



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**“O dormir é meio sustento. Fique atento!
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa
população idosa.”**

Marília do Rosário Marvão Ferreira

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**“O dormir é meio sustento. Fique atento!
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa
população idosa.”**

Marília do Rosário Marvão Ferreira

Orientação: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Marília do Rosário Marvão Ferreira

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

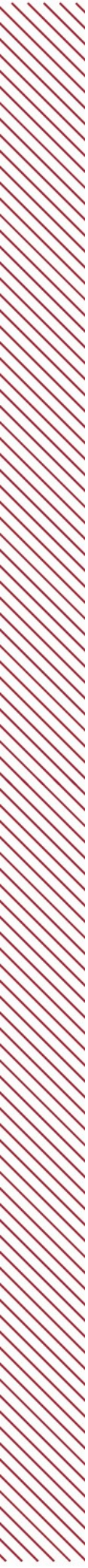
Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professora Doutora Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

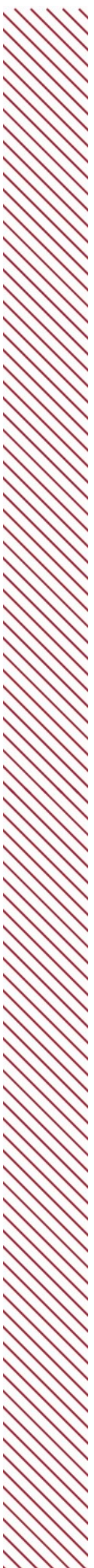
Data: 24 de julho 2020



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Os sonhos não determinam o lugar em que você vai
estar, mas produzem a força necessária para o tirar do
lugar em que está...

Augusto Cury



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Dedicado
À minha filha Alice

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira M.C. pelo apoio, disponibilidade, orientação e aprendizagem que me proporcionou ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Ana Clara Nunes, pelo incentivo, disponibilidade e sugestões.

À Enfermeira S.S. pelas sugestões sempre pertinentes, pelo apoio e amizade.

À equipa multidisciplinar da UCC pela forma como me recebeu, pelo apoio demonstrado e em especial à I. e à J. pela participação no projeto.

À Associação onde foi desenvolvido o projeto, em especial a todos os utentes que nele participaram e à I. toda a ajuda durante o desenvolvimento das diversas atividades.

Aos meus pais, por estarem sempre lá, por mais este apoio e esforço adicional.

Ao Fábio, pela compreensão e apoio ao longo deste caminho em que teve que colmatar inúmeras vezes a minha ausência.

À minha filha Alice por todos os momentos em que estive menos presente, mas sem dúvida a minha maior fonte de motivação.

O meu mais sincero OBRIGADO, sem todos não teria sido possível chegar aqui.

RESUMO

Introdução: As alterações na qualidade do sono, assumem elevada relevância para os idosos, pois além de serem frequentes, afetam a execução das suas atividades de vida diária e consequentemente a sua saúde.

Objetivo: Promover a adoção de hábitos saudáveis de sono em pessoas idosas de um centro de dia no concelho de Évora.

Metodologia: Recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde. Foi realizado um estudo descritivo a 30 idosos utilizando o questionário sobre o Sono na Terceira Idade de Marques e Espírito-Santo (2011), do Instituto Superior Miguel Torga.

Resultados: Verificou-se a existência de hábitos de vida que influenciam negativamente o sono, risco de acidentes domésticos (quedas), devido aos despertares noturnos que se inferiu ter relação com a toma da medicação diurética e queixas álgicas que perturbam o sono.

Conclusões: Conclui-se que é necessário desmistificar a ideia pré-concebida, de que é normal à medida que se envelhece, dormir-se, cada vez com mais dificuldade. Impera a necessidade de avaliar que risco acarreta para a saúde do idoso a falta de um sono eficaz, de modo a serem estabelecidas estratégias de intervenção comunitária, que contribuam para a minimização desta problemática.

Palavras-chave: Envelhecimento, sono, enfermagem em saúde comunitária, planeamento em saúde

ABSTRACT

Introduction: Changes in sleep quality are highly relevant for the elderly, as well as being frequent, they affect the performance of their activities of daily living and consequently their health.

Objective: To promote the adoption of healthy sleep habits in elderly people from a day center in the municipality of Évora.

Methodology: The health planning methodology was used. A descriptive study was carried out with 30 elderly people using the questionnaire on Sleep in the Third Age of Marques and Espírito-Santo, from Instituto Superior Miguel Torga.

Results: It was verified the existence of life habits that negatively influence sleep, risk of domestic accidents (falls), due to the night awakening that was inferred to be related to the taking of diuretic medication and pain complaints that disturb sleep.

Conclusions: It is concluded that it is necessary to demystify the preconceived idea, that it is normal as you get older, to fall asleep, with increasing difficulty. There is a need to assess the risk to the elderly's health due to the lack of effective sleep, in order to establish community intervention strategies that contribute to minimizing this problem.

Keywords: Aging, sleep, community health nursing, health planning

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES AC – Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

APA - *American Psychological Association*

ARS – Administração Regional de Saúde

CAE – Rev.3 – Classificação Portuguesa de Atividades Económicas, Revisão 3

Dec-Lei – Decreto-Lei

DGS – Direção Geral de Saúde

doi – Digital Object Identifier

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ENF^a - Enfermeira

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Eurostat – Gabinete de Estatísticas da União Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Instituto Politécnico

IQSS – Índice da Qualidade Subjetiva do Sono

min. - Minutos

NREM – Sem Movimentos Oculares Rápidos

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSTI – Questionário sobre o Sono na Terceira Idade

SPSS - Statistical Package for Social Science


UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

	f
INTRODUÇÃO	18
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1. ENVELHECIMENTO	22
2. SONO: CARACTERÍSTICAS E IMPORTÂNCIA	23
3. ALTERAÇÕES E PERTURBAÇÕES DO SONO NO IDOSO	24
4. A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE DO SONO NO IDOSO	26
5. CONTIBUTO DO SONO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: MODELO DE NOLA PENDER	26
PARTE II: METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS	29
PARTE III: ENQUADRAMENTO PRÁTICO	31
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	31
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE ÉVORA E DA POPULAÇÃO	31
1.2 A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ÉVORA	36
1.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DA UCC DE ÉVORA	37
1.4 A ASSOCIAÇÃO X	38
1.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
1.6. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	39
1.7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
1.8 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/NECESSIDADES	50
2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	52
3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	54
4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	56
5.PREPARAÇÃO OPERACIONAL E INTERVENÇÃO	60
5.1 PREVISÃO DE RECURSOS	62
5.2 DIVULGAÇÃO DO PROJETO	63
5.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	64
5.4. SEGUIMENTO/FOLLOW UP DO PROJETO	65
6. MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO	66
6.1 AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.....	70
PARTE IV: ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	72

	f
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	72
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	75
3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE	77
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

	f
APÊNDICES	
Apêndice I – Consentimento informado, livre e esclarecido	91
Apêndice II – Pedido de autorização à Associação X para a realização do projeto	94
Apêndice III – Pedido de autorização às autoras para utilização do QSTI	96
Apêndice IV – Questionário	98
Apêndice V – Sessões de educação para a saúde	106
Apêndice VI – Planos das sessões de educação para a saúde	119
Apêndice VII – Cartazes de divulgação das atividades	124
Apêndice VIII – Panfletos informativos distribuídos após as sessões de educação para a saúde	129
Apêndice IX – Póster acerca do sono no Idoso	133
Apêndice X – Cronograma de atividades	135
Apêndice XI – Questionário para a avaliação dos hábitos facilitadores do sono adotados	137
Apêndice XII – Questionário para avaliação do alívio da dor	139
Apêndice XIII – Questionário para avaliação de conhecimentos acerca da prevenção de acidentes domésticos – quedas	141
Apêndice XIV – Questionário para avaliação do IQSS	143
Apêndice XV – Questionário para avaliação da satisfação das sessões de educação para a saúde	146
Apêndice XVI – Resumo do artigo científico	148
ANEXOS	
ANEXO I – Autorização da Direção da Associação X para a realização do projeto	154
ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética do IP Portalegre	156
ANEXO III – Parecer do Conselho Técnico Científico do IP Portalegre	158
ANEXO IV – Autorização das autoras do QSTI para a aplicação do questionário	160

ÍNDICE DE FIGURAS

	f
Figura 1: Limites do concelho de Évora.....	32
Figura 2: Estatuta etária da população do concelho de Évora em 2017.....	35
Figura 3: Pirâmide etária dos doentes abrangidos pela UCC.....	37
Figura 4: Grelha de análise para determinação de prioridades	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	f
Gráfico 1: Número de vezes que acorda durante a noite.....	43
Gráfico 2: Número de vezes que acorda espontaneamente antes da hora desejada.....	43
Gráfico 3: Prática de atividade física diária pelo menos no último mês.....	45

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

ÍNDICE DE IMAGENS

	f
Imagem 1: Divulgação do projeto.....	64

ÍNDICE DE TABELAS

	f
Tabela 1: População residente no concelho de Évora e na sub-região do Alentejo Central	32
Tabela 2: População residente no concelho de Évora nos anos de 2011 e 2017.....	34
Tabela 3: População residente no concelho de Évora com mais de 65 anos consoante o sexo	35
Tabela 4: Caracterização da amostra	40
Tabela 5: Hábito de ver televisão antes de adormecer	41
Tabela 6: Latência para adormecer	42
Tabela 7: Profundidade do sono	44
Tabela 8: Dificuldade em adormecer no último mês após acordar muito cedo	44
Tabela 9: Sonolência ou cansaço durante o dia	45
Tabela 10: Dor frequente que afeta o sono e causada por motivos físicos ou de doença	46
Tabela 11: Relação entre a toma de diuréticos e o acordar muitas vezes durante a noite no último mês	47
Tabela 12: Relação entre a dor e a dificuldade em adormecer	47
Tabela 13: Relação entre a dor e a prática de atividade física diária	48
Tabela 14: Relação entre ver televisão antes de adormecer e o tempo que demora a adormecer	48
Tabela 15: Relação entre os hábitos alimentares antes de ir dormir e o tempo que demora a adormecer	49
Tabela 16: Relação entre as sesta durante o dia e o tempo que demora a adormecer..	49
Tabela 17: Relação entre a sonolência/cansaço durante o dia e a profundidade do sono	50
Tabela 18: Grelha de análise aplicada aos problemas identificados	53
Tabela 19: Definição de Metas	55
Tabela 20: Estratégia n.º 1 – Cooperação/Trabalho em Equipa	60
Tabela 21: Estratégia n.º 2 – Educação para a Saúde	61
Tabela 22: Estratégia n.º 3 – Dinâmica de Grupo	61
Tabela 23: Custos do projeto	62
Tabela 24: Indicadores de Resultado	66
Tabela 25: Indicadores de Processo	68
Tabela 26: Respostas ao questionário de satisfação das sessões de educação para a Saúde	70

INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento, é transversal a todos os países, independente das suas condições económicas. Em alguns países, envelhecer pode ser considerada uma conquista, sobretudo se se apresentar o conceito de uma forma ativa, traduzindo-se desta forma, numa melhoria do bem-estar físico, psíquico e social, o que leva a uma melhoria da saúde do idoso (Diniz, Pontes & Brito, 2015). Pode ser encarado em simultâneo como uma vitória do desenvolvimento das condições socioeconómicas bem como da saúde pública (World Health Organization [WHO], 2015a).

O envelhecimento saudável, encontra-se delimitado como o processo de aumentar as oportunidades em saúde, à medida que os indivíduos vão envelhecendo, que visa fortalecer e manter a capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional resultante da interação das capacidades internas da pessoa com o meio (WHO, 2015b).

Por outro lado, a qualidade de vida, é inegavelmente um fator dominante quando se aborda o envelhecimento ativo (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013), podendo ser definida como a forma como o individuo se percebe em relação à sua posição na vida, quer no contexto em qual vive, como em relação às suas expectativas e preocupações (WHO, 1997).

Sendo que o envelhecimento surge de modo gradual e irreversível, o organismo sofre alterações significativas. Uma dessas alterações surge a nível da qualidade do sono (Monteiro & Ceolim, 2014) que, por sua vez, tem relação direta com a saúde e com a qualidade de vida. Os problemas relacionados com o sono estão associados a problemas de saúde, aumentando o risco de mortalidade, alterações hormonais e bioquímicas, amplificando por sua vez os custos associados à saúde, bem como o absentismo e o risco de distúrbios psicológicos (Madrid-Valero, Martinez-Selva, Sánchez-Romero & Ordaña, 2017).

Sabendo-se que o envelhecimento, contribui progressivamente para diminuir a qualidade do sono em homens e mulheres, é ao longo da vida adulta, que vai existindo uma menor recuperação do sono “perdido”, o que vai afetar por sua vez a sua qualidade (Madrid-Valero *et al*, 2017). O aumento da idade, encontra-se inversamente relacionado com a qualidade do sono e esta associação parece estar relacionada com as mudanças evolutivas ao longo da vida adulta, que envolvem uma crescente vulnerabilidade do sistema regulador do ciclo de sono – vigília (Madrid-Valero *et al*, 2017).

À medida que vamos envelhecendo, o sono torna-se cada vez mais um motivo de insatisfação. Contudo, acreditamos que esta alteração é um processo normal do envelhecimento e não uma disfunção que altera a nossa qualidade de vida (Mugeiro, 2011).

As alterações na qualidade do sono bem como os seus distúrbios assumem elevada relevância para os idosos, pois além de serem frequentes, afetam as suas capacidades de execução das atividades de vida diária e conseqüentemente a sua saúde (Silva, Costa, Machado & Xavier, 2012).

Contribuir para identificar problemas que estejam associados à qualidade do sono dos idosos, permite delinear intervenções de enfermagem, com vista à resolução ou diminuição dos mesmos.

Foi partindo destas premissas, corroboradas pelo diagnóstico da situação de saúde efetuado a uma população idosa em centro de dia que surge o projeto de intervenção comunitária denominado “O dormir é meio-sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”.

Este foi desenvolvido ao longo do Estágio I e do Estágio Final, que decorreram entre os meses de maio de 2019 e janeiro de 2020, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) inserida na Administração Regional de Saúde do Alentejo, integrados no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no decurso do ano letivo 2018-2020, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Os cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública, têm como foco de atuação as respostas humanas aos processos que decorrentes ao longo da vida, bem como os problemas de saúde da comunidade, através da implementação de programas de intervenção, que visem a capacitação e o empowerment da comunidade na realização de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O presente projeto de intervenção, foi elaborado tendo por base a metodologia do planeamento em saúde. Esta, tem como finalidade que determinada população alcance um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção da doença, tratamento e reabilitação, o que engloba alterações nos comportamentos dessa mesma população (Tavares, 1990). Pode ser entendido como a racionalização dos recursos, na maioria das vezes escassos, de modo a atingir objetivos que levam à redução dos problemas de saúde que são considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1982). Para Tavares (1990), o planeamento é um processo que pretende escolher, entre vários trajetos, um percurso de ação.

Como base de sustentação do projeto, surge o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, este abrange as vertentes da educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde, sendo o seu objetivo principal promover comportamentos saudáveis, que resultem na melhoria da capacidade funcional do individuo e conseqüentemente no aumento da qualidade de vida da comunidade (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

O objetivo geral do projeto passa por promover a adoção de hábitos saudáveis de sono em pessoas idosas, tendo como população alvo os idosos que frequentam um centro de dia no concelho de Évora.

De modo a explanar todo o trabalho desenvolvido, surge este relatório, no qual se pretende demonstrar a aptidão da mestranda na implementação de um projeto de intervenção comunitária com base no planeamento em saúde e no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, assim como evidenciar a sua capacidade reflexiva, e de justificação das intervenções com base na evidência científica.

Em relação à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, no qual se pretende evidenciar a importância do problema com base na evidência científica e no qual são apresentados os seguintes temas: envelhecimento, sono e as suas características e importância, alterações e perturbações do sono no idoso, a importância da higiene do sono no idoso e o contributo do sono para a promoção da saúde segundo o Modelo de Nola Pender.

Na segunda parte são abordadas as questões éticas, bem como a metodologia utilizada para desenvolver o projeto.

Na terceira parte, procede-se ao enquadramento prático, que se inicia com diagnóstico da situação de saúde, que engloba a caracterização do concelho e da população, a apresentação da UCC bem como os seus recursos e materiais, descrição da Associação na qual decorre o projeto, população e amostra, instrumento de recolha de dados, seguindo-se a apresentação e análise dos resultados que culmina na identificação dos problemas daquela amostra. Segue-se posteriormente a determinação de prioridades, utilizando o método da grelha de análise, definição de objetivos (geral e específicos) e estabelecidas as respetivas metas, seleção de estratégias, preparação operacional na qual são descritas as atividades a desenvolver, previsão de recursos, divulgação do projeto, bem como o cronograma que norteou as atividades, neste ponto é abordado ainda o seguimento/ follow up do projeto. Para terminar é abordado o processo de monitorização/avaliação, onde são expostos os indicadores de processo e de resultado, bem como a avaliação intermédia e medidas corretivas implementadas.

Na quarta parte, encontra-se a reflexão acerca das competências desenvolvidas ao longo do processo, estando divididas em competências comuns dos enfermeiros especialistas, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e por fim as competências do grau de mestre.

Por fim segue-se a conclusão, na qual é feita uma análise global do projeto bem como os seus benefícios e possível continuidade, síntese das principais conclusões e ainda reflexão acerca das aprendizagens vividas, bem como as competências reveladas.

A redação do trabalho, é feita tendo em conta o novo acordo ortográfico português e a sua elaboração bibliográfica encontra-se orientada pela Norma de Referenciação da *American Psychological Association* (APA) – 6ª edição, bem como se rege, pelas normas em vigor na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

A elaboração deste relatório, bem como a sua discussão pública e aprovação, conduzem à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a contextualizar a problemática do sono nos idosos, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica por forma a fundamentar e a sustentar, do ponto de vista teórico, a temática em estudo bem como as intervenções desenvolvidas no projeto de intervenção.

1. ENVELHECIMENTO

Ao longo do último século a população mundial assistiu a alterações consideráveis a nível demográfico sobretudo nos países mais desenvolvidos. A esperança média de vida aumentou de forma exponencial nas últimas décadas e essa propensão parece ser para continuar (Caneiro & Basto, 2016). O envelhecimento populacional é uma realidade inquestionável nas sociedades ocidentais do séc. XXI, o que vem estabelecer novos repto aos indivíduos e à própria sociedade. Em Portugal, nunca existiram tão poucos nascimentos e jovens e tantas pessoas idosas (Rosa, 2012).

O aumento do número de anos de vida é uma aspiração de qualquer sociedade, contudo só pode ser considerada como uma verdadeira conquista se agregarmos qualidade aos anos adicionais que vivemos (Barreto, Carreira & Macron, 2015). Deste modo, esta conquista da humanidade, pode ser contabilizada através do maior número de pessoas a chegarem a idades cada vez mais avançadas, o que acontece sobretudo devido a melhores condições de vida e à evolução da medicina e das suas áreas correspondentes, com consequências no aumento significativo da esperança média de vida (Daniel, Caetano, Monteiro & Amaral, 2016).

O envelhecimento deve ser encarado como uma oportunidade para as pessoas viverem de forma independente e saudável o maior período de tempo possível até ao fim da sua vida. Para que isso aconteça deve existir uma responsabilização da própria pessoa e da sociedade de modo a promover ações necessárias para integrar uma perspetiva de renovação nos comportamentos (Nunes, 2017).

A promoção de estilos de vida saudáveis leva a um aumento da qualidade de vida e valida um compromisso individual de cada pessoa com as suas escolhas e comportamentos adequados. Não é apenas na velhice que se deve ter este tipo de condutas, contudo se estas não forem adotadas previamente devem ser adotadas nesta fase do ciclo vital desde que exista essa escolha por parte do idoso (Nunes, 2017).

2. SONO: CARACTERÍSTICAS E IMPORTÂNCIA

O sono é definido como uma condição fisiológica da atividade do cérebro, natural e cíclica, que representa uma alteração no estado de consciência, com conseqüente diminuição da sensibilidade a estímulos ambientais, seguidos por particularidades motoras e posturas próprias, além de alterações autônomas (Gomes, Quinhonez & Enghelhardt, 2010). O decorrer do sono em ciclos avaliáveis e a sua natural capacidade de reposição de um estado de relativa não reação a estímulos externos (sono-vigília) são condições que permitem distinguir o sono de estados de perda de consciência associados a patologia. O ciclo sono-vigília é um estado ativo do cérebro de relativa complexidade e que resulta de vários mecanismos que determinam as suas características, intensidade e distribuição ao longo do dia (Gomes *et al.*, 2010). O sono pode ser descrito como uma viagem organizada e de relativa complexidade de todo o corpo, com passagens regulares por fases de sono com características muito próprias (Paiva & Penzel, 2011).

A importância do sono, surge expressa na Teoria das Necessidades de Maslow, nesta, as necessidades do homem encontram-se organizadas numa série de escalões, ou numa hierarquia de valor. No escalão mais baixo, mas de grande importância, encontram-se as necessidades fisiológicas, ao nível das quais se enquadra o sono. Estas necessidades consideram-se as mais básicas e necessitam de ser saciadas para manter o corpo saudável e garantir a sobrevivência. Sem estas necessidades saciadas, o indivíduo não consegue sequer preocupar-se com os escalões seguintes da pirâmide (Maslow, 1954).

Apesar desta importância, existe, na sociedade atual uma modificação dos estilos de vida que leva inevitavelmente à alteração dos hábitos de sonos, conseqüência também do desenvolvimento quer tecnológico bem como industrial e laboral. Deste modo, o sono tornou-se como um obstáculo para o trabalho, para a produtividade e para os interesses económicos, sendo cada vez mais desvalorizado. Contudo, uma noite de sono com qualidade é uma condição essencial para o bem-estar dos indivíduos (Paiva, 2015).

