



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Promoção do Envelhecimento Ativo

Ana Filipa Ferreira Martinho

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Promoção do Envelhecimento Ativo

Ana Filipa Ferreira Martinho

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Doutora Maria de Lourdes Gil Patrício Varandas da Costa

2013



“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”

Ricardo Reis (1933)

AGRADECIMENTOS

Este projeto foi possível pelo apoio e envolvimento de diferentes pessoas, entre as quais destaco e agradeço:

À Sr.^a Professora Doutora Lourdes Varandas pela partilha de conhecimentos, orientação dedicada e constante disponibilidade.

Ao Enfermeiro Rogério Dinis pelo apoio, disponibilidade e ajuda no caminho a seguir.

Ao Centro Social São Maximiliano Kolbe: ao Frei Fabrizio Bordin e à Dr.^a Elsa Vicente por me permitirem desenvolver o projeto na Instituição. A todos os seus colaboradores, com os quais tive o prazer de trabalhar, pelo acolhimento, disponibilidade e apoio em todos os momentos, em especial à Dr.^a Gabriela Marques e à D. Emília Vaz.

Ao grupo de idosos, que participaram no projeto, pela partilha de experiências e de emoções. Obrigado pelas histórias, canções e gargalhadas. Foi um privilégio conhecê-los.

Aos colegas da USCP Marvila e UCC Oriente - Pólo Marvila, destacando as colegas Ana Afonso e Elsa Rosa, pelas palavras de apoio e partilha de experiências.

À colega de mestrado e amiga Deonilde Pina, pela partilha, companheirismo e trabalho de equipa. Porque não existem coincidências.

À equipa maravilha, Cacilda Seixas e Sérgio Jorge. Obrigado pela vossa amizade e por todos os momentos que temos partilhado ao longo dos anos. É uma honra trabalhar convosco.

À família, ao marido Marco, pelo incentivo, paciência e apoio incondicional e insubstituível. Sem ti não seria possível.

RESUMO

São vários os fatores que têm contribuído para o envelhecimento da população. A maior longevidade acarreta consequências, e envelhecer com qualidade constitui um desafio. Neste sentido procedeu-se ao desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária, com a finalidade de contribuir para a promoção do envelhecimento ativo.

Utilizou-se a metodologia do processo de planeamento em saúde, e os referenciais teóricos foram do modelo de promoção da saúde e do modelo de educação competencial/gerontagogia. A população-alvo foram os idosos que frequentam o Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe. O OARS-PT foi o instrumento escolhido para o diagnóstico de situação, aplicado a uma amostra de 45 idosos (34,6%), do total de 130, selecionados pelo método não-probabilístico. Identificados os problemas, estes foram priorizados segundo os critérios: magnitude, transcendência social e económica, e vulnerabilidade. Resultaram como problemas prioritários traduzidos em diagnósticos de enfermagem (CIPE[®]): tristeza demonstrada, sono alterado, desolação demonstrada, bem-estar físico alterado e exercício não adequado.

Optou-se por uma estratégia de intervenção dirigida a grupos, cujo alicerce é a Educação para a Saúde. As estratégias escolhidas são sustentadas por métodos e técnicas que focam os três domínios de aprendizagem, têm por base o reforço do papel das famílias e das relações intergeracionais, assim como a valorização da pessoa idosa na sociedade.

A avaliação da intervenção, de acordo com os indicadores de processo e de atividade, sugerem alterações ao nível da saúde física e mental, o que permite perceber os contributos para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Palavras-Chave: envelhecimento ativo, idosos, promoção da saúde.

ABSTRACT

Several factors contributed to population ageing. The increase in longevity has consequences, and getting old with quality is a challenge. As a response, this work proceeded to the development and implementation of a community intervention project to contribute to the promotion of active aging.

The methodology used was the planning process in health and the theoretical models were the health promotion model and the competencial educational model. The target population were seniors who attended the Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe. Using the OARS-PT as the diagnosis instrument, a sample of 45 elderly out of 130 (34,6%) was chosen using a non-probabilistic method. The OARS-PT allowed the identification of problems that were then prioritized according to the following criteria: magnitude, social and economic impact and vulnerability. The high priority problems were translated into nursing diagnoses (ICNP[®]): sadness, impaired sleep, desolation, physical well-being altered and ineffective exercise.

Following the Health Education as strategy, this community intervention was directed towards groups. Focusing on the three domains of learning, the chosen strategies, methods and techniques aimed to strengthen the role of families and intergenerational relationships, as well as the valorization of the elderly in society.

The evaluation of the intervention, based on the indicators of activity and process, suggest changes in physical and mental health, which allows identifying the contributions to improve the quality of life of the elders.

Keywords: active aging, elderly, health promotion.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	COMPETÊNCIAS.....	16
3.	ENVELHECIMENTO	17
3.1	Teorias do Envelhecimento	19
3.2	Dados Demográficos	20
3.3	Envelhecimento Ativo e Saudável	22
3.4	Políticas de Saúde.....	24
3.5	Cuidados de Enfermagem às Pessoas Idosas	27
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1	Modelo de Promoção da Saúde	29
4.2	Modelo de Aprendizagem.....	31
5.	METODOLOGIA.....	33
5.1	Local de Desenvolvimento do Projeto	33
5.2	Diagnóstico de Situação	35
5.2.1	Instrumento de colheita de dados	35
5.2.2	Análise dos dados e principais resultados	36
5.2.3	Identificação e priorização de problemas	42
5.3	Fixação de Objetivos	44
5.4	Seleção de Estratégias.....	45
5.5	Preparação da Execução e Implementação	52
5.6	Avaliação	53
6.	QUESTÕES ÉTICAS	57
7.	LIMITAÇÕES DO PROJETO	58
8.	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	59
9.	CONCLUSÃO.....	60
	BIBLIOGRAFIA	62

APÊNDICES.....	69
APÊNDICE I - Cronograma de atividades.....	71
APÊNDICE II - Consentimento informado para a aplicação do OARS-PT.....	73
APÊNDICE III - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	75
APÊNDICE IV - Avaliação dos Recursos Sociais.....	79
APÊNDICE V - Avaliação dos Recursos Económicos.....	85
APÊNDICE VI - Avaliação da Saúde Mental.....	93
APÊNDICE VII - Avaliação da Saúde Física.....	101
APÊNDICE VIII - Avaliação das Atividades de Vida Diária.....	111
APÊNDICE IX - Avaliação da Utilização de Serviços.....	117
APÊNDICE X - Pontuação acumulada de incapacidade.....	123
APÊNDICE XI - Identificação de Problemas.....	125
APÊNDICE XII - Priorização de Problemas.....	127
APÊNDICE XIII - Estratégias propostas.....	129
APÊNDICE XIV - Plano das sessões.....	131
APÊNDICE XV - Material de apoio utilizado nas sessões.....	155
APÊNDICE XVI - Avaliação das sessões.....	181
APÊNDICE XVII - Avaliação das intervenções.....	213
ANEXOS	217
ANEXO I - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	219
ANEXO II - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos.....	225
ANEXO III - Consentimento para a utilização do OARS-PT.....	245
ANEXO IV - Consentimento para o desenvolvimento do projeto e utilização do nome das Instituições envolvidas.....	247

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Material de apoio utilizado na sessão “O que é a saúde?”	156
Figura 2. Material de apoio utilizado na sessão “Benefícios da atividade física”	156
Figura 3. Material de apoio utilizado nas sessões: “Prática de atividade física”, “Caminhada”, “Terapia do Abraço” e “Terapia do Riso”	156
Figura 4. Material de apoio utilizado na sessão “O que é ser velho?”	162
Figura 5. Material de apoio utilizado na sessão “O que dizem os outros da velhice?”	162
Figura 6. Material de apoio utilizado na sessão “Ser positivo”	163
Figura 7. Material de apoio utilizado na Sessão “Roteiros”	163
Figura 8. Material de apoio utilizado na sessão “Sono”	164
Figura 9. Material de apoio utilizado na sessão “Relaxamento”	165
Figura 10. Material de apoio utilizado nas sessões “Conta histórias” e “Era uma vez...”	165
Figura 11. Convite para a sessão “O envelhecimento”	173

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões do OARS-PT	36
Quadro 2 - Distribuição por número de erros no SPMSQ	37
Quadro 3 - Distribuição segundo o estado civil	37
Quadro 4 - Distribuição segundo as habilitações literárias.....	38
Quadro 5 - Distribuição segundo as pessoas com quem vive.....	38
Quadro 6 - Problemas identificados e diagnósticos de enfermagem segundo o eixo do foco de intervenção, de acordo com a CIPE®	43
Quadro 7 - Comparação das respostas ao OARS-PT nas diferentes etapas.....	55
Quadro 8 - Avaliação da sessão “Quem é quem”	182
Quadro 9 - Avaliação da sessão “Jogo dos objetos”	183
Quadro 10 - Avaliação da sessão “O que é a saúde?”.....	184
Quadro 11 - Avaliação da sessão “Benefícios da atividade física”	185
Quadro 12.1 - Avaliação quantitativa da sessão “Prática de atividade física”	186
Quadro 12.2 - Avaliação qualitativa da sessão “Prática de atividade física”	187
Quadro 13.1 - Avaliação quantitativa da sessão “Caminhada”.....	189
Quadro 13.2 - Avaliação qualitativa da sessão “Caminhada”.....	190
Quadro 14 - Avaliação da sessão “Photo recall”	191
Quadro 15.1 - Avaliação quantitativa da sessão “Terapia do Abraço”	192
Quadro 15.2 - Avaliação qualitativa da sessão “Terapia do Abraço”.....	193
Quadro 16.1 - Avaliação quantitativa da sessão “Terapia do Riso”.....	194
Quadro 16.2 - Avaliação qualitativa da sessão “Terapia do Riso”	195
Quadro 17 - Avaliação da sessão “O que é ser velho?”	196
Quadro 18 - Avaliação da sessão “És assim...”	197
Quadro 19 - Avaliação da sessão “Origens”.....	198
Quadro 20 - Avaliação da sessão “O que dizem os outros da velhice?”	199
Quadro 21.1 - Avaliação quantitativa da sessão “Ser positivo”	200
Quadro 21.2 - Avaliação qualitativa da sessão “Ser positivo”	201
Quadro 22 - Avaliação da sessão “Roteiros”	202
Quadro 23 - Avaliação da sessão “Espelho”	203
Quadro 24 - Avaliação da sessão “Sono”.....	204
Quadro 25 - Avaliação da sessão “Relaxamento”	205
Quadro 26 - Avaliação da sessão “Conta histórias”	206

Quadro 27 - Avaliação da sessão “Era uma vez...”	207
Quadro 28 - Avaliação da sessão “Ser velho é...”	208
Quadro 29 - Avaliação da sessão “O envelhecimento”	209
Quadro 30 - Avaliação das sessões realizadas em contexto de Apoio Domiciliário..	210

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra nas variáveis sociodemográficas	76
Tabela 2. Distribuição segundo o número de erros no SPMSQ	77
Tabela 3. Distribuição segundo a pessoa com quem vive.....	77
Tabela 4. Distribuição por recursos sociais	80
Tabela 5. Distribuição segundo a autoavaliação de recursos sociais	81
Tabela 6. Distribuição de acordo com a perspetiva do informante sobre os recursos sociais	82
Tabela 7. Distribuição de acordo com a perspetiva do entrevistador sobre os recursos sociais	83
Tabela 8. Distribuição segundo a escala de classificação de recursos sociais	84
Tabela 9. Distribuição por atividade atual.....	86
Tabela 10. Quantia dos rendimentos	87
Tabela 11. Distribuição por habitação	87
Tabela 12. Quantia da renda de casa	87
Tabela 13. Distribuição segundo a autoavaliação de recursos económicos	88
Tabela 14. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio económico	89
Tabela 15. Distribuição de acordo com a perspetiva do informante sobre os recursos económicos	90
Tabela 16. Distribuição de acordo com a perspetiva do entrevistador sobre os recursos económicos.....	91
Tabela 17. Distribuição segundo a escala de classificação de recursos económicos	92
Tabela 18. Distribuição segundo a autoavaliação da saúde mental.....	94
Tabela 19. Distribuição de acordo com as respostas de sentido negativo aos itens do SPES.....	95
Tabela 19.1. Distribuição de acordo com o score do SPES, de acordo com Pfeiffer.	96
Tabela 20. Distribuição de acordo com a perspetiva do informante sobre a saúde mental.....	97
Tabela 21. Distribuição de acordo com a perspetiva do entrevistador sobre a saúde mental.....	98
Tabela 22. Distribuição segundo a escala de classificação de saúde mental	99
Tabela 23. Distribuição por consumo de medicamentos	102

Tabela 24. Distribuição segundo a doença	103
Tabela 25. Distribuição segundo a doença e o modo como interfere nas atividades	104
Tabela 26. Distribuição de acordo com a incapacidade física.....	105
Tabela 27. Distribuição de acordo com a utilização de dispositivos de apoio e próteses.....	106
Tabela 28. Distribuição segundo a indicação médica de redução do consumo de bebidas alcoólicas	106
Tabela 29. Distribuição de acordo com a prática de atividade física.....	107
Tabela 30. Distribuição de acordo com a autoavaliação da saúde física	107
Tabela 31. Distribuição de acordo com a perspetiva do informante sobre a saúde física.....	108
Tabela 32. Distribuição de acordo com a perspetiva do entrevistador sobre a saúde física.....	108
Tabela 33. Distribuição segundo a escala de classificação de saúde física.....	109
Tabela 34. Distribuição de acordo com as AVD Instrumental	112
Tabela 35. Distribuição de acordo com as AVD Físico.....	114
Tabela 36. Distribuição de acordo com a incontinência	115
Tabela 37. Distribuição de acordo com a ajuda disponível para a realização das AVD	115
Tabela 38. Distribuição segundo a escala de classificação do desempenho das AVD	116
Tabela 39. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços sociais e recreativos	118
Tabela 40. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde.....	119
Tabela 41. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços gerais de apoio.....	120
Tabela 42. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio, avaliação e coordenação.....	122
Tabela 43. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços não classificados	122
Tabela 44. Distribuição de acordo com a pontuação acumulada de incapacidade ...	124
Tabela 45. Comparação da distribuição de acordo com as respostas de sentido negativo aos itens do SPES	214

Tabela 46. Comparação da distribuição segundo a doença.....	215
Tabela 47. Comparação da distribuição segundo a doença e o modo como interfere nas atividades	215
Tabela 48. Comparação da distribuição de acordo com a prática de atividade física	215

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

ATL - Atividades de Tempos Livres

AVD - Atividades de Vida Diária

CIJ - Centro de Informação Juvenil

CIPE / ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

EpS - Educação para a Saúde

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPES - Short Psychiatric Evaluation Schedule

SPMSQ - Short Portable Mental Status Questionnaire

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbidade, na estrutura familiar e a emergência das doenças crônicas e degenerativas, os novos fluxos migratórios, o isolamento social, a violência, a pobreza, os problemas relacionados com estilos de vida e comportamentos, traduzem-se em novas necessidades em saúde. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, ou seja, com qualidade de vida, constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva (PORTUGAL, 2010).

O enfermeiro que presta cuidados na comunidade responde aos diferentes clientes (pessoas, famílias, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. Segundo Martins (2011), as suas competências permitem-lhe participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades.

De acordo com o Código Deontológico (Artigo 80.º) o enfermeiro, como responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados, tem o dever de conhecer as necessidades da população e comunidade em que está inserido; participar na orientação e procura de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais nas respostas às necessidades detetadas.

O presente projeto tem como finalidade **contribuir para a promoção do envelhecimento ativo**, sendo que o objetivo geral é **promover a escolha de um estilo de vida saudável, no sentido de melhorar a qualidade de vida do grupo de idosos**.

O trabalho está estruturado em oito capítulos: o primeiro descreve as competências a adquirir com o projeto, o segundo corresponde ao enquadramento teórico acerca da temática, o terceiro refere-se aos modelos que suportam a prática, no quarto é descrita a metodologia utilizada, no quinto são abordadas as questões éticas, o sexto reflete as limitações do projeto, o sétimo refere as competências desenvolvidas e no oitavo é apresentada a conclusão.

2. COMPETÊNCIAS

Analisando as competências contempladas no Regulamento n.º 128/2011, referente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e tendo em conta o modelo de aquisição e desenvolvimento de competências de Benner (2001), considero estar num nível de experiência de iniciado pois não possuo o conhecimento prático ou a experiência de atividades que me permitam situar-me num nível mais avançado.

Através do projeto de intervenção comunitária, ao longo de todo o percurso pedagógico, é pretendido o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. As competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011) assentam na satisfação do cliente (grupos/comunidade), promoção da saúde, prevenção, bem-estar, autocuidado e na organização dos cuidados de enfermagem. Com o processo de planeamento em saúde e através da implementação do projeto de intervenção comunitária, pretendo desenvolver as seguintes competências:

- Otimizar a rede de suporte e interagir no desenvolvimento de projetos de saúde dos grupos/comunidade;
- Elaborar o diagnóstico de saúde de um grupo da comunidade utilizando a metodologia do planeamento em saúde;
- Estabelecer prioridades em saúde, com vista à resolução dos problemas identificados;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos, através da formulação de objetivos e da definição e implementação de estratégias;
- Avaliar e analisar o impacto das intervenções em saúde na resolução dos problemas identificados.

3. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano é um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se inicia mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004).

Envelhecer é um fenómeno biológico e progressivo no ciclo de vida. Sendo geneticamente programado constitui o que se designa por envelhecimento primário. O envelhecimento secundário, parcial ou totalmente evitável, resulta da influência do ambiente, dos comportamentos e estilos de vida, que aceleram o envelhecimento primário e comprometem a qualidade de vida particularmente, no bem-estar físico, na resistência à doença e na manutenção da saúde (CLARA, 2008). Os autores Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007) caracterizam o envelhecimento terciário por um grande aumento das perdas cognitivas e físicas, num período relativamente curto de tempo.

O envelhecimento como processo natural está intimamente ligado a uma maior eficácia de medidas preventivas de saúde, aos progressos das ciências da saúde, a maiores e melhores intervenções no meio ambiente, e à tomada de consciência de que somos os principais agentes da nossa própria saúde (MONIZ, 2003).

A conceção de **pessoa idosa** é resultante da fixação de uma idade cronológica. Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos, a qual tem vindo a perder algum sentido social, dado que a longevidade e a qualidade de vida destas pessoas se vão modificando. De acordo com Cancela (2007) esta é apenas uma idade estabelecida dado que o processo de envelhecimento depende de fatores biológicos, psíquicos e sociais. Daí advém que o conceito de pessoa idosa esteja em mudança nas últimas décadas.

O envelhecimento pode ser ainda analisado sob duas grandes perspetivas (INE, 2002):

- Individual - o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida, estando subjacente o envelhecimento biológico.

- Demográfico - define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa.

Segundo Costa (2002) o envelhecimento é antes de mais uma questão demográfica. Sob este ponto de vista Portugal está incluído num conjunto de países que são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e a existência de fortes fluxos migratórios. Estes fatores têm contribuído para uma modificação da estrutura etária da população, causando o seu envelhecimento acentuado.

Cabe mencionar que a velhice é uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas características intelectuais, emocionais e sociais (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004).

Assim, a prevenção primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem uma abordagem prioritária e indispensável no sector da saúde. Ponderando as diferenças de idade e género, permitem a manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência. A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade (KALACHE e LUNENFELD, 2001).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, ou seja com qualidade de vida, o mais tempo possível, constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Sendo que o declínio das funções, associado ao envelhecimento, está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais, sendo necessário pensar o envelhecimento ao longo da vida numa atitude mais preventiva (PORTUGAL, 2010).

3.1 Teorias do Envelhecimento

O processo de envelhecimento tem vindo a ser alvo de várias teorizações, uma vez que não é ainda bem compreendido. Fletcher (2011) faz referência às teorias biológicas, como explicativas do processo de envelhecimento, no qual o tema central é a mudança, em que as alterações são explicadas ao nível molecular, celular e sistémico.

Do ponto de vista sociológico, as teorias psicossociais abordam a gerontologia, de forma individual ou agregada, fornecem uma estrutura para a prática de enfermagem comunitária. Esta perspetiva inclui a **teoria do descomprometimento**, na qual os indivíduos e a sociedade se descomprometem mutuamente; a **teoria da atividade**, que refere a importância das pessoas idosas manterem papéis e atividades regulares, e mesmo desenvolver novos papéis; a **teoria da continuidade**, que vê o envelhecimento como uma continuação no processo de vida, em que os comportamentos do passado determinam a predisposição para fazer escolhas presentes e futuras; e a **teoria humanista**, em que cada pessoa é única, com autodeterminação e com necessidades humanas básicas (FLETCHER, 2011).

As **teorias de desenvolvimento** sugerem que todos os indivíduos devem executar certas tarefas ao longo do processo de desenvolvimento. Fletcher (2011) refere duas perspetivas: Clark e Anderson consideram que os indivíduos continuam a ajustar-se e a adaptar-se através da definição das limitações, redefinição do espaço de vida, alternativas para a satisfação das necessidades, avaliação de si mesmo e reintegração dos objetivos de vida; Erikson considera que os idosos estão no estágio de desenvolvimento que coloca em confronto a integridade do ego e o desespero, sendo esta uma fase de realizar uma retrospectiva de vida.

3.2 Dados Demográficos

O aumento da esperança média de vida, associado a uma baixa importante da taxa de fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população. Igualmente associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares este facto causa impacto profundo na saúde pública, uma vez que determina novas necessidades em saúde (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004).

As alterações sociodemográficas, as transformações na estrutura e dinâmica familiar, a individualização das relações sociais, centradas na autonomia e na independência, proporcionaram uma desproteção à população idosa. A sua vulnerabilidade está associada à maior probabilidade de doenças crónicas e incapacitantes, à necessidade de cuidados de terceiros, à maior probabilidade de rendimento insuficiente, ao baixo nível de escolaridade e acesso deficitário à informação, associado a níveis escassos de participação social.

De uma forma global, a população idosa está a crescer numa proporção de 2,6% ao ano. Em 2011 o número de pessoas no mundo com 60 ou mais anos era de 893 milhões, prevendo-se que atinja os 2,4 biliões em 2050, altura pela qual o número de pessoas idosas deverá ultrapassar o número de jovens (indivíduos dos 0 aos 14 anos de idade) (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2011).

A União Europeia (UE) assiste cada vez mais ao envelhecimento da sua população. Esta transição demográfica reflete-se na descida da taxa de mortalidade e no aumento da esperança da vida. A idade média na UE é de 39,8 anos (segundo o Eurostat), e em 2060, os cidadãos da UE terão, em média, 47,2 anos. Dentro de poucos anos, a população europeia em idade ativa irá diminuir, enquanto a população com idade igual ou superior a 65 anos continuará a aumentar a um ritmo de 2 milhões por ano. Prevê-se que em 2060 as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representem cerca de 30% da população da UE, podendo existir um idoso para cada duas pessoas em idade ativa.

Segundo os resultados provisórios dos Censos 2011, o fenómeno do duplo envelhecimento da população portuguesa, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado. De acordo com o INE (2010), a proporção de jovens (dos 0 aos 14 anos) em 2009 decresceu para 15,3% da população residente total (16% em 2000). Também a proporção dos

indivíduos em idade ativa (indivíduos dos 15 aos 64 anos) diminuiu para 66,9% (67,7% em 2000). Em sentido inverso, aumentou o peso relativo da população idosa (com 65 ou mais anos) para 17,9% (17,6% em 2000). Em resultado destas alterações verificou-se um aumento do índice de envelhecimento para cerca de 118 idosos (102 em 2000) por cada 100 jovens. Atualmente o índice de envelhecimento é de 129, acentuando-se o predomínio da população idosa (INE, 2011).

Em 2011, Portugal apresentava 14,89% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e 19,15% da população com 65 ou mais anos, sendo a esperança média de vida à nascença de 79,2 anos (PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012). Estes resultados permitem quantificar que o esforço da sociedade sobre a população ativa agravou-se (em 4%) na última década, resultado do aumento do índice de dependência de idosos em 21%.

Temos vindo a assistir ao aumento do fenómeno do envelhecimento da própria população idosa, sendo que a proporção da população com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população, entre 1960 e 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5%, no mesmo período. Em termos prospetivos, prevê-se que, em 2050, a população com mais de 65 anos represente cerca de 31,9% da população portuguesa (INE, 2011).

Prevê-se que a tendência de involução da pirâmide etária se acentue em 2050, para uma forma cilíndrica, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens. Portugal registou em 2011 um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projeções para 2050 para um aumento significativo deste índice, prevendo-se que as pessoas vivam, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens passar-se-á para os 7,3 (PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

Se o envelhecimento é uma tendência demográfica em Portugal, as formas de viver a longevidade são múltiplas e exigem políticas e iniciativas diferenciadas, à medida das necessidades de satisfação pessoal, autonomia e participação. Estes ganhos em anos de vida produzem alterações que exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores obrigando a questionar sobre as representações sociais estereotipadas em relação aos idosos. Porque se por um lado “existem pessoas

autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de pobreza, incapacidade, doença e, ou isolamento” (PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012, p. 5).

Neste sentido, o envelhecimento da população representa vários desafios: para o mercado de trabalho, para os sistemas de saúde e para o nível de vida após a reforma. Teme-se que as condições de vida piorem para os idosos; encarado com apreensão a perspectiva de que estes zelem pelos seus próprios interesses e imponham um pesado encargo sobre as gerações mais jovens. Assim, o futuro das sociedades dependerá da criação de oportunidades que permitam um envelhecimento ativo para todos.

3.3 Envelhecimento Ativo e Saudável

O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e da obtenção dos objetivos desejados. Como componentes do envelhecimento saudável podemos considerar:

- A prevenção de doenças, atrasando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade;
- A prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas;
- A atividade social, o convívio, o sentir-se útil à família e/ou à comunidade relacionado com a qualidade de vida, o bem-estar e a manutenção da função cognitiva.

A OMS e a Comissão da UE consideram de grande importância todas as medidas políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável. Com este objetivo é valorizada a autonomia (autodeterminação e liberdade de escolha), a aprendizagem ao longo da vida para manter a capacidade cognitiva e a atividade após a reforma nas componentes: física, psicológica e social (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2008).

No contexto das consequências e desafios que a maior longevidade acarreta, a OMS adotou, no final dos anos 90, o paradigma do envelhecimento ativo. Este é entendido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, de forma a promover a participação e segurança dos indivíduos na escolha de um estilo de vida saudável, para melhorar a qualidade de vida (OMS, 2005). Desta forma, passa-se para uma visão pró-ativa que reconhece a pessoa como um elemento capaz que atua

no processo político e na mudança positiva da sociedade. Neste sentido, o envelhecimento ativo implica uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, constituindo um desafio para toda a sociedade. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo significa envelhecer com boa saúde e como pleno membro da sociedade, com um maior sentido de realização profissional, maior independência na vida quotidiana e maior participação enquanto cidadãos. Independentemente da idade é possível continuar a ser um membro ativo da sociedade e beneficiar de qualidade de vida. O desafio consiste em tirar o máximo partido do potencial de cada um, independentemente da idade (EUROPEAN COMMISSION, 2012). Este promove a participação na sociedade de acordo com as necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo que proporciona proteção, segurança e cuidados, quando necessários. Assim, permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida (WHO, 2002b).

O objetivo do envelhecimento ativo visa aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, incluindo as que são vulneráveis, que apresentem incapacidades físicas ou que requeiram cuidados (OMS, 2005).

A visão veiculada pela ideia de envelhecimento ativo implica uma atitude pessoal de otimismo perante a vida. Mas também exige medidas por um lado capacitadoras dos mais velhos e das suas famílias e, por outro, responsivas às suas situações eventuais de vulnerabilidade social (PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

Uma vez que o envelhecimento ocorre num determinado contexto que envolve a família, amigos, vizinhos, a interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo (OMS, 2005).

3.4 Políticas de Saúde

A preocupação com o envelhecimento enquanto alvo de políticas tem início com a Declaração dos Direitos das Pessoas Idosas, adotada em 1965 em Los Angeles pelos representantes da Associação Internacional dos Cidadãos Idosos e pela Federação Europeia para as Pessoas Idosas.

