbrio na marcha dos idosos e reduzir quedas”.

Duração do Projeto: 3 anos

**Atividade 1** – sessão prática de exercício físico/reabilitação, dirigida aos idosos (Anexo G).

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

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

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

Custos e Financiamento: suportado pelo grupo de alunas e UCC Felgueiras.

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

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

**Atividade 2** – “Banca da Saúde” direcionada aos idosos, com informações sobre exercícios para executarem como forma de prevenção de quedas (Anexo H).

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade executora: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Local: Escola Secundária da Lixa.

Custos e Financiamento: suportado pelas alunas.

Data: 17 de dezembro de 2012.

Recursos Materiais: sala, mesa e folheto informativo sobre exercícios para realizar em casa.

**Atividade 3** – sessão prática de Tai Chi Chuan, dirigida aos idosos.

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade executora: enfermeiras da UCC de Felgueiras e professor de Tai Chi Chuan.

Local: a designar.

Custos e Financiamento: a designar.

Data: a designar.

Recursos Materiais: a designar.

**Atividade 4** – sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.

Entidade Proponente: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS.

Entidade executora: enfermeiras da UCC de Felgueiras.

Local: Centros de dia/convívio.

Custos e Financiamento: suportado pela UCC Felgueiras.

Data: a designar.

Recursos Materiais: a designar.

## **5.1 Preparação e execução das atividades planeadas**

No seguimento do planeamento em saúde, a preparação e execução das atividades planeadas representa o culminar de todo este processo, uma vez que a etapa seguinte – avaliação – representa já o ponto de viragem, ou seja,

pode ser vista simultaneamente como o final e o ponto de partida para o processo de planeamento em saúde.

No âmbito deste estudo, e tendo em conta o limite temporal do mesmo, realizamos apenas algumas das atividades traçadas, sendo que as restantes serão posteriormente desenvolvidas pela UCC de Felgueiras, na continuidade dos projetos. Assim, implementamos as atividades 1 (sessão de educação para a saúde) e 2 (visualização de filme) do projeto “Casa Segura” e as atividades 1 (sessão prática de exercício físico) e 2 (banca da saúde) do projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer”.

Importa ainda referir que as três últimas atividades referidas integraram o momento da festa de Natal dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, no dia 17 de dezembro 2012, na Escola Secundária da Lixa. Este evento foi organizado pela Dr<sup>a</sup> Catarina, responsável pelo centro de dia da Associação de Solidariedade Social Casa do Povo de Borba de Godim – Lixa, como é habitual.

A oportunidade de participarmos na festa de Natal propiciou a execução destas três atividades, num momento descontraído e de convívio entre a maior parte dos idosos da nossa amostra.

- **Atividade 1 – Projeto “Casa Segura” - Sessão de educação para a saúde em cada um dos centros de dia / convívio sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa**

A sessão foi realizada nos dias 4, 5, 6, 10, 12 e 19 de dezembro de 2012, em cada centro de dia/convívio. Reunimos os idosos e realizamos a sessão de educação para a saúde planeada, utilizando a projeção de uma apresentação multimédia, no intuito de fornecer aos idosos informação sobre barreiras arquitetónicas e prevenção de quedas em casa, contribuindo para o aumento dos seus conhecimentos sobre o tema (Anexo E).

Os idosos demonstraram curiosidade e foram participando ao longo da sessão, contribuindo com a partilha das suas experiências pessoais relacionadas com esta temática.

Observamos que os idosos identificavam as barreiras arquitetónicas e as quedas como um problema real e efetivo na sua vida diária, o que pensamos ter contribuído para o grande interesse demonstrado.

No final da sessão de educação para a saúde, e com a colaboração das enfermeiras da UCC especialistas em Enfermagem de Reabilitação, iniciamos também a **atividade 1 – projeto “Toca a mexer para melhor Envelhecer” – Sessão prática de exercício físico/reabilitação**, com a demonstração e realização de alguns exercícios práticos para os idosos realizarem, em grupo, na instituição. No entanto, a realização e avaliação desta atividade culminou aquando a festa de Natal, pelo que a descrevemos mais à frente.

Mais uma vez, os idosos mostraram-se entusiasmados com a demonstração e realização dos exercícios, participando ativamente.

No final da sessão foi eleito um responsável em cada centro de dia/convívio para semanalmente, e utilizando o plano de exercícios deixado nas respetivas instituições, dar continuidade à atividade.

- **Atividade 2 – Projeto “Casa Segura” - Apresentação do filme- Casa Segura**

Esta atividade consistiu na exibição de um filme animado sobre prevenção de quedas em casa, dirigido aos idosos (Anexo F). A sua exibição decorreu no dia 17 de dezembro de 2012, na festa de Natal dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras.