A qualidade do sono, aumenta a capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, com por exemplo o *stress*. O sono é fundamental e influencia diversas funções, nomeadamente as que estão associadas à homeostasia (Paiva, 2015). Os indivíduos ficam mais vulneráveis se existir uma carência a nível do número de horas de sono, estando esta diminuição associada também ao aumento das doenças crónicas (Richards, 2015). A privação crónica do sono manifesta-se em sonolência diurna excessiva, diminuição do desempenho das atividades diárias e uma diminuição da qualidade de vida por alterações cardiovasculares e metabólicas (Ferreira, Jesus & Santos, 2015).

A qualidade do sono pode ser influenciada por uma associação de fatores genéticos, psicológicos, culturais e ambientais. A concretização de uma noite de sono com qualidade é fundamental para manutenção de um corpo saudável assumindo-se assim como método preventivo ao aparecimento dos distúrbios do sono (Rios, Peixoto & Senra, 2008). Sendo assim, dormir é essencial, para a manutenção das capacidades cognitivas e construtivas do indivíduo bem como para o seu bem-estar físico e psíquico (Paiva & Penzel, 2011).

3. ALTERAÇÕES E PERTURBAÇÕES DO SONO NO IDOSO

O envelhecimento, acarreta alterações a nível da qualidade e quantidade do sono, sendo que esta problemática afeta cerca de metade dos indivíduos acima dos 65 anos (Geib, Neto, Wainberg & Nunes, 2003). No ser humano, a duração do sono diminui com a idade, o que é considerado um processo natural. Na fase adulta, 85% a 90% dos indivíduos saudáveis dormem entre sete e oito horas por noite, sendo que 5% precisam de dormir menos de seis horas e outros 5% precisam dormir entre nove a dez horas por noite (Paiva, 2015).

Nos idosos o sono sofre algumas modificações estruturais, destacando-se entre elas a diminuição global do tempo de sono noturno, as pessoas idosas necessitam de mais horas deitadas na cama para obterem o mesmo número de horas de sono que tinham anteriormente à velhice. Existe ainda um aumento do período de latência, ou seja, a sua capacidade de iniciar o sono diminui com a idade, com tendência a um sono mais superficial, mais curto além de ser um sono mais fragmentado. As pessoas idosas são ainda mais suscetíveis a despertar devido ao aumento dos estímulos ambientais (Quinhones & Gomes, 2011).

O ritmo circadiano de sono-vigília vai-se degenerando com o passar dos anos, tornando-se estes ritmos menos precisos, existindo uma diminuição da sua amplitude, o que vai contribuir para períodos de sono-vigília menos consistentes. A secreção da melatonina à noite também diminui com a idade, ocorrendo ainda uma redução do limiar de despertar sobretudo nas fases mais superficiais do sono NREM, o que leva a uma diminuição do limiar do despertar devido sobretudo a fatores como a luminosidade e o ruído (Quinhones & Gomes, 2011).

A privação do sono, interfere no bem-estar mental e físico do idoso, o que leva a um grave prejuízo funcional no desempenho dos papéis sociais e nas relações interpessoais sendo os distúrbios do sono frequentes na população idosa (Neves, Macedo & Gomes, 2017). Estes distúrbios podem ser divididos em sete categorias segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do sono – 3ª edição citada por Neves *et al.* (2017):

- ✚ Insónias;
- ✚ Distúrbios respiratórios relacionados com o sono;

- ✚ Distúrbios de hipersonolência central;
- ✚ Distúrbios do ritmo circadiano de sono-vigília;
- ✚ Parassonias;
- ✚ Distúrbios do movimento relacionados com o sono;
- ✚ Outros distúrbios do sono.

A má qualidade do sono acarreta inúmeros problemas, entre os quais se incluem a dificuldade em manter relacionamentos familiares e sociais saudáveis, o aumento da ocorrência de dor, a propensão para uma avaliação desadequada do próprio estado de saúde, a capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias e o conseqüente aumento da utilização de serviços de saúde (Silva, Costa, Machado & Xavier, 2012).

Sendo assim, as alterações do sono levam a uma sensação de despertar de manhã sem que o sono seja repousante, podendo levar à imunodepressão, à diminuição da capacidade física e ao declínio cognitivo, sendo estes problemas indicadores de uma qualidade de vida diminuída quer a nível de saúde física quer mental. A má qualidade do sono encontra-se ainda relacionada com a diminuição da força muscular, dificuldades na locomoção, bem como dificuldades em levantar-se por exemplo de uma cadeira sem auxílio (Quinhones & Gomes, 2011).

A dificuldade em manter a atenção, diminuição da capacidade de resposta, perturbações da memória, da concentração e do desempenho podem, igualmente, ser o resultado do sono de má qualidade. Contudo, nos idosos, esses sinais podem ser desvalorizados e/ou serem interpretados como indicadores da diminuição da capacidade cognitiva ou de demência. A diminuição da capacidade de resposta é particularmente importante, uma vez que pode afetar sua capacidade de deambular e aumentar assim o risco de quedas (Silva *et al.*, 2012).

As perturbações do sono encontram-se bastante presentes em indivíduos com distúrbios mentais, contudo, as alterações do sono podem ser por si só, consideradas um fator indutor no aparecimento de problemas de saúde mental. Os estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma relação direta entre o sono e as perturbações mentais, sendo que a prevalência de perturbações depressivas, ansiosas e o uso de substâncias aumenta aquando da presença de perturbações do sono. A insónia está associada a um aumento de experiências psicóticas, bem como a uma ampla gama de outras alterações, relacionadas com a saúde mental. O tratamento das alterações do sono pode ser considerado uma prioridade, a nível dos distúrbios de natureza psiquiátrica (Freeman *et al.*, 2017).

4. A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE DO SONO NO IDOSO

Refletindo sobre o impacto que os distúrbios do sono podem ter na saúde do idoso, emerge a necessidade de implementar estratégias que os minimizem. A higiene do sono surge então como uma estratégia, que visa melhorar a qualidade do sono do idoso.

A denominação higiene do sono surgiu através do médico Peter J. Hauri, que a recomendava aos seus doentes que sofriam de insónias. Esta consiste numa técnica em que devem ser criadas as condições apropriadas a um sono saudável e reparador. A higiene do sono pode ser definida como um conjunto de advertências ambientais e comportamentais, que se destinam à promoção de um sono saudável (Irish, Kine, Gunn, Buysse & Hall, 2014).

Existem três fatores que podem ser considerados primordiais para o conceito de higiene do sono: os horários, que devem ser sólidos e regulares, o ambiente envolvente, de preferência com temperatura adequada, silencioso e escuro e as atividades desenvolvidas antes do sono, entre as quais, a música calma, o banho e a escovagem dos dentes (Nunes, 2002).

A educação é a pedra angular para a adoção de hábitos de higiene do sono. Embora seja extremamente importante educar os idosos sobre a higiene do sono, essas regras não se aplicam estritamente a todos. Uma sesta diária curta, faz parte do estilo de vida de algumas culturas e não constitui necessariamente num hábito de má higiene do sono se não resultar em sintomas de insónia ou de outro distúrbio do sono. Da mesma forma, uma chávena de café ou uma bebida alcoólica ao jantar ou mesmo ler na cama pode não afetar negativamente o sono de alguns idosos (Attaryan, 2010).

Alguns idosos, no entanto, devido à sua predisposição ou devido ao efeito aditivo de diferentes fatores, podem desenvolver insónia. É essencial informá-los, desde o início, que na primeira manifestação de possíveis sintomas de problemas do sono que os hábitos de higiene do sono podem ajudar (Attaryan, 2010).

A educação em higiene do sono é simples e fácil de seguir. De facto, de todos os tratamentos não farmacológicos /comportamentais, a higiene do sono é um dos métodos mais eficazes e um dos mais fáceis de seguir na luta contra aos distúrbios do sono (Attaryan, 2010).

5. CONTRIBUTO DO SONO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: MODELO DE NOLA PENDER

Os modelos e teorias que se enquadram na área da promoção da saúde permitem compreender os determinantes dos problemas de saúde, bem como orientar as respostas

para fazer face às necessidades das populações. Para além do referido anteriormente, contribuem ainda para aumentar o conhecimento, a capacidade de reflexão e de tomada de decisão de modo a atingir os objetivos propostos que permitem a promoção da saúde e a prevenção das doenças (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Tal como já referido, a privação do sono e as consequências que lhe estão associadas, são problemas que afetam grande parte dos idosos, pelo que a adoção de medidas promotoras que facilitam uma adequada higiene do sono (conjunto de regras destinadas a proporcionar um sono eficaz e contínuo), poderia trazer, não só, melhoria na qualidade do sono como na qualidade de vida e promoção da saúde (Duarte, 2008).

O Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender suporta, de forma substancial, o desenvolvimento de cuidados especificamente de enfermagem, no âmbito dessa promoção e foi por esse motivo, o modelo escolhido para dar base à presente investigação.

Este modelo, permite que o enfermeiro realize de forma individual, através de uma estrutura clara, o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações (Victor *et al.*, 2005). Além disto, fornece ao enfermeiro ferramentas para que este compreenda as questões biopsicossociais que surge associadas à decisão do individuo em adotar comportamentos saudáveis (Bittencourt, Marques & Barroso, 2018).

Os principais conceitos do modelo referidos por Pender (2011) são: a pessoa, esta surge como um organismo biopsicossocial influenciado pelo ambiente e que procura ambientes em que as características que possui se encontrem facilmente expressas; o ambiente, caracterizado como o contexto físico, social e cultural no qual se desenvolve a vida e que pode ser modificado de modo a facilitar comportamentos saudáveis; a enfermagem, que coopera com o individuo, família e comunidade de modo a gerar um ambiente que promova a saúde e o bem-estar; a saúde que engloba comportamentos que englobam o autocuidado, relações satisfatórias e posturas que promovam um ambiente saudável e organizado e a doença que pode ser aguda ou crónica e que deste modo, pode auxiliar ou não a adesão a comportamentos saudáveis.

O modelo de Promoção da Saúde, encontra-se organizado segundo três componentes, que por sua vez se encontram divididas em variáveis. A componente um, que engloba as características e experiências individuais onde se inclui o comportamento anterior (que deve ser modificado) e os fatores pessoais que podem ser divididos em fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender, 2011). A componente dois, que se refere aos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende atingir e engloba as variáveis: benefícios para a ação percebidos, barreiras percebidas para a ação, autoeficácia percebida, sentimentos relacionados com a atividade, influências interpessoais (família,

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

cônjuges, cuidadores, normas e modelos) e influências situacionais (Pender, 2011). A componente três refere-se ao resultado do comportamento que abrange o compromisso com o plano de ação, que visam as estratégias que levam o indivíduo a adotar os comportamentos de saúde esperados, isto é, as ações de enfermagem, as exigências competitivas imediatas e preferências, sendo que o indivíduo tem pouco controle nos comportamentos que exigem mudanças imediatas e grande controle a nível das preferências e por fim o comportamento de promoção de saúde que é o resultado da implementação do Modelo de promoção da saúde (Pender, 2011).

PARTE II: METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

A metodologia utilizada na realização deste projeto foi o Planeamento em Saúde, pois pode ser utilizado como apoio lógico para a tomada de decisões, levando a uma melhor racionalização na utilização dos recursos de saúde, uma vez que estes são escassos na grande maioria dos países e sistemas de saúde em vigor (Tavares, 1990).

De acordo com Tavares (1990: 30), citando Imperatori e Giraldes (1982) “o planeamento é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica”. Este consiste num processo dinâmico e contínuo, composto por várias fases nomeadamente pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Todas as fases estão interligadas entre si e dependem umas das outras (Imperatori & Giraldes, 1993).

O Planeamento em Saúde pode ser caracterizado como futurista, permanente, racional na tomada de decisões, um percurso de ação, iterativo, multidisciplinar, cíclico, em espiral, uma técnica de mudança e inovação e por absorver as incertezas futuras (Tavares, 1990).

Ao ser considerado um processo contínuo e dinâmico, uma etapa do planeamento não pode ser considerada como concluída, uma vez que mesmo passando para a fase seguinte, existe sempre a hipótese de voltar atrás, através da recolha de mais informações (Imperatori & Giraldes, 1993).

O desenvolvimento de um projeto de investigação deverá obedecer aos seguintes critérios segundo Fortin (2003): obter o consentimento informado dos participantes, respeitar a vida privada e os grupos vulneráveis, manter a confidencialidade das informações que são consideradas privadas, respeitar a justiça e a equidade e equilibrar as vantagens e os inconvenientes, devendo estes serem minimizados e as vantagens maximizadas.

A Ordem dos Enfermeiros, através do Artigo 105º n.º 1 alínea a) do EOE (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015) institui que o enfermeiro tem o dever de “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”.

A privacidade do indivíduo que recorre ao serviço de saúde, está consagrada como uma garantia em si e deve ser considerada como uma mais valia no desenvolvimento da relação doente – profissional de saúde. A privacidade é um direito do cidadão e cabe ao enfermeiro manter a proteção dessa premissa bem como fazer notá-la (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Deste modo e respeitando todas as premissas referidas anteriormente, o preenchimento do questionário foi efetuado individualmente na forma de questionário-entrevista aos idosos que apresentavam capacidades cognitivas para compreender as perguntas. Optámos por este método, uma vez que os idosos referiram dificuldade a nível da leitura, devido a alterações a

nível da visão e também por não possuírem habilitações literárias, o que os impedia de responder ao questionário. Cada participante no estudo foi informado sobre o objetivo do mesmo, bem como da confidencialidade e voluntariado e foram esclarecidas todas as dúvidas que os participantes apresentaram. Foi pedido o consentimento informado, livre e esclarecido a todos os participantes no estudo (Apêndice I), possuindo estes a total liberdade para recusar caso assim o entendessem.

De forma a garantir a confidencialidade dos dados recolhidos através do questionário, os mesmo foram codificados, tendo-lhe sido atribuído um número. Em relação ao local onde foi implementado o projeto, foi pedida autorização (Apêndice II) e obtida a mesma através de correio eletrónico da direção da Associação X (Anexo I). Foi também obtido formalmente o parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre (Anexo II), bem como do Conselho Técnico Científico da mesma instituição (Anexo III).

Decidimos denominar a Associação em que foi desenvolvido o projeto como Associação X de modo a preservar a privacidade dos seus utentes.

No que se refere ao instrumento de colheita de dados, foi necessário um pedido de autorização (Apêndice III), através de correio eletrónico, das autoras do questionário sobre o Sono na Terceira Idade – *QSTI*, de Marques e Espírito- Santo (2011), do Instituto Superior Miguel Torga, o qual recebeu parecer positivo,(Anexo IV) para aplicação do mesmo.

PARTE III: ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O diagnóstico da situação constitui a primeira etapa do planeamento, assumindo-se de extrema importância, uma vez que permite traçar o perfil de saúde da população, bem como identificar as intervenções prioritárias que podem conduzir a potenciais ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016). Apesar da sua relevância, este deve ser conciso, de modo a não desperdiçar tempo e energia na sua realização, sob pena de prejudicar as etapas que se seguem e deve ser compreensível para todos os participantes (Imperatori & Giraldes, 1993).

Embora o diagnóstico deva terminar com uma lista de problemas, é natural que no fim desta etapa, esta seja considerada incompleta, podendo assim, ser permanentemente atualizado, não impedindo, contudo, que se avance para as próximas fases do planeamento em saúde (Tavares, 1990). A qualidade e a mestria na elaboração do diagnóstico vão determinar as etapas seguintes (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, no decorrer de uma primeira reunião formal da UCC de Évora optou-se pela aplicação da técnica de “Brainstorming” junto da equipa multidisciplinar. Esta técnica é desenvolvida em grupo, os intervenientes vão responder a uma questão primordial e o enfoque da reunião consiste na produção de ideias, sem dar lugar a críticas e sem avaliação. Todos os elementos do grupo estão presentes junto dos outros (Tavares, 1990). Foram identificados os problemas e necessidades e após consulta de indicadores demográficos e de saúde, decidiu-se seguir a temática do Envelhecimento, recaindo sobre as alterações do sono no idoso, uma problemática já anteriormente identificada pelos peritos desta unidade de saúde.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE ÉVORA E DA POPULAÇÃO

De forma a facilitar a compreensão deste relatório, torna-se importante fazer uma breve caracterização do concelho em que se insere a UCC bem como da sua população.

O concelho de Évora pertence ao distrito com o mesmo nome e localiza-se no Alto Alentejo na sub-região do Alentejo Central. Encontra-se limitado a norte pelo município de Arraiolos, a nordeste por Estremoz, a sueste por Reguengos de Monsaraz, a Sul por Portel, a sudoeste por Viana do Alentejo e a Oeste por Montemor-o-Novo (como se pode constatar na Figura 1). Está dividido em 12 freguesias: Bacelo e Senhora da Saúde, Canaviais, Évora (São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão), Malagueira e Horta das Figueiras, Nossa Senhora da Graça do Divor, Nossa Senhora da Tourega e Nossa Senhora de Guadalupe, Nossa

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Senhora de Machede, São Bento do Mato, São Manços e São Vicente do Pigeiro, São Miguel de Machede, São Sebastião de Giesteira e Nossa Senhora da Boa Fé e Torre de Coelheiros.



Fonte: adaptado de <http://www.cmevora.pt/pt/Paginas/home.aspx>
Figura 1: Limites do concelho de Évora

De acordo com os dados do INE de 2017, tem uma população residente de 52874 pessoas, como verificamos na tabela 1 (sendo 1982 de nacionalidade estrangeira, maioritariamente indivíduos provenientes do Brasil, Ucrânia, China e Roménia) e uma densidade populacional de 40,5 pessoas por km².

Anos	População residente
	2017
Alentejo Central	154 536
Évora	52 874

Tabela 1 - População residente no concelho de Évora e na sub-região do Alentejo Central
Fonte: retirado de Pordata em 04/06/2019

No que diz respeito à população por sexo, no concelho de Évora, temos um total de 28016 Mulheres e 24858 Homens.

Alguns indicadores são necessários para expressar determinadas características socioeconómicas de um concelho. Como exemplo destes indicadores podem referir-se a taxa de mortalidade, a mortalidade infantil, a taxa de natalidade, bem como o índice de envelhecimento entre outros.

Em relação à taxa de mortalidade segundo os dados do INE em 2017, Portugal apresentava uma taxa bruta de mortalidade de 10,7%, o Alentejo de 14,2%, no Alentejo Central era de 14,6% e no concelho de Évora de 12,1%.

Em 2017, relativamente à taxa de mortalidade infantil, é possível verificar que em Portugal, a mesma era de 2,7%. Já no Alentejo, era de 3,4% e no Alentejo Central de 1,7% e no concelho de Évora era de 4,5% (Pordata, 2017).

A taxa bruta de natalidade no concelho, aumentou significativamente do ano 2014 para 2017, apresentando em 2014, uma taxa de 7,5% e em 2017, 8,4% (INE, 2018). O índice de envelhecimento é outro indicador importante para caracterizar a realidade do concelho. Em Portugal, em 2011 o índice de envelhecimento era de 127,6% e em 2017, passou para 155,4%. No Alentejo, bem como no Alentejo Central, também é possível observar um aumento no índice de envelhecimento. O concelho de Évora não foge a esta realidade, em 2011, o índice era de 137,7% e em 2017 passou para 163,7% (INE, 2018). O índice de dependência dos idosos é de 35,6 e o índice de longevidade de 49,7 (INE, 2017). Analisando os dados expostos anteriormente, conclui-se que, de forma generalizada no nosso país, estamos perante uma população envelhecida.

Em relação aos indicadores de educação em 2016/2017, existe no concelho de Évora uma taxa bruta de pré-escolarização de 108,1%, de escolarização do ensino básico de 118,9% e do ensino secundário de 192,1%. Existem 34 estabelecimentos de ensino pré-escolar (14 públicos e 20 privados) e a nível do ensino básico (1º ciclo), 24 estabelecimentos, ensino básico (2º ciclo), cinco estabelecimentos, ensino básico (3º ciclo), nove estabelecimentos e cinco de ensino secundário (INE, 2017).

Relativamente aos indicadores de saúde, existem 18,1 enfermeiros por 1000 habitantes e 8,3 médicos. Existem 19 farmácias e três postos farmacêuticos móveis. O concelho conta com dois hospitais, um público e um privado com um total de 75960 atendimentos em serviço de urgência (INE, 2017). Regista-se ainda a nível de indicador de saúde uma taxa de mortalidade de doenças do aparelho circulatório de 3,9% e de 2,8% de taxa de mortalidade devido a tumores malignos.

Comparativamente ao contexto económico, os indicadores relativos ao mercado de trabalho e emprego são de extrema importância uma vez que são fatores que implicam na vulnerabilidade de uma população. Em Portugal, em 2017, existia uma taxa de desempregados inscritos nos centros de emprego em idade ativa sendo que no Alentejo essa taxa era de 6,3%, no Alentejo Central era 6,4% e no concelho referido, era de 6,2% (INE, 2019).

No concelho, em 2017, segundo o INE, 3,5% da população recebia o Rendimento Social de Inserção, 0,3% recebiam o subsídio social de desemprego e 1,4% o subsídio de

desemprego (INE, 2018). A nível das prestações sociais existiam em 2017, 16283 pensionistas, sendo 1639 por invalidez, 11.016 por velhice e 3628 de sobrevivência.

Em relação ao mercado de trabalho, existiam em 2016 segundo o INE, 6564 empresas, destacando-se 1216 de CAE-Rev.3 G (Comércio por grosso e a retalho, reparação de veículos automóveis e motociclos), 841 de CAE-Rev.3 A (Alojamento, restauração e similares) e 740 de CAE- Rev.3 N (Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca).

O concelho possui saneamento básico, rede de eletricidade e água canalizada ao nível das condições de habitação. Em relação à qualidade da água, em 2017, segundo o INE foram realizadas 1654 análises obrigatórias sendo que 99,84% dessas análises revelaram que a água é segura. Existem no município 18 estações de tratamento de águas residuais.