Em 1978 a OMS, através da Declaração de Alma-Ata, defende a saúde como direito humano, sendo a meta a atingir o mais alto nível de bem-estar possível de saúde. Com a Carta de Ottawa (1986), a saúde passa a ser vista como um recurso para a vida, um conceito positivo cuja direção é o bem-estar global. Como estratégia, a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, com foco nas mudanças dos estilos de vida.

A nível internacional as Nações Unidas têm fomentado as políticas relacionadas com as pessoas idosas, destacando-se o Plano de Ação sobre o Envelhecimento, adotado na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (realizada em Viena, em 1982), e os Princípios a favor dos Idosos (em 1991), que incluem a independência, a participação, os cuidados, a autorrealização e a dignidade. Neste âmbito, o ano de 1999 foi celebrado como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, ao longo do qual foi dada ênfase à importância que o envelhecimento e a proteção da população idosa devem assumir na atualidade.

Em Portugal, as políticas com influência na população idosa foram modificadas ao longo do tempo, evoluindo de acordo com as necessidades detetadas. Até à Primeira República vigorou o mutualismo, sendo os cuidados de saúde prestados, maioritariamente, por ordens religiosas. Com a Constituição de 1911, foi consagrado o direito à assistência pública (LEAL, 1998). O Estado Novo foi dominado pelo sistema corporativo, sendo instituído em 1973 o estatuto das pensões de sobrevivência, no qual o governo propôs a criação de uma “política da terceira idade” que dava ênfase à idade como um fator importante a proteger (CARVALHO, 2010). O sistema de segurança social emergiu após a revolução de 1974, onde foi considerada a necessidade da adoção de medidas de proteção na invalidez, na incapacidade e na velhice (DECRETO-LEI n.º 203/74) e foi instituída a pensão social (DECRETO-LEI n.º 217/74).

Na assistência à saúde destaca-se o aparecimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) enquanto rede prestadora de cuidados, tendo a sua origem na reforma do sistema de saúde e da assistência em 1971. Outro marco importante para a saúde da população foi a criação do SNS pois até então a assistência competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da previdência (Artigo 64.º da Constituição da República). Em 1982 a Constituição da República é revista passando o Estado a assumir a responsabilidade pela segurança social de grupos fragilizados, jovens, crianças, idosos e pessoas com deficiência (CARVALHO, 2010).

Com a Lei de Bases da Saúde a proteção da saúde passou a constituir um direito dos indivíduos e da comunidade, mas também uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (DECRETO-LEI n.º 48/90). É dada prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, sendo tomadas medidas especiais relativamente a grupos de maior risco, nos quais são englobadas as pessoas idosas.

O sistema foi dando resposta às necessidades dos indivíduos saídos do mercado de trabalho, construindo mecanismos de antecipação da reforma, pela criação do 14º mês de pensão (PORTARIA n.º 470/90), assim como o complemento social que apoiava as pessoas idosas do regime não contributivo (DECRETO-LEI n.º 329/93). Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88 foi criada uma Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, surgindo respostas alternativas como o acolhimento familiar, o apoio domiciliário, o alargamento de centros de dia e dos centros de convívio.

As respostas para a população idosa foram aumentando, com destaque para os centros de convívio e do apoio domiciliário, com o contributo do pacto de cooperação entre o Estado e as Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), estabelecido em 1996 (RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 21/97). Como parceria entre os Ministérios da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, surgiu o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) que, com a finalidade de aumentar o número e a qualidade das respostas, apostou na criação de novos serviços e na melhoria dos já existentes (DESPACHO CONJUNTO n.º 259/97). Em 1999, surge o apoio no domicílio, cuja pretensão é prevenir a dependência e promover a autonomia, atenuando e agindo em situações concretas de risco social que se colocam às pessoas no seu dia-a-dia (DESPACHO NORMATIVO n.º 62/99).

Na continuidade das reformas iniciadas, surgem alterações ao nível dos CSP pela criação dos centros de saúde de “terceira geração”, sendo estabelecido um novo regime de organização e funcionamento (DECRETO-LEI n.º 157/99). A nova estrutura engloba diferentes unidades funcionais em interligação, com uma gestão por objetivos, com vista à obtenção de ganhos em saúde. É dada ênfase ao trabalho com a comunidade, no qual as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) assumem uma importância central no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem, ao apoio psicossocial às pessoas, famílias e grupos com maior risco/vulnerabilidade em saúde, e à articulação com as entidades e recursos existentes (DECRETO-LEI n.º 28/2008).

“Em 2003, as pessoas com mais de 65 anos representavam cerca de 49,3% nos internamentos superiores a 30 dias e 53% dos internamentos superiores a 20 dias; de 10 reinternamentos, 5 eram de pessoas idosas e só 3 em 10 altas eram de pessoas idosas” (CAMPOS, 2008, p. 115). Para responder ao progressivo envelhecimento da população e à crescente prevalência de doenças crónicas incapacitantes foi necessário alterar a política de cuidados continuados, com o Decreto-Lei n.º 101/2006, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O PNS 2004-2010, através de implementação de diferentes estratégias permitiu um aumento da esperança de vida, da população com idades compreendidas entre os 65 e os 69, com um aumento em anos de 16,5 para os homens e 19,9 para as mulheres. Apesar da evolução destes indicadores, a população idosa faz uma autoavaliação negativa do seu estado de saúde; dos objetivos propostos para a referida faixa etária, não foi atingida a diminuição de hábitos de risco, sobretudo no que diz respeito ao consumo diário de tabaco, excesso de peso e obesidade (PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Em 2004 a Direção Geral de Saúde lançou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - PNS Idosos (Circular Normativa N.º 13) que tem como objetivo geral obter ganhos em anos de vida com independência. Este assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento ativo e saudável, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;

- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Com o intuito de atenuar a pobreza, sobretudo dos idosos em situação de maior carência, foi implementado o aumento do rendimento pela atribuição do “complemento solidário para idosos” (DECRETO-LEI n.º 232/2005).

O atual PNS 2012-2016, alicerçado no modelo salutogénico, pretende promover os contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida, a autonomia do indivíduo pela sua saúde e a responsabilização da sociedade. O percurso individual de saúde é visto como tendo necessidades específicas e momentos particularmente importantes (períodos críticos) que, pela forma como decorrem, influenciam de forma positiva ou negativa as fases da vida. A intervenção nestes momentos (janelas de oportunidade) promove e protege a saúde, trazendo ganhos a longo prazo.

A Comissão das Comunidades Europeias (1999) considera que a maioria dos idosos beneficia de melhores condições de vida do que no passado, mas salienta a necessidade de serem criadas políticas que reflitam, de forma mais adequada, a diversidade das situações, para melhor mobilização dos recursos, minimizando os riscos da exclusão social, que promovam um envelhecimento saudável e que limitem o aumento da dependência.

3.5 Cuidados de Enfermagem às Pessoas Idosas

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa podem operacionalizar-se de formas distintas, dado que cada pessoa é única. Berger e Meilloux-Poirer (1995) mencionam alguns objetivos que devem ser tidos em conta na prestação de cuidados às pessoas idosas:

- Proteger e promover a saúde;
- Prevenir complicações de situações patológicas;
- Satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas;
- Favorecer a identidade e a autonomia da pessoa;
- Prevenir o isolamento social;
- Ajudar a pessoa na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais;
- Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades;
- Estimular a pessoa a inserir-se no seu meio.

Estes objetivos interligam-se com os determinantes sociais, sobretudo ao nível dos macro determinantes, tais como as condições de habitação, rendimentos adequadas e transportes acessíveis. Todos estes fatores têm influência na capacidade da pessoa idosa levar um estilo de vida mais saudável. Para melhorar a saúde dos idosos deve ser considerada não só a abordagem funcional (modelo biomédico), mas sobretudo os fatores determinantes de saúde (modelo social).

Segundo Kalache e Lunenfeld (2001) a saúde é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem. Na população idosa, a saúde está relacionada com a qualidade de vida, sendo esta largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência (SQUIRE, 2005). Ou seja, a capacidade/competência funcional - aptidão para realizar as atividades necessárias que assegurem o bem-estar nos domínios de funções: biológica, psicológica (cognitiva e afetiva) e social (WHO, 2002a) está intimamente ligada o processo de envelhecimento. Assim, de acordo com Rodrigues (2007) é crucial, na avaliação à população idosa, determinar quais as áreas nas quais os indivíduos se mantêm independentes, cooperam e participam, bem como que serviços da comunidade utilizam.

A abordagem do idoso deve respeitar as especificidades do género, tendo em linha de conta a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade de cada um. Este tipo de abordagem permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem.

A Enfermagem Comunitária, sendo uma área privilegiada que intervém na comunidade tem como objetivos a prevenção da doença e a promoção da saúde. Assim, para atingir estes objetivos, os enfermeiros devem implicar-se na educação do cliente e da comunidade, no aconselhamento, na defesa e na gestão de cuidados. Sendo a meta a promoção da saúde, a sua consecução implica que se atue nos três níveis de prevenção, com ênfase na prevenção primária. De acordo com Stanhope e Lancaster (2011) todos os idosos podem beneficiar com a promoção da saúde e prevenção da doença, no sentido de promover a sua qualidade de vida, preservar ou aumentar a saúde física e mental, o estado funcional e o desempenho de papéis.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Por forma a melhorar a prática de cuidados, conferindo significado ao conhecimento, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos, as teorias de enfermagem orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão para a ação (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Assim, no desenvolvimento do projeto é fundamental o uso de um referencial teórico para que se obtenham resultados que direcionem a prática. Tendo em conta o objetivo geral do projeto considero que o Modelo de Promoção de Saúde constitui a melhor ferramenta para realizar intervenções no âmbito da mudança de comportamentos.

4.1 Modelo de Promoção da Saúde

De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 44) o Modelo de Promoção da Saúde integra contributos teóricos “from expectancy-value theory and social cognitive theory”, que postulam a importância dos processos cognitivos na alteração de comportamento e que inclui as seguintes auto-crenças: autoatribuição, autoavaliação e autoeficácia. Sakraida (2004) identifica os fatores cognitivos e perceptivos como principais determinantes do comportamento da promoção da saúde.

Os conceitos centrais de metaparadigma deste modelo são: pessoa, ambiente, enfermagem, saúde, doença e promoção de saúde (Anexo I). O modelo pretende identificar os fatores que estão na base do comportamento relativo à saúde e surge como uma proposta para explorar o processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para se engajarem em comportamentos produtores de saúde (VICTOR, LOPES e XIMENES, 2005). Tem como foco de atenção os determinantes do comportamento de promoção da saúde do indivíduo.

Este é usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais (Anexo I):

1. Características e experiências individuais - incluem o comportamento anterior e os fatores pessoais (fatores biológicos, psicológicos e socioculturais). Victor, Lopes e Ximenes (2005) consideram que o comportamento anterior é o ponto de partida do modelo pois influencia diretamente o comportamento de promoção da saúde. É importante referir que, entre os fatores pessoais, alguns não podem ser modificados, ou seja, não podem ser incorporados como variáveis.

2. Comportamento específico - sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar, é considerado o núcleo central “because they can be modified through interventions” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 46). É formado pelas variáveis: percebe benefícios para ação (representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento), percebe barreiras para ação (percepções negativas e dificuldades sobre um comportamento), percebe autoeficácia (julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações), sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais (o comportamento pode ser influenciado pela família, cônjuge, normas) e influências situacionais.
3. Resultado do comportamento e experiências individuais - abrange o compromisso com o plano de ação, as exigências imediatas e preferências (que exercem controle sob as ações de mudança de comportamento) e o comportamento de promoção da saúde, “is the end point or action outcome” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 50), resultado da implementação do modelo. Este, pretende que os comportamentos de promoção de saúde tenham impacto na melhoria da saúde, no reforço das capacidades funcionais e na qualidade de vida.

Estes autores, referem ainda que “assessment is a primary building block for planning, implementing, and evaluating community health promotion-prevention programs” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 113). As comunidades podem ser definidas de uma de duas formas: de acordo com a área geográfica, ou de acordo com a relação/modo de interação das pessoas.

A saúde da comunidade “can be defined as meeting the collective needs of its members through identifying problem and managing interactions within the community and between the community” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 26). Esta depende das atitudes, crenças e comportamentos dos indivíduos que a compõem, dos fatores físicos, sociais, económicos e políticos que facilitam ou inibem uma vida saudável.

Na comunidade, os idosos são um grupo etário especialmente vulnerável, com grande exposição ao risco. A sua saúde e o bem-estar dependem “on freedom from disease, adequate functional status, and sufficient social and environmental supports” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 274). Assim, na avaliação de saúde é fundamental ter uma visão holística, sendo essencial focar dimensões como: saúde

física, saúde mental, funcionamento social, papel desempenhado, percepção do bem-estar.

É também importante conhecer o contexto social, o suporte recebido, qual a relação e cooperação com e entre os membros da família, amigos, vizinhos, e o tipo e frequência do contacto - para compreender se o suporte é ou não adequado. Os cuidados à população idosa devem ter como foco “maximizing independence, vigor, and life satisfaction” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 273), com atenção para as alterações ao nível físico, sensorial e psicossocial que acompanham o processo de envelhecimento, bem como os sentimentos a estes associados.

4.2 Modelo de Aprendizagem

A aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento (ALARCÃO e TAVARES, 1992). A educação ocupa um lugar cada vez maior na vida dos indivíduos na medida em que aumenta a sua função na dinâmica das sociedades modernas. O modelo que se propõe usar é um modelo de educação competencial (ou gerontagógico) baseado no conceito de “atualização do autoconhecimento” que visa uma melhor gestão da vida pessoal e social através da reatualização dos conhecimentos e da problematização do conhecimento de acordo com os contextos (LEMIEUX e MARTINEZ, 2001).

Para Martinez (2000) a gerontagogia - termo utilizado inicialmente por Lessa e por Bolton (em 1978) para designar a ciência aplicada que pretende a intervenção educativa nos idosos - aposta na renovação dos modos de pensar a educação e o envelhecimento. A educação é vista como um processo de comunicação em que os participantes “trocam” significados acerca do que é objeto de atenção do estudo. A experiência acumulada ao longo da vida é respeitada e valorizada como experiência concreta. Este modelo tem como objetivo conhecer o modo como o pensamento funciona, que usando a metacognição pretende a aquisição da sabedoria (que consiste na competência geral, conhecimento baseado na experiência e habilidades reflexivas) para uma melhor gestão da vida pessoal e social (LEMIEUX e MARTINEZ, 2001).

A gerontagogia vai de encontro a Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 204) que referem que as experiências de mestria “help to create a sense of competence to perform effectively and overcome obstacles”. Nesta perspetiva, de acordo com

Lemieux e Martinez (2001), o enfermeiro, no seu papel de educador assume como funções: conhecer os idosos; procurar que, do ponto de vista pessoal e social, sejam mais autónomos e capazes de tomar decisões; ajudá-los na tarefa de incorporar os conhecimentos, bem como criar condições para incentivar a permuta de conhecimentos.

5. METODOLOGIA

A metodologia a utilizar no projeto de intervenção comunitária é o processo de planeamento em saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 23) este consiste na “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”, sendo entendido como um processo contínuo e dinâmico, no qual as decisões são programadas e previstas.

5.1 Local de Desenvolvimento do Projeto

O projeto de intervenção comunitária é desenvolvido e implementado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Lisboa II - Lisboa Oriental, que se integra no concelho de Lisboa com uma área total de 83,8 Km² e 545.245 residentes (INE, 2011). Do conjunto das 20 freguesias abrangidas pelo ACES, elegeu-se a freguesia de Marvila pela proximidade à população, resultante da prestação de cuidados à mesma nos últimos 5 anos.

De origens essencialmente rurais, Marvila era ocupada pela aristocracia e por ordens conventuais (séc. XVII e XVIII), proliferavam as quintas e as hortas exploradas, na sua maioria, por população com origem no norte do País. Após o terramoto de 1755, as quintas são abandonadas e surgem as primeiras fábricas. Com a inauguração da linha férrea (1856) a industrialização progride até aos anos 50 (séc. XX). Atualmente proliferam as hortas urbanas. Com uma superfície de 630 hectares, a freguesia é constituída pelos seguintes bairros: Salgadas e Alfinetes, Condado, Lóios, Amendoeiras, Flamengo, Armador, Marquês de Abrantes, Vale Fundão e Poço do Bispo. De acordo com o Censos 2011 tem uma população residente total de 38.102 habitantes e uma população presente total de 36.630. Apresenta um total de 14.206 famílias, com 16.681 alojamentos e 1.549 edifícios (INE, 2011).

Optou-se por desenvolver o projeto de intervenção no Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe, instituição que pertence à área de influência da UCC Oriente. Esta é uma IPSS sem fins lucrativos, “canonicamente ereta com personalidade jurídica no foro canónico e cívico”, pertencente à Paróquia de São Maximiliano Kolbe do Vale de Chelas (freguesia de Marvila). Como missão visa prestar serviços de natureza social e humanitária de qualidade à comunidade local, procurando colmatar as lacunas e assimetrias sociais, promovendo a igualdade de oportunidades e orientando a sua

integração cívica e moral. A ação do Centro tem como objetivos o respeito pela dignidade humana e o “dever” de contribuir para o seu desenvolvimento moral, espiritual e cultural, de fortalecimento do sentido comunitário, e a criação de estruturas de comunicação cristã de bens e de ajuda mútua. Como corpo técnico apresenta 42 funcionários: direção técnica, assistente social, serviços administrativos, ajudantes familiares, auxiliares dos serviços gerais, animadores, motorista e economato (<http://www.saomaximilianokolbe.com>).

Atualmente o Centro tem a funcionar várias valências na área da infância (Creche, Jardim de infância, Atividades de Tempos Livres - ATL), do jovem (Centro de Informação Juvenil - CIJ), e do idoso (Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário). Nesta última, dá apoio a um total de 130 idosos, sendo que destes 74 utentes frequentam o Centro de Dia, 28 utentes o Centro de Convívio e 25 utentes usufruem de Apoio Domiciliário.

O objetivo geral do projeto é **promover a escolha de um estilo de vida saudável, no sentido de melhorar a qualidade de vida do grupo de idosos**. Os objetivos específicos são:

- Avaliar a competência funcional do grupo de idosos nas seguintes áreas: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária;
- Avaliar a utilização e a necessidade sentida de serviços, pelo grupo de idosos;
- Identificar as áreas com necessidade de intervenção;
- Aumentar o potencial do grupo de idosos para o bem-estar físico, social e mental;
- Manter/aumentar a autonomia e a independência do grupo de idosos.

Sendo a população alvo do projeto de intervenção os idosos que frequentam o Centro (total de 130 utentes), para a seleção da amostra o método utilizado é o não-probabilístico, no qual a amostragem é feita por conveniência. Desta forma os casos escolhidos são aqueles que estão facilmente disponíveis (HILL e HILL, 2009), no período de tempo de 4 a 30 de Maio de 2012. Como critérios de inclusão na amostra foram selecionados os utentes: com mais de 65 anos ou reformados; orientados no tempo e no espaço, e que percebem a língua portuguesa. Como critério de exclusão na amostra: utentes com quadro demencial.

5.2 Diagnóstico de Situação

No processo de planeamento em saúde o primeiro passo consiste, de acordo com Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993), na elaboração do diagnóstico de situação. Este deve ser abrangente, de forma a identificar os principais problemas e os respetivos fatores condicionantes, e suficientemente aprofundado, para que se divulguem as causas.

Segundo Tavares (1990) no diagnóstico de situação identificam-se os problemas (estado de saúde julgado deficiente) e determinam-se as necessidades (diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir). Deve ter como requisitos a descrição quantitativa da situação, o conhecimento dos fatores determinantes, a análise e avaliação da sua evolução (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). No fim desta fase deverão ser definidos os principais problemas de saúde (Apêndice I).

5.2.1 Instrumento de colheita de dados

O instrumento utilizado para a recolha de informação foi o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos, OARS-PT (Anexo II), tendo sido devidamente assegurada a autorização prévia dos autores para a sua utilização no projeto (Anexo III).

O instrumento OARS-PT tem como objetivo medir e avaliar a capacidade funcional, classificando o idoso em categorias funcionalmente equivalentes, a utilização e as necessidades de serviços e a avaliação de alternativas de serviços a implementar em função da capacidade funcional. A avaliação recai sobre cinco dimensões: o bem-estar físico e saúde percebida; o bem-estar psíquico; a disponibilidade de ajuda informal sociofamiliar e disponibilidade de ajuda institucional; a disponibilidade económica para satisfação de necessidades básicas e não básicas; e as atividades de vida diária (AVD), medindo ainda a utilização e a necessidade sentida de vários tipos de serviços. O questionário é constituído por questões fechadas e de escolha múltipla, que abrangem diferentes domínios (Quadro 1).

Quadro 1. Dimensões do OARS-PT

Dimensões do questionário	N.º das questões
Indicadores demográficos	2 - 5
Avaliação funcional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos sociais ▪ Recursos económicos ▪ Saúde mental ▪ Saúde física ▪ AVD 	6 - 14b 15 - 30 1 (SPMSQ), 31 - 33, 34 (SPES), 35 - 36 37 - 55 56 - 70b
Utilização de serviços	71
Avaliação do informante	72 - 82
Avaliação do entrevistador	83 - 96

Este instrumento não foi de autopreenchimento, sendo utilizada para a recolha de dados a técnica de preenchimento por entrevista. Foi assegurado a todos os participantes o anonimato e confidencialidade da informação obtida, tendo sido explicados os objetivos do projeto. Apenas responderam ao questionário utentes que para além de preencher os critérios de inclusão na amostra, deram o seu consentimento para o efeito (Apêndice II).

5.2.2 Análise dos dados e principais resultados

Para o tratamento estatístico descritivo dos dados foi utilizado o Microsoft® Office Excel® 2007. Foi elaborada uma base de dados com as respostas ao OARS-PT sendo a informação organizada de forma a permitir a caracterização sociodemográfica da amostra (Apêndice III), e a sua distribuição de acordo com os recursos sociais (Apêndice VI), recursos económicos (Apêndice V), saúde mental (Apêndice VI), saúde física (Apêndice VII), AVD (Apêndice VIII) e utilização dos serviços (Apêndice IX).

Do total da população de 130 idosos, participaram na entrevista para preenchimento do questionário uma amostra correspondente a 45 pessoas (34,6% da população).

Erros no SPMSQ

A aplicação do instrumento OARS-PT tem como premissa a administração do instrumento SPMSQ, que tem como objetivo determinar se o inquirido reúne, do ponto de vista cognitivo, condições para que as suas respostas sejam consideradas válidas (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição por número de erros no SPMSQ

	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 erros	3	7%	4	9%	7	16%
1 - 4 erros	4	9%	20	44%	24	53%
≥ 5 erros	2	4%	12	27%	14	31%

A idoneidade é considerada até 4 respostas erradas para responder ao questionário. De acordo com Rodrigues (2007) se o número de erros for superior a 5 a informação deve ser colhida de um informante. Segundo os autores da versão original do OARS o elevado número de respostas incorretas podem resultar de outros fatores que não da incapacidade cognitiva do inquirido. Tendo em conta as diferentes perspetivas, a informação foi colhida tanto do inquirido como do informante.

Análise sócio demográfica

A amostra é composta por 45 idosos, sendo 20% do sexo masculino e 80% do sexo feminino, com uma média de idade de 77.6, cuja moda é de 73 anos. É distribuída uniformemente pelas três valências do Centro Social.

Quadro 3. Distribuição segundo o estado civil

Estado civil	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	-	-	2	4%	2	4%
Casado	5	11%	10	22%	15	33%
Viúvo	3	7%	21	47%	24	54%
Divorciado	1	2%	3	7%	4	9%

Dos inquiridos 24 (54%) dos idosos são viúvos, sendo que 21 (47%) são do sexo feminino e 3 (7%) do sexo masculino.

Quadro 4. Distribuição segundo as habilitações literárias

Habilitações literárias	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não sabe ler nem escrever	1	2%	7	16%	8	18%
Sabe ler e escrever	2	4%	8	18%	10	22%
Ensino básico primário	4	9%	18	40%	22	49%
Ensino básico preparatório	-	-	3	7%	3	7%
Ensino secundário	1	2%	-	-	1	2%
Ensino superior	1	2%	-	-	1	2%

Os idosos têm, na sua maioria, como habilitações o ensino básico primário (antiga 4.^a classe) (49%), sendo que 8 (18%) não sabe ler nem escrever.

Quadro 5. Distribuição segundo as pessoas com quem vive

	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vive sozinho/a	1	2%	13	28%	14	31%
Cônjuge	2	4%	5	11%	7	16%
Filhos/as	1	2%	7	16%	8	18%
Netos/as	1	2%	1	2%	2	4%
Irmãos ou cunhados	1	2%	1	2%	2	4%
Cônjuge e filhos/as	-	-	2	4%	2	4%
Cônjuge, filhos/as e netos/as	-	-	1	2%	1	2%
Cônjuge, filhos/as, netos/as e outros familiares	1	2%	-	-	1	2%
Cônjuge e irmãos ou cunhados	1	2%	-	-	1	2%
Filhos/as e netos/as	-	-	4	9%	4	9%
Pais ou sogros e irmãos ou cunhados	-	-	1	2%	1	2%
Instituição	1	2%	1	2%	2	4%

Do total de idosos que compõem a amostra 14 (31%) residem sozinhos, sendo que a percentagem é representada na sua grande maioria por mulheres (28%).

Avaliação Funcional

No que respeita aos recursos sociais, 38 (84%) dos sujeitos têm alguém em quem podem confiar. Na sua maioria sentem-se muitas vezes/sempr e sozinhos (33%), sendo que a percentagem mais significativa se verifica no domicílio (18%), local em que apenas 2% dos idosos refere quase nunca/nunca se sentir só. Destes idosos, apenas 3 (7%) vê os familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria.

Dos idosos que frequentam o Centro de Dia, 8 (18%) referem sentir-se sós algumas vezes. Este sentimento pode parecer contraditório ou indicar que as relações

estabelecidas não são de qualidade, uma vez que referem ver os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostariam na mesma proporção (18%).

Por outro lado, os idosos que frequentam o Centro de Convívio são os que mais vezes vêm a família e amigos, e se sentem sozinhos nunca ou quase nunca (11%).

Em caso de doença ou incapacidade 9 (20%) dos idosos refere não ter apoio, sendo a distribuição igual nas três valências. Daqueles que têm ajuda, esta estaria disponível às vezes para 29 (81%) e seria prestada sobretudo pelos filhos, em 18 (40%) dos casos. Do total da amostra só 2 (6%) idosos têm apoio sempre que necessário.

Na perspetiva do informante, os idosos têm uma relação razoável com a família e com os amigos (44%). É de referir que 6 (13%) não tem qualquer apoio em caso de doença ou incapacidade, e que 23 (51%) dispõem de ajuda por tempo indefinido, prestada pelos filhos. Na perspetiva do entrevistador, as relações são moderadamente satisfatórias, adequadas para 21 (47%) idosos. Segundo a escala de classificação de recursos sociais estes são ligeiramente insatisfatórios para 12 (26%) dos inquiridos.

Os rendimentos provêm da pensão de reforma social em 25 (56%) dos casos, sendo a média de mensalidade 440 €. A maioria dos idosos não tem casa própria, sendo que 28 (70%) paga renda mensal, em média de 53 €. Autoavaliam o seu rendimento como chegando apenas para os gastos 28 (62%) idosos, cobrindo as necessidades com dificuldade em 31 (69%) dos casos e não possibilitando pequenos extras/caprichos para 41 (91%). Se confrontados com uma situação inesperada 33 (73%) consideram os seus recursos económicos como insuficientes, 26 (58%) refere não saber se garantem o futuro. Manifestam a necessidade de apoio económico 28 (62%) dos idosos, e 22 (49%) especificamente apoio para a alimentação, para além da ajuda de que já dispõem.