Os idosos foram convidados a sentarem-se para assistirem ao filme, com o qual pretendemos proporcionar-lhes a possibilidade de visualizar os perigos que podem existir nas suas casas em relação às quedas, bem como as formas de os contornar.



No final do filme, fomentamos a troca de experiências e opiniões entre os idosos.

- **Atividade 1 – Projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer” - Sessão prática de exercício físico/reabilitação**

Esta atividade também decorreu no dia 17 de dezembro de 2012, na festa de Natal dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, com a colaboração e orientação de uma professora de educação física (Anexo G).

Juntamos os idosos num grande círculo e realizamos um conjunto de exercícios práticos, com o intuito de fomentar o convívio entre os idosos e incentivar a prática dos mesmos, mostrando como pode ser divertido realizar exercício físico e as vantagens que este lhes pode trazer.

A sequência de exercícios englobava também os exercícios treinados nas sessões dos vários centros de dia/convívio. Os idosos realizaram exercícios de pé e sentados, ao som da música e utilizando vários objetos, tais como: balões, fitas e rolos de cartão (objetos que facilmente terão nas suas casas e/ou instituições). Foi notável o entusiasmo por parte dos idosos!

- **Atividade 2 – Projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer” - Banca da saúde**

Também realizada no dia 17 de dezembro de 2012, esta atividade consistiu na montagem de uma banca, com vista a proporcionar um espaço de diálogo mais personalizado para o esclarecimento de dúvidas sobre atividade física e prevenção de quedas. Nesta banca foram fornecidos folhetos aos idosos, nomeadamente sobre exercícios para realizarem em casa com intuito de melhorarem a aptidão física e reduzir o risco de quedas. Foi também fornecido um folheto ilustrativo com imagens, de modo a agilizar a sua leitura e interpretação (Anexo H).



## 6. AVALIAÇÃO

A avaliação representa a etapa final do processo de planeamento em saúde, no entanto, esta não deve encerrar o processo mas constituir um novo ponto de partida. Nesta linha de pensamento, a OMS (1981) citada por Tavares (1990, p. 205) diz-nos que “ a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. (...) estabelece um mecanismo de retroacção sobre as diversas etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores”. Sobre este assunto, Imperatori e Giraldes (1993, p. 174) acrescentam ainda que “A avaliação necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter”. É através da avaliação que vamos conseguir aperfeiçoar objetivos, caminhando para a otimização de todo o processo de planeamento em saúde.

Seguindo este raciocínio, relembramos os **objetivos específicos** a serem cumpridos até ao **término do estágio**:

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

No intuito de realizar a avaliação, formulamos dois indicadores que nos darão resposta aos objetivos referidos acima:

- Taxa de adesão dos idosos às atividades realizadas;
- Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.

Operacionalizamos estes dois indicadores conforme especifica o Quadro 13.

Quadro 13 - Operacionalização dos indicadores de avaliação

Resultado	Fórmula de Cálculo	
Taxa de adesão = Percentagem de idosos que aderiram à atividade	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos que aderiram à atividade}}{\text{N}^\circ \text{ total de idosos}}$	X 100
Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetônicas/prevenção de quedas em casa	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetônicas/prevenção de quedas em casa}}{\text{N}^\circ \text{ total de idosos}}$	X 100

Em relação ao primeiro indicador, e tendo em vista o objetivo a que este pretende dar resposta, avaliamos a taxa de adesão dos idosos às quatro atividades realizadas (Anexo I), individualmente, conforme o especificado no Quadro 14

Quadro 14 - Avaliação do indicador: "Taxa de adesão dos idosos às atividades realizadas"

Atividade	Cálculo do indicador	Resultado
Atividade 1 – Projeto “Casa Segura” Sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetônicas/prevenção de quedas em casa	$(51 / 51) \times 100$	100%
Atividade 2 – Projeto “Casa Segura” Apresentação do filme- Casa Segura	$(36 / 51) \times 100$	71%
Atividade 1 – Projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer” Sessão prática de exercício físico/reabilitação	$(41 / 51) \times 100$	80%

Atividade 2 – Projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer” Banca da saúde	$(41/51) \times 100$	80%
---	----------------------	-----

Como podemos observar no Quadro 14, a primeira atividade registou uma taxa de adesão igual a 100%, pelo que conseguimos atingir com sucesso o objetivo proposto inicialmente.

Relativamente ao segundo indicador, percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos em relação às barreiras arquitetónicas e prevenção de quedas em casa, importa referir como se procedeu à avaliação dos conhecimentos.