Na atualidade, o envelhecimento é um problema transversal a todos os países, independente das suas condições económicas. Em alguns países, envelhecer pode ser considerada uma conquista, sobretudo se se apresentar o conceito de uma forma ativa, traduzindo-se desta forma numa melhoria do bem-estar físico, psíquico e social, o que leva a uma melhoria da saúde do idoso (Diniz *et al.*, 2015). Contudo, a longevidade acarreta alguns problemas na saúde do indivíduo e compromete muitas vezes as suas capacidades.

No Alentejo, conforme os dados do INE (2018), a população total residente em 2016 era de 721.239. Desta, 449.194 encontrava-se em idade ativa (INE, 2018).

Analisando a evolução da estrutura populacional do concelho de Évora, segundo o INE, entre 2011 e 2017, denota-se um decréscimo da densidade populacional, ou seja, uma diminuição do número de residentes no concelho, tendo este passado de 56218, em 2011 para 52874 no ano de 2017, como indica a tabela 2.

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013) (1)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual (2)	
		Sexo	HM
		Grupo etário	Total
		N.º	
2017	Évora		52 874
2011	Évora		56 218

Tabela 2 - População residente no concelho de Évora nos anos de 2011 e 2017
Fonte: INE, retirado em 04/06/2019

Houve um aumento significativo da população acima dos 65 anos, em 2017 viviam no concelho 11958 idosos, para um total de 52874 indivíduos, o que perfaz que os idosos representem 22,6% da população, dados ilustrados na tabela 3.

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2013) (1)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual (2)					
		Sexo					
		HM					
		Grupo etário					
		Total	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 - 84 anos	85 e mais anos
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
2017	Évora	52 874	3 283	2 735	2 195	2 022	1 723
2011	Évora	56 218	2 797	2 593	2 524	1 845	1 449

Tabela 3 - População residente no concelho de Évora com mais de 65 anos consoante o sexo.
Fonte: INE, retirado em 04/06/2019

Tal como podemos constatar na Figura 2, no concelho de Évora em 2017, tanto no sexo feminino como no sexo masculino, é entre os 40 e os 44 anos que se verifica uma maior percentagem de população residente neste concelho (cerca de 4%) sendo estes seguidos da faixa etária dos 50-54 anos nos homens e nas mulheres é a faixa etária dos 60-64 anos que apresenta maior percentagem. Contudo é entre os zero e os quatro anos, em ambos os sexos, que se verifica a percentagem mais baixa, quase 2% e entre os 85 e mais anos no caso dos indivíduos do sexo masculino (cerca de 1%).

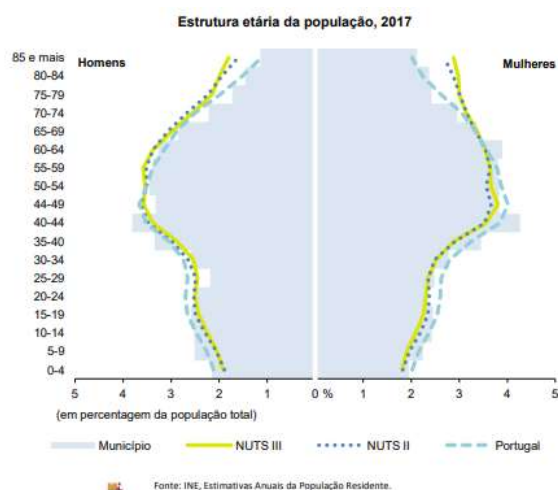


Figura 2 - Estrutura etária da população do concelho de Évora em 2017
Fonte: INE, retirado em 26/04/2019

1.2 A UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ÉVORA

A criação dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro teve como objetivo o aumento do acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, bem como melhorar a sua gestão, sem omitir os ganhos em saúde. Os ACES são serviços integrados dentro do Serviço Nacional de Saúde, e por sua vez nas Administrações Regionais de Saúde, que têm autonomia de administração e são constituídos por Unidades Funcionais de um ou mais Centros de Saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica (Ministério da Saúde, 2008).

O ACES Alentejo Central tem como área de atuação os concelhos do distrito de Évora (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa).

Em relação ao Concelho de Évora, o Centro de Saúde de Évora, engloba as seguintes Unidades Funcionais: uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), uma Unidade de Saúde Pública (USP), cinco Unidades de Saúde Familiares (USF) entre elas (SOL, Lusitânia, Eborae, Planície e Salus), uma UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC Évora).

A UCC Évora, tal como referido anteriormente, encontra-se integrada no ACES AC e tem como valores a responsabilidade, a solidariedade a ética e respeito pela dignidade humana, regendo-se ainda pelos “princípios de cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia assente na auto-organização funcional e técnica e articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES” (UCC Évora, 2017, p. 3). A instituição tem como missão o acompanhamento individual do utente e grupos populacionais do concelho de Évora, de modo a manter elevados níveis de qualidade organizacional e científico-técnica, promovendo a equidade de acesso bem como a acessibilidade assim como a satisfação dos diferentes *stakeholders*, de modo a obter ganhos em saúde (UCC Évora, 2017).

A UCC Évora, tem como objetivo vigiar as carências de saúde e sociais do concelho, de modo a orientar para respostas atempadas e adequadas facilitando aos indivíduos a sua capacitação e conseqüente melhoria da qualidade de vida (UCC Évora, 2017). De modo a obter estes objetivos a UCC Évora, tem parceiros inseridos na comunidade e articula-se ainda com outras organizações de saúde, permitindo assim a proteção da saúde dos indivíduos ao longo do ciclo vital (UCC Évora, 2017).

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

A UCC Évora tem 57.431 utentes inscritos, como é possível verificar na figura 3, na população residente os índices de envelhecimento e de dependência de idosos (34,47%) refletem o envelhecimento populacional, com todas as consequências que este acarreta.

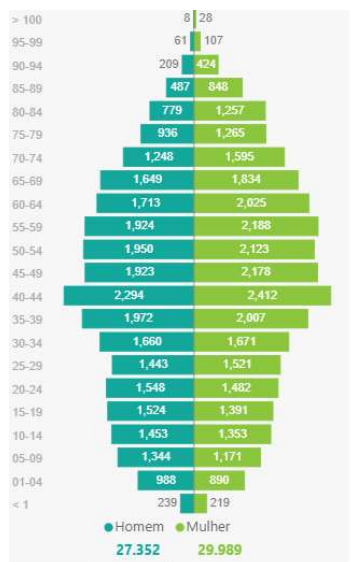


Figura 3 - Pirâmide etária dos utentes abrangidos pela UCC.

Fonte: retirado de: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/4070580/Pages/default.aspx> em 04/06/2019

A UCC Évora desenvolve atividades tendo como linha orientadora os três eixos de intervenção das Unidades de Cuidados na Comunidade: o Programa Nacional de Saúde Escolar, os Cuidados Continuados (Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipa Coordenadora Local (ECL)) e a Intervenção na Comunidade (Rede Social, o Rendimento Social de Inserção, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e a Intervenção Precoce).

1.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ÉVORA

A UCC Évora funciona atualmente no rés do chão do Centro de Saúde de Évora, a sua equipa multidisciplinar é constituída por quinze enfermeiros, um médico, uma assistente técnica, dois assistentes operacionais, duas psicólogas, uma assistente social, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma terapeuta da fala.

Em termos de estrutura física, dispõe de cinco gabinetes de trabalho equipados de material informático, dispondo ainda de dois espaços, em que um serve de sala de trabalho

de enfermagem e permite a arrumação e preparação do diverso material de enfermagem e o outro, mais pequeno, destina-se à realização do atendimento aos utentes/familiares.

Para além dos espaços de trabalho, existe ainda uma copa, três casas de banho, um vestiário, uma sala de arrumos e uma sala destinada ao armazém de material de consumo clínico. A UCC de Évora dispõe, também, de quatro viaturas automóveis.

1.4 A ASSOCIAÇÃO X

A Associação X, foi fundada em 1992 e fica sediada numa das freguesias do concelho de Évora, tem capacidade para prestar apoio na valência de Centro de Dia a 40 utentes e a 21 em regime de apoio domiciliário, que inclui provimento de refeições diárias, higiene do utente e da habitação e tratamento de roupas. O seu principal objetivo é promover a qualidade de vida dos idosos, e para o atingir é proporcionado um espaço de lazer e convívio, juntamente com uma prestação de serviços adaptada ao seu estado quer físico quer psíquico.

Os serviços de ação social na freguesia estão a cargo da Associação X, através da distribuição de bens alimentares a pessoas carenciadas no âmbito de um programa comunitário e no fornecimento de refeições diárias à cantina escolar, do Jardim de Infância, ATL e Escola Básica da freguesia.

O diagnóstico da situação de saúde foi efetuado na valência de centro de dia.

1.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de elementos ou de sujeitos que possuem características comuns, sendo estas definidas por um conjunto de critérios. A uma população em particular que é submetida a um estudo é chamada população-alvo (Fortin, 2003). Uma vez que o estudo incide sobre a avaliação da qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos, considera-se a população-alvo, indivíduos idosos existentes no concelho.

Não sendo possível o estudo de toda a população-alvo, estuda-se a população que se encontra acessível, devendo esta ser representativa da população-alvo tanto quanto possível (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). Deste modo, a amostra será a fração da população sobre a qual vai incidir o estudo e esta deve apresentar as características expressas da população, pode variar a sua constituição em relação ao objetivo que se procura, aos constrangimentos que surgem no terreno e a capacidade de acesso à população que se pretende estudar. (Fortin, *et al.*, 2009)

O método de amostragem utilizado para a realização deste estudo foi a amostragem por conveniência. Segundo Carmo e Ferreira (1998) este método consiste na utilização de um grupo de indivíduos que esteja disponível ou que seja voluntário, e que cumpra os critérios de inclusão. Engloba-se então este tipo de amostragem, na amostragem não probabilística, onde os sujeitos irão ser selecionados em concordância com um ou mais critérios que são considerados importantes para o investigador e tendo sempre em conta os objetivos do trabalho de investigação (Carmo & Ferreira, 1998).

Desta forma, como população acessível, consideram-se os indivíduos com 65 ou mais anos que frequentam o centro de dia da Associação X (n=40). A amostra foi constituída tendo por base os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos, capacidades cognitivas de resposta ao questionário, participação voluntária e preenchimento do consentimento livre, esclarecido e informado. Após a aplicação dos critérios anteriormente referidos, a amostra do estudo foi constituída por 30 participantes. Os 10 idosos excluídos não apresentavam capacidades cognitivas para responder ao questionário.

1.6 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

De modo a avaliar a qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos, aplicámos um instrumento de recolha de dados aos indivíduos pertencentes à amostra, recaindo a escolha no questionário. Esta técnica é composta por um conjunto de questões, apresentadas por escrito, que tem como objetivo o conhecimento de opiniões ou questões humanas e sociais, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, consciência de um acontecimento ou problema, ou outros pontos de interesse para a investigação (Gil, 2008).

O questionário utilizado (Apêndice IV) é constituído por três partes: na parte I estão presentes oito questões que permitem a caracterização da população relativamente ao sexo, idade, estado civil, situação profissional, escolaridade, se a habitação se situa junto a locais com movimentação noturna, se no local da residência existe alguma situação que perturba o sono e se existe causa momentânea de alteração do sono. A parte II é composta por nove questões relativas aos hábitos de vida que podem influenciar o sono, tais como o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, ingestão de bebidas com cafeína, hábitos de higiene e de entretenimento, hábitos alimentares, se existe satisfação com o número de horas que dormem por noite. Nesta parte existe ainda um quadro relativo aos horários de sono em que se questiona as horas de deitar e de levantar habituais e o número de horas de sono por noite.

A parte III é constituída pelo questionário sobre o Sono na Terceira Idade – *QSTI*, de Marques e Espírito-Santo (2011), do Instituto Superior Miguel Torga. Este questionário

consiste numa adaptação do Índice de Qualidade de Sono (Gomes, 2005) para pessoas idosas e avalia a qualidade de sono. O QSTI é constituído por uma primeira parte com sete questões, incluindo a latência do sono, dificuldade em adormecer, número de acordares noturnos, acordar espontaneamente antes da hora desejada, se o acordar mais cedo do que o desejado constitui um problema e dois itens sobre a qualidade subjetiva do sono em geral e a profundidade do sono. A soma destas respostas, permite obter o Índice de Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS) que pode variar entre 0 (melhor) e 28 (pior). A segunda parte do QSTI, é constituída por 12 questões de resposta dicotómica (Sim/Não) para o idoso (sono no último mês com cinco perguntas, sonolência diurna, medicação para dormir, atividade física, manutenção de horário de sono regular, presença de dores que afetam o sono, doença que afeta o sono com exemplos de algumas dessas doenças, sesta diurnas, parceiro de sono ruidoso, doença de sono com listagem de doenças comuns em caso afirmativo, medicamentos perturbadores do sono e da vigília com listagem respetivas e uma questão para um informante (que não foi colocada no presente estudo).

1.7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados obtidos foram organizados e analisados, recorrendo à estatística descritiva e utilizando o software IBM SPSS versão 24.0 (Statistical Package for Social Science).

A caracterização da amostra é apresentada na tabela que se segue.

Variáveis		N.º	%	Valid %
Sexo	Masculino	10	33,3	33,3
	Feminino	20	66,7	66,7
	Total	30	100,0	100,0
Idade	65-70	1	3,3	3,3
	71-76	2	6,7	6,7
	77-82	11	36,7	36,7
	83-88	12	40,0	40,0
	89-94	4	13,3	13,3
	Total	30	100,0	100,0
	Não sabe ler nem escrever	7	23,3	23,3

Escolaridade	Sabe ler e escrever	3	10,0	10,0
	1º ciclo	20	66,7	66,7
	Total	30	100,0	100,0
Estado Civil	Viúvo/a	23	76,7	76,7
	Divorciado/a	1	3,3	3,3
	Casado/a	4	13,3	13,3
	Solteiro/a	2	6,7	6,7
	Total	30	100,0	100,0
Profissão	Reformado	30	100,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0

Tabela 4: Caracterização da amostra
Fonte: construção própria

Em relação aos hábitos de vida que influenciam o sono, e mais especificamente ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria (76,7%) refere não ter este tipo de hábito e 23,3% refere o seu consumo.

Em relação a hábitos tabágicos, 100% dos idosos negam este tipo de hábito.

No que se refere ao consumo de bebidas com cafeína 63,3 % nega a sua ingestão, sendo que 36,7% refere que as consome.

No que se refere a ver televisão antes de adormecer, 86,7% possui esse hábito sendo que 13,3% o nega, como pode ser observado na tabela 5.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	26	86,7	86,7	86,7
Não	4	13,3	13,3	100

Tabela 5: Hábito de ver televisão antes de adormecer
Fonte: construção própria

Dos inquiridos que referem este hábito, 65,4% afirma fazê-lo na sala e 34,6% no quarto. Em relação a hábitos de alimentação antes de ir dormir, 60% refere não ingerir qualquer tipo de alimento, sendo que 40% tem por hábito alimentar-se. De entre os que referem alimentar-se 16,7% refere ingerir leite sendo em igual percentagem o que referem alimentar-se de iogurte.

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Os resultados revelam o consumo em percentagens iguais (8,7%) de chá, torradas, gelatina, fruta, bolachas, leite com café e pão com queijo.

Dos respondentes, 93,3% costuma dormir sozinho e os restantes 6,7% dorme acompanhado.

Relativamente à satisfação com o número de horas que dormem, 73,3% referem sentir-se satisfeitos e 26,7% estão insatisfeitos.

Os inquiridos em relação à hora de deitar habitual, em média os idosos deitam-se às 20:20 horas, levantando-se em média às 7 horas. Quanto ao número de horas de sono por noite os idosos dormem em média 8 horas por noite.

No que diz respeito ao questionário sobre o sono na terceira idade (QSTI), em relação à latência para adormecer, 36,7% refere que demora mais de 60 minutos para adormecer, 20% demora entre 15 a 30 minutos, 16,7% entre 46 e 60 minutos e 13,3% demora entre 1 e 14 minutos e com percentagem igual demoram entre 31 e 45 minutos, como é possível constatar na tabela 6.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
1-14 min	4	13,3	13,3	13,3
15-30 min	6	20	20,0	33,3
31-45 min	4	13,3	13,3	46,7
46-60 min	5	16,7	16,7	63,3
Mais de 60 min	11	36,7	36,7	100,0

Tabela 6: Latência para adormecer
Fonte: construção própria

Relativamente a dificuldades em adormecer após se deitar, 40% refere que tem algumas vezes, 36,7% nunca tem, 13,3 raramente tem, 6,7% tem quase todas ou todas as noites e 3,3% tem entre 3 a 4 vezes por noite.

No que concerne a acordar durante a noite, 63,3% acorda 2 a 3 vezes por noite, 13,3 % 1 vez por noite, 10% acordam 4 a 5 vezes por noite, 10% não acordam e 3,3% acordam 6 ou mais vezes por noite, como é possível observar no gráfico 1.

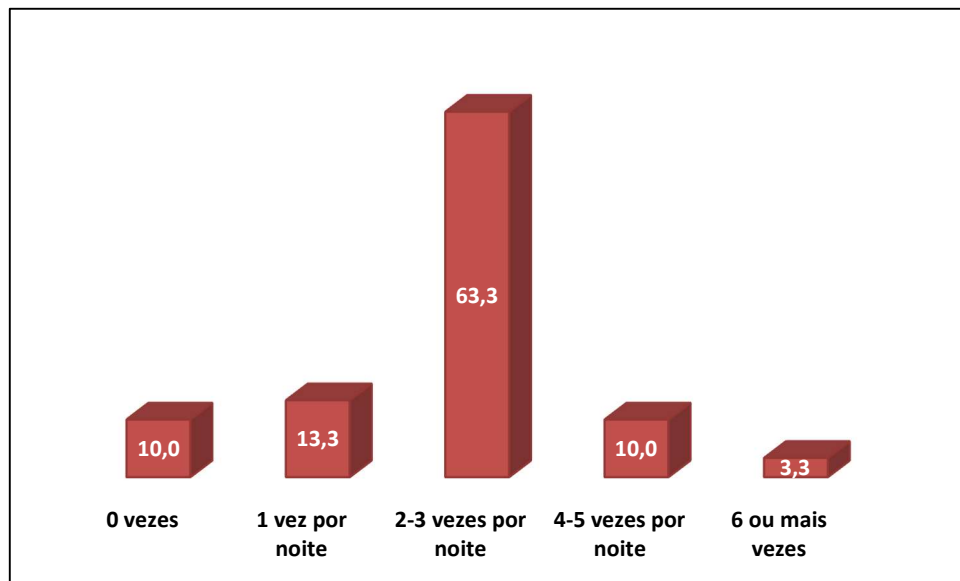


Gráfico 1: Número de vezes que acorda durante a noite

Fonte: construção própria

No que diz respeito ao acordar espontaneamente antes da hora desejada, 40% dos inquiridos refere algumas vezes, 20% quase todas ou todas as noites, 16,7% raramente, 13,3% nunca acorda e 10% refere 3 a 4 vezes por semana, sendo possível observar estes dados no gráfico 2.

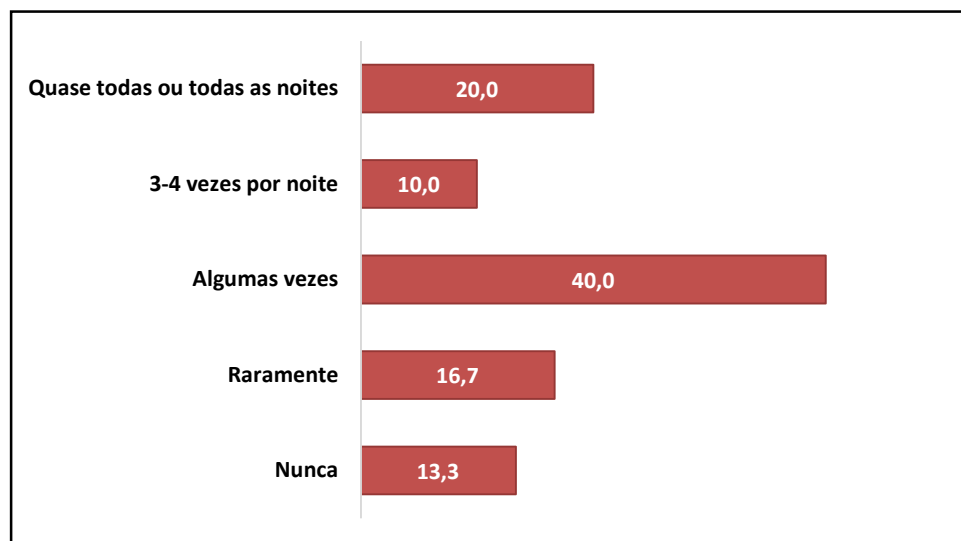


Gráfico 2: Número de vezes que acorda espontaneamente antes da hora desejada.

Fonte: construção própria

No que se refere a acordar durante a noite ou antes da hora desejada, 56,7% responderam que isso não costuma ser um problema para eles, 36,7% referem um pouco e 3,3% um pouco e em percentagem igual muitíssimo.

Em relação à qualidade do sono, 60% refere que este é razoável, 20% que é bom, e 10% respondem que é mau e em percentagem igual respondem muito mau.

No que concerne à profundidade do sono, 56,7% referem que o sono é leve, 20% que é mais ou menos pesado, 10% que é muito leve e em percentagens iguais de 6,7% temos o que referem que é pesado e muito pesado, como é passível de observar na tabela 7.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muito leve	3	10,0	10,0	10,0
Leve	17	56,7	56,7	66,7
Mais ou menos pesado	6	20,0	20,0	86,7
Pesado	2	6,7	6,7	93,3
Muito pesado	2	6,7	6,7	100,0

Tabela 7: Profundidade do sono
Fonte: construção própria

No que diz respeito a acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, 60% dos inquiridos referem que isso aconteceu no último mês e 40% respondeu negativamente, como pode ser constatado na tabela 8.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	18	60,0	60,0	60,0
Não	12	40,0	40,0	100,0

Tabela 8: Dificuldade em adormecer no último mês após acordar muito cedo
Fonte: construção própria

Quando questionados acerca da satisfação em relação ao seu sono, 73,3% referem que estão satisfeitos enquanto que 26,7% responderam negativamente.