Na perspetiva do informante, para 24 (53%) dos idosos, os recursos económicos dos idosos cobrem de forma razoável as necessidades básicas de alimentação, habitação, vestuário e cuidados médicos, mas cobrem mal os extras ou pequenos luxos para 28 (62%). O entrevistador considera que os rendimentos são algo insuficientes para 31 (69%) dos idosos e que estes não têm economias ou são escassas, 37 (82%) dos inquiridos. É de referir que de acordo com esta análise 2 (4%) dos idosos apresentam rendimentos totalmente insuficientes. Segundo a escala

de classificação dos recursos económicos, 30 (67%) dos idosos têm rendimentos moderadamente insatisfatórios.

Em relação à saúde mental 30 (67%) dos idosos preocupam-se sempre/quase sempre com as coisas em geral. Apenas 2 (4%) referem nunca/quase nunca se preocupar (situação verificada no domicílio). Consideram a vida monótona 22 (49%) dos inquiridos, sendo a satisfação com a vida regular para 27 sujeitos (60%). Em termos de autoavaliação do estado mental e emocional atual, 28 (62%) referem ser razoável, embora 6 (13%) considerem mau. Quando comparado com há 5 anos 38 (84%) referem estar pior. Apesar disso 1 (2%) dos idosos manifesta que melhorou.

O SPES permite analisar a satisfação com a vida, a perturbação do sono, fatores de energia e de paranoia: 21 (47%) dos idosos não é feliz a maior parte do tempo, 24 (53%) tem o sono irregular e inquieto, sendo que 30 (67%) tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha e 28 (62%) por vezes sente que não serve para nada. Manifestam também sentir que ninguém os compreende, 11 (24%) dos idosos.

Na perspetiva do informante, 31 (69%) dos idosos demonstram sentido ou senso comum ao fazer juízos e ao tomar decisões, sendo 27 (60%) capazes de fazer frente aos problemas. Avalia o estado mental e emocional/capacidade de raciocínio como razoável em 23 (51%) dos casos, embora pior para 26 (58%) idosos quando comparado com há 5 anos. Durante a entrevista a maioria dos inquiridos apresentou-se agradável e participativo, 21 (47%) dos idosos, e mentalmente alerta e estimulados, 9 (20%) dos idosos. Segundo a escala de classificação de saúde mental, 29 (42%) dos idosos têm uma boa saúde.

Considerando a saúde física, 33 (73%) dos idosos consomem medicamentos para a hipertensão arterial, 28 (62%) tomam medicamentos para dormir (uma ou mais vezes por semana) e 16 (36%) para melhorar a circulação. As principais doenças são também as que mais interferem nas atividades, em ordem decrescente: hipertensão (69%), artrite ou reumatismo (56%), diabetes (31%) e consequências de AVC (27%).

Do total da amostra 20 (44%) dos inquiridos apresentam incapacidade física. Em termos de visão, 18 (40%) dos idosos referem ser boa, enquanto a audição é regular para 30 (67%). Como dispositivos de apoio 13 (29%) utilizam bengala ou tripé.

Pela análise dos resultados (Apêndice VII, Tabela 28) 2 (4%) dos idosos têm indicação médica de redução do consumo de bebidas alcoólicas.

A prática de atividade física é realizada apenas por 10 (22%) dos idosos, sendo que a maioria dos que a realizam frequentam o Centro de Dia. Por sua vez os idosos que se encontram em Apoio Domiciliário 15 (33%) não fazem qualquer atividade física.

A autoavaliação da saúde física é classificada como regular para 20 (44%) dos idosos, mas para 38 (84%) dos sujeitos é pior do que há 5 anos. Os problemas de saúde interferem muito na vida dos idosos para 31 (69%) dos inquiridos. A avaliação do informante vai ao encontro da autoavaliação dos idosos. Segundo a escala de classificação de saúde física 26 (58%) dos idosos apresenta uma saúde ligeiramente insatisfatória.

Relativamente às AVD estas foram analisadas tendo em conta as vertentes instrumental e física. No que respeita às AVD instrumentais: 33 (73%) dos idosos usa o telefone sem ajuda, 22 (49%) vai até locais onde não é possível ir a pé sem ajuda, 19 (42%) não são capazes de fazer compras, 18 (40%) preparam as suas refeições sem ajuda e 20 (44%) fazem as tarefas de casa sem ajuda, 25 (56%) toma os seus medicamentos sem ajuda e 24 (53%) lida com o dinheiro sem ajuda. De acordo com as AVD físicas, 37 (82%) comem sem ajuda, 29 (64%) conseguem vestir/despir-se sem ajuda, 28 (62%) cuidam da sua aparência sem ajuda, 24 (53%) andam e tomam banho/duche sem ajuda, e 7 (16%) dependem completamente de alguém que o/a levante.

Dos idosos da amostra, 21 (47%) apresentam problemas de incontinência, sendo mais comum nos idosos que frequentam o Centro de Convívio (20%).

A ajuda disponível para a realização das AVD é possível para 31 (69%) dos idosos, verificando-se sobretudo para a valência de Apoio Domiciliário. Este apoio é prestado maioritariamente pela família, em que em 9 (20%) dos casos a filha é quem cuida.

Segundo a escala de classificação do desempenho das AVD 16 (27%) dos idosos têm um bom desempenho. Quando analisado por valências verifica-se que em Apoio Domiciliário 7 (16%) dos idosos apresentam um desempenho fortemente insatisfatório nas AVD.

A avaliação da utilização dos serviços permite perceber quais os serviços que os idosos utilizam e de quais necessitam. Assim, em relação aos serviços sociais e recreativos quando comparada a utilização com a necessidade, os idosos necessitam por ordem decrescente de: viajar, atividades sociais e recreativas e desporto.

Segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde, 16 (36%) dos inquiridos necessitam de fisioterapia, 6 (13%) sujeitos necessitam de consultas médicas, para além das que já possuem e 7 (16%) idosos necessitam de cuidados de enfermagem. Como necessidade de dispositivos de apoio 6 (13%) sujeitos referem a prótese auricular.

Relativamente aos serviços gerais de apoio, 20 (44%) dos idosos utilizam ajuda para os cuidados pessoais, sendo que destes 13 (65%) referem ter apoio de alguém de uma instituição ou da segurança social. Do total de idosos que constituem a amostra, 12 (27%) têm supervisão contínua, e em 7 (58%) dos casos esta é feita pelos familiares. É também a família quem realiza a monitorização, em 18 (64%) dos casos do total de 28 (62%) dos idosos que usufruem deste serviço. Os serviços domésticos são utilizados por 29 (64%) dos idosos, sendo que destes 18 (62%) tem familiares que auxiliam nas tarefas. A preparação das refeições é utilizada por 32 (71%) dos inquiridos, sendo feita por alguém de uma instituição ou pela segurança social para 18 (56%) dos idosos. Utilizam ajuda administrativa 28 (62%) dos idosos, esta é sobretudo prestada por familiares, 23 (82%).

A necessidade de apoio é sentida sobretudo ao nível dos serviços de cuidados pessoais, por 21 (47%) dos idosos; da supervisão contínua, por 14 (31%); e dos serviços domésticos, por 30 (67%). É também manifesta a necessidade de serviços de apoio, avaliação e coordenação por 39 (87%) idosos e de avaliação sistemática multidimensional por 45 (100%). Referente aos serviços não classificados, apesar da totalidade dos idosos não ter frequentado nenhuma formação de preparação para as AVD, apenas 7 (16%) referiram ter essa necessidade. Os serviços de emprego e realojamento foram tidos como não necessários pela totalidade dos inquiridos.

5.2.3 Identificação e priorização de problemas

Resultado da análise dos dados obtidos através da aplicação do questionário OARS-PT identificaram-se os problemas apresentados no Apêndice XI, que recaem nas áreas da saúde mental, saúde física e desempenho das AVD.

Tendo em conta a disponibilidade, o intervalo temporal e a otimização dos recursos existentes não será possível intervir em todos os problemas, pelo que foi necessário optar entre os vários assimilados.

Como metodologia para a priorização foram utilizados os critérios de magnitude, transcendência social e económica, factibilidade tecnológica ou vulnerabilidade. Os critérios são isovalentes e em cada um aplica-se uma escala de 1 a 3, em que nos três primeiros critérios a priorização é feita segundo a gravidade crescente do problema, e na vulnerabilidade é feita segundo as possibilidades de prevenção do problema. O resultado é obtido pela soma dos valores parciais atribuídos em cada critério (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

Este método “exige uma quantificação para delimitar os intervalos nos critérios que correspondam aos valores da escala” (IMPERATORI e GERALDIS, 1993, p. 71) pelo que para facilitar a priorização foram definidos os intervalos: problema não preocupante - 0 a 34%, importância média - 35 a 69% e problema preocupante - 70 a 100%.

Assim, são apresentados no Quadro 6 os problemas considerados prioritários e os respetivos diagnósticos de enfermagem em linguagem CIPE[®], versão Beta 2, uma vez que esta está padronizada para a prestação de cuidados de enfermagem.

Quadro 6. Problemas identificados e diagnósticos de enfermagem segundo o eixo do foco de intervenção, de acordo com a CIPE[®]

Problemas identificados	Diagnósticos
47% Não é feliz a maior parte do tempo	Tristeza demonstrada
53% Tem o seu sono é irregular e inquieto	Sono alterado
62% Por vezes sente que não serve para nada	Desolação demonstrada
Dos utentes com artrite ou reumatismo, em 92% dos casos interfere muito nas atividades	Bem-estar físico alterado
78% Não pratica atividade física	Exercício não adequado

5.3 Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos constitui-se uma etapa fundamental do processo de planeamento em saúde, na medida em que através de uma correta e quantificada fixação de objetivos é possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com as estratégias utilizadas. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 79) o objetivo de um problema de saúde é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema” e implica uma inflexão positiva na evolução natural dos problemas, devendo ser expresso em termos de indicadores de resultado ou de impacto. Ou seja, os objetivos expressam os resultados que se pretendem alcançar para a população-alvo, através do desenvolvimento e da implementação de intervenções que procuram ter impacto ao nível dos comportamentos de procura de saúde dos indivíduos (TAVARES, 1990).

A capacidade dos idosos para obter, processar e compreender informação é determinante para que consigam tomar decisões em relação à sua saúde e bem-estar. De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 267) “health literacy is an *empowerment* strategy to enable individuals and families to take responsibility for their health. Desta forma os indivíduos ganham controlo sobre os seus determinantes de saúde (pessoais, sociais e ambientais).

Tendo por base os problemas prioritários identificados na amostra da população-alvo, formulou-se o seguinte objetivo de intervenção:

- Promover o bem-estar físico, social e mental do grupo de idosos, através da atualização do seu autoconhecimento.

Fixar objetivos é uma tarefa difícil, havendo a necessidade de especificar, através da definição de objetivos operacionais ou metas. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993, p. 80) são “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”, podendo ser quantitativos ou qualitativos. Ao estabelecer objetivos operacionais estará facilitada a avaliação das intervenções a curto prazo.

Assim, determinaram-se os seguintes objetivos operacionais a alcançar no final da intervenção:

- Que pelo menos 30% dos idosos identifiquem as alterações do ritmo sono-vigília que ocorrem com o envelhecimento;

- Que pelo menos 20% dos idosos diminua a sua tristeza e desolação;
- Que o bem-estar físico seja adequado em pelo menos 60% dos idosos;
- Que pelo menos 40% dos idosos pratique atividade física adequada.

5.4 Seleção de Estratégias

Depois de definido qual o caminho a percorrer é necessário perspetivar as diferentes formas de inverter ou minimizar os problemas identificados.

As estratégias de saúde são definidas por Imperatori e Giraldes (1993, p. 87) como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. Deste modo, a seleção de estratégias visa “conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários”, através de novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 87).

Pode afirmar-se que o principal desafio deste projeto de intervenção comunitária é a mudança de comportamento por parte da população-alvo, sendo que “para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 417).

As tarefas de aprendizagem são múltiplas, tendo sido divididas por Benjamin Bloom (1956) em três grandes domínios, segundo o tipo de comportamento predominante. Esta sistematização é importante para a definição de objetivos de aprendizagem e de procedimentos.

A divisão proposta não significa que estes domínios se excluam, pois o desenvolvimento de cada um pressupõe o desenvolvimento dos outros, sendo os seus limites imprecisos:

- Domínio afetivo (saber-ser/saber-estar) - apela à sensibilidade; envolve interesses, atitudes e valores;
- Domínio cognitivo (saber-saber) - refere-se à aquisição de informação, ao desenvolvimento de capacidades e estratégias e à sua aplicação a situações novas;
- Domínio psicomotor (saber-fazer) - diz respeito ao desempenho de atividades de coordenação, execução e treino.

Foram propostas estratégias que enquadram os diferentes domínios de aprendizagem, sendo utilizados para a sua execução vários métodos e técnicas (Apêndice XIII).

Das técnicas escolhidas para a consecução das estratégias optou-se sobretudo por aquelas que são orientadas para a modificação de atitudes. Uma vez que os campos de utilização não são estanques, algumas das técnicas e métodos podem ser utilizadas nos diversos campos do saber (MÃO-DE-FERRO, 1999).

A seleção de estratégias teve por base o reforço do papel das famílias e das relações intergeracionais, assim como a valorização do papel da pessoa idosa na sociedade, dimensões de referência para um envelhecimento ativo (PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

Assente no modelo de promoção de saúde, as estratégias selecionadas pretendem atuar ao nível das barreiras de ação percebidas: para a diminuição da autoestima; do pensamento negativo, e desmistificação do envelhecimento associado a doença e incapacidade. Relativamente aos benefícios de ação percebidos, as estratégias focam a necessidade de autonomia e independência dos idosos. Sendo importante a autoeficácia, pretende-se que os idosos consigam olhar para si, desenvolvendo uma autoconsciência reflexiva para as suas potencialidades, com o objetivo de adotar um estilo de vida saudável. Fundamental é a ação sobre as influências interpessoais, sobretudo a família, de modo a cultivar no idoso o sentimento de utilidade. Por outro lado, não devem ser descuradas as influências situacionais, estando para este ponto definidas estratégias que permitem trabalhar as memórias, as experiências anteriores e a imagem social do idoso.

Assim, no que se refere aos contextos promotores de saúde pretende-se intervir ao nível do micro-sistema (famílias e relações de proximidade) e do meso-sistema (comunidade, locais de lazer, escolas).

É fundamental incentivar atividades que permitam às pessoas idosas fazer parte do processo de tomada de decisão. O *empowerment* constitui-se assim como estratégia de promoção da saúde da pessoa idosa (SANTOS, BARLEM, SILVA, CESTARI e LUNARDI, 2008).

Neste sentido, a promoção da saúde apresenta como interface a educação para a saúde (EpS), cujo objetivo final será “facilitar a aquisição de comportamentos

saudáveis” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 45), favorecendo a melhoria da autoestima e o aumento de conhecimentos.

A EpS pretende aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procurando desenvolver os processos que permitam a adoção de comportamentos saudáveis. Implica uma tomada de decisão face às diversas opções possíveis. Como um processo que permite às populações exercerem controlo sobre a sua saúde e melhorá-la (OMS, 1986), deve apoiar-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas.

De acordo com Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, p. 20) referem que o principal foco da EpS “são as atitudes e os comportamentos de saúde”, sendo que Stanhope e Lancaster (2011, p. 306) consideram que neste processo, a compreensão dos domínios da aprendizagem “é crucial para realizar uma EpS eficaz”.

A aprendizagem resulta da interação da informação com todas as dimensões do indivíduo, em que as emoções e os sentimentos são os principais responsáveis por esta interação. A educação estabelece uma ligação com a história de vida, as crenças, os valores e a forma de relação com os outros e com o meio. Assim, educar é estabelecer vias e processos comunicativos relacionais e oferecer pontos de referência (CARVALHO e CARVALHO, 2006).

Por forma a melhor orientar o processo de aprendizagem, e considerando a população-alvo de intervenção e o contexto comunitário, o modelo de educação competencial assume um papel fundamental. Este visa uma melhor gestão da vida pessoal e social através da aquisição de sabedoria. (LEMIEUX e MARTINEZ, 2001). Assim, as estratégias de intervenção definidas têm por base o processo de comunicação em que os participantes “trocam” significados sobre o tema/objeto de estudo.

A inatividade física tem consequências fisiológicas, psicológicas e sociais. Das várias consequências destacam-se a patologia osteoarticular (perda de força e atrofia muscular, descalcificação óssea e dor), a baixa autoestima, as insónias e a imagem social negativa (RIBEIRO e PAÚL, 2011), problemas identificados como prioritários na população de idosos que frequentam o Centro.

“O *stress* situacional e a ansiedade resultante de múltiplas perdas associadas ao envelhecimento, assim como a incapacidade de enfrentar os problemas da vida

corrente contribuem, muitas vezes, para a insónia dos idosos” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 320).

Para ajudar os idosos a conservar a autonomia funcional e emotiva, é importante favorecer a saúde mental. O individuo deve assumir-se, fixar objetivos e adaptar-se às situações de vida. A manutenção e promoção da saúde mental requer uma abordagem preventiva, em que as intervenções tenham em conta os domínios afetivo e cognitivo da pessoa (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995).

A autoestima é afetada pelo *status* dos idosos na sociedade. Ser velho numa sociedade que valoriza a juventude conduz a estereótipos negativos e estigmatização que resulta em baixa autoestima. Como consequência verifica-se uma menor interação social e perda de controlo sobre o ambiente (STUART e LARAIA, 2001).

Os idosos são “extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e gestos” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 65). Deste modo os estereótipos vêm controlar o seu comportamento. Esta observação leva-nos a uma incongruência, uma vez que teoricamente o individuo deveria enaltecer e elogiar o grupo ao qual pertence, o que não acontece. “An alternative (...) individuals acquire the stereotypes about how one should behave from their environments” (LEVY, 1996, p. 1092).

Pode afirmar-se que as “atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 63).

Na sequência da imagem atribuída ao idoso na sociedade em geral, também a imagem que é transmitida às crianças e jovens é centrada frequentemente nos aspetos negativos do envelhecimento (CUMMINGS, WILLIAMS e ELLIS, 2003). Assim, “decreased contact between children and grandparents within families has deprived many children of the opportunity to gain first-hand knowledge of the elderly” (BALES, EKLUND e SIFN, 2000, p. 678). O resultado é uma lacuna entre as gerações. Neste sentido, “intergenerational programs can be beneficial in promoting positive attitudes toward older adults, as well as fostering relationships that bridge the gap between children and elders” (BALES, EKLUND e SIFN, 2000, p. 688).

O contacto social entre gerações permite um maior envolvimento na sociedade e sentido de valorização. O convívio entre jovens e idosos “possibilita uma

aprendizagem mutua, através da partilha de habilidades e experiências” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 157 e 158), o que fomenta a compreensão e o respeito entre as gerações. “Taking time to assure understanding between young and old can have positive benefits for both” (DUNHAM e CASADONTE, 2009, p. 462).

Foram definidas como estratégias a realização de atividades intergeracionais tendo em conta que os idosos “who participate in intergenerational programming enjoy the contact with children, report increased feelings of life satisfaction and community connectedness” (MIDDLECAMP e GROSS, 2002, p. 273). Pretende-se não só aumentar a autoestima dos idosos, como melhorar a imagem social do idoso e do envelhecimento, fomentando a interação social entre os diferentes grupos, dando um passo para que no futuro a imagem social do idoso seja positiva.

Para envelhecer bem do ponto de vista físico e mental, é fundamental o indivíduo sentir-se bem na sua pele, autoestimar-se e saber aceitar-se como é. A autoestima permite ao idoso “adaptar-se às mudanças relacionadas com a velhice, sentir-se amado, tolerar a frustração e continuar a querer realizar-se e evoluir” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 119).

Encorajar a recordar o passado pela técnica de revisão de vida, permite aos idosos “manter-se em contacto com a sua vivência, valorizar-se, e continuar a sentir-se úteis e importantes” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 195). A revisão de vida “ajuda o idoso a atingir a integridade do ego e a sabedoria” (STUART e LARAIA, 2001, p. 856).

A capacidade de mudança e de adaptação existe nos idosos, e é favorecida se o seu entendimento do envelhecimento for positivo e realista” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995). “As pessoas que desenvolvem expectativas negativas tendem a esperar um declínio físico e cognitivo e atribuem a causa deste à idade” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 206). Esta atitude pode ser uma barreira para a ação, pois uma vez que a perceção existente é a de que a causa dos problemas é o envelhecimento em si, estes idosos não estão motivados para uma mudança de comportamento. Assim, muitas vezes as expectativas negativas traduzem-se na não adesão aos cuidados e na não adoção de estilos de vida saudáveis.

É então fundamental conhecer qual a perceção que o grupo de idosos tem de si, do seu envelhecimento e da sua saúde. Pois a perceção dos idosos “have the capacity

to beneficially affect a variety of health outcomes, including functional health over time and survival, as well as health-related outcomes” (BECCA e MYERS, 2004, p. 625).

Como abordagem a estratégia utilizada foi a verbalização positiva, na qual os “clients identify positive aspects of self or personal characteristics that they value highly” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 204).

“O pensamento positivo torna a pessoa mais apta para lidar com uma situação adversa”, redirecionando os esforços para a sua resolução. Com uma atitude positiva, “experimentamos pensamentos e sentimentos agradáveis e criamos imagens construtivas e confiantes sobre nós próprios” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 224). Neste sentido, “older individuals who had more positive self-perceptions of aging at baseline were significantly more likely to practice preventive health behaviors” (BECCA e MYERS, 2004, p. 628).

Constituindo um dos pilares do envelhecimento ativo “a participação na sociedade tem sido sugerida como um fator preponderante para o bem-estar”. A capacidade de interagir é fundamental para o idoso conquistar e manter as redes de apoio social e garantir uma maior satisfação com a vida” (RIBEIRO e PAÚL, 2011).

Neste âmbito assume uma importância primordial o grupo de pares, pois os seus elementos partilham semelhanças e possuem conhecimento concreto que provém das experiências pessoais. “O desenvolvimento de autobiografias individuais para partilhar com o grupo é um modo de introduzir experiências e interesses comuns entre os membros e coloca-los à vontade” (STUART e LARAIA, 2001, p. 856).

Considerando a importância dos pares, estes “must be skilled in communication, active listening, and problem solving. In addition, peers need empathy with the person’s difficulties and must be willing to take a supportive role” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 224).

De forma a capacitar os idosos para a interação social, foram definidas estratégias para a partilha de experiências, promoção da interação do grupo e do conhecimento mutuo. Pretendeu-se assim aumentar a coesão do grupo que permite aumentar a autoestima e criar a sensação de pertença, além do efeito positivo da revisão de si (STUART e LARAIA, 2001).

A OMS aponta um estilo de vida ativo como uma das principais formas de prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providenciar a integração na sociedade. Assim, é importante conservar a saúde e independência, através da atividade física.

“Regular physical activity has been shown to prevent or reduce the risk for diseases, as well as improve quality of life”. A participação regular em atividades físicas “has the potential to reduce the burden of chronic diseases and disability and improve quality of life in this group” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 273).

A caminhada (Apêndice XIV) é uma atividade que “permite ótimos resultados na prevenção de doenças crônicas degenerativas e na manutenção da capacidade funcional” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 25). “É um dos melhores exercícios em todas as idades, que não requer equipamento especial (...) é uma atividade segura, tanto do ponto de vista cardiovascular, como do aparelho locomotor” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 25).

O exercício para além de melhorar a forma física, contribui para o bem-estar emocional (BOLANDER, 1998), pois “a inatividade não favorece o repouso mental, constituindo, pelo contrário, uma fonte de estimulação”(BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 327). Neste sentido é importante ajudar os idosos a adaptar-se à sua situação, através da “oportunidade de exprimir os seus receios, emoções e frustrações” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 328).

Para que tal seja possível e uma vez que “a motivação para a prática é essencial para garantir a continuidade e, conseqüentemente, alcançar os benefícios da atividade física” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 34), foram incluídas intervenções em conjunto com o exercício físico no sentido de motivar a sua prática e favorecer as várias formas de comunicação.

Comunicar “é uma competência que deve ser treinada e melhorada, para que se possa contribuir para a construção e manutenção de relações saudáveis” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 143). A comunicação “engloba vários sentidos que podem ser usados como instrumentos para melhorar a partilha com o outro” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 144). O toque é fundamental para o bem-estar, tanto físico como emocional.

Como meio para motivar o grupo de idosos para a prática de exercício foram escolhidas como estratégias o abraço e o riso. Sendo uma forma de expressão, o abraço é parte da comunicação não-verbal, favorece a coesão das relações interpessoais, proporciona sentimentos de felicidade e de segurança (KEATING, 1998). O riso é uma estratégia que para além de aumentar o bem-estar contribui para “o relaxamento e redução do *stress*, redução da dor, melhora a oxigenação cerebral” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 83).

Um aspeto de relevância em qualquer idade é o sono, que “permite manter um equilíbrio do nosso corpo e contribui de forma significativa para a qualidade de vida”. Quando reparador “permite a renovação das principais funções mentais (raciocínio, memória e aprendizagem) e emocionais (calma, tranquilidade, sensatez)” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p. 218). O normalizar deste padrão “é suficiente para restabelecer as dificuldades de memória ou humor que a pessoa possa estar a experienciar” (RIBEIRO e PAÚL, 2011, p.83).

“Os problemas associados ao sono são frequentes na população idosa. O envelhecimento desencadeia diversas alterações biofisiológicas que afetam o ciclo vigília/sono” (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995, p. 329).

Para minorar as alterações verificadas no grupo de idosos ao nível do sono, as estratégias a este nível pretenderam promover bons hábitos de sono, sendo este um aspeto fundamental para uma vida saudável, e para o bom funcionamento da mente.

De modo a conseguir ganhos em saúde é essencial ter a família dos idosos como parceira, para que se verifiquem mudanças reais de comportamento. A sua ação é importante ao nível da imagem social do idoso, da melhoria da sua autoestima e sentido de valorização, da motivação para a interação social, para a prática de atividade física. Por forma a sensibilizar as famílias para o envelhecimento ativo foi adotada como estratégia a realização de uma sessão de EpS.

5.5 Preparação da Execução e Implementação

Na fase de preparação da execução, segundo Imperatori e Giraldes (1993), é necessário estabelecer uma lista detalhada das atividades a desenvolver, onde se definem claramente qual o nome, qual o número previsto, quais os objetivos desejados e os resultados esperados (Apêndice XIV).

“The intervention must also be manageable and compatible with existing programs in the community. Programs are less complex and fit with existing programs have a greater chance of being successfully implemented” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 253). Neste sentido, para planear as atividades e definir as datas para a sua implementação foram realizadas reuniões com os responsáveis do Centro Social Paroquial de São Maximiliano Kolbe, nomeadamente com a Sr.^a Diretora, a Assistente Social e Animadora Cultural, de forma a integrar as intervenções na dinâmica e nas atividades já desenvolvidas no Centro.

A EpS é descrita como a criação de ocasiões para a aprendizagem destinadas a melhorar a literacia em saúde, aumentar os conhecimentos, e desenvolver habilidades que favoreçam a saúde do indivíduo/família, grupo e comunidade (OMS, 1978). Está integrada nos cuidados de promoção da saúde cujo objetivo é o *empowerment* dos indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis (STANHOPE E LANCASTER, 2011).

Sabendo que o “aconselhamento e a educação para a saúde são meios eficazes de promover a saúde nos idosos” (BOLANDER, 1998, p. 301), a EpS foi usada como estratégia *major* para capacitar os idosos. Sempre que possível, recorreu-se à vivência prática dos idosos, da realidade atual ou do passado para adaptar as ações educativas de EpS.

Para a obtenção dos objetivos estabelecidos foi prevista a realização de 22 sessões distintas de EpS com os idosos que frequentam o Centro Social (valências do Centro de Dia e Centro de Convívio), sendo que foi previsto no plano das sessões a repetição de 7 destas ao longo do tempo de implementação do projeto. Para além destas realizadas em grupo, foram efetuadas sessões a nível individual em contexto de Apoio Domiciliário, tendo em conta as necessidades de cada indivíduo. Assim, foram efetuadas 25 visitas domiciliárias, a 15 idosos, sendo realizadas 8 sessões distintas (APÊNDICE XVI, Quadro 30).

5.6 Avaliação

A avaliação constitui a última etapa do processo de planeamento em saúde. Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 178) “a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores”, através dos quais é possível identificar a evolução registada com as intervenções realizadas.