No final da Atividade 1 – Projeto “Casa Segura” - Sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa, foi pedido aos idosos que realizassem uma ficha de avaliação sobre a temática abordada. Esta era constituída por sete pares de imagens (certa e errada), sendo-lhes pedido que assinalassem as imagens corretas, ou seja, aquelas em que as medidas de prevenção de quedas em casa eram tomadas em conta. Consideramos que o idoso tinha conhecimentos se respondesse corretamente a, pelo menos, seis das sete questões propostas (Anexo I).

A avaliação do indicador referido consta no Quadro 15.

Quadro 15 - Avaliação do indicador: "Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa"

<b>Atividade</b>	<b>Cálculo do indicador</b>	<b>Resultado</b>
Atividade 1 – Projeto “Casa Segura” Sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa	$(37 / 51) \times 100$	73%

A percentagem de idosos com conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa é de 73%, pelo que o objetivo proposto inicialmente foi atingido com sucesso.

Para além desta avaliação formal, constatamos que os idosos participavam e divertiam-se nas nossas atividades (Anexo I), o que nos deixa uma grande satisfação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Europa é atualmente um dos espaços mais envelhecidos do mundo e Portugal acompanha-a nesta tendência. Em 2011, a população portuguesa com 65 e mais anos representava 20% da população total, acompanhada pelos decréscimos verificados nos grupos populacionais dos 0-14 anos e 15-64 anos, relativamente à avaliação realizada em 2001 (Quaresma, 2012).

Em relação ao futuro, as perspetivas apontam para um decréscimo da população ativa e um aumento do peso percentual das pessoas com 65 e mais anos na população total. Esta evolução demográfica, marcada pelo aumento da esperança média de vida, constitui simultaneamente um desafio e uma oportunidade.

Associada a esta evolução está uma profunda transformação social, ao nível das estruturas familiares, do trabalho, da cultura, do acesso à proteção social e do papel que as diferentes gerações irão assumir na sociedade contemporânea, face a todas estas alterações (Quaresma, 2012).

É necessário assumir e reconhecer o potencial dos mais velhos, apelando ao seu envolvimento e participação nas várias questões sociais, económicas, civis e espirituais. Os indivíduos devem ter consciência do importante papel que detêm na promoção da sua qualidade de vida no envelhecimento. Quaresma (2012, p. 19) salienta que as estratégias de envelhecimento ativo conduzem “(...) a um novo patamar da política social desta área (...) diferenciam-se ao favorecer o desenvolvimento de capacidades, as formas de associação e de participação das pessoas que avançam na idade na vida económica, social e familiar, cultural e política da nossa sociedade”.

O envelhecimento ativo, “definido como o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (...)” (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 2), deve assumir o carácter prioritário que o reveste. Neste sentido, é consensual a necessidade de investir em programas e projetos que se relacionem com a

promoção do mesmo junto das comunidades e dos indivíduos, procurando uma resposta integrada e multidimensional às novas exigências do fenómeno do envelhecimento humano.

Neste sentido, desenvolvemos um programa de intervenção comunitária junto dos utentes idosos dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, denominado “EnvelheSER ATIVO, sem quedas!”.

Tendo como finalidade a promoção do envelhecimento ativo, e sendo cimentado no processo de planeamento em saúde, este programa surgiu do percurso de todas as etapas desta metodologia. Assim, ao realizarmos o diagnóstico de situação, emergiram problemas de saúde desta comunidade, dos quais as quedas, a solidão e o sedentarismo são exemplo.

Realizamos a priorização destes problemas, na qual as quedas assumiram o papel principal. Sobre este problema, Andrade (2012, pp. 130-131) refere que “Sendo as quedas um problema tão grave nas pessoas mais velhas, provocando muitas vezes diminuição da qualidade de vida, lesões graves e mesmo a morte (...) é necessário uma forte aposta na prevenção de um problema que afeta um tão significativo número de pessoas, sejam elas as vítimas da queda ou os seus familiares e cuidadores”.

Desta forma, elaboramos um programa cujo objetivo geral passa por reduzir em 20% as quedas na população com idade igual ou superior a 65 anos que frequenta os centros de dia/convívio em estudo, no concelho de Felgueiras, até 2015.

Estamos certas que a nossa intervenção neste problema, com vista à redução das quedas nesta população representa um forte contributo para o seu envelhecimento ativo, favorecendo a sua autonomia e independência.

Dado o limite temporal da nossa intervenção, que decorreu no período de 1 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013, iniciamos a implementação deste programa com a realização de quatro das nove atividades propostas. A avaliação destas atividades permitiu-nos concluir que os objetivos a que nos



propusemos atingir a curto prazo, foram alcançados com sucesso, permitindo-nos dizer que conseguimos que estes idosos dessem mais um passo em direção a um envelhecimento mais saudável e ativo.

Salientamos, com grande satisfação, que o programa tem a sua continuidade assegurada pela UCC Felgueiras, o que consideramos uma grande mais-valia decorrente da realização deste trabalho.