Analisando a sonolência e o cansaço durante o dia, como é possível observar na tabela 9, 60% dos idosos sentem-se cansados ou sonolentos enquanto que 40% negam essa condição.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	18	60,0	60,0	60,0
Não	12	40,0	40,0	100,0

Tabela 9: Sonolência ou cansaço durante o dia
Fonte: construção própria

Quando questionados acerca da toma de medicação prescrita pelo médico para dormir, 70% nega que tome medicação enquanto 30% respondem afirmativamente. Quando questionados sobre o nome desses medicamentos nenhum dos inquiridos que toma medicação sabe especificar o nome desses medicamentos.

Relativamente à prática de atividade física diária, com pelo menos uma caminhada de meia hora no último mês, 53,3% refere que pratica e 46,7% não pratica, como é possível observar no gráfico 3.

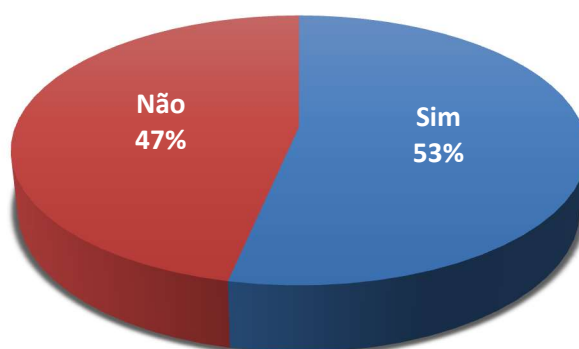


Gráfico 3: Prática de atividade física diária pelo menos no último mês
Fonte: construção própria

Na tabela 10, é possível observar a resposta dos inquiridos em relação à dor, 50% dos idosos referem dores frequentes que lhe afetam o sono e que são causadas por motivos físicos ou por uma doença (artrite, cancro, nevralgia), os restantes 50% referem não ter dores que lhe afetem o sono.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sim	15	50,0	50,0	50,0
Não	15	50,0	50,0	100,0

Tabela 10: Dor frequente que afeta o sono e causada por motivos físicos ou por uma doença
Fonte: construção própria

No que diz respeito a sestas durante o dia, 43,3% dos idosos afirma que as faz e 56,7% que não faz sestas.

Quanto à quantidade de sestas, 50% refere que faz uma e os restantes 50% referem duas, em relação à duração das mesmas, variam entre 10 minutos para 14,3%, 20 minutos para 7,1%, 30 minutos para 21,4%, 1 hora para 28,6% e 2 horas para 28,6%.

Em relação a doenças do sono diagnosticadas pelo médico 100% responderam que não tinham, contudo da lista fornecida, 36,7% afirma ter pesadelos.

Após a descrição dos dados, torna-se necessário relacioná-los tendo por base o suporte teórico apresentado na primeira parte deste relatório.

Em relação à toma da medicação (perturbadores da arquitetura do sono e perturbadores da vigília noturna) salienta-se que entre 20 a 40% dos idosos (variando consoante o tipo de medicação acerca da qual foram questionados) não sabe que medicamentos toma. Este facto pode ser justificado pelo facto de a maioria (66,7%) dos inquiridos possuir como habilitações literárias o 1º ciclo de escolaridade e 23,3% não saber ler nem escrever.

A toma de medicação diurética pode também influenciar a sono, devido à necessidade de urinar durante a noite, dos 80% de idosos que acordaram muitas vezes durante a noite 26,7% toma diuréticos, como é possível observar na tabela 11.

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

		Diuréticos			Total
		Sim	Não	Não sabe	
Acordou muitas vezes durante a noite?	Sim	26,7%	40,0%	13,3%	80,0%
	Não	3,3%	6,7%	10,0%	20,0%
Total		30,0%	46,7%	23,3%	100,0%

Tabela 11: Relação entre a toma de diuréticos e o acordar muitas vezes durante a noite no último mês

Fonte: construção própria

Dos 33,3% de idosos que tiveram dificuldade em adormecer, 26,7% refere senti dores frequentes, causadas por motivos físicos ou doença, como se pode constatar na tabela 12.

		Sente DORES frequentes que afetam o seu sono, e que são causadas por MOTIVOS FÍSICOS/ POR UMA DOENÇA (e.g., artrite, cancro, nevralgia)?		Total
		Sim	Não	
Teve muita dificuldade em ADORMECER?	Sim	26,7%	6,7%	33,3%
	Não	23,3%	43,3%	66,7%
Total		50,0%	50,0%	100,0%

Tabela 12: Relação entre a dor e a dificuldade em adormecer

Fonte: construção própria

Ao relacionar a prática de atividade física com o alívio da dor, verifica-se que dos 50% de idosos que referem dores frequentes, 33,3% não praticou atividade física diária no último mês, ao contrário dos 50% que não referem dor e destes 36,7% praticou atividade física diária no último mês, esta relação é possível de observar na tabela 13.

		Atualmente (pelo menos no último mês) tem praticado algum tipo de ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA (e.g., caminhada de pelo menos meia hora)?		Total
		Sim	Não	
Sente DORES frequentes que afetam o seu sono, e que são causadas por MOTIVOS FÍSICOS/ POR UMA DOENÇA (e.g., artrite, cancro, nevralgia)?	Sim	16,7%	33,3%	50,0%
	Não	36,7%	13,3%	50,0%
Total		53,3%	46,7%	100,0%

Tabela 13: Relação entre a dor e a prática de atividade física diária
Fonte: construção própria

A nível dos idosos, 86,7% dos que veem televisão antes de adormecer, 30% refere que demora mais de 60 minutos para adormecer, como é possível analisar na tabela 14.

		Quando se deita em regra geral, quanto tempo demora a ADORMECER?					Total
		1-14 min	15-30 min	31-45 min	46-60 min	Mais de 60 min	
Costuma ver televisão antes de adormecer?	Sim	13,3%	20,0%	10,0%	13,3%	30,0%	86,7%
	Não			3,3%	3,3%	6,7%	13,3%
Total		13,3%	20,0%	13,3%	16,7%	36,7%	100,0%

Tabela 14: Relação entre ver televisão antes de adormecer e o tempo que demora a adormecer
Fonte: construção própria

Relativamente aos hábitos alimentares antes de ir dormir, 60% dos idosos não ingere qualquer alimento, destes 26,7% referem demorar cerca de 60 minutos ou mais a adormecer,

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

ao invés dos 40% que se alimentam antes de ir dormir e destes apenas 10% demoram 60 minutos ou mais em adormecer, podendo esta relação ser observada na tabela 15.

		Quando se deita em regra geral, quanto tempo demora a ADORMECER?					Total
		1-14 min	15-30 min	31-45 min	46-60 min	Mais de 60 min	
Antes de ir dormir costuma alimentar-se?	Sim	6,7%	10,0%		13,3%	10,0%	40,0%
	Não	6,7%	10,0%	13,3%	3,3%	26,7%	60,0%
Total		13,3%	20,0%	13,3%	16,7%	36,7%	100,0%

Tabela 15: Relação entre os hábitos alimentares antes de dormir e o tempo que demora a adormecer

Fonte: construção própria

Ao relacionar o tempo que demoram a adormecer com a prática de sestas durante o dia, é possível observar-se na tabela 16, que dos 43,3% dos idosos que dorme sestas durante o dia, 20% demora mais de 60 minutos a adormecer ao invés dos 56,7% dos idosos que não tem o hábito de fazer sestas diárias e em que 16,7% demora o mesmo tempo para adormecer.

		Quando se deita em regra geral, quanto tempo demora a ADORMECER?					Total
		1-14 min	15-30 min	31-45 min	46-60 min	Mais de 60 min	
Faz sestas durante o dia?	Sim	3,3%	10,0%	3,3%	6,7%	20,0%	43,3%
	Não	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	16,7%	56,7%
Total		13,3%	20,0%	13,3%	16,7%	36,7%	100,0%

Tabela 16: Relação entre as sestas durante o dia e o tempo que demora a adormecer

Fonte: construção própria

No que diz respeito à sonolência e cansaço durante o dia relacionada com a profundidade do sono, é possível concluir-se que dos 60% dos idosos que referem sentir-se sonolentos e cansados durante o dia, 30% refere que o seu sono é leve e 10% muito leve, esta relação é passível de observar na tabela 17.

		Normalmente, como é o seu sono (independentemente das horas que dorme)? - Profundidade					Total
		Muito leve	Leve	Mais ou menos pesado	Pesado	Muito pesado	
Sente-se SONO-LENTO ou CANSADO durante o dia?	Sim	10,0%	30,0%	10,0%	3,3%	6,7%	60,0%
	Não		26,7%	10,0%	3,3%		40,0%
Total		10,0%	56,7%	20,0%	6,7%	6,7%	100,0%

Tabela 17: Relação entre a sonolência/cansaço durante o dia e a profundidade do sono
Fonte: construção própria


Com relação ao Índice da Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS) desta amostra situa-se em 13,13, que se infere que corresponda a um sono de qualidade mediana.

1.8 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS/ NECESSIDADES

Tal como foi referido anteriormente, o diagnóstico de situação, representa a primeira etapa do planeamento em saúde e permite identificar problemas e determinar as necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na sequência dos dados obtidos e após a sua análise e estabelecimento de relação entre as diferentes variáveis, foram identificados os problemas que abaixo se enunciam e que sugerem necessidades de intervenção:

- Hábitos de vida que influenciam negativamente o sono (ver televisão antes de adormecer, défice a nível da alimentação, sedentarismo);
- Risco de acidentes domésticos (quedas), devido aos despertares noturnos que inferimos ter relação com a toma da medicação diurética;



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

- Baixa capacitação para a gestão medicamentosa;
- Queixas álgicas que perturbam o sono.

2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda etapa do processo de planejamento em saúde passa pela determinação de prioridades, este é um processo com vista à tomada de decisão, no qual se procura compreender qual o problema que deve ser resolvido em primeiro lugar. Na determinação de prioridades, existem duas fases primordiais, a definição de critérios de decisão e a comparação e estimativa dos problemas (Tavares, 1990).

Para Tavares (1990: 86) citando Imperatori e Giraldes (1982),” existem três critérios para a determinação de prioridades, a magnitude, caracterizando o problema na sua dimensão, a transcendência, valorizando as mortes por grupo etário e a vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção.”

Foi aplicado o método da grelha de análise aos problemas identificados. Para Tavares (1990:88), esta técnica possibilita determinar as prioridades com base nos seguintes critérios:

1. Importância do problema;
2. Relação entre o problema e o (s) fator (es) de risco;
3. Capacidade técnica de resolver o problema;
4. Exequibilidade do projeto ou da intervenção.

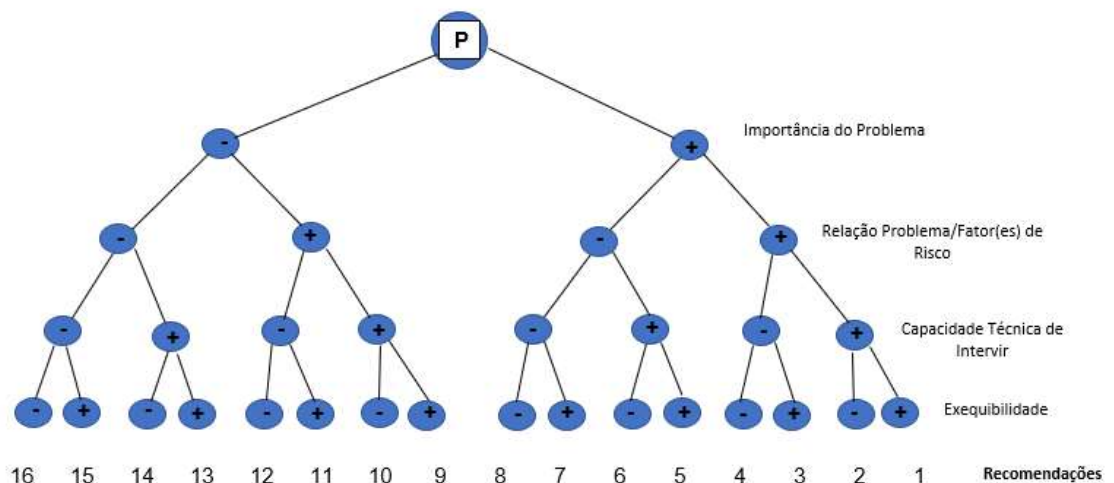


Figura 4 – Grelha de análise para determinação de prioridades
Fonte: adaptado de Tavares (1990)

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Problema	Hábitos de vida que influenciam negativamente o sono	Risco de acidentes domésticos	Baixa capacitação para a gestão medicamentosa	Queixas algícas que perturbam o sono
Importância do Problema	+	+	-	+
Relação Problema/ Fator (es) de risco	+	+	+	+
Capacidade Técnica de Intervir	+	+	+	+
Exequibilidade	+	+	-	+
Recomendação	1	1	10	1

Tabela 18 – Grelha de análise aplicada aos problemas identificados

Fonte: construção própria

Em consonância com os resultados obtidos através da utilização da grelha de análise, que se encontram na Tabela 18, os problemas (hábitos de vida que influenciam negativamente o sono, risco de acidentes domésticos e queixas algícas que perturbam o sono) obtiveram recomendação 1, foi dada a prioridade máxima a estes problemas e desenvolvido um projeto de intervenção comunitária que visa dar respostas as estas necessidades.

3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A terceira etapa do planeamento em saúde passa pela fixação de objetivos, estes devem ser bem formulados e fornecer critérios e normas às atividades que se vão desenvolver posteriormente, devem ainda deixar explícito aos elementos que constituem o projeto, quais os comportamentos mais adequados e pertinentes (Tavares, 1990).

Para a formulação de um objetivo, existem quatro características fundamentais que o mesmo deve possuir: ser pertinente, preciso, realizável e mensurável (Tavares, 1990).

É possível executar uma formulação adequada dos objetivos, com um horizonte temporal definido, se for elaborada uma projeção com base na previsão dos contextos ambientais, sociais, demográficos e políticos e verificando a evolução histórica das tendências dos problemas de saúde (Tavares, 1990).

Na elaboração do presente projeto foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Promover a adoção de hábitos saudáveis de sono em pessoas idosas de um centro de dia no concelho de Évora.

Objetivos Específicos:

- Promover a aquisição de conhecimentos acerca de hábitos de vida facilitadores do sono no idoso;
- Habilitar os idosos para a adoção de estratégias que promovam o conforto e alívio da dor;
- Promover a cooperação da instituição para a adoção de estratégias facilitadoras para a manutenção do ciclo de sono-vigília.
- Sensibilizar os idosos para a identificação de comportamentos que reduzam a ocorrência de acidentes domésticos durante o período de vigília noturna.
- Reduzir o Índice da Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS).

A dificuldade que existe na fixação de objetivos, leva à introdução de objetivos operacionais ou metas, sendo estes o resultado que é desejável ou que é tecnicamente executável, traduzindo-se em termos de indicadores de atividade (Imperator & Giraldes, 1982).

Neste seguimento, em concordância com os objetivos específicos, foram estabelecidas as seguintes metas, de acordo com a seguinte tabela:

Objetivos específicos	Metas
Promover a aquisição de conhecimentos acerca de hábitos de vida facilitadores do sono no idoso.	Até janeiro de 2020, 50% dos idosos, devem adotar hábitos de vida facilitadores do sono.
Habilitar os idosos para a adoção de estratégias que promovam o conforto e alívio da dor.	Até janeiro de 2020, 30% dos idosos deverão referir alívio da dor.
Promover a cooperação da instituição para a adoção de estratégias facilitadoras para a manutenção do ciclo de sono-vigília.	Até janeiro de 2020, a instituição deve adotar pelo menos 1 estratégia facilitadora da melhoria do ciclo de sono-vigília.
Sensibilizar os idosos para a identificação de comportamentos que reduzam a ocorrência de acidentes domésticos durante o período de vigília noturna.	Até janeiro de 2020, 60% dos idosos devem identificar 3 comportamentos que reduzam a ocorrência de acidentes domésticos durante o período de vigília noturna.
Reduzir o Índice da Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS).	Até janeiro de 2020, o Índice de Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS) da amostra deve ser reduzido em 2 pontos.

Tabela 19: Definição das metas
Fonte: construção própria

4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias constitui uma das etapas mais importantes no processo de planeamento, pois é através delas que é delineado o processo mais indicado, para a redução dos problemas de saúde identificados como sendo prioritários (Imperatori & Giraldes, 1982).

Definir estratégias, exige por parte do investigador uma criatividade aumentada e um conhecimento profundo sobre o problema estudado, pois só desta forma se podem propor novas abordagens aos problemas identificados com vista à sua minimização ou resolução (Tavares, 1990).

A escolha das estratégias a implementar deve ser baseada em função de quatro princípios (Tavares, 1990: 149):

- ✚ Custos de cada estratégia;
- ✚ Obstáculos a cada estratégia;
- ✚ Pertinência de cada estratégia;
- ✚ Vantagens e inconvenientes de cada estratégia.

Em caso de existirem várias estratégias alternativas delineadas e caso os recursos sejam insuficientes para a implementação de todas as estratégias, devem ser escolhidas as mais exequíveis (Imperatori & Giraldes, 1983). Tendo por base este princípio, foram escolhidas as seguintes estratégias:

Estratégia n. º1: Cooperação/Trabalho em Equipa

A participação dos vários profissionais da UCC no projeto foi crucial para o desenvolvimento do mesmo, desde o delineamento à execução das diversas atividades, pois o conhecimento que estes profissionais detêm acerca da população, podem ser elementos conciliadores e de apoio para o sucesso do projeto.

O trabalho em equipa multidisciplinar é considerado fundamental para a qualidade da prestação de cuidados, para a segurança, bem como para a satisfação dos doentes e profissionais (Souza, Peduzzi, Silva & Carvalho, 2016). É considerado como o meio mais adequado, para que se possam alcançar melhores resultados, pode ser compreendido como uma estratégia para aumentar a efetividade do trabalho, o processo de saúde-doença dos doentes, a organização do trabalho e tornar o ambiente mais harmonioso, além de proporcionar a satisfação dos diferentes membros da equipa e com isso, impulsionar a

qualidade da prestação de cuidados, tornando as suas competências mais eficazes (Laccort & Oliveira, 2017).

Segundo Neves (2012), os enfermeiros são considerados como elementos chave na comunicação interdisciplinar, uma vez que possuem conhecimento privilegiado da comunidade. Por sua vez, exercem facilmente o papel de intermediários com outros profissionais, dado que são o elo de ligação entre a equipa, facilitando a multidisciplinaridade.

Também para Pender, Murdaugh e Parsons (2011), os enfermeiros têm a oportunidade de liderar profissionais de saúde com vista à promoção da saúde, uma vez que o seu contacto frequente com os doentes lhes permite desenvolver a sua perícia ao nível bio-psico-social.

Estratégia n. °2: Educação para a Saúde

A educação para a saúde dirigida aos idosos acerca de diversas temáticas que influenciam a qualidade do sono, foi outra das estratégias adotadas neste projeto.

A seleção desta estratégia foi adotada tendo por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Segundo este modelo, a educação para a saúde possibilita o desenvolvimento e transferência de aprendizagens e conteúdos, o que vai facilitar a adaptação voluntária ao comportamento promotor de saúde (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2012).

A educação para a saúde, é definida segundo a OMS (2013), como a combinação de experiências de aprendizagem que são delineadas para auxiliar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, promovendo o aumento dos seus conhecimentos e influenciando as suas atitudes.

Na carta de Ottawa (1986), é dado relevo à promoção da saúde, evidencia-se que esta possibilita o aumento da capacidade do indivíduo e da comunidade no controlo da sua saúde, obtendo-se desta forma ganhos de saúde, mas para isto ser possível, o indivíduo e o grupo, devem demonstrar capacidade para se transformarem e ajustarem-se ao meio ambiente.

Para a promoção da saúde é necessário o crescimento do indivíduo enquanto pessoa e ser social. Através da informação e da educação para a saúde, é possível habilitá-lo para adquirir capacidades que lhe permitam ter uma vida saudável e ficar mais apto para controlar a sua saúde e fazer escolhas que levem a este estado ambicionado (Carta de Ottawa, 1986).

A educação para a saúde, através das suas intervenções, pode ser desenvolvida em casa, nas escolas, nos locais de trabalho e até dentro das próprias instituições de saúde, uma vez que o indivíduo aprende durante todo o seu ciclo vital. (Carta de Ottawa, 1986).

A Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (2015), o artigo 5º, alínea 4c) do referido regulamento refere que o enfermeiro deve “orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias”.

As sessões de educação para a saúde realizadas no âmbito do projeto encontram-se no Apêndice V e os respetivos planos de sessão no Apêndice VI.

Estratégia n. º3: Dinâmica de Grupo

A dinâmica de grupo foi outra das estratégias selecionadas para aplicar neste projeto. O desenvolvimento de atividades lúdicas constitui uma excelente estratégia para a promoção de mudanças no estilo de vida dos idosos. A implementação dos jogos tradicionais sustenta-se no facto de metade dos idosos referirem fazer sesta longa. Tentámos contrariar esta tendência, ocupando algum do tempo que passam no centro de dia. A literatura ressalva que sestras curtas podem ser benéficas ou prejudicar o sono à noite, ao invés que sestras longas, estão associadas a maiores períodos de latência bem como a despertares noturnos frequentes (Araújo & Ceolim, 2010). Importa salientar ainda, que as atividades lúdicas se encontram interligadas com a viabilidade em permitir que existam momentos de bem-estar físico, mental e de interação interpessoal, o que pode oferecer uma considerável melhoria na qualidade de vida dos idosos. A dinâmica de grupo, beneficia a aprendizagem significativa e a interação social, além de proporcionar a manutenção do estado cognitivo e funcional, favorecem o estímulo de habilidades, que vão ficando reduzidas pela falta de alguém para escutar, orientar e incentivar a ultrapassar as alterações e dificuldades que vêm com o envelhecimento (Cyrino, Silva, Souza, Borges & Pereira, 2016).