Através da EpS pode efetuar-se uma avaliação mais fidedigna, uma vez que esta permite desenvolver competências cognitivas, habilidades psicomotoras e de interação social, a capacitação para resolução de problemas e tomada de decisão, formação ou desenvolvimento de crenças, clarificação ou aquisição de novos valores, pois visa ainda a mudança de comportamento e de estilos de vida (GREEN e TONES, 2010).

A EpS “is any planned activity designed to produce health- or illness- related learning”. Tem por objetivo, que após a intervenção, “people are capable of achieving

what they were not capable of achieving before the intervention and/or feel differently about ideas, people or events” (GREEN e TONES, 2010, p. 28).

Para a atualização do autoconhecimento recorreu-se ao conhecimento baseado nas habilidades reflexivas, sendo respeitada e valorizada a experiência concreta acumulada ao longo da vida, de acordo com o modelo de aprendizagem utilizado, Gerontagogia.

As atividades foram identificadas e planeadas, tendo em conta os objetivos a alcançar com cada uma delas. A avaliação de cada sessão pretende demonstrar a obtenção dos objetivos operacionais pré-definidos, quer a nível quantitativo como qualitativo (Apêndice XVI). A adesão e participação do grupo foram calculadas considerando o número de idosos convocados que confirmaram a sua presença no Centro Social aquando da realização das sessões, e não o número total da população. As sessões realizadas no âmbito de Apoio Domiciliário foram avaliadas tendo em conta o número total de idosos nesta valência, uma vez que as sessões foram desenvolvidas individualmente com cada idoso, e antes da sua realização foi garantido o seu consentimento. Os primeiros contactos realizaram-se com a Técnica de Serviço Social e com as Ajudantes Familiares, as visitas subsequentes foram acordadas com os idosos.

Pode afirmar-se que foram atingidos os indicadores de atividade, tendo em conta a razão entre o número de sessões realizadas e o número de sessões previstas para as diferentes valências: em contexto de Centro de Dia e Centro de Convívio: $22/22 \times 100 = 100\%$ e em Apoio Domiciliário: $8/8 \times 100 = 100\%$.

De forma a melhor mensurar os resultados obtidos, no final da intervenção com o grupo de idosos foram novamente aplicadas as perguntas **34.6**, **34.7**, **34.9**, **44.1** e **52** do questionário OARS-PT (utilizado na fase de diagnóstico de saúde), relativas à saúde mental e física, de modo a identificar a evolução registada ao nível dos problemas prioritários. Esta foi efetuada nos dias 4 a 7, 11, 13 e 14 de Fevereiro de 2013.

Quadro 7. Comparação das respostas ao OARS-PT nas diferentes etapas

Etapas	Respostas ao OARS-PT	
	n	%
Diagnóstico de situação	45	35
Avaliação		

As intervenções desenvolvidas com o grupo de idosos tiveram como último foco a obtenção de ganhos efetivos em saúde, esperando-se que os idosos adotem no futuro comportamentos compatíveis com o conhecimento adquirido durante a intervenção.

Na perspectiva do Alto Comissariado da Saúde (2011), os ganhos em saúde traduzem a evolução positiva dos resultados e manifestam-se por ganhos em anos de vida, pela diminuição da incapacidade, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial, e pela diminuição do sofrimento evitável e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

Os resultados permitem afirmar que, decorrente das intervenções realizadas, ocorreram alterações significativas ao nível da saúde mental e física, verificando-se uma evolução positiva (Apêndice XVII).

Os objetivos operacionais foram atingidos, na medida em que todas as metas definidas foram ultrapassadas. Do total da amostra 80% dos idosos passaram a ter um sono regular, ou seja, a percentagem de idosos que refere ter um sono irregular e inquieto diminuiu em 33%. A tristeza diminuiu em 27%, sendo que dos 21 (47%) idosos que apresentavam “tristeza demonstrada” na fase de diagnóstico, temos no final da intervenção 9 (20%) idosos que o mantêm. No que se refere ao diagnóstico “desolação demonstrada” verificou-se uma diminuição em 40% dos idosos, sendo que apenas 10 (22%) o mantêm. Dos 23 (51%) idosos com o “bem-estar físico alterado” somente 6 (13%) apresenta o diagnóstico inicial, ou seja 87% dos idosos apresentam o bem-estar físico adequado. Também ocorreram alterações relativamente à prática de atividade física, com um aumento de 42% no número de idosos que pratica exercício antes da intervenção, 10 idosos (22%), e depois da intervenção, 29 idosos (64%).

Nesta fase, não é possível obter uma avaliação a longo prazo. No entanto pode prever-se que caso o *empowerment* tenha sido efetivo, o comportamento incutido no grupo seja promovido entre os pares e assim continuado. Para conseguir avaliar o impacto a longo prazo seria necessário continuar a acompanhar esta população, uma vez que “longer term interventions would cause longer term results” (LEVY, 1996, p. 1106).

Por outro lado, sabendo que existem diversos caminhos para o envelhecimento ativo, e que este pode ser iniciado pelo maior acesso à informação (RIBEIRO e PAÚL, 2011), pode afirmar-se que este foi conseguido com a implementação do presente projeto.

6. QUESTÕES ÉTICAS

Na prática de enfermagem comunitária a responsabilidade moral implica o comprometimento pelo modo como se promove, protege e se vai de encontro às necessidades de saúde dos grupos (STANHOPE e LANCASTER, 2011). A preocupação com as implicações éticas foi transversal ao longo do desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção comunitária. Teve por base o princípio da beneficência, no sentido de ajudar o grupo a obter a diminuição/resolução dos problemas identificados.

O princípio da autonomia foi aplicado através da capacitação do grupo, considerando os conhecimentos adquiridos. Foi tido em conta o respeito pelas pessoas, proteção da privacidade, consentimento informado, liberdade de escolha e proteção da autonomia diminuída. Respeitar os idosos como indivíduos autónomos é reconhecer os seus direitos pessoais de fazer escolhas e de agir de acordo (STANHOPE e LANCASTER, 2011). Neste sentido, foi assegurado a todos os participantes o direito de decidir de forma livre e esclarecida sobre a sua participação, sendo solicitado a todos os idosos o consentimento informado para a aplicação dos questionários.

Os dados e informação obtidos na fase de diagnóstico de situação foram tratados com sigilo, sendo garantido o anonimato e confidencialidade (apesar de no OARS-PT constarem os dados de identificação do idoso, estes pontos não foram considerados). De forma a atuar de acordo com o princípio da justiça, as atividades desenvolvidas envolveram os idosos que frequentam as três valências do Centro Social, tendo em conta as necessidades específicas de cada um dos grupos foi garantida a equidade.

Para a participação nas atividades desenvolvidas, cada individuo teve liberdade de ação, sendo respeitadas as decisões tomadas pelos idosos.

A promoção da saúde implica a utilização de modelos participativos (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005). Assim, foi utilizado como referência o modelo de educação competencial, de modo a ajudar o grupo de idosos na procura de soluções para os problemas detetados.

Para a participação das crianças e jovens nas atividades intergeracionais o consentimento dos respetivos Encarregados de Educação foi garantido. Este estava previamente aprovado pela Direção do Centro Social de acordo com a sua política no que se refere à dinâmica entre as diferentes valências.

7. LIMITAÇÕES DO PROJETO

A motivação é um fator predominante para o sucesso das intervenções planeadas. Embora se tenha verificado uma boa adesão do grupo de idosos às atividades desenvolvidas, esta poderia ser ainda melhorada. Os planos mensais das sessões foram expostos no Centro Social, e os idosos que participassem numa sessão eram informados pessoalmente da sessão seguinte. A informação foi sendo deste modo transmitida, e mesmo entre os pares.

Por outro lado, e sempre que possível, esta informação foi sendo dada de modo informal, pessoalmente aos familiares (o que se aplicou somente a casos residuais).

Considera-se que teria sido uma mais-valia a implicação mais ativa da família. Uma das ações seria informar formalmente as famílias dos idosos das sessões, e desta forma estes teriam a função de agentes motivadores e de mudança. Pois a saúde “must be identified as a social goal as well as an individual one, as the health of societies, communities, families and individuals are integrated and inseparable” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 322).

É difícil mensurar a mudança de comportamentos e ter indicadores de resultado alcançáveis a longo prazo. Uma vez que “long-term outcomes are the ultimate outcomes, as they are the final or end results of the health promotion intervention. Long-term outcomes include lifestyle change and improved quality of life” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 243). Ou seja, para avaliar o impacto efetivo das intervenções e os respetivos ganhos em saúde seria necessário continuar a acompanhar a população ao longo do tempo.

Tendo em conta as diferentes valências da área do idoso no Centro Social, considera-se que seria importante uma intervenção mais prolongada no tempo.

8. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O exercício profissional de Enfermagem tem como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada indivíduo, centrando-se na relação interpessoal com a pessoa, família, grupo ou comunidade, passando o seu papel pela promoção da saúde e qualidade de vida, facilitação da integração sociofamiliar e comunitária, promoção da autonomia, apoio e ensino (ICN, 2008).

A implementação deste projeto facilitou o desenvolvimento das seguintes funções do processo de cuidar (CORREIA et al, 2001):

- Possibilitar a tomada de decisão, de forma autónoma, consciente e responsável do grupo, através da informação;
- Antecipar problemas do ciclo de vida, pelo conhecimento do idoso/família/comunidade;
- Acompanhar, estar com o grupo de idosos e famílias, em parceria, na partilha de sentimentos e experiências.

Tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o presente percurso:

- Permitiu estabelecer, com base nas etapas do processo de planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de um grupo de idosos na comunidade;
- Contribuiu para o processo de capacitação e *empowerment* do grupo de idosos;
- Seguiu as diretrizes do PNS do Idoso e integrou a consecução dos objetivos do PNS 2012-2016 no que se refere ao envelhecimento ativo;
- Reuniu informação com o objetivo de conhecer, detetar ou prever mudanças nos fatores determinantes de saúde;
- Propôs medidas de intervenção, para melhorar a saúde do grupo de idosos, através da elaboração de estratégias de EpS.

Com a experiência e o domínio consegue-se o aumento da competência e a melhoria da atuação na prestação de cuidados. De acordo com as etapas da aprendizagem experiencial (BENNER, 2005), pode concluir-se que o percurso efetuado foi importante para uma planificação consciente e deliberada de modo a atingir a eficiência, permitindo alcançar o nível de proficiente.

9. CONCLUSÃO

O envelhecimento da população criou novas necessidades em saúde, solicitando alterações em termos de políticas. O PNS Idoso iniciou um ponto de viragem na política do envelhecimento ativo, dando importância à promoção da saúde ao longo da vida, visão reforçada pelo PNS 2012-2016.

Através da metodologia de planeamento em saúde, o presente projeto permitiu realizar o diagnóstico de situação da população idosa que frequenta o Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe. Com a aplicação do questionário OARS-PT foi possível caracterizar a amostra, sendo identificados como problemas prioritários, em diagnósticos de enfermagem: tristeza demonstrada, sono alterado, desolação demonstrada, bem-estar físico alterado, e exercício não adequado.

Considerando que os cuidados à população idosa devem ter como foco “maximizing independence, vigor and life satisfaction” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 273), para que os idosos façam uma melhor gestão da vida pessoal e social (LEMIEUX e MARTINEZ, 2001), foram desenvolvidas com o grupo de idosos do Centro Social, atividades cujo principal objetivo foi promover o bem-estar físico, social e mental do grupo, através da atualização do seu autoconhecimento.

Decorrente das intervenções realizadas, ocorreram alterações significativas ao nível da saúde mental e física: a percentagem de idosos com o sono alterado diminuiu em 33%, a tristeza e a desolação diminuíram, respetivamente em 27% e 40%; a percentagem de idosos com o bem-estar físico alterado decresceu em 38% e a percentagem de idosos que praticam atividade física aumentou em 42%. Pode afirmar-se que os resultados obtidos são devido a uma intervenção constante, diária, a qual permitiu intervir junto do maior número de idosos, mas também pelo estabelecimento de uma rotina de atividades que favoreceu a participação por parte do grupo.

Apesar de a sociedade estar a evoluir para um modelo promotor de autonomia, no qual o idoso é objeto e impulsionador da sua própria intervenção (RIBEIRO e PAÚL, 2011), as representações sociais existentes acerca da pessoa idosa e do processo de envelhecimento são fatores com necessidade de mudança (BICUDO, 2011). Esta alteração é visível através das atividades intergeracionais desenvolvidas no Centro Social, como cantar os reis em conjunto com as crianças de 5 anos (dia 7 de

Janeiro), e a realização de visitas ao Centro de Dia por parte das crianças dos 3 e 4 anos (dias 25 e 28 de Janeiro).

Como enfermeiros é fundamental conhecer os idosos, valorizar as suas experiências, ajudá-los a reincorporar conhecimentos, incentivando a sua permuta entre gerações.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José (1992) - **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 972-40-0519-4.
- ARAÚJO, Matilde Rosa (2005) - **O Capuchinho Cinzento**. 3.^a Edição. Prior Velho: Paulinas Editora. ISBN 978-972-751-676-6.
- AREIAS, Conceição; CARDOSO, Catarina (2003) - **Onde Meto o Meu Nariz?** Lisboa: Livros Horizonte. ISBN 972-24-1292-2.
- BALES, Stephanie S.; EKLUND, Susan J.; SIFN, Catherine F. (2000) - Children's perceptions of elders before and after a school-based intergenerational program. **Educational Gerontology**. Vol. 26. p. 677-689.
- BECCA, R.; MYERS, Lindsey M. (2004) - Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. **Preventive Medicine**. Vol. 39. p. 625-629.
- BENNER, Patrícia (2001) - **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- BERGER, Louise e MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) - **Pessoas Idosas, uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-972-95399-8-5.
- BICUDO, Maria José (2011) - Envelhecer saudável!...Das políticas, à prática de cuidados: que realidade? In Qualidade de vida, relacionada com a saúde dos clientes, dos Centros de Saúde, com 50 e mais anos - Contributos de Enfermagem. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública. Tese de Mestrado.
- BOLANDER, Verolyn Rae (1998) - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.
- BROSANAN, Ailis (2008) - **Easy Exercises - a chair based programme for older adults**. Dublin: Health Service Executive.
- CAMPOS, António Correia de (2008) - **Reformas da Saúde**. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-3604-5.
- CANCELA, Diana Manuela Gomes (2007) - O Processo de Envelhecimento. Porto: Universidade Lusíada do Porto - Faculdade de Psicologia. Acedido em: 28 de Dezembro de 2011. Disponível em: www.psicologia.com.pt.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça Simões (2006) - **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.

- CARVALHO, Maria Irene Lopes Bogalho de (2010) - Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais. Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de Doutoramento.
- Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe <http://www.saomaximilianokolbe.com>
- CLARA, João Gorjão (2008) - **Saber Viver ao entardecer**. Lisboa: Laboratórios Pfizer.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1999) - **Uma Europa para todas as idades - promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações**. Bruxelas: Serviços das Publicações Oficiais da Comunidade Europeia.
- CORREIA, Cristina et al (2001) - Os Enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Vol. 2. p. 75-82. ISSN 0970-9025.
- COSTA, Maria Arminda (2002) - **Cuidar Idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-24-7.
- CUMMINGS, Sherry M.; WILLIAMS, Mona M.; ELLIS, Rodney A. (2003) - Impact of an Intergenerational Program on 4th Graders' Attitudes Toward Elders and School Behaviors. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**. Vol. 8, No.1. p. 43-61.
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. **D. R. Série I-A**. 109 (2006.06.06) p. 3856-3865.
- DECRETO-LEI n.º 157/99. **D. R. Série I-A**. 108 (1999.05.10) p. 2424 a 2435.
- DECRETO-LEI n.º 203/74. **D. R. Série I**. 113 (74.05.15) p. 623-628.
- DECRETO-LEI n.º 217/74. **D. R. Série I**. 123 (74.05.27) p. 654-657.
- DECRETO-LEI n.º 232/2005. **D. R. Série I-A**. 249 (2005.12.29) p. 7319-7323.
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. **D. R. Série I**. 38 (22.02.2008) p. 1182-1189.
- DECRETO-LEI n.º 329/93. **D. R. Série I-A**. 226 (93.09.25) p. 5378-5391.
- DECRETO-LEI n.º 48/90. **D. R. Série I**. 195. (24.08.1990) p. 3452-3459.
- DESPACHO CONJUNTO n.º 259/97. **D. R. Série II**. 192 (97.08.21) p. 10221-10308.
- DESPACHO NORMATIVO n.º 62/99. **D. R. Série I-B**. 264 (99.11.12) p. 7960-7965.
- DUNHAM, Charlotte Chorn; CASADONTE, Dominick (2009) - Children's attitudes and classroom interaction in an intergenerational. **Educational Gerontology**. Vol. 35. p. 453-464. ISSN: 0360-1277.
- EUROPEAN COMMISSION (2012) - **Como queremos envelhecer?** ISBN 978-92-79-22633-5.
- FAWCETT, Jacqueline; RUSSELL, Gain (2001) - A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. **Policy, Politics & Nursing Practice**. Vol. 2, Nº 2. p. 108-116.

- . FLETCHER, Kathleen Ryan (2011) - Saúde dos Idosos. In: STANHOPE, Marcia e LANCASTER, Jeanette (2011) - **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7.^a Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.. p. 697-716.
- . GREEN, Jackie; TONES, Keith (2010) - **Health Promotion: Planning and Strategies**. 2nd Edition. London: SAGE Publications Ltd. ISBN 978-1-84787-489-4.
- . HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira Almeida; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; LENARDT, Maria Helena (2007) - Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, 20 (3) p. 362-7.
- . HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew (2009) - **Investigação por questionário**. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-273-3.
- . IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) - **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3.^a ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- . INE (2001) - **Estatísticas demográficas - Censos 2001**. Lisboa: INE.
- . INE (2002) - **O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas**. Acedido em: 10 de Dezembro de 2011, disponível em: <http://www.alea.pt>.
- . INE (2009) - **Em 2009, Portugal manteve a tendência de envelhecimento demográfico**. Acedido em: 10 de Dezembro de 2011, disponível em: <http://www.alea.pt>.
- . INE (2011) - **Censos 2011 - Resultados provisórios**. ISBN 978-989-25-0148-2. Acedido em: 15 de Janeiro de 2012, disponível em: www.ine.pt.
- . INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2008) - **Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. Genebra: ICN. ISBN 978-972-99646-7-1.
- . KALACHE, Alexandre; LUNENFELD, Bruno (2001) - **WHO and International Society for the Study of the Ageing Male**. Geneva: WHO.
- . KATO, Hiroyasu (2009) - A New Business Model for Intergenerational Programs: 'Elder/Kids Play Club'. **Journal of Intergenerational Relationships**. Vol. 7, N 1. p. 45-48.
- . KEATING, Kathleen (1998) - **A Terapia do Abraço**. 10.^a Edição. São Paulo: Editora Pensamento. ISBN 85-315-0667-0.

- . LEAL, António da Silva (1998) - **Temas de Segurança Social**. Lisboa: União das Mutualidades Portuguesas. ISBN 972-97278-4-8.
- . LEMIEUX, André; MARTINEZ, Mariano Sanchez (2001) - Gerontagogy Beyond Words: A Reality. **Educational Gerontology**. N.º 26. p. 475-498.
- . LEVY, Becca (1996) - Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol. 71, No. 6. p. 1092-1107.
- . MAGALHÃES, Mariana (2009) - **O banho e o duche**. Versão digital: C.I.T.I.
- . MÃO-DE-FERRO, António (1999) - **Na rota da pedagogia**. Lisboa: Colibri. ISBN 972-772-069-2.
- . MARTINEZ, Mariano Sanchez (2000) - Hazendo avanzar la gerontagogía. Aprendiendo de la experiencia canadiense. **Pedagogia Social, Revista Interuniversitaria**. N.º 6-7. p. 243-262.
- . MARTINS, Carlos (2011) - O Agir Ético na Comunidade: A prestação de cuidados na comunidade. **Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. N. 37. p. 31-34.
- . MIDDLECAMP, Molly; GROSS, Dana (2002) - Intergenerational daycare and preschoolers' attitudes about aging. **Educational Gerontology**. Vol. 28, N. 4. p. 271-288.
- . MONIZ, José Manuel Nunes (2003) - **A Enfermagem e a Pessoa Idosa. A Prática de Cuidados como Experiência Formativa**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.
- . NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros. ISBN 9729964602.
- . OMS (1978) - **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata: OMS.
- . OMS (2005) - **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- . OMS (2009) - Cuidados primários: dar prioridade às pessoas. In **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-95146-9-0. p. 43-65.
- . OMS (2009) - **Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas**. Odivelas: Guide Artes Gráficas, Lda. ISBN 978-989-95568-6-7.

- . OMS (2011) - **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde - Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: OMS.
- . ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública**.
- . PENDER, Nola (2011) - **The Health Promotion Model** - Manual.
- . PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary Ann (2011) - **Health promotion in nursing practice**. 6.^a ed. Boston: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.
- . PINTO, Maria da Graça Lisboa Castro (2008) - **Da aprendizagem ao longo da vida ou do exemplo de uma relação ternária: agora, antes, depois**. Maia: Tipografia Nunes, Lda. ISBN 978-972-8932-34-3.
- . PORTARIA n.º 470/90. **D. R. Série I**. 143 (90.06.23). p. 2637.
- . PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2010) - **Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- . PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2012) - **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- . PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012) - **Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações 2012**. Lisboa.
- . PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004) - **Circular Normativa n.º: 13/DGCG, Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-155-1.
- . PORTUGAL. Ministério da Saúde (2008) - **Envelhecimento Saudável**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- . REGULAMENTO n.º 128/2011. **D. R. Série II**. 35 (2011.02.18) p. 8667-8669.
- . RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 15/88. **D. R. Série I**. 95 (1988.04.23) p. 1595-1596.
- . RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 21/97. **D. R. Série I-B**. 36 (97.02.12) p. 683-687.
- . RIBEIRO, Oscar; PAÚL, Constança (2011) - **Manual de Envelhecimento Activo**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-739-2.
- . RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa (2005) - **Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-52-2.

- RODRIGUES, Rogério Manuel Clemente (2007) - Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento.
- SAKRAIDA, Teresa J. (2004) - Nola J. Pender: Modelo de Promoção da Saúde. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-74-9.
- SANTOS, Silvana Sidney Costa; BARLEM, Edison Luiz Devos; SILVA, Bárbara Tarouco; CESTARI, Maria Elisabeth; LUNARDI, Valéria Lerch (2008) - Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 21. N.º 4. p. 649-653.
- SQUIRE, Anne (2005) - **Saúde e Bem-Estar para pessoas idosas - Fundamentos básicos para a prática**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-87-8.
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) - **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7.ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. (2001) - **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6.ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN 85-7307-713-1.
- TAVARES, António (1990) - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5.ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND (2011) - **The State of World Population 2011**. New York: UNFPA - Information and External Relations Division. ISBN: 978-0-89714-990-7.
- VICTOR, Janaína Fonseca; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa (2005) - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 18. N.º 3. p. 235-240.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002a) - **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002b) - **Active Ageing: A Policy Framework**. Geneva: WHO.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de atividades

	Março a Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Diagnóstico de situação							
Definição de Prioridades							
Fixação de Objetivos							
Seleção de Estratégias							
Preparação da Execução							
Implementação							
Avaliação							

APÊNDICE II - Consentimento informado para a aplicação do OARS-PT

Projeto de Intervenção Comunitária

Promoção do Envelhecimento Ativo

Ana Filipa Ferreira Martinho, estudante do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a frequentar a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pretende desenvolver um projeto de intervenção no âmbito da “Promoção do Envelhecimento Ativo”. Tem como finalidade contribuir para a promoção do envelhecimento ativo, sendo que o objetivo geral é promover a participação do grupo de idosos, que frequentam o Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe, na escolha de um estilo de vida saudável, no sentido de melhorar a qualidade de vida. Pedimos a sua colaboração para responder ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos. Este instrumento tem por objetivo recolher informações que permitam identificar as áreas prioritárias de intervenção para a implementação do projeto “Promoção do Envelhecimento Ativo”.

Ao responder ao questionário fica assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações obtidas.

De acordo com as necessidades identificadas com a aplicação do questionário serão realizadas várias atividades, integradas nas dinâmicas do Centro Social.

Assinatura

Data: ____/____/2012

Muito obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE III - Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 1. Caracterização da amostra nas variáveis sociodemográficas

	Centro de Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total			
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		M		F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	2	13%	13	87%	15	33%	5	33%	10	67%	15	33%	2	13%	13	87%	15	33%	9	20%	36	80%
Idade																						
< 65 anos	-	-	2	4%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	4	9%
65 - 74 anos	2	4%	4	9%	6	13%	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	3	7%	4	9%	4	9%	11	24%
75 - 84 anos	-	-	5	11%	5	11%	3	7%	2	4%	5	11%	-	-	3	7%	3	7%	3	7%	10	22%
≥ 85 anos	-	-	2	4%	2	4%	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	6	13%	7	15%	2	4%	11	24%
Estado civil																						
Solteiro	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%
Casado	1	2%	2	4%	3	7%	2	4%	3	7%	5	11%	2	4%	5	11%	7	16%	5	11%	10	22%
Viúvo	-	-	9	20%	9	20%	3	7%	4	9%	7	16%	-	-	8	18%	8	18%	3	7%	21	47%
Divorciado	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	1	2%	3	7%
Habilitações literárias																						
Não sabe ler nem escrever	-	-	2	4%	2	4%	-	-	2	4%	2	4%	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	7	16%
Sabe ler e escrever	-	-	2	4%	2	4%	2	4%	4	9%	6	13%	-	-	2	4%	2	4%	2	4%	8	18%
Ensino básico primário	1	2%	8	18%	9	20%	3	7%	4	9%	7	16%	-	-	6	13%	6	13%	4	9%	18	40%
Ensino básico preparatório	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%	2	4%	-	-	3	7%
Ensino secundário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	-	-
Ensino médio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ensino superior	1	2%	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-

APÊNDICE IV - Avaliação dos Recursos Sociais

Tabela 4. Distribuição por recursos sociais

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tem alguém em quem confia	1	2%	11	24%	12	27%	4	9%	9	20%	13	29%	2	4%	11	24%	13	29%	38	84%
Sente-se sozinho/a																				
Muitas vezes/sempre	-	-	4	9%	4	9%	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	7	16%	8	18%	15	33%
Algumas vezes	1	2%	7	16%	8	18%	4	9%	3	7%	7	16%	1	2%	5	11%	6	13%	21	47%
Quase nunca/nunca	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	1	2%	1	2%	9	20%
Vê os familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria	1	2%	7	16%	8	18%	3	7%	8	18%	11	24%	1	2%	2	4%	3	7%	22	49%

Tabela 5. Distribuição segundo a autoavaliação de recursos sociais*

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem ajuda	-	-	3	7%	3	7%	2	4%	1	2%	3	7%	1	2%	2	4%	3	7%	9	20%
Com ajuda	2	4%	10	22%	12	27%	3	7%	9	20%	12	27%	1	2%	11	24%	12	27%	36	80%
Sempre que necessário	-	-	2	6%	2	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6%
Por pouco tempo	-	-	3	8%	3	8%	-	-	1	3%	1	3%	-	-	1	3%	1	3%	5	14%
Às vezes	2	6%	5	14%	7	19%	3	8%	8	22%	11	31%	1	3%	10	28%	11	31%	29	81%
Quem ajuda																				
Cônjuge	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	3	7%	4	9%
Filhos	1	2%	5	11%	6	13%	2	4%	3	7%	5	11%	-	-	7	16%	7	16%	18	40%
Outro parente	-	-	-	0%	-	-	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	3	7%
Cônjuge e filhos	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	3	7%
Irmãos e filhos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%
Irmãos e outro parente	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
Filhos e netos	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	3	7%
Outros	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7%

*Ajuda em caso de doença ou incapacidade

Tabela 7. Distribuição de acordo com a perspectiva do entrevistador sobre os recursos sociais

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade																				
Pelo menos uma pessoa indefinidamente	1	2%	3	7%	4	9%	2	4%	7	16%	9	20%	1	2%	9	20%	10	22%	23	51%
Pelo menos uma pessoa durante pouco tempo	1	2%	6	13%	7	16%	1	2%	1	2%	2	4%	1	2%	2	4%	3	7%	12	27%
A ajuda seria só de vez em quando	-	-	2	4%	2	4%	1	2%	-	-	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	5	11%
Nenhuma	-	-	2	4%	2	4%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	-	-	-	-	5	11%
Relações sociais																				
Muito satisfatórias, amplas	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	-	-	-	-	5	11%
Moderadamente satisfatórias, adequadas	1	2%	6	13%	7	16%	3	7%	6	13%	9	20%	-	-	5	11%	5	11%	21	47%
Não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas	-	-	7	16%	7	16%	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%	8	18%	10	22%	19	42%

Tabela 8. Distribuição segundo a escala de classificação de recursos sociais

	Centro de Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total			
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		M		F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bons	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	3	7%	3	7%	-	-	-	-	-	-	1	2%	4	9%
Bons	-	-	-	-	-	-	3	7%	4	9%	7	16%	-	-	5	11%	5	11%	3	7%	9	20%
Ligeiramente insatisfatórios	1	2%	5	11%	6	13%	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	4	9%	5	11%	2	4%	10	22%
Moderadamente insatisfatórios	-	-	4	9%	4	9%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	3	7%	2	4%	6	13%
Fortemente insatisfatórios	-	-	2	4%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	5	11%
Totalmente insatisfatórios	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	1	2%	2	4%

APÊNDICE V - Avaliação dos Recursos Económicos

Tabela 9. Distribuição por atividade atual

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral		
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Atividade atual																					
Reformado por idade	2	4%	5	11%	7	16%	5	11%	6	13%	11	24%	1	2%	7	16%	8	18%	26	58%	
Reformado por invalidez	-	-	8	18%	8	18%	-	-	4	9%	4	9%	1	2%	6	13%	7	16%	19	42%	
Tipo de trabalho que teve a maior parte da vida																					
Nunca esteve empregado/a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	
Doméstico/a	-	-	4	9%	4	9%	-	-	3	7%	3	7%	-	-	5	11%	5	11%	12	27%	
Trabalhou por conta própria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	
Trabalhou por conta de outrem	2	4%	9	20%	11	24%	5	11%	7	16%	12	27%	1	2%	7	16%	8	18%	31	69%	
Proveniência dos rendimentos																					
Pensão de invalidez	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%	
Pensão de velhice	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%	
Pensão de viuvez	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%	
Pensão de reforma social	2	4%	8	18%	10	22%	2	4%	4	9%	6	13%	1	2%	8	18%	9	20%	25	56%	
Emprego (do cônjuge) e Pensão de reforma social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	
Suplemento de pensão a grandes inválidos e Pensão social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	
Pensão de viuvez e Pensão de reforma social	-	-	2	4%	2	4%	2	4%	3	7%	5	11%	-	-	1	2%	1	2%	8	18%	
Pensão de invalidez e Pensão de reforma social	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	4	9%	
Pensão de velhice, Pensão de viuvez e Pensão de reforma social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	
Subsídio por assistência a terceira pessoa, Pensão de viuvez e Pensão de reforma social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	

Tabela 10. Quantia dos rendimentos (em euros)*

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	
Média	1.143	418	522	498	350	403	900	343	390	440
Máximo	1.270	800	1.270	670	606	670	900	600	900	1.270
Mínimo	1.015	150	150	200	150	150	900	200	200	150

*4 dos inquiridos não sabem a quantia dos seus rendimentos. Em 27% dos casos os rendimentos são para 2 pessoas (p. 19).