Na nossa opinião, o diagnóstico de situação realizado permitiu a identificação dos problemas de saúde desta população e representa um importante contributo, quer seja para o conhecimento mais profundo da mesma e/ou para constituir a base de desenvolvimento de novos programas e projetos nesta área. Com a realização deste trabalho, percebemos a real importância e significado da promoção de um envelhecimento ativo e consideramos que os idosos são uma população aberta e disponível para trabalhar com sucesso, esta e outras matérias, pelo que sugerimos o investimento de novos trabalhos nesta área que tenham em conta os problemas de saúde já referidos.

Neste processo de aquisição de novas competências, consideramos a metodologia utilizada muito útil e pertinente. A utilização de uma ferramenta tão importante como se revelou o processo de planeamento em saúde, vem apoiar e cimentar o papel de relevo que o EEEEC pode e deve assumir na concretização deste tipo de ações. Sendo detentor de um conhecimento profundo da comunidade onde se insere, o EEEEC deve assumir um papel ativo na promoção de programas e projetos que visem a obtenção de ganhos em saúde, representando ao mesmo tempo um elo de ligação entre vários setores, ao nível do estabelecimento de protocolos e parcerias no intuito de concretizar os seus planos de intervenção.

Foi desta forma que sentimos a realização deste trabalho, ficando a sensação de que ainda haveria muito trabalho a desenvolver, mas trazendo a certeza de que demos início a uma nova rede de relações (centros de dia/convívio e UCC Felgueiras), da qual poderão surgir muitos outros programas e projetos, sabendo que o “EnvelheSER ATIVO, sem quedas!” já conquistou esse lugar. É

este resultado que consideramos um dos mais pertinentes da nossa intervenção.

As maiores dificuldades sentidas na realização deste trabalho prenderam-se com a disponibilidade de tempo dos elementos do grupo de estágio, na sua condição de trabalhadores-estudantes e com a dispersão geográfica e disponibilidade das instituições com as quais desenvolvemos este trabalho, bem como na coordenação dos diferentes *timings* destes. No entanto, alguns sacrifícios, bastante organização e vontade de trabalhar nesta área permitiram ultrapassar as dificuldades sentidas.

Na continuação do referido, importa salientar que este programa teria todas as condições para crescer e se multiplicar em projetos, abrangendo uma população mais extensa, se o período de tempo correspondente ao estágio fosse mais extenso. No entanto, como já referimos, os profissionais da UCC Felgueiras e os parceiros e autoridades locais poderão dar este tipo de continuidade ao mesmo.

Em suma, concordamos com António (2012, p. 105) quando refere que “Subjacente à noção de «envelhecimento ativo», está a ideia de que o envelhecimento é um processo contínuo, e por isso, as estratégias devem, por um lado, potenciar as capacidades dos indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e, por outro, devem aproveitar as valias de todas as pessoas em todas as idades. Daqui decorre, que todos nós, enquanto sociedade e enquanto indivíduos, temos responsabilidades para que o processo de envelhecimento aconteça de forma ativa e, para isso, é necessário que estejamos conscientes das suas alterações biopsicossociais e quais as melhores estratégias para as contornar”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEEASG (22 de dezembro 2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações 2012*. Obtido de: <http://www.envelhecimentoativo.pt/>
- Andrade, J. C. (2012). Prevenção das Quedas. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 123-133). Porto: Euedito.
- António, S. (2012). Políticas e programas para o envelhecimento ativo. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 101-107). Euedito.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (Julho/Dezembro de 2007). Validação do Índice de Brthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 59-66.
- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo...* Viseu: Psicossoma.
- Azeredo, Z. (2012). A interacção geracional como uma estratégia de envelhecimento ativo. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 75-92). Porto: Euedito.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Câmara Municipal de Felgueiras. (26 de Novembro de 2012). *Município de Felgueiras*. Obtido de Vale do Sousa Digital: <http://www.cm-felgueiras.pt>
- Capucha, L. (2012). Envelhecimento e políticas sociais. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 75-84). Euedito.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 75-82.

- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Direcção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Consultado em 20 de dezembro 2012. Disponível em: <http://www.pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Direcção Geral da Saúde. (2005). *Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Consultado em 20 de dezembro 2012. Disponível em: [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf)
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Consultado em 20 de dezembro 2012. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, C., & Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, pp. 21-38.
- Gonçalves, R. L. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares*. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (26 de Novembro de 2012). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de <http://www.ine.pt>
- Machado, M. C. (2009). Envelhecimento e políticas de saúde. In Fundação Calouste Gulbenkian, *O Tempo da Vida* (pp. 125-133). Cascais: Príncípia.