O profissional de saúde, neste contexto, deve adotar uma postura de pesquisador, com capacidade para observar e escutar constantemente, identificando desta forma em cada idoso, as suas forças, os seus limites, as suas necessidades e capacidades, devendo interceder e tentar modificar aspetos no individuo que sejam negativos e causadores de comportamentos, que não favoreçam o processo de envelhecimento com bem-estar (Beleza & Soares, 2019).

Em relação à incorporação das caminhadas nas dinâmicas de grupo, para Costa e Ceolim (2013), citando Ohayon *et al* (2004), a prática de exercício físico também interfere na qualidade do sono, mas de forma positiva. Em idosos esta prática tem-se revelado benéfica para distúrbios do ritmo circadiano de sono-vigília, o exercício físico praticado de forma

continuada e regular promove o aumento da profundidade e duração do sono. Noutro estudo realizado por Ceolim e Barreto (2000), os idosos que praticavam atividade física e estavam expostos à luz solar pela manhã, não se observava fragmentação do sono.

Relativamente à associação de técnicas de relaxamento de modo a melhorar a qualidade do sono da amostra, um estudo realizado por Kirchner e Reis (2018), revelou que 5 em cada 6 participantes, apresentaram mudanças positivas, a nível da redução do número de vezes por semana que demoravam mais de 30 minutos para adormecer.

5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E INTERVENÇÃO

Esta etapa do planeamento é fundamental para demonstrar as relações existentes entre as diferentes etapas, de modo a ser evitadas sobreposições e acumulações excessivas de tarefas, detetar dificuldades na execução, antecipar recursos e ajudar na realização das atividades. É uma etapa que não aparece identificada em muitos esquemas do planeamento em saúde, contudo surge com o propósito de aprendizagem (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nesta fase são especificadas pormenorizadamente a forma como as atividades são realizadas, os resultados previstos, os recursos necessários para cada atividade ser desenvolvida e a forma como estes são obtidos, deve abranger ainda a execução de um cronograma detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

O delineamento das atividades, bem como a sua implementação, foi debatida com a Enfermeira Supervisora em reuniões pontuais que permitiram o esclarecimento de dúvidas, bem como a planificação das atividades durante o decorrer do projeto.

De modo a apresentar esta etapa, de forma simplificada, foram elaboradas tabelas para cada estratégia selecionada com as respetivas atividades:

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Realização de sessão de apresentação do projeto aos responsáveis da Instituição.	Mestranda Enf. ^a Supervisora Responsáveis da Instituição Animadora da Associação	Outubro 2019	Sala de Reuniões da Associação	Método Expositivo Dinâmica grupal	Computador Projektor Sala de reuniões da Associação
Realização de sessão de apresentação do projeto aos idosos que participaram no projeto	Mestranda Enf. ^a Supervisora Animadora da Associação	Outubro 2019	Salão da Associação	Método Expositivo Dinâmica grupal	Computador Projektor Salão da Associação
Realização de sessão de apresentação do projeto à equipa multidisciplinar da UCC Évora.	Mestranda Equipa Multidisciplinar da UCC	Outubro 2019	Sala de reuniões da UCC	Método Expositivo	Computador Projektor Sala de reuniões da UCC

Tabela 20: Estratégia n. °1 – Cooperação/ Trabalho em equipa
Fonte: construção própria

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Realização de sessão de educação para a saúde sobre hábitos de vida facilitadores do sono no idoso.	Mestranda Idosos que participam no projeto	Novembro 2019	Salão da Associação	Método Expositivo Método demonstrativo Dinâmica grupal	Computador Projektor Salão da Associação Panfletos
Realização de sessão de educação para a saúde sobre a prevenção de acidentes domésticos.	Mestranda Idosos que participam no projeto	Novembro 2019	Salão da Associação	Método Expositivo Método demonstrativo Dinâmica grupal	Computador Projektor Salão da Associação Panfletos
Realização de sessão de educação para a saúde sobre estratégias de alívio da dor.	Mestranda Idosos que participam no projeto	Dezembro 2019	Salão da Associação	Método Expositivo Método demonstrativo Dinâmica grupal	Computador Projektor Salão da Associação Panfletos

Tabela 21: Estratégia n. °2 – Educação para a Saúde

Fonte: construção própria

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
Realização de jogos tradicionais	Mestranda Animadora da Associação Idosos que participam no projeto	Outubro 2019 a Janeiro 2020	Salão da Associação	Dinâmica grupal	Jogos tradicionais existentes na Associação Salão da Associação
Realização de caminhadas	Mestranda Animadora da Associação Idosos que participam no projeto	Outubro 2019 a Janeiro 2020	Zona circundante à Associação	Dinâmica grupal	Águas Bolachas Fruta
Realização de sessões de partilha “As minhas tradições”	Mestranda Animadora da Associação Idosos que participam no projeto	Dezembro 2019 a Janeiro 2020	Salão da Associação	Dinâmica grupal	Salão da Associação

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Realização de jogo “Bingo dos Alimentos”	Mestranda Nutricionista da UCC Animadora da Associação Idosos que participam no projeto	Janeiro 2020	Salão da Associação	Método Expositivo Método demonstrativo Dinâmica Grupal	Jogo “Bingo dos alimentos” Salão da Associação
Realização de sessões de relaxamento muscular progressivo	Mestranda Psicóloga da UCC Aluna de Psicologia Idosos que participam no projeto	Janeiro 2020	Salão da Associação	Método Expositivo Método demonstrativo Dinâmica Grupal	Computador Colunas Salão da Associação

Tabela 22: Estratégia n. 03 – Dinâmica de grupo
Fonte: construção própria

5.1 PREVISÃO DE RECURSOS

O cálculo dos recursos materiais e humanos de modo a atingir as metas definidas, exige o conhecimento dos recursos que existem, do que resultará a determinação do custo do projeto (Tavares, 1990).

Deste modo, torna-se necessário no desenvolvimento do projeto, a previsão de recursos, sendo que sem a mesma a implementação do mesmo se torna difícil. Na tabela 23 são descritos os recursos necessários, que deram origem a um potencial custo monetário, baseado numa estimativa.

Recursos	Descrição	Estimativa de custo
Recursos Humanos	Mestranda Enfermeira Supervisora Psicóloga Nutricionista Animadora Sociocultural da Associação	1500€
Recursos Materiais	Computador Projetor de vídeo Fotocópias Tinteiros Panfletos Informativos Pósteres Canetas Almofada de tinta Carrinha da UCC	1700€

	Carro da Mestranda Combustível Água Fruta Bolachas	
Recursos Físicos	Instalações da UCC Instalações da Associação	250 €
Custo Total:		3450 €

Tabela 23: Custos do projeto
Fonte: construção própria

5.2 DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A comunicação tem sido reconhecida como um elemento primordial quer na promoção da saúde das populações, quer no desenvolvimento de estratégias que promovam a imagem e reputação das organizações de saúde. “O prestígio e a reputação de qualquer marca ou organização dependem, atualmente, menos do esforço publicitário e mais de uma abordagem integrada, que envolve necessariamente a comunicação estratégica” (Islas cit. in Carrillo, 2014: 73).

O processo de comunicação de estratégias no setor da saúde é um fenómeno em crescimento, no qual se procura “partilhar informação, conseguir apoio para causas sectoriais, promover a reputação ou, simplesmente, responder a pedidos de informação do espaço público, através do uso de um conjunto diversificado de técnicas e enunciados estratégicos” (Ruão *et al.*, 2014:100).

A divulgação do projeto dentro da instituição foi feita através da afixação de cartazes acerca das atividades (Apêndice VII) e da distribuição de panfletos no final das sessões de educação para a saúde (Apêndice VIII). Foi ainda elaborado um póster (Apêndice IX), que se destinou a ser afixado na instituição.

Através do site da ARS Alentejo, o projeto também foi divulgado, como é possível observar na imagem que se segue:

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”



The screenshot shows the website 'arsalentejo' with a navigation menu and a news article. The article title is 'UCC de Évora desenvolve projecto - O dormir é meio sustento! Fique atento' dated 22-01-2020. The text describes a project in Évora involving a master's thesis in nursing, focusing on sleep quality in the elderly. It mentions that sleep deprivation affects mental and physical well-being and that the project aims to improve sleep quality through interventions by nursing, nutrition, and psychology professionals.

Imagem 1: Divulgação do projeto

Fonte: Site oficial da Administração Regional de Saúde do Alentejo

5.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A elaboração do cronograma permite uma exposição gráfica que identifica o tempo e as atividades que fazem parte do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). É uma ferramenta crucial no planeamento e organização das atividades ao longo do tempo, na medida em que serve de referencial para a sua execução, acompanhamento e avaliação do projeto, permite assim uma visão mais ampla em termos de gestão de tempo, e constitui-se também uma forma de ajuda (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010).

Para a elaboração do projeto elaborou-se o cronograma que se encontra no Apêndice X.

5.4 SEGUIMENTO/FOLLOW-UP DO PROJETO

Ao longo de todo o planeamento e implementação dum projeto torna-se necessário o acompanhamento do mesmo, de modo a proceder às alterações necessárias que possibilitem alcançar os objetivos traçados.

No decorrer da implementação do projeto, surgiu a necessidade de adaptação em termos de horários e datas em algumas das atividades que se encontravam planeadas, de modo a que os vários profissionais da UCC envolvidos pudessem participar. Existiu também a necessidade de reformular algumas atividades, de modo a ser possível alcançar objetivos delineados. Contudo, todas as reformulações respeitaram os recursos e os custos, que se encontravam anteriormente estipulados

Em relação ao seguimento do projeto, propomos que o mesmo tenha acompanhamento através da equipa multidisciplinar da UCC, uma vez que a mestrande não trabalha nesta instituição e não poderá ser ela própria a dar seguimento ao mesmo. Verificou-se uma atenção especial ao envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, de modo a que todos reconheçam a importância do projeto, replicando-o e expandindo a outras instituições, contribuindo, assim, para que se alcancem ganhos em saúde.

6. MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO

A monitorização refere-se ao acompanhamento e registo da implementação do projeto com o intuito de permitir a adoção de medidas de correção do projeto ou, em alternativa, a retirada de ilações para projetos futuros (Schiefer *et al*, 2006).

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde. O processo de avaliação tem uma finalidade corretiva, uma vez que consiste em comparar algo com um modelo ou padrão pré-existente (Imperatori & Giraldes, 1982). A avaliação permite que os objetivos e as estratégias se confrontem de modo a adequarem-se (Tavares, 1990).

Esta etapa precisa de ser pensada, de modo a que se obtenham conclusões sensatas e propostas úteis. Deve ser baseada em informações consideradas relevantes. (Imperatori & Giraldes, 1982). De forma a proceder à avaliação surgem os indicadores, que são os instrumentos de medida das variáveis que se encontram em estudo e podem ser de dois tipos: de resultado e de execução (Tavares, 1990).

De modo a operacionalizar esta etapa, realizou-se a avaliação das metas definidas anteriormente bem como a avaliação dos indicadores de processo e de resultado.

Na tabela 24, é possível observar os indicadores de resultado bem como a avaliação que foi efetuada aos objetivos específicos e respetivas metas.

Objetivos específicos	Metas	Indicador de resultado	Resultado/ Avaliação
Promover a aquisição de conhecimentos acerca de hábitos de vida facilitadores do sono no idoso.	Até janeiro de 2020, 50% dos idosos, devem adotar hábitos de vida facilitadores do sono.	N.º de idosos que adotaram hábitos de higiene do sono/n.º total de idosos X100%	Atingido. 70% dos idosos adotaram hábitos de vida facilitadores do sono.
Habilitar os idosos para a adoção de estratégias que promovam o conforto e alívio da dor.	Até janeiro de 2020, 30% dos idosos deverão referir alívio da dor.	N.º de idosos que referiram alívio da dor/ n.º total de idosos X 100%	Atingido. 40% dos idosos referiram alívio da dor.
Promover a cooperação da instituição para a adoção de estratégias facilitadoras para a manutenção do ciclo de sono-vigília.	Até janeiro de 2020, a instituição deve adotar pelo menos 1 estratégia facilitadora da melhoria do ciclo de sono-vigília.	N.º de estratégias facilitadoras adotadas	Atingido. Foram adotadas 3 estratégias.

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Sensibilizar os idosos para a identificação de comportamentos que reduzam a ocorrência de acidentes domésticos durante o período de vigília noturna.	Até janeiro de 2020, 60% dos idosos devem identificar 3 comportamentos que reduzam a ocorrência de acidentes domésticos durante o período de vigília noturna.	$\frac{\text{N.º de idosos que identificaram 3 comportamentos que reduzem a ocorrência de acidentes domésticos}}{\text{n.º total de idosos}} \times 100\%$	Atingido. 80% dos idosos identificaram 3 comportamentos.
Reduzir o Índice da Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS).	Até janeiro de 2020, o Índice de Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS) da amostra deve ser reduzido em 2 pontos.	Redução em 2 pontos do IQSS.	Não atingido. O IQSS foi reduzido em 1 ponto.

Tabela 24: Indicadores de Resultado

Fonte: construção própria

Como é possível observar na tabela anterior, a quase totalidade dos objetivos específicos foram atingidos. A avaliação do objetivo específico promover a aquisição de conhecimentos acerca de hábitos de vida facilitadores do sono no idoso e da respetiva meta, foi realizada através da aplicação de um questionário na qual são identificados vários hábitos facilitadores do sono (Apêndice XI), e os idosos responderam quais foram adotados.

Para realizar a avaliação do objetivo específico habilitar os idosos para a adoção de estratégias que promovam o conforto e alívio da dor e respetiva meta, os idosos foram inquiridos (Apêndice XII) após desenvolverem todas as atividades se sentiam alívio da dor, ao qual responderam afirmativamente 40%.

A avaliação do objetivo específico promover a cooperação da instituição para a adoção de estratégias facilitadoras para a manutenção do ciclo de sono-vigília e respetiva meta, também foram atingidos, uma vez que a instituição implementou a realização de caminhadas semanais com os idosos, em conjunto com as aulas de ginástica que se realizavam já previamente na instituição. Outras das estratégias adotadas, passa por desenvolver as dinâmicas de grupo, encontravam-se na instituição jogos tradicionais pouco utilizados e após a implementação do projeto passaram a ocupar algumas manhãs/tardes a desenvolver alguns deles. Ainda a nível da dinâmica de grupo, as sessões de partilha passaram a ser implementadas com o intuito de relembrar as tradições de cada um dos idosos relativamente a dias/períodos festivos durante o ano.

Em relação ao objetivo específico sensibilizar os idosos para a identificação de comportamentos que reduzam a ocorrência de acidentes domésticos durante o período de vigília noturna e respetiva meta, foi pedido aos idosos que procedessem à identificação de 3

comportamentos (Apêndice XIII) que reduzem o risco de ocorrência de acidentes domésticos, tendo 80% conseguido essa identificação.

O objetivo específico de reduzir o Índice da Qualidade Subjetiva do Sono (IQSS) em dois pontos, que era a meta estabelecida, não foi alcançado. A amostra possuía um IQSS de 13,13 e após a aplicação de parte do QSTI (Apêndice XIV) em que é possível avaliar este índice, este situava-se no fim do projeto em 12,10. À avaliação deste índice não é, contudo, atribuída uma classificação qualitativa, foi realizada pesquisa no sentido de confirmar a existência desta classificação, contudo sem sucesso na mesma. Foram inquiridas as autoras do QSTI acerca desta dúvida, mas as mesmas não responderam. Sendo que a classificação máxima no somatório que permite a classificação do IQSS é de 28 (pior classificação), infere-se que um score de 13,13 que existia previamente na amostra, correspondia a um sono de uma qualidade mediana. Pretendeu-se então reduzir esta classificação de modo a que a qualidade do sono melhorasse, o que foi conseguido, mas, contudo, não na meta estabelecida de 2 pontos.

Relativamente às atividades realizadas na implementação do projeto, foram definidos indicadores de processo, que permitiram uma avaliação contínua, ao longo do decorrer do mesmo. A avaliação das atividades, bem como os respetivos indicadores, encontram-se descritos na tabela 25.

Sessão de Apresentação do Projeto na Instituição		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 100% dos responsáveis da instituição participem na sessão de apresentação do projeto	N.º de responsáveis presentes na sessão/n.º total de responsáveis convocados X100%	100%
Que 100% dos idosos que participam no projeto estejam presentes na sessão de apresentação do projeto	N.º de idosos presentes na sessão/n.º total de idosos convocados X100%	100%
Sessão de Apresentação do Projeto na UCC		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 60% dos profissionais da equipa multidisciplinar da UCC participem na sessão de apresentação do projeto	N.º de profissionais presentes na sessão/n.º total de profissionais convocados X 100%	69,2%
Sessões de Educação para a Saúde		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 50% dos idosos participem nas sessões de educação para a saúde	N.º de idosos presentes nas sessões/ n.º total de idosos X 100%	1ª sessão - 100%
		2ª sessão – 100%
		3ª sessão – 100%

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Caminhadas		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 30% dos idosos participem nas caminhadas	N.º de idosos presentes nas caminhadas/ n.º total de idosos X 100%	1ª caminhada – 40%
		2ª caminhada – 33,3%
		3ª caminhada – 40%
		4ª caminhada – 50%
		5ª caminhada – 40%
		6ª caminhada – 33,3%
Jogos Tradicionais		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 30% dos idosos participem na realização de jogos tradicionais	N.º de idosos presentes na realização de jogos tradicionais/ n.º total de idosos X 100%	1ª sessão – 66,7%
		2ª sessão – 70%
		3ª sessão – 66,7%
		4ª sessão – 83,3%
Sessões de Partilha		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 30% dos idosos participem nas sessões de partilha	N.º de idosos presentes nas sessões de partilha/ n.º total de idosos X 100%	1ª sessão – 83,3%
		2ª sessão – 73,3%
Sessões de Relaxamento		
Meta	Indicador de processo	Avaliação
Que 40% dos idosos participem nas sessões de relaxamento	N.º de idosos presentes nas sessões de relaxamento/ n.º total de idosos X 100%	1ª sessão – 66,7%
		2ª sessão – 66,7%

Tabela 25: Indicadores de Processo

Fonte: construção própria

Como é possível observar na tabela acima, todas as metas propostas foram atingidas e inclusivamente superadas. Das atividades propostas ao longo do projeto, a que teve taxa de adesão mais baixa foram as caminhadas, tal facto deve-se às condições climáticas na altura do ano em que o projeto foi desenvolvido (Outono/Inverno), alguns idosos não quiseram participar nas mesmas, referindo que estava frio.

No final das sessões de educação para a saúde, foi avaliado o grau de satisfação dos participantes em relação às mesmas, para tal foi aplicado um questionário de avaliação de sessão (Apêndice XV), cujos resultados são apresentados na tabela 26 e demonstram que os participantes consideraram que os temas apresentados foram importantes, estando satisfeitos em relação aos mesmos, bem como à forma como foram apresentados.

Sessões de Educação para a Saúde		N.º 1		N.º 2		N.º 3	
Questão	Resposta	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Os temas abordados são importantes para si?	Não são importantes	0	0	0	0	0	0
	São pouco importantes	0	0	0	0	0	0
	São importantes	10	33,3	12	40	15	50
	São muito importantes	20	66,7	18	60	15	50
Está satisfeito em relação aos temas que foram abordados?	Não estou satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	15	50	10	33,3	14	46,7
	Muito satisfeito	15	50	20	66,7	16	53,3
Está satisfeito com a forma como lhe foram apresentados os temas?	Não estou satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	10	33,3	8	26,7	10	33,3
	Muito satisfeito	20	66,7	22	73,3	20	66,7
Total:		30	100	30	100	30	100

Tabela 26: Respostas ao questionário de satisfação das sessões de educação para a saúde.
Fonte: construção própria

6.1 AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Para Tavares (1990), se é pretendido corrigir situações, não é apenas no final do projeto que se deve proceder a uma avaliação, esta deve ser feita em cada fase do planeamento, de modo a integrar todos os atores envolvidos no projeto.

Ao longo de todo o projeto, existiu um acompanhamento rigoroso e contínuo das atividades, existindo a necessidade de pequenos ajustamentos, tendo em vista o sucesso pretendido.

A atividade anteriormente delineada, para a revisão das ementas da Associação, não foi possível de realizar por circunstâncias externas à mestrandia, pelo que optámos por realizar a atividade do “Bingo dos Alimentos”, de forma a consciencializar os idosos sobre os alimentos

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

favorecedores da indução do sono, uma vez que estes regressam a casa ao final do dia, sendo o jantar a última refeição realizada ainda na Associação. Estes devem estar informados, sobre que tipos de alimentos devem ingerir e até que horas o devem fazer de modo a não prejudicarem o seu sono.

A par desta alteração, optámos ainda por realizar duas sessões de relaxamento muscular progressivo com a duração de trinta minutos, ao invés de uma sessão de uma hora como estava anteriormente estabelecido após a sessão de educação para a saúde sobre as estratégias de alívio da dor. Após ponderação em conjunto com a psicóloga, considerámos ser mais benéfico para os idosos serem realizadas as duas sessões, de modo a fazerem-se correções à primeira sessão e obter maior rendimento para os idosos.

PARTE IV: ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Na reta final da elaboração deste relatório, importa refletir acerca das competências desenvolvidas que permitirão a obtenção do grau de mestre em enfermagem e o título de especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Ao longo deste capítulo iremos abordar ainda a participação da mestranda nas diversas atividades e projetos existentes na UCC. Esta participação permitiu alargar os seus conhecimentos acerca dos cuidados de saúde primários, mas também sobre a enfermagem comunitária e de saúde pública.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem (em Associação), área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública foram realizados dois estágios, (o Estágio I e o Estágio Final), no final dos quais é esperado que os mestrandos tenham adquirido competências comuns de especialistas em enfermagem, bem como competências específicas de especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

As competências comuns do enfermeiro especialista dividem-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019:4745).