Tabela 11. Distribuição por habitação*

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Casa própria	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%	4	9%	-	-	-	-	-	-	5	11%
Casa não é sua propriedade	2	4%	12	27%	14	31%	3	7%	8	18%	11	24%	2	4%	13	29%	15	33%	40	89%
Arrendada	1	2%	8	18%	9	20%	3	7%	9	20%	12	27%	2	4%	13	29%	15	33%	36	80%
Com empréstimo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%
Paga a totalidade da renda ou empréstimo	1	3%	7	18%	8	20%	2	5%	8	20%	10	25%	2	5%	8	20%	10	25%	28	70%
Não paga aluguer	1	3%	4	10%	5	13%	1	3%	1	3%	2	5%	-	-	5	13%	5	13%	12	30%
Cedida gratuitamente	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9%
NS/NR	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%

* 100% dos inquiridos considera o local onde vive digno para si (p. 20d).

Tabela 12. Quantia da renda de casa (em euros)

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	
Média	46	57	56	40	27	30	48	81	76	53
Máximo	46	127	127	70	60	70	65	300	300	300
Mínimo	46	11	11	15	8	8	30	15	15	8

Tabela 13. Distribuição segundo a autoavaliação de recursos económicos

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rendimentos insuficientes	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	6	13%	6	13%	14	31%
Apenas chegam para os gastos	-	-	9	20%	9	20%	4	9%	8	18%	12	27%	1	2%	6	13%	7	16%	28	62%
Cobrem os gastos sem problemas	1	2%	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
NS/NR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%
Forma como os rendimentos cobrem as necessidades																				
Razoavelmente	2	4%	4	9%	6	13%	3	7%	3	7%	6	13%	1	2%	1	2%	2	4%	14	31%
Com dificuldade	-	-	9	20%	9	20%	2	4%	7	16%	9	20%	1	2%	12	27%	13	29%	31	69%
Expectativa face a uma situação inesperada																				
Suficientes	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	-	-	-	-	7	16%
Insuficientes	-	-	10	22%	10	22%	4	9%	8	18%	12	27%	-	-	11	24%	11	24%	33	73%
NS/NR	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	2	4%	2	4%	4	9%	5	11%
Possibilita pequenos extras/caprichos																				
Sim	1	2%	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%	-	-	1	2%	2	4%
Não	1	2%	12	27%	13	29%	5	11%	10	22%	15	33%	1	2%	12	27%	13	29%	41	91%
NS/NR	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%
Quando comparados com a situação económica de outras pessoas da mesma idade																				
Melhor	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%
Igual	1	2%	5	11%	6	13%	4	9%	4	9%	8	18%	-	-	2	4%	2	4%	16	36%
Pior	-	-	4	9%	4	9%	-	-	3	7%	3	7%	-	-	5	11%	5	11%	12	27%
NS/NR	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	3	7%	4	9%	2	4%	6	13%	8	18%	15	33%
É suficiente para garantir o futuro																				
Sim	1	2%	-	-	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	2	4%
Não	-	-	5	11%	5	11%	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	6	13%	7	16%	17	38%
NS/NR	1	2%	8	18%	9	20%	4	9%	5	11%	9	20%	1	2%	7	16%	8	18%	26	58%

Tabela 14. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio económico

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral		
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ajuda económica em geral																					
Necessitam de ajuda	-	-	10	22%	10	22%	3	7%	6	13%	9	20%	1	2%	8	18%	9	20%	28	62%	
Alimentação																					
Pagam	2	4%	11	24%	13	29%	3	7%	7	16%	10	22%	2	4%	6	13%	8	18%	31	69%	
Necessitam de ajuda	-	-	8	18%	8	18%	2	4%	5	11%	7	16%	1	2%	6	13%	7	16%	22	49%	
Recebem ajuda	-	-	2	4%	2	4%	2	4%	3	7%	5	11%	-	-	7	16%	7	16%	14	31%	
Família ou amigos	-	-	2	14%	2	14%	1	7%	1	7%	2	14%	-	-	6	43%	6	43%	10	71%	
Instituição governamental ou de beneficência	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7%	1	7%	-	-	-	-	-	-	1	7%	
Recebem refeições em casa já preparadas	-	-	-	-	-	-	1	7%	1	7%	2	14%	-	-	1	7%	1	7%	3	21%	

Tabela 15. Distribuição de acordo com a perspetiva do informante sobre os recursos económicos

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral		
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação																					
Bem	1	2%	7	16%	8	18%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	3	7%	4	9%	16	36%	
Razoavelmente	1	2%	6	13%	7	16%	2	4%	4	9%	6	13%	1	2%	10	22%	11	24%	24	53%	
Mal	-	-	-	-	-	-	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	-	-	-	-	5	11%	
Habitação																					
Bem	1	2%	7	16%	8	18%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	3	7%	4	9%	16	36%	
Razoavelmente	1	2%	6	13%	7	16%	2	4%	4	9%	6	13%	1	2%	10	22%	11	24%	24	53%	
Mal	-	-	-	-	-	-	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	-	-	-	-	5	11%	
Vestuário																					
Bem	1	2%	7	16%	8	18%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	3	7%	4	9%	16	36%	
Razoavelmente	1	2%	6	13%	7	16%	2	4%	4	9%	6	13%	1	2%	10	22%	11	24%	24	53%	
Mal	-	-	-	-	-	-	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	-	-	-	-	5	11%	
Cuidados médicos																					
Bem	1	2%	7	16%	8	18%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	3	7%	4	9%	16	36%	
Razoavelmente	1	2%	6	13%	7	16%	2	4%	4	9%	6	13%	1	2%	10	22%	11	24%	24	53%	
Mal	-	-	-	-	-	-	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	-	-	-	-	5	11%	
"Extras" ou pequenos luxos																					
Bem	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	2	4%	
Razoavelmente	2	4%	3	7%	5	11%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	5	11%	6	13%	15	33%	
Mal	-	-	10	22%	10	22%	2	4%	7	16%	9	20%	1	2%	8	18%	9	20%	28	62%	

Tabela 16. Distribuição de acordo com a perspetiva do entrevistador sobre os recursos económicos

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rendimentos																				
Satisfatórios	1	2%	3	7%	4	9%	2	4%	3	7%	5	11%	1	2%	2	4%	3	7%	12	27%
Algo insuficientes	1	2%	10	22%	11	24%	3	7%	6	13%	9	20%	1	2%	10	22%	11	24%	31	69%
Totalmente insuficientes	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%
Economias																				
Com economias	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	1	2%	1	2%	8	18%
Não tem ou são escassas	1	2%	11	24%	12	27%	4	9%	7	16%	11	24%	2	4%	12	27%	14	31%	37	82%
Grau com que se cobrem as necessidades																				
Alimentação, habitação, vestuário, cuidados médicos e permite pequenos luxos	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	6	13%
Alimentação, habitação, vestuário, cuidados médicos mas não permite pequenos luxos	1	2%	11	24%	12	27%	4	9%	8	18%	12	27%	2	4%	10	22%	12	27%	36	80%
Não cobre a alimentação, ou habitação, ou vestuário, ou cuidados médicos e não permite pequenos luxos	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	3	7%

APÊNDICE VI - Avaliação da Saúde Mental

Tabela 18. Distribuição segundo a autoavaliação da saúde mental

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral										
	M		F		Total		M		F			Total								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Preocupação com as coisas em geral																				
Sempre/quase sempre	-	-	10	22%	10	22%	3	7%	7	16%	10	22%	-	-	10	22%	10	22%	30	67%
Algumas vezes	2	4%	3	7%	5	11%	2	4%	3	7%	5	11%	2	4%	1	2%	3	7%	13	29%
Nunca/quase nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%	2	4%	2	4%
Opinião sobre a vida																				
Interessante	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	-	-	-	-	4	9%
Monótona	1	2%	3	7%	4	9%	3	7%	7	16%	10	22%	2	4%	6	13%	8	18%	22	49%
Aborrecida	1	2%	8	18%	9	20%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	7	16%	7	16%	18	40%
NS/NR	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
Satisfação com a vida																				
Boa	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	4	9%
Regular	1	2%	7	16%	8	18%	4	9%	8	18%	12	27%	2	4%	5	11%	7	16%	27	60%
Má	-	-	5	11%	5	11%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	7	16%	7	16%	14	31%
Autoavaliação do estado mental ou emocional atual																				
Bom	1	2%	2	4%	3	7%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	3	7%	4	9%	11	24%
Razoável	1	2%	8	18%	9	20%	2	4%	7	16%	9	20%	1	2%	9	20%	10	22%	28	62%
Mau	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	6	13%
Comparação com há 5 anos																				
Melhor	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
Igual	2	4%	1	2%	3	7%	1	2%	1	2%	2	4%	1	2%	-	-	1	2%	6	13%
Pior	-	-	11	24%	11	24%	4	9%	9	20%	13	29%	1	2%	13	29%	14	31%	38	84%

Tabela 19. Distribuição de acordo com as respostas de sentido negativo aos itens do SPES

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral										
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	n	%									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Satisfação com a vida																				
A sua vida não está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a	1	2%	6	13%	7	16%	3	7%	3	7%	6	13%	-	-	7	16%	7	16%	20	44%
Não é feliz a maior parte do tempo	-	-	7	16%	7	16%	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	9	20%	9	20%	21	47%
Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes	1	2%	5	11%	6	13%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	8	18%
Perturbação do sono																				
Não acorda fresco e descansado/a todas as manhãs	1	2%	6	13%	7	16%	3	7%	3	7%	6	13%	-	-	7	16%	7	16%	20	44%
O seu sono é irregular e inquieto	1	2%	8	18%	9	20%	3	7%	5	11%	8	18%	-	-	7	16%	7	16%	24	53%
Fator de energia																				
Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais	-	-	6	13%	6	13%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	9	20%
Por vezes sente que não serve para nada	1	2%	12	27%	13	29%	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	10	22%	11	24%	28	62%
Nos últimos anos não se sentiu bem a maior parte do tempo	1	2%	6	13%	7	16%	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	8	18%	9	20%	21	47%
Sente-se muitas vezes fraco/a	-	-	10	22%	10	22%	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	9	20%	10	22%	23	51%
Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha	-	-	12	27%	12	27%	3	7%	2	4%	5	11%	2	4%	11	24%	13	29%	30	67%
Sente palpitações e falta de ar	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	6	13%	7	16%	15	33%
Fator de paranoia																				
Por vezes sentiu vontade de sair de casa	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	5	11%
Parece-lhe que ninguém o/a compreende	-	-	6	13%	6	13%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	3	7%	3	7%	11	24%
Pensa que se trama alguma coisa contra si	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	3	7%

Tabela 19.1. Distribuição de acordo com o score do SPES, de acordo com Pfeiffer (1979)

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem depressão (score 0-3)	2	4%	2	4%	4	9%	3	7%	4	9%	7	16%	1	2%	1	2%	2	4%	13	29%
Depressão leve (score 4-5)	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	3	7%	4	9%	12	27%
Depressão severa (score 6-15)	-	-	8	18%	8	18%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	9	20%	9	20%	20	44%

Tabela 20. Distribuição de acordo com a perspectiva do informante sobre a saúde mental

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Demonstra sentido ou senso comum ao fazer juízos e ao tomar decisões	2	4%	7	16%	9	20%	3	7%	9	20%	12	27%	1	2%	9	20%	10	22%	31	69%
É capaz de lidar, ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida	2	4%	8	18%	10	22%	3	7%	8	18%	11	24%	1	2%	5	11%	6	13%	27	60%
Acha a vida interessante e divertida	1	2%	2	4%	3	7%	4	9%	8	18%	12	27%	1	2%	1	2%	2	4%	17	38%
Avaliação do estado mental e emocional/capacidade de raciocínio																				
Muito bom	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	5	11%
Bom	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	-	-	-	-	1	2%	5	11%	6	13%	11	24%
Razoável	-	-	8	18%	8	18%	3	7%	7	16%	10	22%	-	-	5	11%	5	11%	23	51%
Mau	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	1	2%	2	4%	3	7%	6	13%
Comparação com há 5 anos																				
Melhor	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	4	9%
Igual	1	2%	5	11%	6	13%	2	4%	5	11%	7	16%	1	2%	1	2%	2	4%	15	33%
Pior	-	-	6	13%	6	13%	3	7%	4	9%	7	16%	1	2%	12	27%	13	29%	26	58%

Tabela 22. Distribuição segundo a escala de classificação de saúde mental

	Centro de Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total		
	M n	F %	Total n %	M n	F %	Total n %	M n	F %	Total n %	M n	F %	Total n %
Muito Boa	1	2%	1 2%	1	2%	1 2%	-	-	- -	2	4%	- -
Boa	1	2%	4 9%	2	4%	10 22%	1	2%	5 11%	4	9%	15 33%
Ligeiramente insatisfatória	-	-	6 13%	-	-	1 2%	-	-	3 7%	-	-	10 22%
Moderadamente insatisfatória	-	-	2 4%	1	2%	1 2%	-	-	4 9%	1	2%	6 13%
Fortemente insatisfatória	-	-	2 4%	1	2%	2 4%	1	2%	3 7%	2	4%	5 11%
Totalmente insatisfatória	-	-	- -	-	-	- -	-	-	- -	-	-	- -

APÊNDICE VII - Avaliação da Saúde Física

Tabela 24. Distribuição segundo a doença

	Centro de Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Artrite ou reumatismo	1	1%	7	6%	8	6%	3	2%	5	4%	8	6%	-	-	9	7%	9	7%	25	20%
Glaucoma	-	-	1	1%	1	1%	-	-	1	1%	1	1%	1	1%	3	2%	4	3%	6	5%
Asma	-	-	2	2%	2	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%	1	1%	3	2%
Hipertensão	1	1%	8	6%	9	7%	3	2%	7	6%	10	8%	1	1%	11	9%	12	10%	31	25%
Problemas cardíacos	-	-	1	1%	1	1%	1	1%	3	2%	4	3%	-	-	6	5%	6	5%	11	9%
Problemas circulatórios dos membros	-	-	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	2	2%	-	-	-	-	-	-	3	2%
Diabetes	-	-	5	4%	5	4%	2	2%	2	2%	4	3%	1	1%	4	3%	5	4%	14	11%
Doença do fígado	-	-	1	1%	1	1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%
Doença dos rins	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%	1	1%	-	-	1	1%	1	1%	2	2%
Outras doenças do sistema urinário	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%	1	1%	-	-	-	-	-	-	1	1%
Cancro ou leucemia	-	-	-	-	-	-	1	1%	-	-	1	1%	-	-	2	2%	2	2%	3	2%
Anemia	-	-	2	2%	2	2%	-	-	1	1%	1	1%	-	-	2	2%	2	2%	5	4%
Consequências de AVC	1	1%	3	2%	4	3%	-	-	1	1%	1	1%	1	1%	6	5%	7	6%	12	10%
Doença de Parkinson	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%	1	1%	1	1%
Epilepsia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1%	1	1%	1	1%
Doenças da pele	-	-	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	2	2%	1	1%	1	1%	2	2%	5	4%
Problemas de fala	-	-	-	-	-	-	1	1%	-	-	1	1%	1	1%	-	-	1	1%	2	2%

Tabela 25. Distribuição segundo a doença e o modo como interfere nas atividades*

	Nada	Pouco	Muito	Totais
Artrite ou reumatismo	-	2	23	56%
Glaucoma	1	2	3	13%
Asma	1	-	2	7%
Hipertensão	1	25	5	69%
Problemas cardíacos	-	7	4	24%
Problemas circulatórios dos membros	-	1	2	7%
Diabetes	1	8	5	31%
Doença do fígado	-	-	1	2%
Doença dos rins	1	-	1	4%
Outras doenças do sistema urinário	1	-	-	2%
Cancro ou leucemia	3	-	-	7%
Anemia	1	2	2	11%
Consequências de AVC	1	3	8	27%
Doença de Parkinson	-	-	1	2%
Epilepsia	1	-	-	2%
Doenças da pele	-	3	2	11%
Problemas de fala	-	1	1	4%

*São ainda referidos (p. 48) como problemas que afetam seriamente a saúde: Demência (2%), Osteoporose (2%) e Alzheimer (2%).

Tabela 26. Distribuição de acordo com a incapacidade física

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem incapacidade física	2	4%	11	24%	13	29%	3	7%	8	18%	11	24%	-	-	1	2%	1	2%	25	56%
Com incapacidade física																				
Paralisia parcial	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	2	4%	2	4%	5	11%
Falta de função	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%	10	22%	12	27%	15	33%
Visão																				
Muito boa	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
Boa	2	4%	7	16%	9	20%	2	4%	5	11%	7	16%	-	-	2	4%	2	4%	18	40%
Regular	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	3	7%	5	11%	1	2%	2	4%	3	7%	9	20%
Mal	-	-	4	9%	4	9%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	8	18%	8	18%	15	33%
Está cego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%
Audição																				
Muito boa	1	2%	-	-	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	3	7%
Boa	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	2	4%	3	7%	12	27%
Regular	-	-	10	22%	10	22%	4	9%	4	9%	8	18%	1	2%	11	24%	12	27%	30	67%

Tabela 29. Distribuição de acordo com a prática de atividade física

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral										
	M		F	Total		M		F	Total											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Prática de atividade física	2	4%	6	13%	8	18%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	10	22%		
Sem atividade física	-	-	7	16%	7	16%	4	9%	9	20%	13	29%	2	4%	13	29%	15	33%	35	78%

Tabela 30. Distribuição de acordo com a autoavaliação da saúde física

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral										
	M		F	Total		M		F	Total											
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Autoavaliação da saúde física atual																				
Boa	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%	2	4%	4	9%	-	-	1	2%	1	2%	7	16%
Regular	1	2%	7	16%	8	18%	3	7%	5	11%	8	18%	1	2%	3	7%	4	9%	20	44%
Má	-	-	5	11%	5	11%	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	9	20%	10	22%	18	40%
Comparação com há 5 anos																				
Melhor	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%
Igual	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	-	-	-	-	5	11%
Pior	1	2%	11	24%	12	27%	4	9%	7	16%	11	24%	2	4%	13	29%	15	33%	38	84%
Forma como os problemas de saúde interferem na vida																				
Nada	1	2%	-	-	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
Um pouco	1	2%	3	7%	4	9%	3	7%	6	13%	9	20%	-	-	-	-	-	-	13	29%
Muito	-	-	10	22%	10	22%	2	4%	4	9%	6	13%	2	4%	13	29%	15	33%	31	69%

Tabela 31. Distribuição de acordo com a perspectiva do informante sobre a saúde física

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral		
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Avaliação da saúde																					
Muito boa	1	2%	-	-	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	2	4%	
Boa	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	1	2%	2	4%	8	18%	
Razoável	-	-	8	18%	8	18%	4	9%	5	11%	9	20%	-	0%	7	16%	7	16%	24	53%	
Má	-	-	3	7%	3	7%	-	-	2	4%	2	4%	1	2%	5	11%	6	13%	11	24%	
Forma como os problemas de saúde dificultam fazer o que deseja																					
Nada	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	3	7%	
Um pouco	2	4%	5	11%	7	16%	4	9%	7	16%	11	24%	-	-	2	4%	2	4%	20	44%	
Muito	-	-	7	16%	7	16%	-	-	2	4%	2	4%	2	4%	11	24%	13	29%	22	49%	

Tabela 32. Distribuição de acordo com a perspectiva do entrevistador sobre a saúde física

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem alterações aparentes	2	4%	8	18%	10	22%	4	9%	8	18%	12	27%	1	2%	3	7%	4	9%	26	58%
Obeso/a	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	8	18%	9	20%	15	33%
Mal nutrido/a ou emagrecido/a	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%	2	4%	4	9%

APÊNDICE VIII - Avaliação das Atividades de Vida Diária

Tabela 34. Distribuição de acordo com as AVD Instrumental

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Usar o telefone																				
Sem ajuda	2	4%	12	27%	14	31%	5	11%	10	22%	15	33%	-	-	4	9%	4	9%	33	73%
Com alguma ajuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	2	4%
É incapaz de utilizar	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%	8	18%	9	20%	10	22%
Ir até locais onde não é possível ir a pé																				
Sem ajuda	2	4%	6	13%	8	18%	5	11%	9	20%	14	31%	-	-	-	-	-	-	22	49%
Com alguma ajuda	-	-	7	16%	7	16%	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	6	13%	7	16%	15	33%
É incapaz de viajar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	7	16%	8	18%	8	18%
Fazer as compras																				
Sem ajuda	2	4%	6	13%	8	18%	4	9%	6	13%	10	22%	-	-	-	-	-	-	18	40%
Com alguma ajuda	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	-	-	-	-	7	16%
É incapaz de fazer qualquer tipo de compra	-	-	3	7%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	13	29%	15	33%	19	42%
NS/NR	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%
Preparar as suas refeições																				
Sem ajuda	1	2%	6	13%	7	16%	4	9%	7	16%	11	24%	-	-	-	-	-	-	18	40%
Com alguma ajuda	1	2%	4	9%	5	11%	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	2	4%	2	4%	10	22%
É incapaz de preparar qualquer refeição	-	-	3	7%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	11	24%	13	29%	17	38%
Fazer as tarefas de casa																				
Sem ajuda	2	4%	5	11%	7	16%	4	9%	9	20%	13	29%	-	-	-	-	-	-	20	44%
Com alguma ajuda	-	-	4	9%	4	9%	1	2%	1	2%	2	4%	1	2%	3	7%	4	9%	10	22%
É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico	-	-	4	9%	4	9%	-	-	-	-	-	-	1	2%	10	22%	11	24%	15	33%

Tabela 34. Distribuição de acordo com as AVD Instrumental (cont.)