- Martins, J. C. (2º Semestre de 2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12, pp. 62-66.
- Moniz, J. M. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Mafra: Lusociência.
- Oliveira, M. H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer*. Lisboa: Lidel.
- OMS (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Consultado em 22 de dezembro 2012. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf)
- OMS - Organização Pan Americana da Saúde. (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: OMS - Opas.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros.
- Parente, M. A. (2006). *Cognição e Envelhecimento*. São Paulo: Artmed.
- Paschoal, S. M. (2011). Qualidade de Vida na Velhice. In E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 99-106). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Quaresma, M. L. (2012). Prefácio: Processos e estratégias de Envelhecimento Ativo, Ano Europeu do Envelhecimento Ativo. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 17-20). Porto: Euedito.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGrawHill.
- Saúde, M. d. (12 de Janeiro de 2013). *Direcção Geral de Saúde*. Obtido de <http://www.dgs.pt>

Silva, R. (2012). A alimentação no idoso e fatores influenciadores do apetite. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 261-269). Porto: Euedito.

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., [...] Paredes, T. (s.d.). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Viegas, S. M., & Gomes, C. A. (2007). *A identidade na velhice*. Lisboa: Âmbar.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

- Carta de apresentação do programa EnvelheSER ATIVO aos centros de dia/convívio
  - Consentimento Informado ao idoso
- Respostas dos centros de dia/convívio à carta de apresentação



## **Carta de apresentação do Programa EnvelheSER ATIVO**

(enviada por correio eletrónico)

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

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

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

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

Neste sentido, o nosso pedido surge no intuito de solicitar a vossa cooperação. Para qualquer esclarecimento poderá contactar-nos através da Sr<sup>a</sup> 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](mailto: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

Benvinda Ribeiro, Enfermeira Coordenadora da UCC de Felgueiras

Felgueiras, 03 de outubro de 2012



## 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





Clara Ramos <claralbr80@gmail.com>

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

3 mensagens

iola ferronha <iolaferronha@hotmail.com>

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

5 de Outubro de 2012 à 30 07:35

> 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>

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

6 de Outubro de 2012 à 43 17:00



-----

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:\* Benvida Ribeiro <benvijesus@gmail.com> ; claraibr80@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 claraibr80 <claraibr80@gmail.com>

15 de Janeiro de 2013 às 07:12

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

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

Bom dia,

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Magalhães  
(Directora Técnica)

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

—  
Atentamente  
ECCI Felgueiras

Morada  
ECCI Felgueiras

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

21-01-2013





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

[Citação ocultada]

---

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

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

---

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

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

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

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

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a) Técnico (a)

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

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

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

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

<https://mail.google.com/mail/h/72loekd9ddh/?&v=pt&th=13c61d6a70c93400>

22-01-2013



Ana Cristina Alves Ferreira

(Directora Técnica)

Av.º Dr. Magalhães de Lemos

4610-106 Margaride – Felgueiras

Telef. 255 922 040/ 91 663 27 27

[anacristina.scmf@mail.telepac.pt](mailto: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](mailto: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](mailto:anacristina.scmf@mail.telepac.pt)

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a)Técnico (a)

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

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

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

22-01-2013



## **ANEXO B**

Formulário do MEEM



## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

### Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Pontuações máximas

### 1. Orientação Temporal Espacial

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

### 2. Registros

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

### 3. Atenção e cálculo

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

- Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas.  
Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. \_\_\_\_\_ 5





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

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

5. **Linguagem**

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

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

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

d. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: 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 colheita de dados:

- Questionário
- Formulário do Índice de Barthel
- Formulário da escala WHOQOL-Breve

## Questionário

### Caracterização Sociodemográfica

**1. Género:**

1 – Masculino \_\_\_

2 – Feminino \_\_\_

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ Anos

**3. Habilitações Literárias:**

1- Sem nível de ensino (não sabe ler nem escrever) \_\_\_\_\_

2- Sem nível de ensino (sabe ler e escrever) \_\_\_\_\_

3- 1º Ciclo \_\_\_\_\_

4- 2º Ciclo \_\_\_\_\_

5- 3º Ciclo \_\_\_\_\_

6- Ensino Secundário \_\_\_\_\_

7- Ensino Superior \_\_\_\_\_

**4 – Profissão** \_\_\_\_\_

**5. Estado Civil:**

1 – Solteiro(a) \_\_\_

2 – Casado(a)/ União de facto \_\_\_

3 – Divorciado(a) / Separado \_\_\_

4 – Viúvo(a) \_\_\_

**6. Com quem vive?**

1- Sozinho(a) \_\_\_

2- Com o conjuge \_\_\_

3- Família alargada \_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

4- Outro \_\_\_

**7. A sua habitação é:**

1- Própria \_\_\_

2- Dos conviventes \_\_\_

3- Alugada \_\_\_

4- Emprestada \_\_\_

5- Outro \_\_\_

**7.1- Tem secadas?**

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- Finalizando 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/reposo \_\_\_  
3- Tem medo de cair \_\_\_  
4- Tem falta de tempo \_\_\_  
5- Tem falta de interesse \_\_\_  
6- Outro motivo \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