Acerca do domínio acima mencionado, consideramos que no decorrer dos dois estágios, a mestranda exerceu a sua atividade, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão bem como ao longo de todo o planeamento e também da concretização do diagnóstico da situação. De modo a aperfeiçoar esta competência, foram adotadas todas as considerações éticas referidas anteriormente, que tiveram a pesquisa bibliográfica como base de sustentação.

Este projeto, teve a devida aprovação da comissão de ética do Instituto Politécnico de Portalegre. Foi garantida a privacidade dos participantes do projeto, seguindo os pressupostos éticos que devem nortear uma investigação. Todas as autorizações estão expostas neste

relatório, salvaguardando, contudo, o anonimato da associação e por conseguinte o dos participantes no projeto.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

- “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Ordem dos Enfermeiros, 2019:4745).

Relativamente ao domínio referido anteriormente, consideramos que o presente projeto contribuiu para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados pela UCC durante o período em que o mesmo decorreu. De modo a planear e executar as atividades, foi necessário consultar várias informações como por exemplo normas das DGS, por forma a que as intervenções fossem fundamentadas.

A mestranda colaborou com os enfermeiros da UCC, na procura pela melhoria das práticas, sempre baseadas em evidência científica, de modo a serem obtidos ganhos em saúde.

Ao longo dos estágios, a mestranda teve oportunidade de participar em atividades de alguns projetos já implementados pela ARS Alentejo, tais como: “A minha lancheira” e “Adolescer”, em crianças do 1º e 2º ciclo do ensino básico, respetivamente. Participou ainda no âmbito da Rede Social e em colaboração com a autarquia local, numa atividade para crianças do 1º ciclo do ensino básico “Apanha-me se puderes”, no dia Mundial da Alimentação.

A mestranda participou também, nas reuniões semanais da Equipa de Coordenação Local, constituída por uma equipa multidisciplinar que integra três enfermeiras e uma assistente social do Instituto da Segurança Social. Nesta reunião, são discutidos os casos dos utentes que se encontram em espera para entrar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, bem como a avaliação dos utentes que já a integram e que continuam a necessitar de respostas por parte da rede.

Ainda no âmbito da Rede Social, participámos no lançamento do livro “As sem abrigo de Lisboa”, que decorreu na FNAC de Évora. A mestranda, participou ainda no planeamento de uma atividade acerca dos estilos de vida saudável que seria apresentada na “Semana do colaborador”, organizada pelo Instituto da Segurança Social, contudo a mesma foi cancelada pela instituição e não foi possível a sua realização em tempo útil de estágio.

Participámos ainda na organização do seminário sobre o envelhecimento “Cuidar do Eu, do outro e do tempo”, em colaboração com a autarquia local e o Inatel.

Em relação ao domínio acima referido, pode ser enquadrada a participação da mestranda na reunião semanal que decorre na ECCI, onde são discutidos os planos de intervenção de cada doente que se encontra aos cuidados da referida equipa.

No decorrer de ambos os estágios, tanto no trabalho desenvolvido na UCC como em todas as atividades decorrentes do projeto, foi tido em conta a gestão do risco, privilegiando-se a manutenção de um ambiente seguro, bem como a prevenção de acidentes decorrentes da prática de cuidados.

Competências do domínio da gestão de cuidados

- “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019:4745).

De modo a adquirir a competência no domínio acima referido, foi de extrema importância o acompanhamento e observação da enfermeira supervisora, uma vez que a mesma desempenha as funções de coordenadora da UCC.

Para uma gestão eficiente dos cuidados é necessário reconhecer as divergências entre os membros da equipa, bem como a interdependência de papéis. Assim, foi assumida a gestão e implementação do projeto (sob supervisão), identificando os recursos humanos e materiais disponíveis, otimizando desta forma a resposta da equipa na implementação do mesmo e no decorrer das diversas atividades. Ao longo das mesmas existiu ainda a necessidade de adaptação do estilo de liderança de acordo com os participantes, pelo que se considera adquirida a competência.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros, 2019:4745).

Ao nível deste domínio, a mestranda sentiu uma elevada exigência quer a nível de empenho profissional quer pessoal. Verificou-se um crescimento e a melhoria a nível do estabelecimento de relações terapêuticas com os utentes, bem como de competências a nível da comunicação e assertividade. Para tal, foi importante o horizonte temporal no qual decorreu o projeto, que possibilitou o desenvolvimento de relações mais consistentes e a compreensão

da pessoa/família em todas as suas dimensões, o que levou a uma profunda reflexão profissional.

Foi ainda realizada durante os estágios, uma intensa pesquisa bibliográfica, que permitiu o desenvolvimento do projeto, baseando-se em evidência científica e sustentando uma prática segura, no desempenho das atividades realizadas.

Ainda neste contexto, foi realizado um artigo científico, sustentado na problemática abordada ao longo do projeto e como meio de divulgar a investigação realizada, encontrando-se o resumo no Apêndice XVI.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As alterações a nível demográfico, bem como o aumento das doenças crónicas ao longo dos últimos anos, levam ao aparecimento de novas necessidades de saúde, o que reforça o papel determinante dos cuidados de saúde primários. Deste modo, a enfermagem comunitária e de saúde pública tem o seu enfoque na comunidade e o enfermeiro especialista nesta área deve ter capacidade para responder às diversas necessidades dos indivíduos ao longo do seu ciclo vital, de modo a obter ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Existem quatro competências específicas atribuídas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, descritas no Regulamento n.º 428/2018, inserido no Diário da República, 2.ª série — N.º 135 de 16 de julho de 2018 sobre as quais se refletirá seguidamente:

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O projeto de intervenção comunitária “O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”, seguiu a metodologia do planeamento em saúde. No estágio I, foi possível estabelecer um diagnóstico da situação de saúde da comunidade e identificar as necessidades da mesma.

No estágio final, após identificadas as necessidades, estabeleceram-se prioridades através da aplicação da grelha de análise. Foram posteriormente definidos os objetivos e traçadas as estratégias de modo a alcançá-los.

Ao longo do planeamento operacional, foram rentabilizados os recursos disponíveis para desenvolver as diversas atividades planeadas, estiveram envolvidos no projeto, uma psicóloga, uma aluna de psicologia, uma nutricionista, a enfermeira coordenadora e uma

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

animadora sociocultural, o que possibilitou enriquecer todas as atividades em que participaram e ainda permitiu uma aprendizagem por parte da mestranda, através da troca de aprendizagens.

A avaliação do projeto também foi realizada através dos indicadores estabelecidos previamente.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Para o desenvolvimento desta segunda competência, contribuiu, maioritariamente, a realização do projeto de intervenção comunitária que possibilitou liderar o processo e sensibilizar a comunidade e em particular os participantes, bem como a Associação em que o mesmo foi desenvolvido, sobre a temática da promoção de hábitos de sono saudáveis nos idosos.

Através das sessões de educação para a saúde, tendo por base o Modelo da promoção da Saúde de Nola Pender, foi possível uma maior capacitação dos idosos para a problemática em questão.

No Estágio Final, a mestranda teve ainda a oportunidade, em conjunto com uma das enfermeiras que integra a equipa da UCC, de participar num projeto desenvolvido na Universidade Popular Túlio Espanca. No âmbito deste projeto planeou e executou duas sessões de educação para a saúde sob a temática da alimentação saudável e exercício físico respetivamente. Esta participação, permitiu identificar e refletir sobre as necessidades em literacia em saúde nesta população, composta maioritariamente por pessoas com idade superior a 65 anos, com habilitações literárias maioritariamente a nível do ensino secundário, mas que, contudo, apresentavam défices de conhecimento acerca das temáticas que foram abordadas.

Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O objetivo geral do projeto foi o de promover a adoção de hábitos saudáveis de sono em pessoas idosas o que implica a alteração de comportamentos previamente adotados. Desta forma, este projeto, vai de encontro ao Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, uma vez que este assenta em quatro eixos, um dos quais, o eixo da cidadania, no qual é referido, que o cidadão deve ser habilitado para assumir responsabilidade pela defesa da sua saúde, tal como da saúde da comunidade e para tal deve estar informado, assimilar a informação e após este processo deve alterar os seus comportamentos menos saudáveis.

A implementação e monitorização das atividades desenvolvidas no projeto, permitiu confirmar o impacto destas nas mudanças de comportamento dos participantes, traduzindo-se, deste modo, em ganhos em saúde, indo uma vez mais ao encontro do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, no qual é referido que a capacitação através de ações de literacia, torna os cidadãos mais conscientes, reduzindo os custos para o Sistema Nacional de Saúde.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A aquisição desta competência foi obtida sobretudo aquando do diagnóstico da situação de saúde, pois para a sua realização foi necessário proceder-se à pesquisa de dados sociodemográficos, bem como de diversos indicadores de saúde. Foi ainda aplicado o QSTI como instrumento de colheita de dados, para identificação das necessidades de intervenção a nível da população daquela área geodemográfica.

Para além de adquirir esta competência, sobretudo através do desenvolvimento do projeto, tive a possibilidade de participar num momento de observação numa USF a convite da coordenadora da equipa de enfermagem, na consulta da diabetes, onde foi possível observar a organização e funcionamento da consulta a nível da intervenção de enfermagem.

3. COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

Relativamente à atribuição do Grau de Mestre, as suas competências, encontram-se descritas no Dec. Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, devendo este ser atribuído a quem:

“a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada

ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016:3174) .

Tendo por base tudo o que acima é referido, cremos que a realização de todo o projeto, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, permitiu à mestranda demonstrar que adquiriu conhecimentos e capacidade de compreender e resolver problemas, centrando-se sobretudo na sua área de especialização.

Também no decorrer dos estágios, e de modo a dar resposta também às necessidades identificadas naquela população, desenvolvemos a capacidade de manter sempre o sentido crítico na tomada de decisão, justificando sempre o raciocínio que se encontra subjacente a esta. Através da elaboração do artigo científico, comprovou-se ainda que a mestranda se encontra capacitada para comunicar os seus conhecimentos, raciocínios e conclusões.

Considera-se, assim, com base no que foi explanado anteriormente, que os estágios bem como a elaboração deste relatório e do artigo de investigação permitiram adquirir competências ao nível do grau de mestre e de especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

CONCLUSÃO

As alterações a nível do sono constituem uma problemática evidente e cada vez mais expressa pelos indivíduos com mais de 65 anos. Torna-se necessário desmistificar a ideia pré-concebida, de que é normal, à medida que se envelhece, dormir-se, cada vez com mais dificuldade. Impera a necessidade de avaliar que risco acarreta para a saúde do idoso a falta de um sono eficaz, de modo a serem estabelecidas estratégias de intervenção comunitária, que contribuam para a minimização desta problemática.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, com contacto privilegiado com a população, deve estar desperto para as possíveis alterações do sono que possam surgir nos idosos, realizando uma avaliação global e detalhada sobre o seu sono e definir, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, bem como com o idoso e respetiva família, cuidados personalizados e centrados no idoso e também estratégias que visem promover hábitos de vida favorecedores do sono, prevenindo assim, perturbações profundas que levam conseqüentemente ao aumento da procura de medicação indutora do sono.

O enfermeiro deve procurar dinamizar e divulgar junto dos idosos bem como de todas as instituições que os acolhem, qual a importância do sono, bem como os efeitos da má qualidade do sono na saúde do idoso.

Desta forma, e com base no que foi referido anteriormente, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde, foi possível neste projeto, identificar alguns problemas patentes nesta população, emergindo entre eles, os hábitos de vida que influenciam negativamente o sono (ver televisão antes de adormecer, défice a nível da alimentação, sedentarismo), o risco de acidentes domésticos (quedas), devido aos despertares noturnos que inferimos ter relação com a toma da medicação diurética, a baixa capacitação para a gestão medicamentosa e as queixas álgicas que perturbam o sono.

Após a aplicação da grelha de análise, foram identificados como problemas de intervenção prioritária: os hábitos de vida que influenciam negativamente o sono (ver televisão antes de adormecer, défice a nível da alimentação, sedentarismo), o risco de acidentes domésticos (quedas), devido aos despertares noturnos e as queixas álgicas que perturbam o sono.

Através ainda da aplicação da mesma metodologia, e tendo como base de sustentação o modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, foram delineadas estratégias como a cooperação/trabalho em equipa, a educação para a saúde e as dinâmicas de grupo, de modo a atingir os objetivos e metas previamente estabelecidas. A nível da preparação operacional, foram executadas todas as atividades planeadas e feita uma gestão eficaz dos recursos disponíveis.

Em relação à avaliação do projeto, considera-se que o objetivo geral foi atingido. A nível dos objetivos específicos, apenas um não foi atingido (a redução em 2 pontos do IQSS da amostra).

Este resultado justifica-se, em nossa opinião, com a escassez de tempo para a implementação do projeto. Este objetivo, contudo, crê-se passível de ser atingido se o projeto for alargado no tempo, uma vez que a amostra revelou motivação para alterar comportamentos.

Em relação a uma monitorização futura, propomos uma auditoria a cada 3 meses, de modo a que sejam implementadas as medidas corretivas necessárias e ainda para que se possa atingir também o objetivo de reduzir em 2 pontos ou mais o IQSS.


A elaboração deste relatório permitiu refletir e explanar sobre o processo de aquisição de competências enquanto mestre e enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, encontrando-se evidenciada também, a capacidade de reflexão e implementação de um projeto de intervenção comunitária, baseado na metodologia do planeamento em saúde, bem como a capacidade de liderança do mesmo.

Neste seguimento, considera-se que o desenvolvimento deste projeto, permitiu ainda um momento de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional, pela partilha de experiências junto da equipa multidisciplinar, tomada de consciência de todas as limitações que existem no desenvolvimento de um trabalho desta índole, bem como, muitas vezes a necessidade de tentar arranjar estratégias, para contornar determinados obstáculos, que surgem constantemente no caminho do enfermeiro que atua na comunidade. Considera-se que o empenho colocado, juntamente com o conhecimento desenvolvido em relação às competências de enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, vão permitir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados futuramente, inclusivamente a nível do local de trabalho da mestranda.

A nível de limitações que surgiram durante o desenrolar do projeto, a primeira limitação, prende-se com o período de tempo em que decorre a primeira fase do estudo, que corresponde ao diagnóstico da situação. As seis semanas em que decorre o estágio I e em que se pretende que se elabore esta etapa, são claramente insuficientes para toda a sobrecarga que esta implica, o que faz com que a capacidade de reflexão para analisar os dados e posteriormente se retirarem conclusões, pode ficar comprometida.

Outra das limitações sentida, tem a ver com a dificuldade em conseguir obter uma amostra mais significativa, pois a nível das instituições torna-se difícil conseguir autorizações para aplicação do instrumento de colheita de dados em tempo útil, o que por sua vez não permite que a amostra seja mais representativa da população e desse modo poder obter-se uma maior validade externa do estudo.

Os resultados desta investigação demonstram a importância que o estudo do sono deve ter, para todos os enfermeiros e restantes profissionais das equipas de saúde. Torna-se necessário, que estes profissionais promovam a importância do sono junto dos idosos e restante população,



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

uma vez que o sono é necessário à sobrevivência do ser humano e visa o restabelecimento de funções vitais, que influenciam o bem-estar físico e psíquico do idoso.

Sugere-se então a continuidade deste projeto, uma vez que na sociedade em que vivemos, urge a necessidade de realizar campanhas de sensibilização para toda a população, mas sobretudo para a população idosa, de modo a que estes possam reconhecer sinais e procurarem os serviços de saúde, em caso de identificarem possíveis perturbações do sono. Por outro lado, reconhecemos que deveria ser realizado algum investimento para os profissionais de saúde acerca da temática do sono.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, C. L.O. & Ceolim, M. F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 619-626. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300010>
- Attaryan, H. (2010). Sleep Hygiene. In: *Clinical Handbook of Insomnia*, 2nd ed. Nova Iorque. Humana Press.
- Barreto, M.S., Carreira, L., & Marcon, S.S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), janeiro-março. pp. 325-339. ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>
- Beleza, C. M. F. & Soares, S. M. (2019). A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 3141-3146. Epub August. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30192017>
- Bittencourt, M.N., Marques M.I.D. & Barroso T.M.M.D.A (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 18 - jul/ago./set.* pp. 125 – 132. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn18/serlVn18a13.pdf a 17/06/2019>
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6º ed.). United States of America. Riverport lane, Elsevier.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canhestro, A. S. & Basto, M.L. (2016). Envelhecer com saúde: promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*. Vol.20 n.º1. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23743/1/Artigo3_27_51.pdf

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrillo, M. V. (2014). Comunicação Estratégica no ambiente comunicativo das organizações atuais. *Comunicação e Sociedade*, 26, 71-80.
doi: [https://dx.doi.org/10.17231/comsoc.26\(2014\).2025](https://dx.doi.org/10.17231/comsoc.26(2014).2025)
- Carta de Ottawa. (1986). Disponível em
<http://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/152-carta-de-ottawa>
- Carvalhosa, S. F., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária - GerAcções. *Análise Psicológica*, 28(3), 479-490. Disponível em
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-2312010000300008&lng=pt&tlng=pt
- Ceolim, M. F., & Barreto, L.M. (2000). Sleep/wake cycle and physical activity in healthy elderly people. *Sleep research online: SRO*, 3(3), 87–95. Disponível em
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11382906/>
- Cyrino, R. S., Silva, L.E.D., Souza, M.R., Borges, C.J.& Pereira, L.T.S (2016). Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. *Rev. Ciênc. Ext.* v.12, n.3, p.154-163. Disponível em
https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1324/1260
- Costa, S.V.& Ceolim, M.F. (2013). Fatores que interferem na qualidade do sono em pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP*; 47(1):46-52 Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a06v47n1.pdf>
- Daniel, F., Caetano, E., Monteiro, R., & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*, 34(4), 353-364.
doi: <https://dx.doi.org/10.14417/ap.1020>

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

- Diniz, E., Pontes, C. & Brito, J. (2015). A importância do cuidador no cuidado da pessoa idosa através da promoção do envelhecimento saudável. *Anais CIEH*, 2(1). Disponível em http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA11_ID2231_27082015235800.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. Lisboa. Disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016). *Manual orientador dos planos locais de saúde*. Lisboa
- Duarte, J.C. (2008). *Privação do sono e rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência (Tese de Doutoramento)*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: ICBAS. Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19371>
- Ferreira, S., Jesus, T., & Santos, A. (2015). Qualidade do sono e fatores de risco cardiovasculares em académicos de enfermagem. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 6(1), 390-04. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5556138>
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures, Portugal: Lusociência
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Freeman, D. et al. (2017) The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(10), pp. 749-758. doi:[10.1016/S2215-0366\(17\)30328-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30328-0)
- Geib, L. T. C., Neto, A. C., Wainberg, R. & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3), 453-465.

doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Editora Alas.

Gomes, M., Quinhones, M., & Engelhardt, E. (2010). Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. *Revista Brasileira de Neurologia*, 46 (1), 5-15

Disponível em

<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>

Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3.ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE. (2018). *Anuário Estatístico da Região Alentejo 2017*. Lisboa. Disponível em

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESp_ub_boui=320467879&PUBLICACOESmodo=2

Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, 22, 23–36.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.10.001>

Kirchner, L., & Reis, M. (2018). Efeitos de uma intervenção analítico-comportamental e do treino de relaxamento em mulheres com Fibromialgia e má qualidade do sono: Um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 22(1).

doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i1.52501>

Laccort, A., & Oliveira, G. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Revista uninga review*, 29(3). Disponível em

<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976>

Madrid-Valero J.J., Martinez-Selva J.M., Couto B.R., SanchezRomera J.F. & Ordonana J.R. (2017) Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gac Sanit.* ;31(1):18-22 Disponível em

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911116301182?token=CA8235583415619C552394FD036B9869E8B48A00D74BBC44614E15EE09ACC4CA8A41751BB9499E23E80F8CCB468A4060>

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row, Publishers Inc.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. de 13 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série. n.º 176. 3174 Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/75319452/details/normal?q=Decreto-Lei+n.%C2%BA%2063%2F2016%2C%20de+13+de+setembro>

Ministério da Saúde [MS] (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série. n.º 38. 1182-1189 Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Monteiro, N. T. & Ceolim, M. F. (2014) Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 356-364 Disponível em https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00356.pdf

Mugeiro, M. J. C. (2011) Qualidade do sono dos idosos. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Saúde Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1658>

Neves. G.S.M.L., Macedo. P. & Gomes. M.M. (2017). Transtornos do sono atualização (1/2). *Revista Brasileira de Neurologia*. Volume 53.Nº 3.jul/ago/set Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876873/rbn-533-3-transtornos-do-sono-1-2.pdf>

Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII (8), 125-134.
doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII11124>

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), pp. 133-154. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil. Disponível em

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32413>

Nunes, M. L. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal de Pediatria*, 78(Supl. 1), 63-72.

doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000700010>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*. 2ª série. n.º 35, 8667 Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). *Parecer CJ 52/ 2016* Disponível em

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5162/parecer-52-2016_cj_sigilo-profissional_situa%C3%A7%C3%B5es-de-viol%C3%Aancia.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*. 2ª série, n.º 126, 19354-19359. Disponível em

<https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*,

2ª série, n.º 26, 4744-4750. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Paiva, T., Penzel, T. (2011). *Centro de Medicina do Sono: Manual Prático*. Lousã: Lidel

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida*. (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro.

Pender, N. J. (2011). *The Health Promotion Model*. Disponível em <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc

Quinhones, M.S. & Gomes, M.M. (2011). Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Revista Brasileira de Neurologia*. Volume 47. No1 jan - fev – mar. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2011/v47n1/a2021.pdf>

Richards, K. (2015). *O sono: bom demais para perder*. Editora Babelcube Inc.