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomar os seus medicamentos																				
Sem ajuda	2	4%	8	18%	10	22%	5	11%	9	20%	14	31%	-	-	1	2%	1	2%	25	56%
Com alguma ajuda	-	-	5	11%	5	11%	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	5	11%	6	13%	12	27%
É incapaz de tomar os seus medicamentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	7	16%	8	18%	8	18%
Lidar com o dinheiro																				
Sem ajuda	2	4%	8	18%	10	22%	5	11%	7	16%	12	27%	-	-	2	4%	2	4%	24	53%
Com alguma ajuda	-	-	2	4%	2	4%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	5	11%
É incapaz de administrar o seu dinheiro	-	-	3	7%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	10	22%	12	27%	16	36%

Tabela 35. Distribuição de acordo com as AVD Físico

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comer																				
Sem ajuda	2	4%	13	29%	15	33%	5	11%	10	22%	15	33%	-	-	7	16%	7	16%	37	82%
Com alguma ajuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%	3	7%	5	11%	5	11%
É incapaz de comer sozinho/a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7%	3	7%	3	7%
Vestir e despir																				
Sem ajuda	2	4%	10	22%	12	27%	5	11%	10	22%	15	33%	-	-	2	4%	2	4%	29	64%
Com alguma ajuda	-	-	3	7%	3	7%	-	-	-	-	-	-	1	2%	6	13%	7	16%	10	22%
É incapaz de vestir-se e despir-se sozinho/a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	5	11%	6	13%	6	13%
Cuidar da aparência																				
Sem ajuda	2	4%	10	22%	12	27%	5	11%	10	22%	15	33%	-	-	1	2%	1	2%	28	62%
Com alguma ajuda	-	-	3	7%	3	7%	-	-	-	-	-	-	1	2%	7	16%	8	18%	11	24%
É incapaz de cuidar da sua aparência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	5	11%	6	13%	6	13%
Andar																				
Sem ajuda	2	4%	5	11%	7	16%	5	11%	9	20%	14	31%	-	-	3	7%	3	7%	24	53%
Com alguma ajuda	-	-	8	18%	8	18%	-	-	1	2%	1	2%	2	4%	5	11%	7	16%	16	36%
É incapaz de andar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	11%	5	11%	5	11%
Levantar-se e deitar-se																				
Com alguma ajuda	-	-	3	7%	3	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4%	2	4%	5	11%
Depende completamente de alguém que o/a levante	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	6	13%	7	16%	7	16%
Tomar banho ou duche																				
Sem ajuda	2	4%	9	20%	11	24%	4	9%	9	20%	13	29%	-	-	-	-	-	-	24	53%
Com alguma ajuda	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	3	7%	3	7%	8	18%
É incapaz de tomar banho sozinho/a	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	2	4%	10	22%	12	27%	13	29%

Tabela 38. Distribuição segundo a escala de classificação do desempenho das AVD

	Centro de Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Boa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boa	1	2%	5	11%	6	13%	3	7%	7	16%	10	22%	-	-	-	-	-	-	4	9%	12	27%		
Ligeiramente insatisfatória	-	-	3	7%	3	7%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	1	2%	4	9%		
Moderadamente insatisfatória	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	2	4%	3	7%	1	2%	3	7%	4	9%	3	7%	8	18%		
Fortemente insatisfatória	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	1	2%	6	13%	7	16%	1	2%	7	16%		
Totalmente insatisfatória	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9%	4	9%	-	-	5	11%		

APÊNDICE IX - Avaliação da Utilização de Serviços

Tabela 39. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços sociais e recreativos

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Serviços sociais e recreativos																				
Utilizam	2	4%	3	7%	5	11%	3	7%	7	16%	10	22%	-	-	-	-	-	-	15	33%
Necessitam	2	4%	10	22%	12	27%	4	9%	10	22%	14	31%	2	4%	10	22%	12	27%	38	84%
Viagens																				
Utilizam	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	5	11%
Necessitam	2	4%	11	24%	13	29%	3	7%	9	20%	12	27%	1	2%	9	20%	10	22%	35	78%
Desporto																				
Utilizam	-	-	5	11%	5	11%	1	2%	6	13%	7	16%	-	-	-	-	-	-	12	27%
Necessitam	2	4%	8	18%	10	22%	2	4%	7	16%	9	20%	1	2%	7	16%	8	18%	27	60%

Tabela 40. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral										
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	n	%									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Cuidados médicos																				
Utilizam (consultas médicas)	1	2%	13	29%	14	31%	4	9%	10	22%	14	31%	1	2%	6	13%	7	16%	35	78%
Necessitam*	1	2%	2	4%	3	7%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	6	13%
Dispositivos de apoio e próteses																				
Utilizam	-	-	9	20%	9	20%	3	7%	5	11%	8	18%	1	2%	16	36%	17	38%	34	76%
Necessitam (prótese auricular)*	-	-	6	13%	6	13%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	13%
Serviços de saúde mental																				
Utilizam	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	1	2%	1	2%	7	16%
Necessitam	1	2%	3	7%	4	9%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	6	13%
Psicofármacos																				
Utilizam	1	2%	5	11%	6	13%	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	3	7%	4	9%	11	24%
Necessitam	1	2%	5	11%	6	13%	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	2	4%	3	7%	10	22%
Cuidados de enfermagem																				
Utilização - nos últimos 6 meses	-	-	4	9%	4	9%	-	-	1	2%	1	2%	-	-	4	9%	4	9%	9	20%
- atualmente	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	-	-	3	7%	3	7%	5	11%
Necessitam	-	-	3	7%	3	7%	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9%	4	9%	7	16%
Fisioterapia																				
Utilização - nos últimos 6 meses	-	-	2	4%	2	4%	-	-	-	-	-	-	1	2%	3	7%	4	9%	6	13%
- atualmente	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%
Necessitam	-	-	6	13%	6	13%	2	4%	1	2%	3	7%	1	2%	6	13%	7	16%	16	36%

*Para além do que utilizam

Tabela 41. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços gerais de apoio

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Serviços de cuidados pessoais																				
Utilizam	-	-	4	9%	4	9%	1	2%	-	-	1	2%	2	4%	13	29%	15	33%	20	44%
Necessitam	-	-	5	11%	5	11%	1	2%	-	-	1	2%	2	4%	13	29%	15	33%	21	47%
Quem auxilia nos cuidados																				
Familiar (não pago)	-	-	2	10%	2	10%	1	5%	-	-	1	5%	1	5%	-	-	1	5%	4	20%
Alguém pago por essa ajuda	-	-	1	5%	1	5%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10%	2	10%	3	15%
Alguém de instituição ou segurança social	-	-	1	5%	1	5%	-	-	-	-	-	-	1	5%	11	55%	12	60%	13	65%
Supervisão contínua																				
Utilizam	-	-	4	9%	4	9%	-	-	-	-	-	-	-	-	8	18%	8	18%	12	27%
Necessitam	-	-	5	11%	5	11%	-	-	-	-	-	-	-	-	9	20%	9	20%	14	31%
Quem auxilia nos cuidados																				
Familiar (não pago)	-	-	2	17%	2	17%	-	-	-	-	-	-	-	-	5	42%	5	42%	7	58%
Alguém pago por essa ajuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8%	1	8%	1	8%
Alguém de instituição ou segurança social	-	-	2	17%	2	17%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	17%	2	17%	4	33%
Serviços de monitorização																				
Utilizam	1	2%	4	9%	5	11%	2	4%	6	13%	8	18%	2	4%	13	29%	15	33%	28	62%
Necessitam	1	2%	7	16%	8	18%	1	2%	5	11%	6	13%	2	4%	12	27%	14	31%	28	62%
Quem o faz																				
Familiar (não pago)	1	2%	2	4%	3	7%	2	4%	5	11%	7	16%	1	2%	7	16%	8	18%	18	64%
Amigo	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4%
Alguém de instituição ou segurança social	-	-	1	2%	1	2%	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	6	13%	7	16%	9	32%

Tabela 42. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio, avaliação e coordenação

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Avaliação sistemática multidimensional																				
Utilizam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	1	2%	
Necessitam	2	4%	13	29%	15	33%	5	11%	10	22%	15	33%	2	4%	13	29%	15	33%	45	100%
Serviços de coordenação, informação e apoio																				
Utilizam*	2	4%	1	2%	3	7%	2	4%	2	4%	4	9%	1	2%	3	7%	4	9%	11	24%
Necessitam	2	4%	13	29%	15	33%	2	4%	8	18%	10	22%	2	4%	12	27%	14	31%	39	87%

*A informação foi dada por alguém de uma instituição ou segurança social

Tabela 43. Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços não classificados

	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Transporte**																				
Utilizam	2	4%	13	29%	15	33%	5	11%	10	22%	15	33%	2	4%	13	29%	15	33%	45	100%
Necessitam	-	-	1	2%	1	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2%	1	2%	2	4%
Emprego																				
Utilizam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Necessitam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Preparação para as AVD																				
Utilizam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Necessitam	1	2%	6	13%	7	16%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	16%
Realojamento																				
Utilizam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Necessitam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**29% dos inquiridos desloca-se sozinho/a de transportes públicos, e 24% desloca-se com familiares de transporte público

APÊNDICE X - Pontuação acumulada de incapacidade

Tabela 44. Distribuição de acordo com a pontuação acumulada de incapacidade

	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	
Pontuação acumulada de incapacidade										
Média	11	17	16	15	14	14	19	19	19	16
Máximo	11	20	20	22	18	22	21	22	22	22
Mínimo	11	11	11	12	11	11	16	16	16	11

APÊNDICE XI - Identificação de Problemas

	Problemas identificados
Saúde Mental	<p>67% Preocupa-se com as coisas em geral sempre/quase sempre</p> <p>49% Considera a vida monótona</p> <p>31% Considera a satisfação com a vida má</p> <p>47% Não é feliz a maior parte do tempo</p> <p>53% Tem o seu sono é irregular e inquieto</p> <p>67% Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha</p> <p>62% Por vezes sente que não serve para nada</p> <p>24% Parece-lhe que ninguém o/a compreende</p> <p>44% Com depressão severa de acordo com o score SPES</p> <p>13% Autoavaliação do estado mental e emocional como mau</p>
Saúde Física	<p>62% Estão medicados para dormir (uma vez ou mais por semana)</p> <p>31% Estão medicados para a dor</p> <p>Dos utentes com hipertensão, em 16% dos casos interfere muito nas atividades</p> <p>Dos utentes com artrite ou reumatismo, em 92% dos casos interfere muito nas atividades</p> <p>Dos utentes com diabetes, em 36% dos casos interfere muito nas atividades</p> <p>Dos utentes com consequências de AVC, em 67% dos casos interfere muito nas atividades</p> <p>33% Com incapacidade física, falta de função</p> <p>33% Vê mal</p> <p>29% Utiliza bengala ou tripé</p> <p>13% Utiliza prótese dentária</p> <p>4% Tem indicação para redução da ingestão de bebidas alcoólicas</p> <p>78% Não pratica atividade física</p> <p>40% Fazem uma autoavaliação da saúde física atual como má</p> <p>69% Considera que os problemas de saúde interferem muito na vida</p> <p>33% É obeso/a</p>
AVD	<p>42% É incapaz de fazer qualquer tipo de compra</p> <p>16% Depende completamente de alguém que o/a levante</p> <p>47% Com incontinência</p>

APÊNDICE XII - Priorização de Problemas

	Problemas identificados	A	B	C	D	A + B + C + D
		Magnitude	Transcendência social	Transcendência económica	Factibilidade tecnológica	Valor final
Saúde Mental	67% Preocupa-se com as coisas em geral sempre/quase sempre	2	2	2	3	9
	49% Considera a vida monótona	2	2	2	3	9
	31% Considera a satisfação com a vida má	1	2	3	3	9
	47% Não é feliz a maior parte do tempo	2	2	3	3	10
	53% Tem o seu sono é irregular e inquieto	2	2	3	3	10
	67% Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha	2	2	3	2	9
	62% Por vezes sente que não serve para nada	2	2	3	3	10
	24% Parece-lhe que ninguém o/a compreende	1	2	2	3	8
	44% Com depressão severa de acordo com o score SPES	2	2	3	2	9
	13% Autoavaliação do estado mental e emocional como mau	1	1	3	3	8
Saúde Física	62% Estão medicados para dormir (uma vez ou mais por semana)	2	2	3	2	9
	31% Estão medicados para a dor	1	1	3	2	7
	Dos utentes com hipertensão, em 16% dos casos interfere muito nas atividades	1	1	2	2	6
	Dos utentes com artrite ou reumatismo, em 92% dos casos interfere muito nas atividades	3	3	3	2	11
	Dos utentes com diabetes, em 36% dos casos interfere muito nas atividades	2	2	2	1	7
	Dos utentes com consequências de AVC, em 67% dos casos interfere muito nas atividades	2	2	3	1	8
	33% Com incapacidade física, falta de função	1	2	3	1	7
	33% Vê mal	1	2	2	1	6
	29% Utiliza bengala ou tripé	1	1	2	1	5
	13% Utiliza prótese dentária	1	1	2	1	5
	4% Tem indicação para redução da ingestão de bebidas alcoólicas	1	1	1	2	5
	78% Não pratica atividade física	3	2	3	2	10
	40% Fazem uma autoavaliação da saúde física atual como má	2	2	3	2	9
	69% Considera que os problemas de saúde interferem muito na vida	2	2	3	2	9
33% É obeso/a	1	2	2	2	7	
AVD	42% É incapaz de fazer qualquer tipo de compra	2	2	1	1	6
	16% Depende completamente de alguém que o/a levante	1	1	3	2	7
	47% Com incontinência	2	2	3	2	9

APÊNDICE XIII - Estratégias propostas

Domínios de aprendizagem	Objetivos Operacionais	Estratégias	Métodos	Técnicas
Cognitivo	Que os idosos identifiquem as alterações do ritmo sono-vigília que ocorrem com o envelhecimento	Informar os idosos sobre o ritmo sono-vigília Promover a autogestão do ritmo sono-vigília	Expositivo Interrogativo	Exposição Perguntas Discussão
Afetivo	Que os idosos diminuam a sua tristeza e desolação	Promover a valorização pessoal Promover a revisão de vida Facilitar a expressão de sentimentos e emoções Estimular as relações interpessoais do grupo Treino de competências relacionais Reforço das relações intergeracionais na família e comunidade	Ativo	Jogos pedagógicos Brainstorming Reflexão Diálogo Action Maze Dramatização
Psicomotor	Que o bem-estar físico seja adequado Que os idosos pratiquem atividade física	Motivar para a prática de atividade física Informar os idosos sobre os benefícios da atividade física Informar os idosos sobre as precauções a ter na prática de atividade física Promoção da atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar Treino de competências práticas	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração Perguntas Discussão

APÊNDICE XIV - Plano das sessões

Plano de Sessão
“Quem é quem”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 5 de Novembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima e valorização

Objetivos específicos: Fazer a autobiografia
Estimular a memória
Facilitar a partilha entre o grupo

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Cada idoso tem uma fotografia sua antiga- Cada idoso fala sobre a história da fotografia escolhida e como era na idade retratada- Informar sobre a importância da valorização pessoal	30 min	Ativo Expositivo	Jogos pedagógicos Exposição
Conclusão	Identificar os pontos em comum entre o grupo	10 min	Ativo	Reflexão Diálogo
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Jogo dos objetos”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 6 de Novembro de 2012

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima e valorização

Objetivos específicos: Realizar a revisão de vida
Promover o conhecimento mutuo entre os membros do grupo
Estimular a memória

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Cada idoso tem um objeto que lhe é querido/com significado.- Cada idoso fala sobre o objeto ao grupo: porque o escolheu, qual a história que o envolve, porque ainda o mantém.- Identificação de estratégias para os idosos se valorizarem	40 min	Ativo Expositivo	Jogos pedagógicos Exposição
Conclusão	Identificar os pontos em comum entre o grupo	10 min	Ativo	Reflexão Diálogo
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“O que é a saúde?”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 7 de Novembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Trabalhar o conceito de saúde e o aspeto emocional da doença

Objetivos específicos: Conhecer a perceção dos idosos sobre a sua saúde, quais as crenças associadas e os medos
Demonstrar a importância da saúde mental
Estimular a mudança de atitudes

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- O que é a saúde e a doença para o grupo- Apresentação de várias afirmações e questões sobre saúde para comentar- Discussão em grupo sobre o tema	35 min	Interrogativo Ativo	Perguntas Brainstorming Discussão
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Principais conclusões da discussão de grupo	5 min	Ativo	Reflexão

Plano de Sessão
“Benefícios da atividade física”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia, o Centro de Convívio e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 8 de Novembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Estimular a prática de atividade física

Objetivos específicos: Informar sobre os benefícios da atividade física

Que os idosos consigam identificar 5 benefícios da atividade física

Que os idosos identifiquem 3 precauções a ter na prática de atividade física

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação de conceitos: o que é a atividade física- Vantagens da prática de atividade física- Consequências da inatividade- Sugestões de como aumentar a atividade física no dia-a-dia- Precauções a ter na prática de atividade física	30 min	Expositivo Interrogativo	Exposição Discussão
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Resumo dos principais benefícios do atividade- Esclarecimento de dúvidas	10 min	Ativo Expositivo	Reflexão Exposição
Avaliação	Identificação dos benefícios e precauções	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Prática de atividade física”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia; o Centro de Convívio e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 16 e 30 de Novembro 2012; 7, 14, 21 e 28 de Dezembro 2012; 4, 18 e 25 de Janeiro 2013, 1 e 15 de Fevereiro 2013

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Aumentar o bem-estar físico e a autoestima

Objetivos específicos: Combater o sedentarismo
Melhorar a funcionalidade e minimizar a dor
Melhorar o sono
Promover as relações sociais e comunicação

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Rever as precauções a ter aquando da prática de atividade física- Informar de qual a finalidade dos exercícios a executar- Demonstrar como se realiza cada exercício- Execução: aquecimento, manutenção e arrefecimento	50 min	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração Perguntas
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Esclarecimento de dúvidas- Reforço positivo	5 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Número de participantes	-	-	-

Plano de Sessão
“Caminhada”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: Todas as 6.ª feiras, de 9 de Novembro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Aumentar o bem-estar físico e a autoestima

Objetivos específicos: Manutenção da capacidade funcional
Estimular a coordenação
Proporcionar contacto social

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Rever as precauções a ter na prática de atividade física- Exercícios de aquecimento- Caminhada	45 min	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração Perguntas
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Exercícios de arrefecimento- Reforço positivo	10 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Número de participantes	-	-	-

Plano de Sessão
“Photo recall”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 12 de Novembro de 2012

Duração: 40 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Motivar para a prática de atividade física

Objetivos específicos: Desmistificar estereótipos

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Informar sobre a influência dos estereótipos relacionados com a velhice no comportamento- É apresentado ao grupo um conjunto de imagens de idosos e diferentes atividades físicas - o objetivo é fazer a correspondência entre os dois- Reforçar a importância da prática de atividade física	25 min	Expositivo Ativo	Exposição Jogos pedagógicos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5 min	Ativo	Reflexão Diálogo
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a sessão	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Terapia do Abraço”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 13 e 20 de Novembro, 11 de Dezembro de 2012; 2, 14 e 31 de Janeiro, 11 e 14 de Fevereiro de 2013

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Aumentar o bem-estar físico e mental

Objetivos específicos: Aumentar a coesão do grupo
Estimular a linguagem não-verbal e a expressão de sentimentos
Motivar para a prática de atividade física

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação de conceitos: o que é o abraço, quando e porque abraçamos, vários tipos de abraço- Benefícios do abraço- Demonstração e prática do exercício: “terapia” do abraço	35 min	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração Perguntas
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Sensações e sentimentos sentido pelo grupo após o exercício	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Terapia do Riso”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 27 de Novembro, 18 de Dezembro de 2012; 8 e 24 de Janeiro, e 5 de Fevereiro de 2013

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Aumentar o bem-estar

Objetivos específicos: Promover a interação do grupo
Fortalecer os laços afetivos do grupo
Reduzir a dor
Estimular para a prática de atividade física

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação de conceitos: rir, quando e porque rimos- Benefícios do riso- Demonstração e prática do exercício: “terapia” do riso	35 min	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração Perguntas
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Sensações e sentimentos sentido pelo grupo após o exercício	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“O que é ser velho?”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 14 de Novembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Conhecer qual a perceção do grupo de idosos em relação ao envelhecimento

Objetivos específicos: Desmistificação de mitos e estereótipos
Partilha de saberes entre os elementos do grupo

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- É pedido aos idosos que falem sobre o que é para eles ser velho - pontos positivos e negativos- Apresentação de conceitos: velho ou idoso- Informar sobre os mitos associados ao envelhecimento	35 min	Ativo Expositivo	Reflexão Exposição
Conclusão	Principais conclusões da discussão de grupo	5 min	Ativo	Reflexão
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“És assim...”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 15 de Novembro de 2012; 7 de Fevereiro de 2013

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Aprofundar relações interpessoais no grupo

Objetivos específicos: Promover a interação do grupo
Estabelecer novas relações e/ou melhorar as existentes
Capacitar para a interação social
Estimular a memória

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- O grupo é disposto em círculo. São colocados os nomes dos idosos presentes num saco para que cada elemento retire um nome e fale sobre o que conhece do colega - 3 características (em ambas as sessões)- São colocadas a cada idoso 3 questões sobre si (1.ª sessão)- Informar sobre a importância e benefícios da interação social (1.ª sessão)- Discussão sobre os benefícios sentidos (2.ª sessão)	45 min	Expositivo Interrogativo Ativo	Exposição Perguntas Discussão
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- 1.ª sessão: o que sabemos do outro, até que ponto o grupo se conhece- 2.ª sessão: o que melhorou	5 min	Interrogativo	Perguntas Discussão
Avaliação	Comparação entre o nível de conhecimento mútuo na 1.ª sessão e na 2.ª	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão

“Origens”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 19 de Novembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima e valorização

Objetivos específicos: Fazer a autobiografia
Promover o conhecimento mutuo entre os membros do grupo
Estimular a memória

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Cada idoso tem uma fotografia antiga da sua terra de origem - é pedido aos idosos que falem sobre a sua história, porque a escolheram- Cada idoso relata alguns dos acontecimentos que considera importante na sua terra (tradições, festas, cultura, gastronomia...)	35 min	Ativo	Jogos pedagógicos Diálogo Reflexão
Conclusão	Identificação dos pontos em comum no grupo	5 min	Ativo	Reflexão Diálogo
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão

“O que dizem os outros da velhice?”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 21 de Novembro de 2012

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Refletir sobre a imagem social do idoso

Objetivos específicos: Estimular o sentimento de pertença ao grupo, a memória e o sentido crítico

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Refletir acerca do que se vê e ouve na radio e televisão, que notícias são divulgados sobre os idosos (jornais/revistas)- Refletir em grupo sobre a importância da opinião dos outros sobre os idosos e que influencia tem nos seus comportamentos- Discussão dos diferentes pontos de vista	40 min	Ativo Interrogativo	Brainstorming Reflexão Discussão
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Principais conclusões da discussão de grupo- Procura de soluções	10 min	Ativo	Discussão
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Ser positivo”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia, o Centro de Convívio e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 22 de Novembro; 13, 20 e 26 de Dezembro de 2012; 3 de Janeiro de 2013

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima e o sentimento de utilidade

Objetivos específicos: Estimular o pensamento positivo
 Capacitar para a antecipação e resolução de problemas/ situações difíceis

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> - Formador - Tema - Objetivos 	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de conceitos: autoestima - Informar sobre as consequências da baixa autoestima - Estratégias para uma atitude positiva (1.ª sessão) - Dividir o grupo em pares para refletir sobre “o meu dia” - apresentar um dia negativo, o que fizeram, problemas e resolução (2.ª sessão) - Contar uma história em conjunto - um inicia a narrativa e cada um dos elementos do grupo continua a história. Condições: iniciar com um problema, terminar com a resolução (3.ª sessão) - Partilha com o grupo sobre pontos positivos: do Natal (4.ª sessão), de 2012, e desejos para o novo ano (5.ª sessão) 	40 min	Ativo Expositivo	Diálogo Action Maze Dramatização Exposição
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Principais conclusões da discussão de grupo - Procura de soluções 	10 min	Ativo	Reflexão Brainstorming
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Roteiros”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 26 de Novembro de 2012

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima e valorização

Objetivos específicos: Promover a interação entre os elementos do grupo
Promover o conhecimento mutuo entre os membros do grupo
Estimular a memória e a criatividade

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Os idosos formam grupos de acordo com a região de origem- Com recurso a mapas e fotografias antigas é pedido a cada grupo para definir um roteiro turístico do que visitar na sua terra- Exemplificação de um roteiro- Dramatização pelos idosos	45 min	Ativo	Jogos pedagógicos Diálogo Reflexão Dramatização
Conclusão	Identificação dos pontos em comum entre os diferentes locais	5 min	Ativo	Reflexão Diálogo
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a partilha	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão

“Espelho”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 29 de Novembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Aumentar a autoestima e valorização pessoal

Objetivos específicos: Favorecer o autoconhecimento

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- O grupo é disposto em círculo- Faz-se circular entre todos os elementos do grupo uma caixa, que no interior tem um espelho- É explicado que dentro da caixa está a fotografia de uma pessoa muito importante- É pedido para que falem sobre essa pessoa sem dizer quem é ao grupo	30 min	Ativo	Jogos pedagógicos Diálogo
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- O que foi sentido por cada um ao falar de si mesmo- Importância da autovalorização	10 min	Ativo	Reflexão Diálogo
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo durante a sessão	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão

“Sono”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 3 de Dezembro de 2012

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo geral: Normalizar/restabelecer o padrão de sono e prevenir a sua instabilidade

Objetivos específicos: Que os idosos consigam identificar 2 das alterações no padrão de sono com o envelhecimento
Que os idosos consigam identificar 3 recomendações para melhorar o sono

Étapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Dimensões do sono- Sono e envelhecimento- Mitos associados ao sono na velhice- Problemas específicos e patologias associadas- Discutir os sentimentos subjacentes às alterações do sono- Recomendações para melhorar o padrão de sono	40 min	Expositivo Interrogativo	Exposição Perguntas Discussão
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Identificação das alterações e das recomendações	10 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Relaxamento”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia, o Centro de Convívio e em Apoio Domiciliário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 4 de Dezembro de 2012

Duração: 1 hora

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Normalizar/restabelecer o padrão de sono e prevenir a sua instabilidade

Objetivos específicos: Que os idosos consigam identificar 2 benefícios do relaxamento
Que os idosos consigam identificar 3 precauções a ter durante a prática de relaxamento

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Benefícios do relaxamento- Influencia no padrão de sono- Princípios básicos do relaxamento- Cuidados a ter durante o relaxamento- Demonstração e prática de exercícios de relaxamento	40 min	Expositivo Demonstrativo Ativo	Exposição Demonstração Ilustração
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Rever os benefícios- Esclarecimento de dúvidas	10 min	Expositivo	Exposição
Avaliação	Identificação dos benefícios e precauções	5 min	Interrogativo	Questões

Plano de Sessão
“Conta histórias”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 6 de Dezembro de 2012

Duração: 80 minutos

Formador: Ana Martinho

Objetivo Geral: Estimular a criatividade e a imaginação

Objetivos específicos: Estimular a capacidade intelectual e cultural
Promover a valorização pessoal
Reavivar a memória

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Informar da importância da estimulação intelectual- Informar da importância da autoestima e da autoconfiança, na relação com os outros- Contar histórias em conjunto	65 min	Expositivo Ativo	Exposição Jogo pedagógico
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	5 min	Interrogativo	Perguntas
Avaliação	O que foi sentido pelo grupo após o exercício: sensações e sentimentos	5 min	Interrogativo	Perguntas

Plano de Sessão
“Era uma vez...”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio, e Crianças que frequentam a creche/infantário

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 10 e 12 de Dezembro de 2012

Duração: 50 minutos

Formadores: Ana Martinho e Idosos do Centro de Dia e do Centro de Convívio

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima

Objetivos específicos: Promover o convívio intergeracional
Estimular a criatividade e a imaginação
Estimular a memória
Promover a imagem social positiva do idoso

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formadores- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Contacto com as crianças- O grupo de idosos conta uma história, poema e canção às crianças	30 min	Expositivo Ativo	Exposição Jogo pedagógico
Conclusão	Interação livre com as crianças	10 min	Interrogativo	Perguntas
Avaliação	Perceção dos idosos sobre a interação e empatia criadas entre o grupo e as crianças	5 min	Interrogativo	Perguntas Observação

Plano de Sessão
“Ser velho é...”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro de Dia e o Centro de Convívio, e jovens que frequentam o CIJ

Local: Centro de Informação Juvenil

Data: 22 de Janeiro de 2013

Duração: 1 hora

Formadores: Ana Martinho e Idosos do Centro de Dia

Objetivo Geral: Aumentar a autoestima

Objetivos específicos: Promover o convívio intergeracional
Estimular a memória, a criatividade e a imaginação
Promover a imagem social positiva do idoso

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formador- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- O que é para os jovens a velhice- Como percecionam o seu envelhecimento- Dramatização pelo grupo de idosos sobre o que é a velhice (aspetos negativos e positivos)- Informar sobre o processo de envelhecimento normal	45 min	Ativo Expositivo	Brainstorming Reflexão Dramatização Exposição
Conclusão	Perceção dos jovens sobre a sessão	5 min	Interrogativo	Perguntas Observação
Avaliação	Perceção dos idosos sobre a interação e empatia criadas entre o grupo e os jovens	5 min	Interrogativo	Perguntas Observação

Plano de Sessão
“O envelhecimento”

População-alvo: Idosos que frequentam o Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe, famílias e funcionários da instituição.

Local: Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe

Data: 29 de Janeiro de 2013

Duração: 90 minutos

Formador: Ana Martinho e Idosos do Centro de Dia e do Centro de Convívio

Objetivo geral: Consolidar o papel dos idosos na família

Objetivos específicos: Informar sobre o processo de envelhecimento normal
Sensibilizar a família para fomentar o envolvimento dos idosos na sociedade
Promover a aproximação à comunidade

Etapas	Conteúdo	Duração	Métodos	Técnicas
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Formadores- Tema- Objetivos	5 min	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">- Mitos- Alterações mais comuns que ocorrem com o envelhecimento- Prevenção de acidentes- Promoção e manutenção da saúde na velhice: sono, atividade física, alimentação, higiene pessoal, imagem, intimidade e sexualidade, atividade intelectual e social;- Esclarecimento de dúvidas	75 min	Expositivo	Exposição
Conclusão	Apresentação de poemas sobre o tema pelo grupo de idosos	10 min	Expositivo Interrogativo	Exposição Perguntas
Avaliação	Número de participantes na sessão	-	-	-

APÊNDICE XV - Material de apoio utilizado nas sessões

Figura 1. Material de apoio utilizado na sessão “O que é a saúde?”



Figura 2. Material de apoio utilizado na sessão “Benefícios da atividade física”

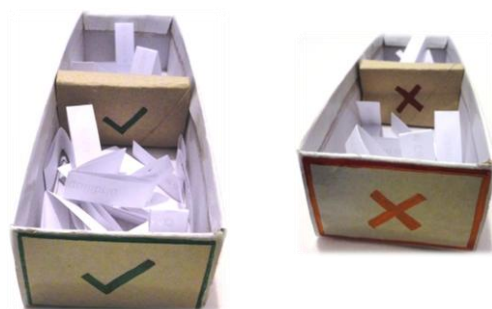


Figura 3. Material de apoio utilizado nas sessões: “Prática de atividade física”, “Caminhada”, “Terapia do Abraço” e “Terapia do Riso” (desenvolvido após assistir a uma aula de ginástica na Instituição, tendo por base BROSAN, 2008)



Apresentação da sessão "Photo recall"











Figura 4. Material de apoio utilizado na sessão “O que é ser velho?”