19.2- Quantas vezes por semana ?  
1- 1 vez \_\_\_  
2- 2 vezes \_\_\_  
3- 3 ou mais vezes \_\_\_

19.3- Qual a duração de cada sessão?  
1- Até 30 minutos \_\_\_  
2- 30 minutos a 60 minutos \_\_\_  
3- Mais de 60 minutos \_\_\_

20- Para si, a prática de atividade física para a saúde é:  
1- Muito importante \_\_\_  
2- Importante \_\_\_  
3- Pouco importante \_\_\_  
4- Nada importante \_\_\_

#### Segurança

21- Sente-se seguro em sua casa?  
1- Sim \_\_\_  
2- Não \_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

22. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?  
1- Sim \_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_  
2- Não \_\_\_



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

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

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

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

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



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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F1&1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso as informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Ma	Ma	Nem Boa Nem Ma	Boa	Muito Boa
15(F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se locomover e deslocar por si própria (a)]?	1	2	3	4	5

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

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



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

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

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

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





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

Índice de Barthel	Pontuação
<b>A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal:</b> 1- Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0- Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
<b>B. Atualmente, consegue tomar banho:</b> 1- Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0- Não consegue tomar banho sozinho	
<b>C. Atualmente, consegue vestir-se:</b> 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	
<b>D. Atualmente, consegue alimentar-se:</b> 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	
<b>E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?</b> 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	
<b>F. Atualmente, consegue subir e descer escadas</b> 2- Consegue subir e descer escadas 1- Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0- Não consegue subir ou descer escadas	
<b>G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se</b> 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	
<b>H. Atualmente, tem controlo na função intestinal</b> 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	
<b>I Atualmente, controla a função urinária</b> 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	



<b>J Actualmente, consegue ir à casa de banho</b> 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	
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	

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 respectivas respostas para a utilização do MEEM,  
Índice de Barthel e escala WHOQOL-Breve





## Autorização para a utilização da escala WOQOL-Bref

Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Para mccanavarro@fpce.uc.pt

Ex<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> ex<sup>a</sup> a autorização da aplicação da mesma para o nosso estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente

Ana Souto







Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

---

## Autorização de utilização do Mini Mental State

2 mensagens

labling <labling@fm.ul.pt>

Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Bom dia

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

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

Junto envio dois artigos mais recentes do Laboratório de Estudos de Linguagem (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 a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretendemos realizar um projeto "EnvelheSer Ativo, no concelho de Felgueiras. Para tal necessitávamos de utilizar a escala Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa, com o intuito de avaliar o estado cognitivo dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Solicitamos a v<sup>a</sup> ex<sup>a</sup> 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 validacao.pdf  
561K

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





**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 de utilização do Mini Mental State

2 mensagens

labling <labling@fm.ul.pt>

Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Bom dia

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

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

Junto envio dois artigos mais recentes do Laboratório de Estudos de Linguagem (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 a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretendemos realizar um projeto "EnvelheSer Ativo, no concelho de Felgueiras. Para tal necessitávamos de utilizar a escala Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa, com o intuito de avaliar o estado cognitivo dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Solicitamos a v<sup>a</sup> ex<sup>a</sup> 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 validacao.pdf  
561K

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

## **ANEXO E**

Elementos relativos à atividade 1 do projeto “Casa Segura”



<b>PLANO DE SESSÃO</b>			
<b>Projeto/Atividade:</b> Casa Segura/Atividade 1- Sessão de Educação para a Saúde “Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa”			
<b>Duração:</b> 50 minutos			
<b>População alvo:</b> Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras			
<b>Entidade executora:</b> Alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS			
<b>Local:</b> Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras <b>Datas:</b> 4, 5, 6, 10, 12 e 19 dezembro 2012			
	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>TEMPO</b>	5 minutos	30 minutos	15 minutos
<b>Metodologia</b>	M. Expositivo	M. Expositivo	M. Expositivo M. Interrogativo M. Ativo
<b>Conteúdos Actividades</b>	- 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.
<b>Materiais Meios</b>	- Projetor Multimédia; - Computador; - Apresentação Multimédia.	- Computador; - Projetor Multimédia; - Apresentação Multimédia.	- Computador; - Projetor Multimédia; - Apresentação Multimédia.





#### Na sala...

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



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

112



Alunas do Mestrado em  
Enfermagem  
Comunitária da Escola  
Superior de Saúde do  
Vale do Sousa:  
Ana Souto,  
Clara Ramos,  
Claudia Pereira,  
Yera 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.