Rios, A., Peixoto, M., & Senra, V. (2008). *Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Governador Valadares Disponível em <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Transtornosdosonoqualidadedevidae tratamento psicologico.pdf>

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ruão, T., Freias, R., Ribeiro, P. & Salgado, P. (2014), *Comunicação Organizacional e Relações Públicas: horizontes e perspetivas. Relatório de um debate*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho, pp. 100-115. Disponível em http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cecs_ebooks/issue/view/162

Schiefer, U, Bal-Dobel L., Batista A., Dobel R., Nogueira J. & Teixeira P. (2006). *MAPA- Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. Principia. Cascais

Silva, J.M.N, Costa, A. C.M., Machado, W.W & Xavier, C.L. (2012). Avaliação da qualidade de sono em idosos não institucionalizados. *ConScientiae Saúde*, vol. 11, núm. 1, pp. 29-36. Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil
doi:[10.5585/ConsSaude.v11n1.2940](https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v11n1.2940)

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Souza G.C., Peduzzi M., Silva J.A.M. & Carvalho B.G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration. *Rev Esc Enferm USP*.;50(4):640-647.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015>

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.

Unidade de Cuidados na Comunidade Évora [UCC Évora]. (2017). *Relatório de Atividades 2016*. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002

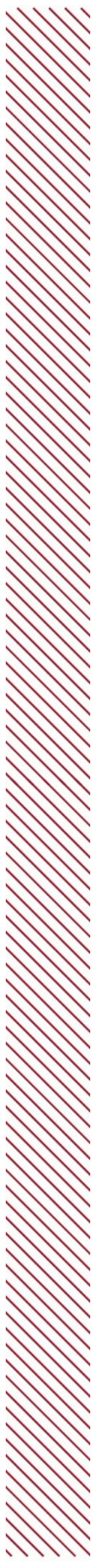
World Health Organization. [WHO] (1997). *Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva Disponível em https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization. [WHO] (2015a). *World report on ageing and health 2015*. Geneva. Disponível em <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

World Health Organization [WHO] (2015b). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva. Disponível em <https://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

APÊNDICES



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice I – **Consentimento informado, livre e esclarecido**



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

AO PARTICIPANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Eu, Marília do Rosário Marvão Ferreira, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Portalegre, orientada pela Professora Doutora Ana Nunes, a realizar um estudo que tem como principal objetivo avaliar a qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos, vem por este meio solicitar a sua participação no referido estudo.

A evolução dos conhecimentos científicos, nos mais diversos domínios, tem sido possível graças ao contributo da Investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo. A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar não lhe trará qualquer prejuízo ou perda de benefícios.

Declaração de participante:

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada;
- Declaro ter-me sido garantido que posso desistir de participar a qualquer momento.

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Assim, depois de devidamente informado (a) e esclarecido(a) autorizo a minha participação neste estudo/projeto:

(Évora, /06/2019)

Nome: _____

Assinatura do Participante/ Representante (riscar o que não interessa)

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida, ficando o participante informado e esclarecido:

Nome do Investigador

Assinatura

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice II – Pedido de autorização à Associação X para a realização do projeto



Exmo. SR Diretor da
Associação X

Evora, 17 de junho de 2019]

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo e intervenção sobre a qualidade do sono nos idosos.

Eu, Marília do Rosário Marvão Ferreira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Évora, orientado pela Enf.ª Especialista em Enfermagem Comunitária Manuela Cruz e pela Professora Doutora Ana Nunes e no âmbito do mesmo pretendo desenvolver um estudo que tem como objetivo avaliar a qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos.

O presente estudo tem como principais objetivos:

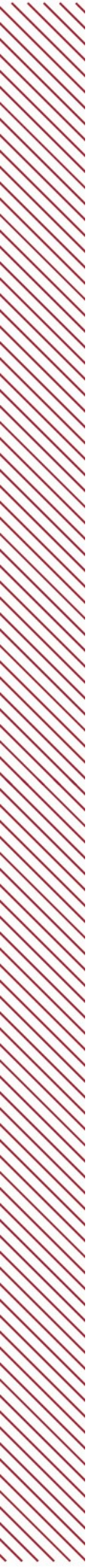
- Caracterizar os hábitos de sono nos idosos do concelho de Évora;
- Identificar os principais fatores que influenciam o sono no idoso;
- Identificar as necessidades de intervenção para a promoção de hábitos de sono saudáveis nos idosos.

Venho, assim, por este meio requerer a V/ Ex.ª, autorização para a aplicação de um questionário aos idosos que frequentam a vossa instituição e que desejem participar. Previamente será disponibilizada, para assinatura, uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido. Sendo desta forma a participação, voluntária e todos os dados tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato dos participantes e confidencialidade das fontes.

Posteriormente, através da identificação das necessidades, pretende-se desenvolver uma intervenção especificamente desenhada com vista à resolução/minimização dos problemas identificados, capacitando os idosos no sentido da promoção de hábitos saudáveis de sono.

Com os melhores cumprimentos

Marília Ferreira



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice III – **Pedido de autorização às autoras para utilização do QSTI**

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Pedido de autorização para utilização do questionário sobre o sono na terceira idade (QSTI)

Caixa de entrada X



marília ferreira <mmferreira9@gmail.com>

qua, 29 de mai 11:32



para helenum ▾

Eu, Marília do Rosário Marvão Ferreira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do IPPortalegre, venho por este meio contactar-vos relativamente ao Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (QSTI).


No âmbito da realização do relatório final intitulado "Pela sua saúde durma! - Promoção de rotinas de sono saudáveis em idade geriátrica", com o objetivo de promover a adoção de hábitos de sono saudáveis em pessoas idosas no concelho de Évora, pretendo utilizar como instrumento de recolha de dados o referido questionário.

Desta forma, solicito a autorização para a utilização do Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (QSTI), no estudo que estou a realizar.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Cordialmente

Marília Ferreira



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice IV – **Questionário**



Avaliação das rotinas de sono em idade geriátrica

Este questionário surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e tem como objetivo analisar a qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos.

Solicita-se que responda com sinceridade a todas as questões colocadas.

O questionário é confidencial e não existem respostas certas ou erradas.

Marta Ferreira

Parte I

Dados sociodemográficos

1. Sexo: Masculino
Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil:

Solteiro/a
Casado/a
União de Facto
Divorçado/a
Viúvo/a

4. Situação Profissional

Reformado/a
Ativo/a Qual? _____

5. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever
Sabe ler e escrever
1º ciclo
2º ciclo
3º ciclo
Ensino Secundário
Ensino Superior

6. Reside em locais junto de estabelecimentos noturnos/ com movimentação noturna:

Sim
Não

Onde? _____
Que tipo? _____



7. No local da sua residência existe alguma situação que perturbe o seu sono?

Sim Qual? _____
Não

8. Existe alguma causa perturbadora do seu sono neste momento?

Sim Qual? _____
Não



Parte II

Hábitos de vida que influenciam o sono

1. Consome bebidas alcoólicas? Sim
Não

1.1 Se respondeu sim: Com que frequência? _____
Que tipo de bebidas? _____
Em que períodos do dia? _____
Em que quantidade? _____

2. É fumador? Sim
Não

2.1 Se respondeu sim, fuma à noite? Sim
Não

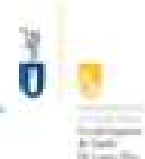
3. Costuma beber café com cafeína? Sim
Não

3.1 Se responde sim: Até que horas? _____

4. Costuma tomar banho à noite? Sim
Não

5. Costuma ler antes de adormecer? Sim
Não

6. Costuma ver televisão antes de adormecer? Sim
Não



6.1. Se respondeu sim onde costuma fazê-lo?

Quarto
Sala

7. Antes de ir dormir costuma alimentar-se?

Sim
Não

7.1 Se responde sim que tipo de alimentos ingere? _____

8. Como costuma dormir?

Sozinho/a
Acompanhado/a

8.1 Se respondeu acompanhado o padrão de sono do seu parceiro/a perturba o seu sono?

Sim Porquê? _____
Não

9. Sente-se satisfeito com o número de horas que dorme?

Sim
Não

Horário de sono

Hora de deitar habitual	
Hora de levantar habitual	
Horas de sono por noite	



Parte III

Questionário sobre o sono na terceira idade (QSTI)

(Marques & Espírito-Santo, 2011) Instituto Superior Miguel Torga


1.Quando se deita em regra geral, quanto tempo demora a ADORMECER?	
1-14 min	
15-30 min	
31-45 min	
46-60 min	
Mais de 60 min	
2.Depois de se deitar, costuma ter dificuldades em ADORMECER?	
Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
3-4 noites por semana	
Quase todas ou todas as noites	
3.Quantas vezes costuma ACORDAR DURANTE A NOITE?	
0 vezes	
1 vez por noite	
2-3 vezes por noite	
4-5 vezes por noite	
6 ou mais vezes	
4.Costuma acordar E8PONTANEAMENTE ANTES da hora desejada?	
Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
3-4 noites por semana	
Quase todas ou todas as noites	
5.Acordar durante a noite ou antes da hora desejada costuma ser um problema para si?	
Nada	
Muito Pouco	
Um pouco	
Muito	
Muitíssimo	

8. Normalmente, como é o seu sono (Independentemente das horas que dorme)?	
a) Qualidade	
Muito mau	
Mau	
Razoável	
Bom	
Muito Bom	
b) Profundidade	
Muito Leve	
Leve	
Mais ou menos pesado	
Pesado	
Muito Pesado	

1. No ÚLTIMO MÊS como tem sido o seu sono?		
1.1 Teve muita dificuldade em ADORMECER?	SIM	NÃO
1.2. Acordou muitas vezes DURANTE A NOITE?	SIM	NÃO
1.3. Acordou MUITO CEGO e não conseguiu voltar a adormecer?	SIM	NÃO
1.4. O problema em dormir TEM AFETADO A SUA VIDA (atividades e/ou humor)?	SIM	NÃO
1.5. Está SATISFEITO com o seu sono?	SIM	NÃO
2. Sente-se SONOLENTO ou CANSADO durante o dia?	SIM	NÃO
3. Toma Medicamentos PARA DORMIR (receitados pelo médico)?	SIM	NÃO
3.1 Por favor, indique os NOMES DESSES MEDICAMENTOS		
3.2 Há quanto tempo se recorda de tomar essa medicação? _____ meses/anos (coloque um círculo à volta de meses/anos)		
4. Atualmente (pelo menos no último mês) tem praticado algum tipo de ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA (e.g., caminhada de pelo menos meia hora)?	SIM	NÃO
5. Tenta manter um HORÁRIO/PADRÃO DE SONO REGULAR (e.g., deitar-se todos os dias à mesma hora)?	SIM	NÃO
6. Sente DORES frequentes que afetam o seu sono, e que são causadas por MOTIVOS FÍSICOS/ POR UMA DOENÇA (e.g., artrite, cancro, neuralgia)?	SIM	NÃO
7. Tem alguma DOENÇA, que lhe afete o sono? Se sim qual?	SIM	NÃO
7.1 Angina/ doença cardíaca	SIM	NÃO
7.2 "Bronquite"	SIM	NÃO
7.3 Úlcera	SIM	NÃO

7.4 Diabetes	SIM	NÃO
7.5 Incontinência	SIM	NÃO
7.6 Outra:	SIM	NÃO
8. Faz sesta durante o dia? (se necessário questionar os funcionários da instituição)	SIM	NÃO
8.1 Se sim, quantas?		
8.2 Qual a duração das mesmas?	h	min
9. Dorme com alguém que o acorde durante a noite (e.g., rousonar, mexer-se, parar de respirar, usar aparelho ruidoso)	SIM	NÃO
10. Tem alguma DOENÇA DO SONO (segundo o/s seu/s médico/s)? Se sim qual?	SIM	NÃO
10.1 Apnéia do sono	SIM	NÃO
10.2 Pernas agitadas ou Inquietas	SIM	NÃO
10.3 Pesadelos	SIM	NÃO
10.4 Ereção dolorosa (homens)	SIM	NÃO
10.5 Outra _____	SIM	NÃO
11. Verificar Lista de Medicamentos (perturbadores da arquitetura do sono)		
11.1 Descongestionantes	SIM	NÃO
11.2 Beta-agonistas	SIM	NÃO
11.3 Betabloqueador	SIM	NÃO
11.4 Cafeínico	SIM	NÃO
11.5 Antidepressivos ativadores	SIM	NÃO
11.6 Corticoesteróides	SIM	NÃO
11.7 Diuréticos	SIM	NÃO
11.8 Antiarrítmicos	SIM	NÃO
11.9 Estatinas	SIM	NÃO
12. Verificar Lista de Medicamentos (perturbadores da vigília noturna)		
12.1 Anti-histamínicos	SIM	NÃO
12.2 Antidepressivos sedativos	SIM	NÃO
12.3 Antipsicóticos (1ª geração)	SIM	NÃO
12.4 Antimuscarínicos	SIM	NÃO
12.5 Agonistas da dopamina	SIM	NÃO
12.6 Antiepilépticos	SIM	NÃO

Obrigado pela sua colaboração!



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice V – **Sessões de educação para a saúde**

Sessão sobre hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

“O sono é fundamental - Faça o melhor
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”

Hábitos de vida facilitadores de sono nos idosos



Material por: André Garcia - Instituto de
Educação USP/USP - R. São Carlos,
363 - Hortolândia - SP - 13216-900
www.instituto.usp.br

Importância do Sono

- Dormir é fundamental ao bem-estar do indivíduo;
- Recuperar as capacidades físicas, intelectuais e mentais;
- Melhor a saúde;
- Evita o mau humor;
- Reforça o sistema imunológico;
- Melhora a memória.

Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Deitar todas as noites à mesma
hora e levantar sempre à
mesma hora.



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Deitar-se apenas na hora de
dormir.



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Evite o tabaco, álcool e
bebidas com cafeína (café, chá
preto, coca-cola, entre outros)
a partir do final da tarde;



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Praticar exercício físico regular
adequado à sua situação de
saúde, preferindo os períodos da
manhã ou almoço, evitando a sua
prática pelo menos 4 horas antes
da hora de dormir;



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Criar no quarto boas condições para o repouso: temperatura adequada, pouca luz e sem ruído;



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Evitar ler, ver televisão ou alimentar-se na cama;



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Fazer refeições ligeiras à noite e não se alimentar próximo da hora de dormir.
Não ir para a cama com fome!



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer;



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

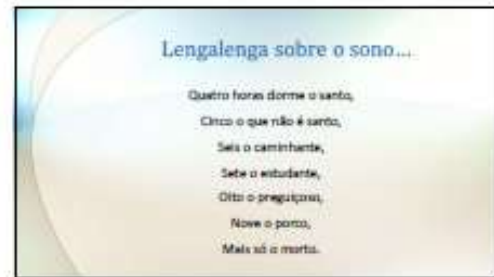
Não levar as preocupações diárias para a cama: tentar libertar-se delas antes de ir dormir;



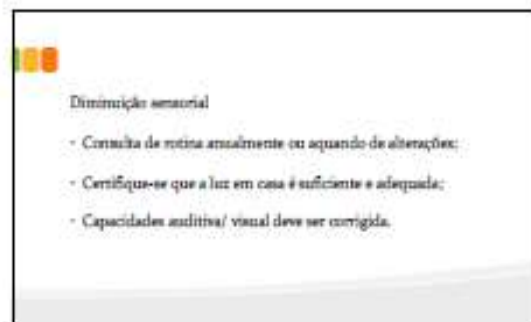
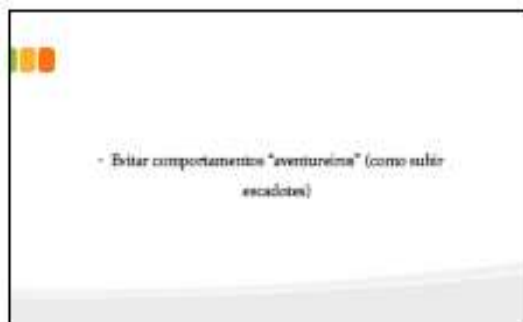
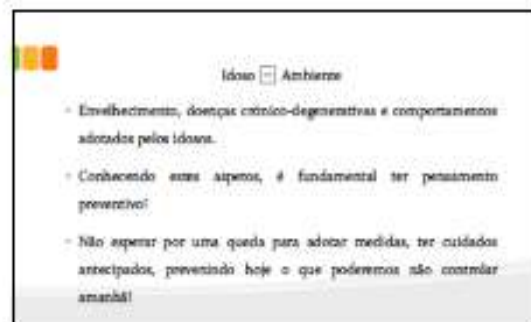
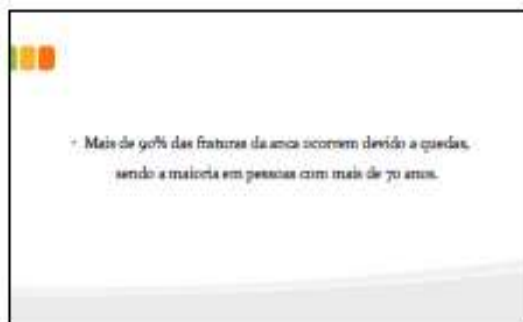
Verdadeiro e Falso







Sessão sobre prevenção de acidentes domésticos - Quedas



Alterações de mobilidade

- Avaliar necessidade de auxílios de marcha ou alterações em casa (sanitários altos, cama ou banheira, luz no quarto e WC);
- Os sapatos sem saltos, tamanho correto e sola antiderrapante, evitar oclinação;
- A roupa deve ser confortável| permitir os movimentos, evitar roupa muito comprida.

Alterações urinárias

- Durante a noite, ter uma mesa-de-cabeceira com urinol ou bacia;
- Se houver alterações do controlo urinário, considerar o uso de fraldas (apenas quando estritamente necessário).

- Realizar mudanças de posição lentamente e iniciar a marcha apenas quando se sentir bem, sem tonturas, fraqueza, suores ou indisposição.

Evitar o consumo de álcool


- Mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações;
- Influencia o equilíbrio e interfere com a ação de medicamentos. Desta forma, o seu consumo deve ser evitado ou consumido com moderação.

Realizar atividade física


- O facto de ter limitações que aumentam o risco de quedas, não significa que deva permanecer o dia sentado e sem atividade!
- O exercício físico regular é uma importante estratégia de prevenção da osteoporose;
- De facto, o ideal é maximizar as capacidades e potencialidades, pois a restrição da atividade pode relacionar-se com as quedas, uma vez que se favorece a perda de massa muscular, flexibilidade articular e a força.

Restrição da atividade

- Realizar caminhadas, andar, realizar atividades diárias.



• A maioria das quedas ocorre em casa. É importante fazer alterações para tornar a casa mais segura, principalmente se tiver caído no último ano, tiver problemas de equilíbrio, dificuldade a caminhar, ou problemas de visão.



• Adaptar o ambiente para reduzir o risco e as consequências das quedas.

• A casa onde mora ou permanece frequentemente, pode ser um campo cheio de minas e armadilhas que devem ser identificadas e desativadas.


Prevenir as quedas em **TODA A CASA** é uma questão de bom senso!




- ✓ Manter uma boa iluminação em toda a casa;
- ✓ Nunca deixar as fios elétricos e de telefone desprotegidos. Devem ser presos à parede;
- ✓ Evitar tapetes soltos no chão, principalmente nas escadas. Se forem usados, devem ser fixos ao chão com fita adesiva;



Prevenir as quedas em **TODA A CASA** é uma questão de bom senso!



- ✓ Aplicar fita antiderrapante no limite de cada degrau e colocar mofinhos nas escadas;
- ✓ Usar sapatos com solas largas e solas reforçadas, para evitar que o pé se desloque. Não usar chinélos. Preferir os sapatos fechados;
- ✓ No quintal, evitar a acumulação de folhas e flores húmidas no chão.



Prevenir as quedas em **TODA A CASA** é uma questão de bom senso!



- ✓ Não usar camisas e roupões compridos, para evitar tropeçar, principalmente se tiver que se levantar no meio da noite;
- ✓ Ao dormir, deixar a luz do corredor acesa para auxiliar a visão, caso acorde no meio da noite;
- ✓ Se cair e tiver dor, deve procurar assistência médica. Deixar o telefone para local de fácil acesso, se necessitar de pedir ajuda;



Prevenir as quedas **NO QUARTO** é uma questão de prudência!



- ✓ Procurar utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, não seja apelar os pés no chão, evitando torções. Ao deitar-se, utilizar sempre um travesseiro para apoiar a cabeça;
- ✓ Usar uma mesa-de-cabeceira, de preferência, com bordos arredondados e fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso o doente apoie-se nela;
- ✓ Manter uma cadeira ou poltrona no quarto, para que se possa sentar para calçar meias e sapatos.



Prevenir as quedas **NO QUARTO é uma questão de prudência!**

- Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, para evitar levantar-se no escuro;
- Ligar sempre a luz antes de se levantar;
- Evitar persianas muito altas ou muito baixas, para diminuir o esforço físico ao procurar algum objecto e evitar quedas.



Prevenir as quedas **NA CASA DE BANHO é uma questão de sensatez!**

- O piso da casa de banho deve ser antiderrapante;
- Se necessitar utilizar barras de apoio no toilet ou no banho, não podes perdê-las de vista;
- O toilet ou banheira devem também ter um tapete antiderrapante para evitar escorregar.



Prevenir as quedas **NA CASA DE BANHO é uma questão de sensatez!**

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



Prevenir as quedas **NA COZINHA é uma questão de precaução!**

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



Prevenir as quedas **NA SALA é uma questão de conforto!**

- Optar por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios, e que facilitem os actos de sentar e levantar;
- Evitar esquilas de vidro, metal ou materiais cortantes em mesas de apoio;
- Não usar tapete em baixo da mesa da sala jantar e deixar um espaço à volta da mesa para a movimentação das pessoas;



Dúvidas



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”



Sessão sobre estratégias de alívio da dor



ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

Inatividade

- Tem benefício no alívio da dor não-articular, se realizada por curtos períodos (alguns dias)
- Se prolongada aumenta o risco de caquixite atética e de diminuição permanente da amplitude articular



ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

Distração

- A utilização de técnicas como a música, leitura, ou outras, tem demonstrado benefício no controle da dor crônica no idoso



ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

Técnicas de relaxamento



ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

Dispositivos auxiliares

Uso de bengala

- O uso de bengala aumenta o gasto de energia. Contudo, o uso diário do dispositivo diminui imediatamente a dor e, após 1 mês do seu uso, o gasto energético torna-se nulo, por adaptação à bengala, com manutenção da diminuição da dor e melhoria da função.



ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

Dispositivos auxiliares

- O uso de palmilhas ortopédicas ajuda na redução de carga




ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

Acupuntura

- A acupuntura apresenta assim efeitos positivos em particular no nível dos resultados apresentados por indivíduos com dor lombar, com redução do consumo de fármacos.







“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice VI – **Planos das sessões de educação para a saúde**

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Plano de sessão	
Tema	Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos
População Alvo	Grupo de idosos que constitui a amostra
Local	Salão da Associação X
Data	4 de novembro 2019
Hora	10 horas
Objetivo Geral	Transmitir conhecimentos acerca de hábitos de vida facilitadores do sono
Objetivo Específico	Reconhecer a importância do sono Aumentar os conhecimentos acerca dos hábitos favoráveis ao sono;
Avaliação	Que 50% dos idosos participem na sessão Que 50% dos idosos considerem os temas abordados muito importantes Que 50% dos idosos estejam muito satisfeitos com os temas abordados. Que 50% dos idosos estejam satisfeitos com a forma como lhe foram apresentados os temas

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Recursos didáticos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação da mestranda e do projeto	Expositivo		5 minutos	Mestranda
Desenvolvimento	Importância do sono Hábitos favorecedores do sono	Expositivo Participativo	Computador Projeter	15 minutos	Mestranda
Conclusão	A lengalenga do sono Resumo dos principais conteúdos	Expositivo Participativo	Computador Projeter	10 minutos	Mestranda
Avaliação	Jogo de Verdadeiro e Falso Esclarecimento de dúvidas	Participativo	Computador Projeter Questionário sobre satisfação da sessão de educação para a saúde Caneta	15 minutos	Mestranda
Encerramento	Distribuição de panfleto informativo acerca da temática abordada		Panfleto informativo acerca da temática abordada	5 minutos	Mestranda

Plano de sessão	
Tema	Prevenção de acidentes domésticos - Quedas
População Alvo	Grupo de idosos que constitui a amostra
Local	Salão da Associação X
Data	27 de novembro 2019
Hora	10 horas
Objetivo Geral	Transmitir conhecimentos acerca da prevenção de acidentes domésticos com enfoque nas quedas.
Objetivo Específico	Alertar para a incidência das quedas no idoso Aumentar os conhecimentos acerca da prevenção das quedas durante o período de vigília noturna.
Avaliação	Que 50% dos idosos participem na sessão Que 50% dos idosos considerem os temas abordados muito importantes Que 50% dos idosos estejam muito satisfeitos com os temas abordados. Que 50% dos idosos estejam satisfeitos com a forma como lhe foram apresentados os temas

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Recursos didáticos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação da temática da sessão	Expositivo		5 minutos	Mestranda
Desenvolvimento	Incidência das quedas Fatores preponderantes para a ocorrência das quedas Comportamentos a adotar para evitar as quedas	Expositivo Participativo	Computador Projektor	15 minutos	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos	Expositivo Participativo	Computador Projektor	10 minutos	Mestranda
Avaliação	Projeção de imagem para identificação de comportamentos errados Esclarecimento de dúvidas	Participativo	Computador Projektor Questionário sobre satisfação da sessão de educação para a saúde Caneta	15 minutos	Mestranda


“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Encerramento	Distribuição de panfleto informativo acerca da temática abordada		Panfleto informativo acerca da temática abordada	5 minutos	Mestranda
--------------	--	--	--	-----------	-----------

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Plano de sessão	
Tema	Estratégias de alívio da dor
População Alvo	Grupo de idosos que constitui a amostra
Local	Salão da Associação X
Data	11 de dezembro 2019
Hora	10 horas
Objetivo Geral	Transmitir conhecimentos acerca de estratégias de alívio da dor
Objetivo Específico	Aumentar os conhecimentos acerca do alívio da dor
Avaliação	Que 50% dos idosos participem na sessão Que 50% dos idosos considerem os temas abordados muito importantes Que 50% dos idosos estejam muito satisfeitos com os temas abordados. Que 50% dos idosos estejam satisfeitos com a forma como lhe foram apresentados os temas

Etapas	Conteúdo	Metodologia	Recursos didáticos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentação da temática da sessão	Expositivo		5 minutos	Mestranda
Desenvolvimento	A dor no idoso Importância do controlo da dor Estratégias de alívio da dor	Expositivo Participativo	Computador Projeto	15 minutos	Mestranda
Conclusão	Resumo dos principais conteúdos	Expositivo Participativo	Computador Projeto	10 minutos	Mestranda
Avaliação	Esclarecimento de dúvidas Partilha de experiências	Participativo	Computador Projeto Questionário sobre satisfação da sessão de educação para a saúde Caneta	15 minutos	Mestranda
Encerramento	Distribuição de panfleto informativo acerca da temática abordada		Panfleto informativo acerca da temática abordada	5 minutos	Mestranda



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice VII – **Cartazes de divulgação das atividades**



P POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde

IPS Instituto Português de Saúde

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Associação de Saúde

Associação de Saúde

“O dormir é meio-sustento – Fique atento!”
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”

O Exercício ajuda a melhorar o seu sono!

Participe nas caminhadas.





Manter-se ocupado impede-o de dormir!

Venha participar nos Jogos Tradicionais





“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”



“O dormir é meio sustento – Fique atento!”
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”


Sessão de Partilha

“As minhas tradições do Dia de Reis”

Salão da

6 de janeiro de 2020





“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice VIII – Panfletos informativos distribuídos após as sessões de educação para a saúde

“O dormir é meio-sustento – Fique atento!
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Elaborado por: Marília Ferreira—Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Enf.ª Supervisora: Manuela Cruz—Especialista em Enfermagem Comunitária



Hábitos de vida facilitadores do sono nos idosos

Deitar todas as noites à mesma hora e levantar sempre à mesma hora.



Criar no quarto boas condições para o repouso: temperatura adequada, pouca luz e sem ruído



Deitar-se apenas na hora de dormir



Evitar ler, ver televisão ou alimentar-se na cama;



Evitar o tabaco, álcool e bebidas com cafeína (café, chá preto, coca-cola, entre outros) a partir do final da tarde;



Fazer refeições ligeiras à noite e não se alimentar próximo da hora de dormir.



Não ir para a cama com fome!



Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer



Praticar exercício físico regular adequado à sua situação de saúde, preferindo os períodos da manhã ou almoço, evitando a sua prática pelo menos 4 horas antes da hora de dormir;



Não levar as preocupações diárias para a cama: tentar libertar-se delas antes de ir dormir.



“O dormir é meio-sustento – Fique atento!
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”



Prevenção de Acidentes Domésticos - Quedas

Elaborado por: Marília Ferreira—Mestranda em Enfermagem
Comunitária e de Saúde Pública

Enf.ª Supervisora: Manuela Cruz—Especialista em Enfermagem
Comunitária



Prevenção de acidentes domésticos - Quedas

Manter uma boa iluminação em toda a casa.



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



Nunca deixar os fios elétricos e de telefone desprotegidos. Devem ser presos à parede



Ligar sempre a luz antes de se levantar



Evitar tapetes soltos no chão, principalmente nas escadas. Se forem usados, devem ser fixos ao chão com fita aderente;



Se necessitar utilize barras de apoio nas paredes próximas da sanita.



Aplicar fita antiderrapante no limite de cada degrau e colocar corrimões nas escadas;



Durante a noite, ter uma mesa-de-cabeceira com urinol ou bacio;



Usar sapatos com saltos largos e calcanhares reforçados, para evitar que o pé se movimente. Não usar chinelos. Preferir os sapatos fechados;



Procurar utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, evitando tonturas.



“O dormir é meio-sustento – Fique atento!
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”

Estratégias de alívio da dor




Elaborado por: Marília Ferreira—Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Enf.ª Supervisora: Manuela Cruz—Especialista em Enfermagem Comunitária



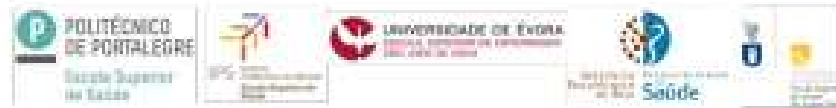
Estratégias de alívio da dor

Exercício Físico		Distração (leitura, música)	
Redução do Peso Corporal		Técnicas de Relaxamento	
Aplicação local de calor ou frio		Uso de bengala e palmilhas	
Massagem		Acupuntura	
Imobilização		Ervas Medicinais	



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice IX – Póster acerca do Sono no Idoso



“O dormir é meio-sustento – Fique atento!
Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa”

O Sono nos Idosos

Dormir bem é importante pois contribui para a prevenção de várias doenças e para um envelhecimento saudável

Sintomas de horas de sono insuficientes:

Dificuldades de concentração e memória
Irritabilidade
Sonolência durante o dia
Confusão
Sintomas depressivos



Estratégias para dormir melhor:

Deitar todas as noites à mesma hora e levantar sempre à mesma hora.

Deitar apenas na hora de dormir.

Evitar o tabaco, bebidas alcoólicas e com cafeína.

Praticar exercício físico regular.

Criar no quarto condições favorecedoras do sono.

Evitar ler, ver televisão e alimentar-se na cama.


Fazer refeições ligeiras à noite e não se alimentar próximo da hora de dormir. Evitar ir para a cama com fome!

Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer.

Não levar as preocupações diárias para a cama.

Elaborado por: Mariana Ferreira – Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Def.ª Supervisora: Manuela Cruz – Especialista em Enfermagem Comunitária



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice X – **Cronograma de Atividades**

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Ano/Mês	2019									2020
	Maí	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	
Reunião com a equipa multidisciplinar da UCC Évora	■									
Reunião com a direção da Instituição		■								
Diagnóstico da situação	■	■								
Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar da UCC						■				
Apresentação do projeto à instituição e aos participantes						■				
Reunião com a Psicóloga								■		
Realização de sessões de educação para a saúde							■	■		
Reunião com a Nutricionista								■		
Realização de Jogos Tradicionais							■	■	■	■
Realização de Caminhadas							■	■	■	■
Realização das Sessões de Partilha								■	■	
Realização das Sessões de Relaxamento									■	
Jogo "Bingo dos Alimentos"										■
Avaliação do Projeto							■	■	■	■

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice XI – **Questionário para avaliação dos hábitos facilitadores do sono adotados**



Questionário de avaliação


O questionário é anónimo e confidencial e serve apenas para avaliar a adoção de hábitos de vida facilitadores do sono.

Qual (is) dos hábitos de vida facilitadores do sono que lhe foram apresentados você adquiriu?

Assinale com (x) os selecionados.

Deitar todas as noites à mesma hora e levantar sempre à mesma hora.	
Deitar apenas na hora de dormir.	
Evitar o tabaco, bebidas alcoólicas e com cafeína.	
Praticar exercício físico regular.	
Criar no quarto condições favorecedoras do sono (luz, temperatura e ruído).	
Evitar ler, ver televisão e alimentar-se na cama.	
Fazer refeições ligeiras à noite e não se alimentar próximo da hora de dormir. Evitar ir para a cama com fome.	
Evitar sestas em caso de dificuldade em adormecer.	
Não levar as preocupações diárias para a cama: tentar libertar-se delas antes de ir dormir.	

Obrigado pela sua colaboração!



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice XII – **Questionário para avaliação do alívio da dor**

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”



Questionário de avaliação

O questionário é anónimo e confidencial e serve apenas para avaliar o alívio da dor.

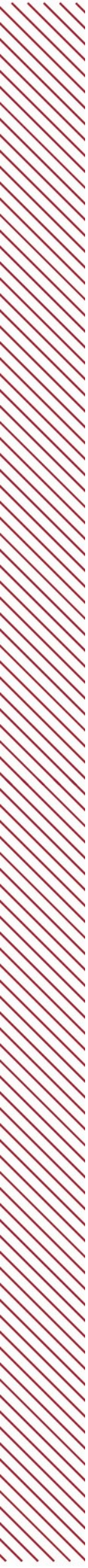
Após lhe terem sido apresentadas estratégias que proporcionam o alívio da dor e terem sido desenvolvidas atividades (caminhadas, sessões de relaxamento) neste momento e em comparação com o início do projeto, sente alívio da dor?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração!

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice XIII – Questionário para avaliação da aquisição de conhecimentos acerca da prevenção de acidentes domésticos - Quedas



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice XIV – Questionário para avaliação do Índice da Qualidade Subjetiva do Sono



Este questionário surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e tem como objetivo avaliar a qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos.

Solicita-se que responda com sinceridade a todas as questões colocadas.

O questionário é confidencial e não existem respostas certas ou erradas.

Marília Ferreira

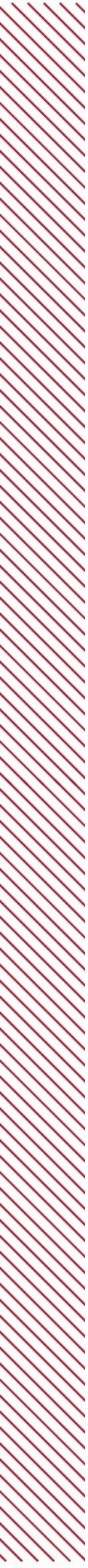
Questionário sobre o sono na terceira idade (QSTI)
(Marques & Espírito-Santo, 2011) Instituto Superior Miguel Torga

1.Quando se deita em regra geral, quanto tempo demora a ADORMECER?	
1-14 min	
15-30 min	
31-45 min	
46-60 min	
Mais de 60 min	
2.Depois de se deitar, costuma ter dificuldades em ADORMECER?	
Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
3-4 noites por semana	
Quase todas ou todas as noites	
3.Quantas vezes costuma ACORDAR DURANTE A NOITE?	
0 vezes	
1 vez por noite	
2-3 vezes por noite	
4-5 vezes por noite	
6 ou mais vezes	
4.Costuma acordar ESPONTANEAMENTE ANTES da hora desejada?	
Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
3-4 noites por semana	
Quase todas ou todas as noites	

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

5. Acordar durante a noite ou antes da hora desejada costuma ser um problema para si?	
Nada	
Muito Pouco	
Um pouco	
Muito	
Multíssimo	
6. Normalmente, como é o seu sono (independentemente das horas que dorme)?	
a) Qualidade	
Muito mau	
Mau	
Razoável	
Bom	
Muito Bom	
b) Profundidade	
Muito Leve	
Leve	
Mais ou menos pesado	
Pesado	
Muito Pesado	

Obrigado pela sua colaboração!



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

**Apêndice XV – Questionário para avaliação da satisfação das sessões de educação
para a saúde**



Questionário de avaliação da satisfação da sessão de educação para a saúde

O questionário é anónimo e confidencial e serve apenas para avaliação da sessão de educação para a saúde.

Coloque uma cruz sobre a resposta pretendida.

1. Os temas abordados são importantes para si?



2. Está satisfeito em relação aos temas que foram abordados?



3. Está satisfeito com a forma como lhe foram apresentados os temas?



Obrigado pela sua colaboração!

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Apêndice XVI – **Resumo do Artigo Científico**

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”



O sono dos idosos em centro de dia

El sueño de los ancianos en un centro de día

The sleep of the elderly in a day care

Manlia do Rosário Marvão Ferreira – Enfermeira no Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE. Pós-graduada em Gestão em Saúde. Mestranda em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal

Janeiro 2020

Resumo

Objetivos: Avaliar o sono e os fatores de interferência do mesmo nos idosos de um centro de dia do concelho de Évora. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo, cuja população foram os idosos que frequentam um centro de dia do concelho de Évora. Na recolha de dados utilizou-se o questionário sobre o Sono na Terceira Idade de Marques e Espírito- Santo (2011), do Instituto Superior Miguel Torga, respondido por 30 idosos. **Resultados:** Verificou-se a existência de hábitos de vida que influenciam negativamente o sono (ver televisão antes de adormecer, défice a nível da alimentação, sedentarismo), risco de acidentes domésticos (quedas), devido aos despertares noturnos que se inferiu ter relação com a toma da medicação diurética e queixas algícas que perturbam o sono. **Conclusões:** Conclui-se que é necessário desmistificar a ideia pré-concebida, de que é normal à medida que se envelhece, dormir-se, cada vez com mais dificuldade. Impera a necessidade de avaliar que risco acarreta para a saúde do idoso a falta de um sono eficaz, de modo a serem estabelecidas estratégias de intervenção comunitária, que contribuam para a minimização desta problemática.

Descritores: Envelhecimento, sono, enfermagem em saúde comunitária, estilo de vida saudável.

Resumen

Objetivos: evaluar los hábitos de sueño en los ancianos de un centro de día en el municipio de Évora. **Métodos:** se ha realizado un estudio descriptivo, cuya población fueron los ancianos que asisten a un centro de día en el municipio de Évora. Para la recopilación de los datos, se utilizó el Cuestionario sobre el sueño en la vejez de Marques y Espírito Santo (2011), del Instituto Superior Miguel Torga, respondido por 30 personas mayores. **Resultados:** se verificó la existencia de hábitos de vida que influyen negativamente en el sueño (ver televisión antes de conciliar el sueño, falta de alimentos, inactividad física), riesgo de accidentes domésticos (caídas), debido al despertar nocturno que se infiere que está relacionado con tomar medicamentos diuréticos y quejas de dolor que perturban el sueño. **Conclusiones:** se concluye que es necesario desmitificar la idea preconcebida, que es normal a medida que uno envejece, dormir, con dificultad creciente. Existe la necesidad de evaluar el riesgo para la salud de los ancianos de la falta de sueño efectivo, de modo que se establezcan estrategias de intervención comunitaria que contribuyan a la minimización de este problema. **Descriptor:** Envejecimiento, sueño, enfermería en salud comunitaria, estilo de vida saludable.

Abstract

Objectives: To evaluate the sleep habits in the elderly of a day care center in the city of Évora. **Methodology:** A descriptive study was conducted, the object of this study was the elderly population who attend a day care center in the municipality of Évora. For data collection, we used the Questionnaire on Sleep in Old Age by Marques and Espírito Santo (2011), from Instituto Superior Miguel Torga, answered by 30 seniors. **Results:** the study allowed us to verify the existence of life habits that negatively influence sleep pattern (watching television before bed time, lack of food, physical inactivity), risk of domestic accidents (falls), due to nocturnal awakening inferred to be related to taking diuretic medication and pain complaints that disturb sleep.

Conclusions: It is concluded that it is necessary to demystify the preconceived idea, that aging is associated to worsening sleep quality. There is a need to assess the risk to elderly is health the lack of effective sleep, so that community intervention strategies are established related to contribute to minimize this problem.

Descriptors: Aging, sleep, community health nursing, healthy lifestyle.

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

ANEXOS

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Anexo I - Autorização da Direção da Associação X para a realização do estudo

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”



para Maria, eu ▾

Bom dia,

Vem por este meio a

informar que autoriza o desenvolvimento do projeto "Qualidade do sono em pessoas com 65 ou mais anos".

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Direcção

ter, 18 de jun 11:08 (há 8 dias)



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre



Instituto
Politécnico
Portalegre

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº Pedido _____ / Data 27/09/2019
Ref. SC/2019/0424

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 27 de setembro de 2019, deliberou emitir Parecer Positivo à realização do Estudo de investigação "Avaliação das rotinas de sono em idade geriátrica", da responsabilidade da investigadora Marília Marvão Ferreira sob a orientação de Ana Clara Nunes.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Enes de Oliveira

27-09-2019

PP-COM-ÉTICA-Rev.2



“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

**Anexo III – Parecer do Conselho Técnico Científico do Instituto Politécnico de
Portalegre**

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Caro(a) Estudante

Considerando:

-O Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação,

O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emitiu parecer favorável sobre tema, plano de trabalho correspondente e respetivo(s) orientador(es) do seu Projeto de Mestrado.

Sobre este assunto foi tomada a Deliberação 2019/25 de 4 de dezembro do CTC da ESS do Politécnico de Portalegre.

Nota: A informação constante deste mail respeita única e simplesmente ao seu Projeto de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos

Raul Cordeiro

Presidente CTC

Raul Alberto Cordeiro, PhD

Professor Adjunto (Associate Professor)

“O dormir é meio sustento. Fique atento! Promoção de hábitos de sono saudáveis numa população idosa.”

Anexo IV – Autorização das autoras do QSTI para a aplicação do questionário

Pedido de autorização para utilização do questionário sobre o sono na terceira idade (QSTI)

Caixa de entrada



marília ferreira

qua, 29 de mai 11:32

Eu, Marília do Rosário Marvão Ferreira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do IPPo



Helena Espírito Santo

qua, 29 de mai 19:41

para Mariana, eu

inglês > português Traduzir mensagem

Desativar para: inglês

Cara Marília

Obrigada pelo seu contacto e pelo seu pedido.
A autora principal é a prof. Mariana Marques a quem estou a dar conhecimento do seu pedido.
Como coautora tenho todo o gosto em dar-lhe autorização e estou certa que a prof. Mariana não se oporá.
Em anexo, envio-lhe os nossos materiais para o caso de necessitar.
Votos de sucesso para a importante etapa do seu percurso académico.

Cordialmente,

Helena Espírito Santo

Mariana Marques <mvpmarques@gmail.com>

dom, 23 de jun 23:26 (há 3 dias)

para Helena, eu

Cara Marília,

Peço desculpa pela demora a responder-lhe. Agradeço o seu interesse pelo instrumento e pelo nosso trabalho. Naturalmente que, como a Professora Helena (a quem agradeço a resposta ao seu e-mail e o facto de ter enviado todo o material de que pode necessitar) autorizo o uso do nosso questionário.

Cumprimentos,

Mariana Vaz Pires Marques, PhD
Specialty in Clinical and Health Psychology and Specialty in Psychotherapy
Coimbra University Hospital - CHUC
Nogueira Torção Higher Institute - ISMT
Psychological Medicine Department, Faculty of Medicine, University of Coimbra
Coimbra, Portugal