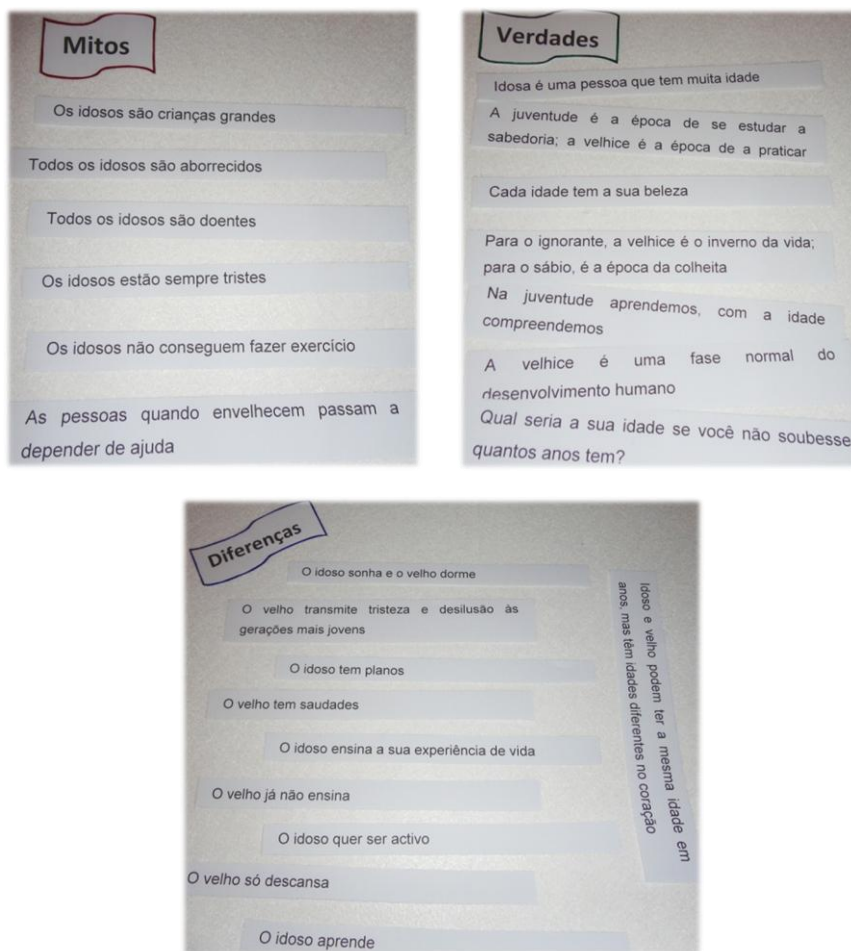


Figura 5. Material de apoio utilizado na sessão “O que dizem os outros da velhice?”

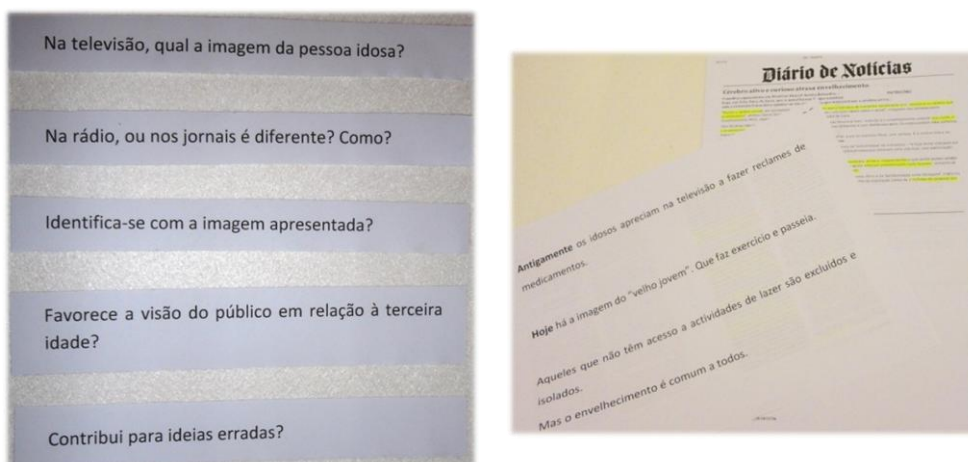


Figura 6. Material de apoio utilizado na sessão “Ser positivo”

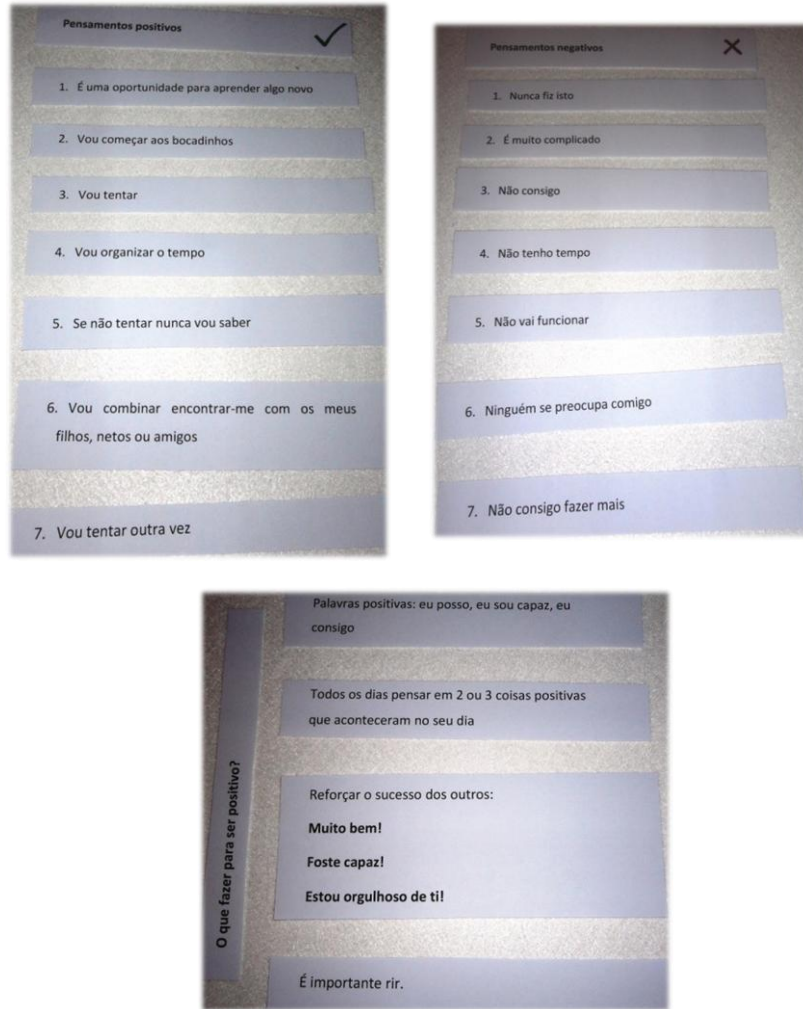


Figura 7. Material de apoio utilizado na Sessão “Roteiros”

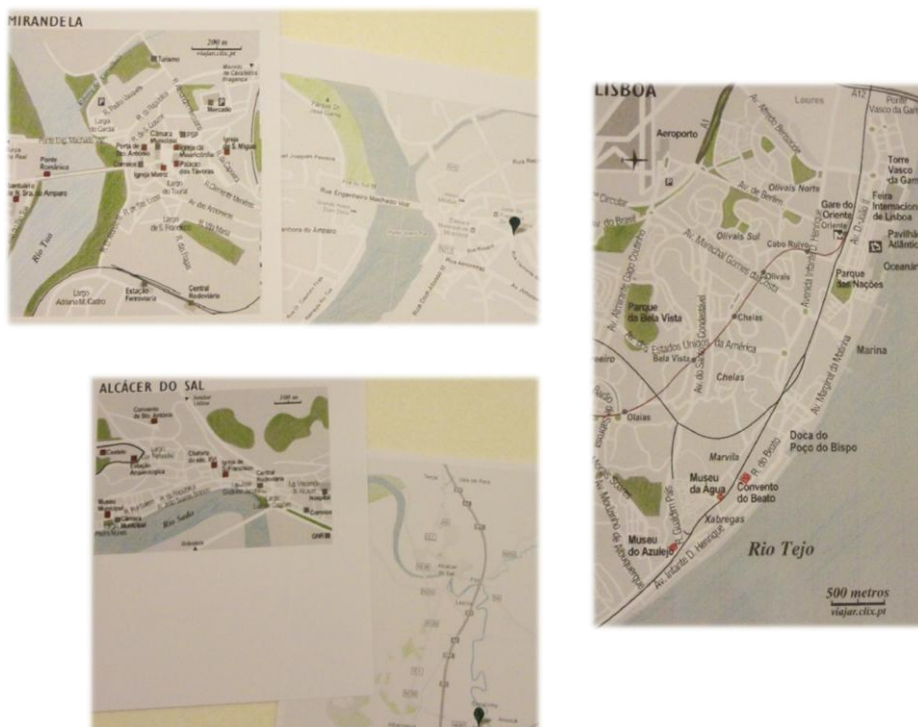


Figura 8. Material de apoio utilizado na sessão “Sono”

CONHECER AS FASES DO SONO

Transição da vigília para o sono

Início do sono mais pesado

Início do sono profundo e da recuperação fisiológica

Sono profundo, com diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial

Sono restaurador, caracterizado pelo movimento rápido dos olhos, pelos sonhos e pela atividade do cérebro

FASE 1

FASE 2

FASE 3

FASE 4

REM

Alterações no padrão de sono com o envelhecimento:

- Menos horas de sono por dia (entre 6 a 9 horas)
- Vários despertares durante a noite e vários momentos de repouso durante o dia
- Mais tempo desperto antes de dormir/dificuldade em adormecer
- Despertar matinal mais cedo

Reduza as sesta durante o dia.
Pode ter uma sesta por dia de 20 minutos.

Pratique atividade física:

- No início do dia
- Até 2 horas antes de dormir

Manter uma rotina de sono:

- Hora de deitar e de levantar
- Local
- O que se faz antes de dormir

Quando o problema é não adormecer:

- Ir para outra divisão da casa até ficar com sono
- Ocupar-se (ler, ouvir musica, ver televisão)

O uso acentuado de medicação aumenta a insónia. NÃO PARAR...reduzir

- Verifique se o colchão e almofadas são adequados
- Tome uma bebida quente antes de dormir (leite).
- Evite comida “pesada” à noite
- Exprima os seus receios, emoções e frustrações.
- Mantenha a temperatura do quarto confortável.
- Use a cama só para dormir e para as relações de intimidade, evite ler ou ver televisão na cama.
- Elimine as dores.
- Não beber café, chá preto, coca-cola ou bebidas alcoólicas, depois do final da tarde.
- Pratique técnicas de relaxamento antes de dormir.

O que é ressonar?
Enquanto se dorme, ao respirar, o ar que circula faz vibrar as cordas vocais e causa o som

Porque é que ressonamos?

- Respiramos pela boca em vez de pelo nariz.
- Motivos: constipações, sinusite, alergia e asma, problemas na estrutura do nariz e garganta

Deixar de fumar, ou pelo menos não fumar 2 horas antes de ir dormir

Controlar o peso

A posição a dormir também influencia:

- Dormir de lado ou de barriga para baixo em vez de barriga para cima

Fazer vapores antes de ir para a cama

Evitar beber bebidas alcoólicas, medicamentos para dormir e tranquilizantes

A almofada faz a diferença: deve usar-se uma almofada mais alta ou 2 almofadas

O cérebro não dorme nem no sono

Ainda não se sabe explicar porque sonhamos

Os sonhos mantêm a memória: ao sonhar guardamos lembranças e apagamos as informações não usadas

O sonho tem a função de simular comportamentos

Os sonhos ajudam a manter o equilíbrio psicológico

VANTAGENS DO SONO

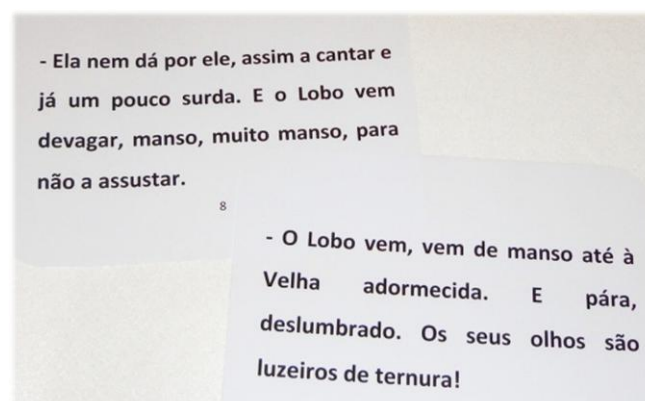
Permite a renovação das principais funções mentais (raciocínio, memória, aprendizagem) e emocionais (calma, tranquilidade, sensatez).

Quanto dormir?
A medida é não haver sonolência no dia seguinte

Figura 9. Material de apoio utilizado na sessão “Relaxamento”



Figura 10. Material de apoio utilizado nas sessões “Conta histórias” e “Era uma vez...”



Apresentação da sessão “Ser velho é...”



Significado de velho





Que tem idade avançada **Idoso**

Ancião *Que existe há muito tempo*




Muito usado **Antiquado** **Obsoleto**

Antigo *O contrário de novo*





Verdade ou mentira?!?

- Os idosos são crianças grandes 
- Os idosos estão sempre tristes 
- Envelhecer é normal 
- Todos os idosos são doentes 

Verdade ou mentira?!?

- Os idosos não conseguem fazer exercício 
- Idosa é uma pessoa que tem muita idade 
- Todas as pessoas passam a depender de ajuda quando envelhecem 

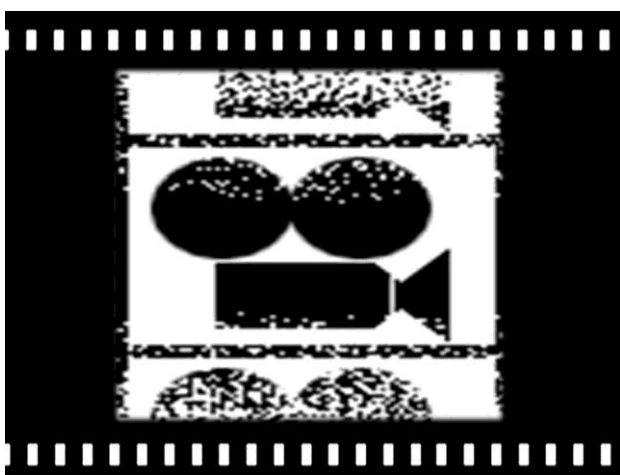
Verdade ou mentira?!?

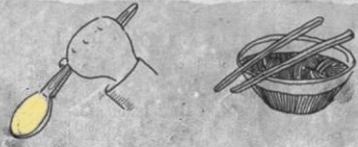
- O idoso ensina a sua experiência de vida 
- O idoso já não tem planos 
- O idoso só descansa 
- Os idosos aprendem 

Quando eu for idoso...

- Como gostaria de ser?
- Onde estaria?
- Com quem?

Teatro

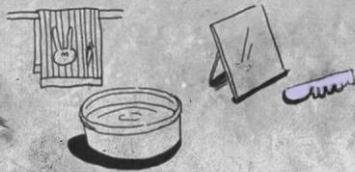




Eles ensinaram-te...
a usar os talheres para comer...



...a vestir, a atar os atacadores,
a apertar as camisolas



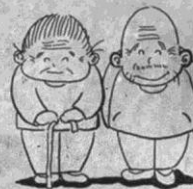
Trocaram-te as fraldas,
ensinaram-te a tomar banho
e a pentear o cabelo...



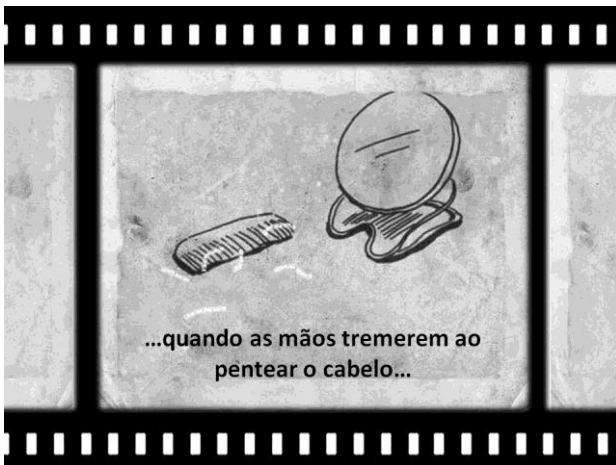
Ensinaram-te o que está
certo e errado...



Por isso...



Quando eles forem idosos, um dia...





Peça de teatro “O Baldas” redigida pelo grupo de idosos “Troca-tintas” (nome autodenominado)

NARRADOR - O Marco é um jovem de 14 anos, que vive com os pais. Os pais saem de casa cedo para trabalhar, antes ainda do Marco ir para as aulas. Chegam tarde, depois de o Marco chegar da escola. O Marco decidiu que estava na altura de descansar, de fazer uma pausa. Decidiu que não vai á escola, que vai ficar a dormir até tarde e jogar computador o dia inteiro.

PROFESORA - Boa tarde Dona Sofia, eu sou a Professora do Marco. Estou a ligar-lhe para saber do seu filho. Porque é que ele não veio às aulas? Ele está doente?

MÃE - Boa tarde Senhora Professora. Não sei o que se passa...mas o Marco não está doente.

PROFESORA - É que ele já não vem há uma semana!

MÃE - Ai não me diga! Fico muito admirada de isto estar a acontecer. Vou ter uma conversa séria com ele e depois entro em contacto consigo. Obrigado pela sua preocupação.

NARRADOR - Após o telefonema a Dona Sofia liga ao marido.

MÃE - Estou, Tó?! Olha, tu nem sabes o que aconteceu! A Professora do Marco ligou-me a dizer que ele esta semana não foi às aulas. Vê lá tu que me perguntou se ele está doente!

PAI - O quê?! Ele até tinha dito que o teste de Matemática lhe tinha corrido bem...Logo à noite vamos ter uma conversa!

MÃE - Sim, mas temos de ir com calma

NARRADOR - Á noite...depois de jantar

MÃE - Então Marco como te correu hoje o dia?

MARCO - Bué da bem! Fizemos um torneio de futebol na escola e marquei 5 golos.

MÃE - Tenho um filho excelente! Que se porta muito bem.

Estive a pensar, acho que devias ir para o teatro.

MARCO - Para o teatro? Oh mãe, que cena marada....sabes bem que quero ser jogador!

PAI - Sim para o teatro, porque o resto não te está a interessar!

MÃE - Sim, não é normal andares a mentir-nos

MARCO - A mentir? Eu? Eu sou muito verdadeiro!

PAI - Engraçado...recebemos um telefonema da tua Professora. Sabes o que ela nos disse? Que não metes os pés na escola já faz uma semana. O que se passa?

NARRADOR - O Marco sem saída, responde envergonhado

MARCO - Nada. Fiquei a jogar computador...

NARRADOR - Como solução da família, os avós do Marco ficam encarregues de o irem levar e buscar á escola. Alguns dias depois...

AVÔ - Vamos Marco, despacha-te, vamos levar-te à escola

AVÓ - Oh filho, então achas bem teres mentido? Não podes andar assim a faltar. A escola é importante.

AVÔ - Quem me dera a mim ter estudado...mas na minha altura não se podia, tínhamos de trabalhar.

AVÓ - E os teus pais, passam os dias a trabalhar. Tens de os respeitar!

MARCO - OH! Mas e eles? Eu posso vir sozinho...não sou um miúdo!

AVÔ - Os teus pais preocupam-se, tens de estudar, é importante. Quando mostrares vontade de ir às aulas vens sozinho. Tens de ser honesto...

MARCO - Mas...

AVÓ - Marco tem juízo! Eu já vi muitos rapazes começar como tu! Eu bem sei! Primeiro não vão à escola, depois fazem 30 por uma linha...e sabe-se lá mais o quê...Só falta começares a fumar e depois meteres-te na droga! Olha que tu não te desgraces filho!


MARCO - Não, essas cenas são má onda...

NARRADOR - Algum tempo depois. Terminado o castigo, o Marco pode voltar a usar o computador. Decide escrever no seu blog.

MARCO - A avó Maria diz que já sou um homem. Ela disse qualquer coisa sobre ter conhecimentos para ser alguém...Disse que já quase tenho idade para namorar. E se quero que as miúdas me curtam tenho de saber o que faço...tomar as decisões certas. Mas, fogo...é difícil.

Os mais velhos até sabem umas cenas fixes. Um dia ainda vou ser alguém! Eles vão ver...vai ser altamente!

Figura 11. Convite para a sessão “O envelhecimento”



Convite

O Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe, tem o prazer de convidar V. Ex.^ª para assistir à sessão **“Envelhecimento - Processo normal do desenvolvimento”**, dinamizada pela Enf.^ª Ana Martinho, no âmbito do projeto Promoção do Envelhecimento Ativo, a realizar no dia **29** de Janeiro, no Centro de Dia.

Telefone: 218595278 Morada: Av. João Paulo II Horário: 17.30h - 18.30h


Apresentação da sessão “O envelhecimento”



Envelhecimento

Processo normal do desenvolvimento

Idade não é doença



- Envelhecer é um processo normal
- Muitos idosos mantêm um bom estado de saúde
- Ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo
- Depende: estilo de vida, atividades, ambiente, fatores internos

É necessário cuidarmos de nós próprios

Principais alterações que ocorrem com o envelhecimento

Visão




- Redução gradual da visão
- Redução da visão periférica e lateral
- Redução da visão noturna
- Redução da acomodação aos clarões
- Todas as cores parecem mais pálidas

Controlar a hipertensão e a diabetes



Problemas de visão mais comuns

- Presbitia
- Moscas volantes
- Secura dos olhos
- Excesso de lágrimas
- Cataratas
- Glaucoma

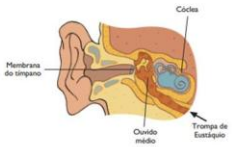


Audição

- Pode ouvir as palavras, mas ter dificuldade em compreender

Como ajudar?

- Reduzir os barulhos de fundo
- Falar mais alto
- Não falar depressa
- Usar frases curtas e simples



Olfato e paladar

- Passa a apreciar menos o sabor dos alimentos
- Não reconhece o cheiro do gás
- Não reconhece o cheiro e sabor de comida estragada

Tato

- Pode diminuir nas mãos e pés
- Podem ferir-se com mais facilidade



Pele

- A sua renovação faz-me mais lentamente
- Torna-se seca e quebradiça
- Aparecimento de manchas
- Embranquecimento e palidez



Pelos

- São mais raros e caem
- Aparecem na face
- Há perda de cabelo, torna-se menos forte, com menos volume

Unhas

- Crescimento mais lento
- Tornam-se espessas, secas e quebradiças

Cuidados a ter:

- Limar com lima de cartão
- Quando cortar não remover os cantos
- Em caso de fungos utilizar vinagre de cidra



Saliva

- É mais rara e mais espessa, o que leva à secura da boca

Sono

- Menos horas de sono por dia (6 a 9 horas)
- Vários despertares durante a noite
- Vários momentos de repouso durante o dia
- Mais tempo desperto antes de dormir/dificuldade em adormecer
- Despertar matinal mais cedo

Quanto dormir?
A medida é não haver sonolência no dia seguinte



O uso acentuado de medicação aumenta a insónia

NÃO PARAR...reduzir

O que fazer?

- Manter uma rotina de sono
- Reduzir as sestas durante o dia
- Praticar atividade física
- Eliminar as dores
- Não levar as preocupações para a cama
- Evitar comida "pesada" à noite
- Tomar uma bebida quente antes de dormir - leite
- Quando o problema é não adormecer
 - ✓ Ir para outra divisão da casa até ficar com sono
 - ✓ Ocupar-se (ler, ouvir musica, ver televisão)



Osteoporose

- Os ossos ficam mais frágeis
- Há diminuição da estatura, encurvamento da coluna, dores nas costas e nos membros

É acelerada por:

- Falta de exercício, imobilização, tabagismo, consumo excessivo de álcool



Como prevenir?

- Dieta rica em cálcio: leite e derivados, cereais, legumes de folha verde (espinafres e brócolos), frutos secos e peixe (sardinhas)
- Exposição ao sol (15 minutos por dia)
- Exercício físico
- Deixar de fumar
- Moderar o consumo de bebidas alcoólicas e café



Falta de ar

- Se não praticar atividade física com regularidade, pode sentir dificuldade em respirar após um pequeno esforço

Vertigem

- Podem dar origem a quedas

Eliminação

- A frequência diminui com a idade



Incontinência

Tipos de incontinência

- Aguda
- Crónica
 - **De esforço** - com a tosse, riso, espirro ou durante o exercício
 - **De urgência** - incapacidade de controlar a contração da bexiga
 - **Por excesso** - bexiga demasiado cheia
 - **Funcional** - demora na chegada à casa de banho por problemas de mobilidade

Não é uma doença, mas pode ser um sintoma

Incontinência

O que fazer?

- Usar pensos absorventes, fralda cueca ou fralda
- Nunca deixar a bexiga encher-se completamente e esvaziar bem quando for à casa de banho
- Manter horários fixos de ir à casa de banho



Demência

- Perda gradual da memória
- Tem esquecimentos, períodos de desorientação
- Começa a não ser capaz de fazer algumas coisas
- Tem medos e desconfianças

O que fazer?

- Incentivar a fazer exercícios de memória
- Procurar que seja autónomo
- Estabelecer normas de segurança em casa
- Não discutir, não contrariar

Fase inicial



Demência

- Perda de autonomia
- Não sabe cuidar-se, não reconhece os familiares
- Por vezes comporta-se de forma estranha ou incorrecta

O que fazer?

- Manter a rotina diária
- Aumentar a segurança, vigiar a saúde e cuidar da alimentação
- Conservar os passeios diários e mantê-lo integrado no círculo familiar e social
- Os problemas de comportamento são devido à doença - **NÃO SE ESQUEÇA!**

Fase intermédia



Demência

Fase avançada



- A dependência é total
- A pessoa pode não reconhecer ninguém

O que fazer?

- Cuidar da alimentação, da higiene, de o mobilizar na cama, etc
- O doente reconhece o afecto - **acaricie-o, sorria-lhe**
- Para cuidar é preciso estar bem: descanse e disponha de tempo livre
- Se necessário procure ajuda

Demência

Conselhos uteis...como comunicar

- Falar de frente, olhar nos olhos
- Usar frases breves e simples
- Não discutir, nem dar ordens
- Se recusa fazer algo necessário, repetir mais tarde
- Evitar falar de coisas das quais não se recorda



Prevenir acidentes

- Atenção à dosagem dos medicamentos
- A mobília não deve ter rodas
- Não deixar gavetas abertas
- Atenção aos utensílios eléctricos
- O aquecimento deve ter boa ventilação
- Usar redes de proteção na lareira
- Usar bengala ou andarilho em caso de problemas em andar
- Evitar sapatos abertos no calcanhar ou chinelos
- Não subir a escadotes

Onde acontecem?
✓ Em casa
✓ Quedas na rua



Tornar a casa mais segura



- Iluminar bem a casa
- Retirar dos corredores: fios eléctricos, móveis, enfeites,...
- Evitar o chão escorregadio
- Retirar os tapetes ou pregá-los bem ao chão
- Instalar barras de apoio na casa de banho, banheira ou duche
- Na cozinha, tudo deve estar ao alcance
- Ao subir e descer escadas utilizar sempre o corrimão como apoio

Atividade Física

Que atividade fazer?