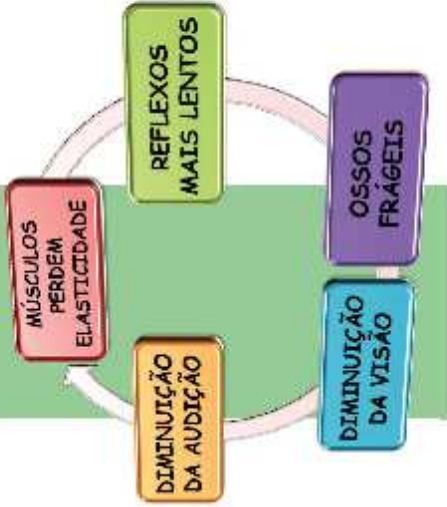




## CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

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

## A medida que envelhecemos...



## PREVENÇÃO DE QUEDAS

### No quarto...

- Procure utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, evitando torções;
- Mantenha uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos;
- Evite pra tele iras muito altas ou muito baixas, para diminuir o esforço físico e o 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 superficies cortantes.;
- Se necessitar utilize barras de apoio no polibã ou na banheira, nas paredes próximas da sanita.;
- O espaço útil da casa de banho deve ser suficiente para duas pessoas.;
- Nunca feche a porta da casa de banho à chave, para o caso de precisar de ajuda.;
- Certifique-se de que os interruptores e as tomadas eléctricas estão em áreas secas da casa banho.



# Previna-se



## Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa

Trabalho elaborado por:  
Enf. Ana Paulo  
Enf. Clara Bamar  
Enf. Cláudia Pereira  
Enf. Vera Azevedo



## 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.

## 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.



### 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.



### Em toda a casa

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



### Em toda a casa

- Evite escadas.



### Em toda a casa

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







### 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.



### 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.



### Em toda a casa

- Cuidado para não errar a dosagem dos medicamentos;



### Em toda a casa

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



### Em toda a casa



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

### 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.



### Em toda a casa

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



## Prevenção de Acidentes

### Quarto



### 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



### 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;



### Quarto

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



### Quarto

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



### 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



### Casa de Banho

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





### 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;



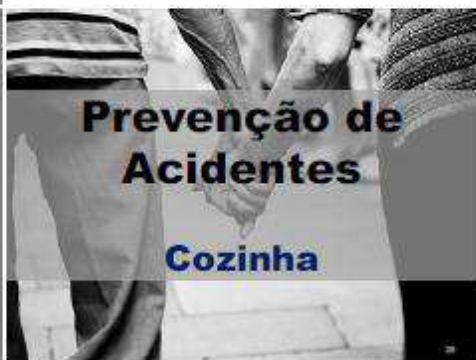
### Casa de Banho

- 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;



## 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;

## Sala

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



## Sala

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



## Sala

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



## Sala

- Prefira pisos antiderrapantes;



## Bons exemplos...









*Homem...  
Rostos e olhos carregados,  
FACES descoloridas...  
Corações que entenderam tanta  
Experiência, sabedoria e bondade!*

Alfredo Nobre Fofko



## Bibliografia

- Bergin, J., & Garfield, S. (1994). *Manuais de terapia psicológica*. Lisboa: Colecção Psi.
- Burckhardt, C. (1991). *Inteligência emocional e inteligência da vida*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Colares, D. (2005). *O Alvo e o alvo e o Hospital: O desafio do internamento hospitalar no estado. Análise e perspetivas dos processos internos*. Coimbra: Alameda.
- Instituto Superior de Saúde do Alentejo (2009). *Manuais de abstração e caracterização de intervenções em saúde*.
- Leite, M. (2008). *Psicopatologia Portuguesa*. 601 em Coimbra: Alameda.
- OMC. (2002). *Manual de procedimentos de avaliação de saúde em nível de*. [2002]. In *Intervenção em saúde: o trabalho de avaliação de saúde* (2002) [2002].
- Ramos, P., & Gonçalves, M. (2010). *Os desafios da avaliação de saúde*. Lisboa: Rocco.
- Silva, M., & Almeida, C. (2004). *Aplicação de técnicas de avaliação de saúde*. [2004]. Rio de Janeiro: Quarta Edição.
- Wassenaar, P. (1989). *Colúmbia: Manual de Cuidados de Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Elsevier.



## **ANEXO F**

Elementos relativos à atividade 2 do projeto “Casa Segura”



<b>PLANO DE SESSÃO</b>			
<b>Projeto/Atividade:</b> Casa Segura/Atividade 2 – Filme “Casa Segura”			
<b>Duração:</b> 20 minutos			
<b>População alvo:</b> Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras			
<b>Entidade executora:</b> alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS			
<b>Local:</b> Escola Secundária da Lixa		<b>Data:</b> 17 dezembro 2012	
	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>TEMPO</b>	5 minutos	10 minutos	5 minutos
<b>Metodologia</b>	M. Expositivo	M. Expositivo	M. Expositivo M. Interrogativo
<b>Conteúdos Actividades</b>	- 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.
<b>Materiais Meios</b>	- Projetor Multimédia; - Computador; - Apresentação Multimédia.	- Projetor Multimédia; - Computador; - Curta metragem “Casa Segura”	- Projetor Multimédia; - Computador; - Apresentação Multimédia.

## **ANEXO G**

Elementos relativos à atividade 1 do projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer”

**PLANO DE SESSÃO**

**Projeto/Atividade:** Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 1 – Sessão Prática de Atividade Física/Reabilitação

**Duração:** 50 minutos

**População alvo:** Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras

**Entidade executora:** Alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS, professora de educação física

**Local:** Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras e Escola Secundária da Lixa **Data:** 4,5,6,10,12,17 e 19 dezembro 2012

	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>TEMPO</b>	5 minutos	40 minutos	5 minutos
<b>Metodologia</b>	M. Expositivo	M. Expositivo M Demonstrativo M. Ativo	M. Expositivo M. Ativo
<b>Conteúdos Actividades</b>	- 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.
<b>Materiais Meios</b>	- Microfone e sistema de som;	- Microfone e sistema de som; - Música; - Balões, fitas sinalizadoras, tubos de cartão.	- Microfone e sistema de som.





## 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 antebraços como que para salientar os músculos dos braços.



Bater as palmas, acima da cabeça.



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



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



Colocar um 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,



## **ANEXO H**

Elementos relativos à atividade 2 do projeto “Toca a mexer para melhor envelhecer”



**PLANO DE SESSÃO****Projeto/Atividade:** Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 2- Banca da Saúde**Duração:** 15h às 18h**População alvo:** Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras**Entidade executora:** Alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS**Local:** Escola Secundária da Lixa**Data:** 17 dezembro 2012

	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>TEMPO</b>	—	—	—
<b>Metodologia</b>	M. Expositivo	M. Expositivo	M. Expositivo
<b>Conteúdos Actividades</b>	- 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.
<b>Materiais Meios</b>	- Mesas; - Folheto/panfleto informativo; - Projetor multimédia.	- Mesas; - Folheto/panfleto informativo; - Projetor multimédia.	- Mesas; - Folheto/panfleto informativo; - Projetor multimédia.




















# 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 DECÚBITO DORSAL	POSIÇÃO DE PÉ	POSIÇÃO DE BENTADA
 Manter os braços à sua frente e relaxar o abdómen.	 Com as mãos colocadas sobre o bordo da cadeira do rodízio, o pé puno com os dedos apontados para as laterais. Se possível, usar palmilhas para evitar um calos no ponto de apoio.	 Deixar os pés apoiados, paralelos para a frente e não separar mais do que um pé de distância.
 Colocar os braços ao longo do corpo, manter os punhos em repouso sobre a superfície plana para evitar o abalo do punho.	 Apoiar os braços à altura dos ombros e deslocar os punhos para trás, para não ficarem em contacto com a cadeira.	 Dar o apoio nos braços e manter os braços afastados para as laterais.
 Deixar os pés apoiados, sobre o tapete.	 Manter os pés à mesma altura, com os dedos apontados para a frente e não separar mais do que um pé de distância.	 Evitar apoiar o tronco e os membros nas pernas e a cadeira.
 Segurar a perna direita com as duas mãos, puxando-a suavemente para a frente.	 Segurar cada perna com as duas mãos, puxando-as suavemente para a frente.	 Evitar apoiar o tronco e os membros nas pernas e a cadeira.
 Puxar o tronco para trás, para cima e para a frente, em ligação com os movimentos de flexão e extensão dos braços.	 Manter o tronco ereto, com os braços estendidos para a frente e não separar mais do que um pé de distância.	 Evitar apoiar o tronco e os membros nas pernas e a cadeira.
 Colocar um apoio sob os pés e manter os punhos e braços à sua frente, para não ficarem em contacto com a cadeira.	 Manter os braços ao longo do corpo, com os punhos e dedos apontados para as laterais.	 Evitar apoiar o tronco e os membros nas pernas e a cadeira.

## **ANEXO I**

- Elementos relativos à avaliação das atividades realizadas
  - Fotografias da realização das atividades







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

Coloque um X na figura que considera correta:





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



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



Mantenha os fios dos aparelhos elétricos dos fornos, do café e do chuveiro longe o seu alcance.



Peças soltas, como vidro e lâminas, podem ser muito perigosas.



Obrigada



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