- Caminhar
- Fazer ginástica (exercícios em pé, sentado ou deitado)
- Nadar
- Fazer hidroginástica
- Andar de bicicleta
- Dançar
- Brincar com os netos
- Realizar as tarefas domésticas



Atividade Física

- Tem benefícios em todas as idades
- Contribui para a saúde mental, qualidade de vida e independência
- A prática regular moderada pode aumentar os anos de vida (de 3 a 5)
- Previne o aparecimento de doenças crónicas
- Melhora o equilíbrio, a força, a coordenação, a flexibilidade, a resistência e as funções cognitivas

Mexa-se Mais!



Cuidados a ter na prática

- Usar roupa e calçado confortável
- Não realizar exercícios logo a seguir às refeições ou menos de 2 horas antes de deitar

Quando não praticar atividade física?

- Se estiver com febre
- Se sentir dores ou câibras
- Se estiver sem fôlego
- Se sentir tonturas ou náuseas



Alimentação



Alimentação

- Começa com uma boa compra
- Comer fruta ou vegetais todos os dias
- Comer uma refeição quente por dia
- Cozinhar no forno, ao vapor, cozidos ou grelhados
- A gordura mais desejável é o azeite
- Preferir peixe a carne
- Beber líquidos - **mesmo sem sede**
- Se beber álcool faça-o com moderação
- Não comer açúcar em excesso, demasiados doces ou bolos
- Não utilizar muito sal



Higiene pessoal

- Cuidar do corpo contribui para o bem-estar
- Tomar banho/duche diariamente
- Hidratar a pele
- Lavar as mãos
- Lavar os dentes
- Manter em bom estado a dentadura postiça
- Cuidar da imagem, da roupa que veste



Imagem

- Uma boa imagem ajuda a sentir-se bem
- Aceite e orgulhe-se da sua imagem
- Ponha-se bonita/o
- Pratique atividade física
- Esteja atento ao peso
- Deixe de fumar e restrinja a quantidade de álcool



Intimidade e sexualidade

- O modo como se vive a intimidade vai-se alterando ao longo da vida
- Necessidade de afeto e de pertença, sentir-se querido
- Maior importância das carícias, contacto corporal íntimo, sensações da pele e do cheiro, palavras de ternura e o beijo



Prevenção:

- Usar preservativo



Intimidade e sexualidade

Familiar - papel de grande influencia no comportamento

- Deve reconhecer e respeitar a intimidade da pessoa idosa
- Aceitar a autonomia do idoso para decidir acerca das relações de intimidade - não censurar
- Ajudar e apoiar no estabelecimento de novas amizades
- Pensar em si e na forma como viverá a sexualidade mais tarde

A sexualidade e a vivência dos afetos é fundamental

Atividade intelectual e social

- Tão importante como a saúde física
- Evite a solidão e o isolamento - **se se sente só peça ajuda**
- Se for possível, conviva com seus familiares
- Mantenha a atividade mental - escrever, ler, conversar, fazer contas, jogar xadrez ou cartas, fazer puzzles, palavras cruzadas...
- Divirta-se e faça o que gosta
- Faça coisas novas



Outros conselhos...

- Vacinação
 - ✓ Todos os anos - contra a gripe
 - ✓ A cada 10 anos - contra o tétano e difteria
- Não se automedique
- Mantenha-se informado diariamente com a televisão, jornais ou rádio
- Aproveite para estar com seus netos



Seja ativo, cuide da sua saúde!

Poemas escritos pelo grupo de idosos apresentados na sessão “Envelhecimento”:

Poema à família

Quando tu eras pequeno,
Eu ensinei-te a usar os talheres para comer, a vestir, a atar os atacadores, a apertar as camisolas.
Troquei-te as fraldas, ensinei-te a tomar banho e a pentear o cabelo.
Expliquei-te o que está certo e errado.
Quando eu ficar mais esquecido e demorar a responder,
Não te chateies comigo.
Quando me esquecer de apertar a camisa, de atar os atacadores
Ou me sujar às refeições, quando as mãos tremerem ao pentear o cabelo, não me aprees!
Tu estás cheio de energia.
Eu já percorri um longo caminho.
Fica junto de mim, sê paciente e generoso
Para me encher de alegria!
Se um dia eu não me conseguir equilibrar ou andar bem...
Segura na minha mão
Como fiz quando te ensinei a andar
Fica perto de mim, assim como estive sempre junto de ti.

O que é para mim o Centro?

Estava eu sozinho em casa a pensar na vida,
Á espera do tempo passar...
Um dia uma porta abriu-se, uma mão puxou-me e um sorriso me acolheu
Sou alegre por estar aqui.
Posso rir, falar, aliviar a tristeza.
Aqui tenho companhia, amigos, uma família.
Tenho sempre quem me apoie.
Aqui convivo, tenho novas atividades e experiências.
Aprendo mas também ensino.
Conto histórias a crianças e jovens,
Transmito a minha experiência e dou concelhos.
Aqui cuido de mim.
Faço exercício, jogo às cartas e ao dominó,
Ajudo no refeitório, costuro, conto anedotas e canto,
Passeio, vejo coisas bonitas que não sabia que existiam, que nunca tinha visto.
Aqui sou jovem de espírito, aqui sou mais feliz.
Do grupo de idosos um muito obrigado a todo o pessoal do Centro pelo apoio e amizade.

APÊNDICE XVI - Avaliação das sessões

Quadro 8. Avaliação da sessão “Quem é quem”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Quem é quem”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	9/12 = 75%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pontos focados: local de nascimento, vivências, pais e irmãos, casamento, trabalho, filhos, netos e bisnetos. ▪ Pontos em comum: viuvez, saudade do passado, valorização da família, todos são avós, 2 são bisavós, alguns percursos de vida semelhantes (presença nos ex-colónias - Angola e Moçambique - e “vir servir para Lisboa”). ▪ Visão geral do grupo sobre a atividade: satisfação ao falar de si aos outros. Por parte da maioria foi fácil escutar os outros e comentar algumas situações de vida.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	9/9 = 100%	

Quadro 9. Avaliação da sessão “Jogo dos objetos”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Jogo dos objetos”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	9/14 =64%	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos escolhidos: fotos com o marido e/ou família, de inicio de namoro, do casamento; 1.ª foto que tiraram no fotógrafo; 1.ª foto quando bebé; cachecol e colar (oferta dos filhos); crucifixo (como símbolo religioso). • Porque escolheram os objetos: ligados à religião/espiritualidade e sobretudo à família. • Pontos comuns no grupo: emigração (2 idosos em Luanda, e um em Moçambique), saudade de África, motivo porque voltaram. • O que foi sentido pelo grupo durante a partilha: satisfação, motivação especial em falar dos filhos e netos, risos e comentários sobre o que era descrito; algumas lágrimas ao falar de quem já partiu.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	9/9 =100%	

Quadro 10. Avaliação da sessão “O que é a saúde?”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“O que é a saúde?”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	11/15 =73%	<ul style="list-style-type: none"> • A saúde é para o grupo: “não ter doenças”, “estar bem”, “não ter dores”, “não estar doente”, “andar bem”, “sem problemas”, “estar bem-dispostos”, “ser saudável”, “não chorar”, “não estar triste”. Por outro lado, para os idosos, a doença é: “ter dores”, “não conseguir fazer o mesmo que antes”, “não se mexer bem”, “ter de tomar medicamentos”, “mudanças físicas”. • O grupo considerou que para ter saúde é necessário: “estar bem”, “tomar banho todos os dias”, “exercitar o corpo”, “ter cuidado com a alimentação”, “não estar sozinho”, “dormir bem” e “rir”. • Concluiu-se na discussão de grupo que o mais importante é “prevenir” e “cuidar da saúde”, porque “a saúde é a melhor coisa que se tem”. Referiram que é importante a “boa disposição” e “não ter dores”.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	11/11 =100%	

Quadro 11. Avaliação da sessão “Benefícios da atividade física”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Benefícios da atividade física”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	11/14 =79%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para o grupo a atividade física é: “caminhar”, “andar”, “fazer ginástica”, “mexer bem o corpo”, “puxar pelos músculos”, “tratar do gado”, “não estar parado”, “preparação para ter mais saúde”, “trabalhar”, “movimentar todos os membros do corpo”. ▪ Como vantagens da prática de atividade física referiram ser “bom para a cabeça”, “bom para os ossos”, “ajuda o cérebro”, “ajuda nos movimentos”, “bom para tudo”. ▪ Sobre a participação na atividade manifestaram “gostar de participar” e ficaram motivados para a sessão de dia 9 de Novembro (“Caminhada”).
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	11/11 =100%	
	Que os idosos consigam identificar benefícios da atividade física	5 benefícios	8 benefícios	
	Que os idosos identifiquem precauções a ter na prática de atividade física	3 precauções	4 precauções	

Quadro 12.1. Avaliação quantitativa da sessão “Prática de atividade física”

Sessão	Avaliação quantitativa												
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada										
			16 Nov.	30 Nov.	7 Dez.	14 Dez.	21 Dez.	28 Dez.	4 Jan.	18 Jan.	25 Jan.	1 Fev.	15 Fev.
“Prática de atividade física”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	10/11 =91%	11/12 =92%	18/19 =95%	10/11 =91%	14/14 =100%	9/9 =100%	11/14 =79%	10/10 =100%	12/12 =100%	31/32 =97%	9/9 =100%
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	10/10 =100%	11/11 =100%	18/18 =100%	10/10 =100%	14/14 =100%	9/9 =100%	11/11 =100%	10/10 =100%	12/12 =100%	31/31 =100%	9/9 =100%

Sessão programada para substituir a “caminhada” em caso de frio ou chuva, de forma a promover a atividade física no interior.

Quadro 12.2. Avaliação qualitativa da sessão “Prática de atividade física”

Sessão	Avaliação qualitativa							
	Dia da sessão							
	16 Nov.	30 Nov.	7 Dez.	14 Dez.	21 Dez.	28 Dez.	4 Jan. ^(*)	18 Jan.
“Prática de atividade física”	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos estimulados para a atividade, motivados para aprender. • Participaram alguns idosos que ainda não tinham participado em qualquer sessão relacionada com a atividade física. • No final da sessão demonstraram sentir-se “mais leves” e “satisfeitos”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns dos idosos começam a decorar o esquema de exercícios proposto. • A estimulação para a participação começa a ser feita pelos pares. • Uma das idosas referiu “já nem me dói nada”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para que o grupo seja autónomo na prática de atividade física, foi proposto que os idosos dinamizassem a sessão - com o auxílio dos cartões demonstrativos dos exercícios. O grupo deveria escolher 3 pessoas para orientar cada fase da sequência. • Quem orientou a sessão estava mais atento e realizou na íntegra todos os exercícios. O restante grupo ajudou quando surgiram dificuldades. Estavam mais concentrados. • No final os idosos que foram “dinamizadores” estavam satisfeitos, sorridentes, verificando-se importante a atribuição deste papel para o aumento da sua autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foi reforçada a importância da autonomia do grupo. • Mostraram-se satisfeitos com a metodologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantida a metodologia. • À medida que as sessões se repetem verifica-se uma maior autonomia por parte do grupo. Ajudam-se na descrição e ilustração dos exercícios a executar. • Corrigem quando a execução não está correta, mas também se incentivam mutuamente. 			

^(*) Só estavam presentes idosos do Centro de Dia

Quadro 12.2. Avaliação qualitativa da sessão “Prática de atividade física” (cont.)

Sessão	Avaliação qualitativa		
	Dia da sessão		
	25 Jan. ^(*)	1 Fev.	15 Fev.
“Prática de atividade física”	<ul style="list-style-type: none"> • A sessão foi dinamizada autonomamente pelo grupo. • No final da sessão os idosos deram um abraço de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão dinamizada pelo grupo. • Devido ao maior número de idosos na sessão, o grupo estava estimulado e empenhado na atividade. • No final, alguns dos idosos cantaram fado e música tradicional para o grupo (não estava previamente programado). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão dinamizada pelo grupo. • Durante a sessão, os idosos estavam visivelmente bem-dispostos e estimulados para a prática de atividade física.

(*) Só estavam presentes idosos do Centro de Dia

Quadro 13.1. Avaliação quantitativa da sessão “Caminhada”

Sessão	Avaliação quantitativa													
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada											
			9 Nov.			23 Nov.			11 Jan.			4 Fev.		
			1 (*)	2 (**)	3 (***)	1	2	3	1	2	3	1	2	3
“Caminhada”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	9/11 =82%	7/9 =78%	11/11 =100%	10/14 =71%	8/12 = 67%	14/14 =100%	14/16 =88%	10/12 = 83%	16/16 = 100%	9/9 =100%	7/7 =100%	9/9 =100%
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	9/9 =100%	7/9 =78%	11/11 =100%	10/10 =100%	8/8 =100%	14/14 =100%	14/14 =100%	10/10 =100%	16/16 =100%	9/9 =100%	7/7 =100%	9/9 =100%

(*) - Exercícios de aquecimento

(**) - Caminhada

(***) - Exercícios de arrefecimento

Quadro 13.2. Avaliação qualitativa da sessão “Caminhada”

Sessão	Avaliação qualitativa			
	Dia da sessão			
	9 Nov.	23 Nov.	11 Jan.	4 Fev.
“Caminhada”	<ul style="list-style-type: none"> • Na caminhada participaram 7 idosos, uma vez que 2 deles não se conseguem deslocar sem ajuda. • Durante a caminhada os idosos interagiram, contando histórias e falando do seu dia-a-dia. • O grupo demonstrou ter gostado de participar na sessão, sobretudo os idosos mais dependentes, que apesar de não terem feito a caminhada verificaram ser capazes de executar os exercícios de aquecimento e arrefecimento propostos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os exercícios de aquecimento e arrefecimento foram dinamizados pelos idosos. • Na caminhada participaram 8 idosos, uma vez que 2 deles não se conseguem deslocar sem ajuda. • Na caminhada os idosos interagiram. • No final da sessão, os idosos referiram sentir-se “bem” e “animados”. • Os idosos com maior dificuldade na deambulação referiram sentir-se melhor e conseguir “mexer”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de autonomização do grupo. Foram os idosos que dinamizaram os exercícios de aquecimento e arrefecimento. • Na caminhada participaram 10 idosos, uma vez que 4 deles não se conseguem deslocar sem ajuda. • No final da atividade referiram sentir-se “bem-dispostos”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantida a metodologia: estimulada a autonomia do grupo. • Na caminhada participaram 7 idosos, uma vez que 2 deles não se deslocam sem ajuda. • Durante a caminhada os idosos interagiram, contando o seu fim-de-semana e sobre o seu dia-a-dia.

Quadro 14. Avaliação da sessão “Photo recall”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Photo recall”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	7/11 =64%	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os utentes tentaram corresponder as imagens às diferentes atividades físicas apresentadas. • Apesar de na maior parte dos casos falharem na correspondência, consideraram a sessão como positiva. • Para corresponder as imagens com as atividades utilizaram o método de tentativa-erro. Das 13 imagens a correspondência foi a correta à primeira tentativa em 3 casos, não conseguiram fazer a correspondência correta em 2 casos. • Mostraram-se surpreendidos por alguns dos idosos (nas imagens apresentadas) praticarem algum tipo de atividade física.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	7/7 =100%	

Quadro 15.1. Avaliação quantitativa da sessão “Terapia do Abraço”

Sessão	Avaliação quantitativa									
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada							
			13 Nov.	20 Nov.	11 Dez.	2 Jan.	14 Jan.	31 Jan.	11 Fev.	14 Fev.
“Terapia do Abraço”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	19/22 = 86%	19/23 = 83%	17/20 = 85%	6/8 = 75%	10/10 = 100%	12/17 = 71%	12/12 = 100%	31/34 = 91%
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	19/19 = 100%	11/11 = 100%	17/17 = 100%	6/6 = 100%	10/10 = 100%	12/12 = 100%	12/12 = 100%	31/31 = 100%

Quadro 15.2. Avaliação qualitativa da sessão “Terapia do Abraço”

Sessão	Avaliação qualitativa							
	Dia da sessão							
	13 Nov.	20 Nov.	11 Dez.	2 Jan. (*)	14 Jan. (*)	31 Jan.	11 Fev.	14 Fev.
“Terapia do Abraço”	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo não teve dificuldade em manifestar emoções e afeto. Alguns ficaram emocionados “de alegria”. • Após a sessão verificou-se uma maior motivação para a prática de exercício; mostraram ter gostado e querer repetir. • Alguns dos idosos estavam orgulhosos em participar e fazer atividade física. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mesma motivação dos participantes. • No final da atividade os idosos que participaram foram abraçar os idosos que não participaram na atividade. 	<ul style="list-style-type: none"> • A motivação mantém-se, quando chega a altura do abraço é o grupo que orienta a sessão, não sendo necessário incentivar o contacto entre eles. • Mais uma vez os idosos foram abraçar aqueles que não participaram na atividade e alguns que chegaram. 	<ul style="list-style-type: none"> • Novamente, os idosos que participaram foram abraçar os idosos que entretanto chegavam. • É visível a satisfação do grupo pela partilha de emoções. 	<ul style="list-style-type: none"> • A motivação mantém-se. • Foi o grupo que dinamizou toda a sessão, desde a execução dos exercícios, até ao abraço. 			

(*) Só estavam presentes idosos do Centro de Dia

Quadro 16.1. Avaliação quantitativa da sessão “Terapia do Riso”

Sessão	Avaliação quantitativa							
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada					
			27 Nov.	18 Dez.	27 Dez.	8 Jan.	24 Jan.	5 Fev.
“Terapia do Riso”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	14/17 =82%	26/29 = 90%	17/20 = 85%	21/24 = 88%	11/12 = 92%	12/15 = 80%
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	14/14 =100%	26/26 =100%	17/17 =100%	21/21 =100%	11/11 =100%	12/12 =100%

Quadro 16.2. Avaliação qualitativa da sessão “Terapia do Riso”

Sessão	Avaliação qualitativa					
	Dia da sessão					
	27 Nov.	18 Dez.	27 Dez. (*)	8 Jan.	24 Jan.	5 Fev.
“Terapia do Riso”	<ul style="list-style-type: none"> Boa adesão por parte do grupo. Os idosos riram com facilidade. Após a sessão, alguns dos idosos mostraram interesse em fazer atividade física outras vezes e repetir a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> Idosos motivados para a atividade física. 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os idosos participaram com agrado na sessão. Riram sem esforço. No final da sessão, manifestaram sentir-se “bem-dispostos” e “mais alegres” Alguns dos elementos do grupo contaram anedotas. 	<ul style="list-style-type: none"> Todos os idosos riram com agrado. Os elementos do grupo manifestarem sentir-se bem-dispostos. 	<ul style="list-style-type: none"> O grupo de idosos dinamizou a sessão autonomamente. Riram sem esforço. No final da sessão deram um abraço de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> Os idosos dinamizaram a sessão de forma autónoma. O grupo interagiu com agrado, estimulando o riso uns dos outros.

(*) Idosos em Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário

Quadro 17. Avaliação da sessão “O que é ser velho?”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“O que é ser velho?”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	14/19 =74%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pontos positivos da velhice: “ter muitas recordações boas”, “passaram muitos anos”, “acompanhar a família e os netos”, “ter sabedoria”, “ter experiência de vida”, “ajudar os outros”, “aprendemos e ensinamos”, “recordar”, “ver o mundo”, “poder dizer tudo o que já se fez”, “contar histórias de criança, jovem e adulto”, “saber viver”. ▪ Pontos negativos: “não ter saúde”, “doenças”, “não poder fazer o que se fazia”. ▪ Para o grupo ser velho é diferente de ser idoso e está relacionado com a “maneira de estar e de pensar”. Ser velho é “perder a agilidade, o espírito e a vontade de trabalhar”, é “não se puder mexer”, é “o destino”. Ser idoso é “ter idade”, “ter muitos anos”. Alguns idosos referiram “nós nunca somos velhos”. ▪ À questão “Qual seria a sua idade se você não soubesse quantos anos tem?” responderam: 40, 45, 50, 60, 70 e 85. Sendo que só um idoso referiu como idade sentida a mesma que a idade real. A média de idades sentidas foi de 55 anos. ▪ Conclusão: a diferença entre ser velho e idoso está no espírito, na maneira de estar de cada um. A sessão ajudou a pensar e a “despertar o cérebro”.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	14/14 =100%	

Quadro 18. Avaliação da sessão “És assim...”

Sessão	Avaliação quantitativa				Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada		
			15 Nov.	7 Fev.	
“És assim...”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	22/25 =88%	9/12 =75%	<p>Dia 15 de Novembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os participantes conseguiram identificar 3 ou mais características do colega. Falaram de si próprios, sendo muito assertivos nos dados fornecidos (em número). No final da sessão manifestaram ter gostado da atividade e identificaram algumas das vantagens da interação social.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	22/22 =100%	9/9 =100%	<p>Dia 7 de Fevereiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os elementos do grupo conseguiram identificar 3 ou mais características do colega. • Referiram saber agora mais dos colegas, pois foi importante “estar junto” e “conversar”, para melhor se conhecer. • Conclusão: o grupo conhece-se bem, o que mudou foi a profundidade do que se sabe. Passaram de um conhecimento do outro vago e geral, para questões mais particulares.

Quadro 19. Avaliação da sessão “Origens”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Origens”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	14/14 =100%	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns idosos levaram fotos antigas da sua terra, que representavam almoços/jantares de família, matança do porco, vindimas, tarefas no rio. Todos partilharam um pouco das características da sua terra natal (ou de coração): como era antigamente, a gastronomia típica, produtos da terra, o que faziam no período em que lá viveram. • Alguns regressam com frequência, porque ainda mantêm lá moradia, grande parte já não visita a sua terra há anos, sobretudo por “já não ter lá família”. • Conclusão do grupo: “a nossa terra é onde nos sentimos bem”.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	14/14 =100%	

Quadro 20. Avaliação da sessão “O que dizem os outros da velhice?”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“O que dizem os outros da velhice?”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	10/10 =100%	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo considerou que a imagem do idoso é melhor agora, e é mais positiva: “antigamente nem apareciam na televisão”. Agora, dizem, vêm-se idosos na televisão a “fazer ginástica, a dançar, a correr”, “a fazer trabalhos manuais”, “a cozinhar”. • A representar “fazem de avós ou pais, e tanto podem ser bons como maus”. “Nos filmes são chefes de polícia, tenentes, capitães. São quem manda e decide o que fazer”. • “Nos noticiários a maioria das notícias são más, falam de idosos sozinhos, tristes, de idosos que apareceram mortos em casa”. De “roubos e enganos”. Na rádio ouve-se falar de idosos mal tratados, sozinhos, abandonados no hospital, em lares. • Conclusão da análise das notícias de jornal: “o mundo deu uma volta”, “o respeito pelos pais e avós não é igual”; “os filhos só tratam por interesse”, não podem cuidar dos pais porque “não têm dinheiro” e “não podem”, “não podem deixar o trabalho”, têm “falta de condições”, “mas por vezes também há falta de amor”.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	10/10 =100%	

Quadro 21.1. Avaliação quantitativa da sessão “Ser positivo”

Sessão	Avaliação quantitativa						
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada				
			22 Nov.	13 Dez.	20 Dez.	26 Dez.	3 Jan.
“Ser positivo”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	27/30 = 86%	26/29 = 90%	25/29 = 86%	11/11 = 100%	19/22 = 83%
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	27/27 = 100%	26/26 = 100%	23/25 = 92%	11/11 = 100%	19/19 = 100%

Quadro 21.2. Avaliação qualitativa da sessão “Ser positivo”

Avaliação qualitativa				
Dia da sessão				
22 Nov.	13 Dez.	20 Dez. (*)	26 Dez. (**)	3 Jan.
<ul style="list-style-type: none"> Do grupo apenas 4 idosos sabiam o significado de autoestima: “é gostar de nós próprios”. Apesar do grupo não conseguir definir o termo, sabiam identificar que a baixa autoestima “tem impacto na forma da pessoa estar e agir”. Referiram que a baixa autoestima “leva a depressões”, “a pessoa é arrogante”, “são mais infelizes”, “não lidam bem com os problemas”, “são muito negativas” e “estão sempre a queixar-se de tudo”. Consideram que “quando gostamos de nós temos força para fazer as coisas”. Foi apresentado um copo de água meio de água: o copo está meio vazio ou meio cheio? 15 idosos consideraram meio cheio, 12 meio vazio. Treino de estratégias: cada participante refletiu sobre o seu dia e referiu 3 pontos positivos. 	<ul style="list-style-type: none"> Foi apresentado o problema de cada um e focados os pontos negativos. Procurou-se o lado positivo na situação “difícil”. Todos os idosos do grupo conseguiram encontrar algum ponto positivo. No final da sessão, os idosos cantaram e contaram anedotas (o que não estava previsto). 	<ul style="list-style-type: none"> Foram contadas 2 histórias. A primeira para além de funcionar como “teste”, ajudou os idosos a perceber a dinâmica do exercício proposto. No início, alguns dos elementos do grupo mostraram-se renitentes em relação à dinâmica proposta. A segunda história decorreu de forma mais fluente, com maior facilidade por parte dos idosos. Alguns dos idosos surpreenderam pela sua capacidade criativa. Conclusão: o grupo concordou que a sessão era exigente em termos de estimulação da criatividade e imaginação. 	<ul style="list-style-type: none"> Inicialmente foi dada liberdade na descrição. Após a qual foi pedido para focarem o que foi mais positivo. Alguns dos presentes descreveram o Natal como negativo, ou porque residem sozinhos, ou porque surgiram no seio familiar problemas de saúde. Apesar disso conseguiram identificar pontos positivos. Após a sessão cantaram canções de Natal, tradicionais da sua terra (não estava previamente programado). 	<ul style="list-style-type: none"> Todos partilharam os seus sentimentos com o grupo: 2 dos idosos referiram não ter nenhum acontecimento positivo no ano 2012. Apesar de refletirem sobre pontos favoráveis, o seu balanço foi negativo devido a acontecimentos recentes (luto, doença de familiares). Os restantes identificam mais do que um acontecimento positivo. Todos manifestaram os seus desejos para o novo ano. No final, todos os elementos do grupo se abraçaram e desejaram bom ano uns aos outros, mesmo aos idosos que não participaram na sessão.

(*) Idosos em Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário; (**) Idosos em Centro de Dia

Quadro 22. Avaliação da sessão “Roteiros”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Origens”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	12/12 =100%	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo percebeu o exemplo do roteiro. Um dos idosos fez o seu próprio mapa. • Todos conseguiram identificar vários locais a visitar na sua terra. Falaram do que mais gostam e o que recomendam visitar e em que época do ano. • Com a visualização de fotografias da sua aldeia e cidade sede de conselho, alguns dos idosos emocionaram-se ao “ver” a sua terra que há muito tempo não visitam. No final da sessão todos falaram sobre como tinha corrido. Referiram “gostar muito”. • Como conclusão: “cada terra tem a sua beleza”, “todas são bonitas para visitar”. • No final da sessão, alguns dos idosos, pediram para ficar com os mapas das respetivas localidades.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	12/12 =100%	

Quadro 23. Avaliação da sessão “Espelho”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Espelho”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	32/36 = 89%	<ul style="list-style-type: none"> • Todos participaram, referindo como pedido 2 características positivas sobre a “pessoa muito importante da fotografia”. • Foi possível refletiram sobre as suas qualidades, o grupo rir em conjunto. • Conclusão: “todos são importantes”. • No final da sessão alguns dos idosos mostraram uma das suas qualidades e cantaram (fado/canções populares) - não estava previsto.
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	32/32 = 100%	

Quadro 24. Avaliação da sessão “Sono”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Sono”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	12/12 = 100%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os idosos presentes participaram ativamente na sessão, fazendo questões sobre o tema e partilhando experiências. ▪ Ao longo da sessão os idosos colocaram dúvidas. ▪ A pedido do grupo, à sessão acrescentou-se os temas: sonhos e ressonar.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	12/12 = 100%	
	<p>Que os idosos consigam identificar alterações no padrão de sono com o envelhecimento</p>	2 alterações	4 alterações	
	<p>Que os idosos consigam identificar recomendações para melhorar o sono</p>	3 recomendações	3 recomendações	

Quadro 25. Avaliação da sessão “Relaxamento”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Relaxamento”	Adesão $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	14/19 = 74%	<ul style="list-style-type: none"> • O grupo conseguiu identificar 2 benefícios do relaxamento e 3 precauções a ter durante a prática de relaxamento. • A parte da sessão correspondente aos exercícios foi acompanhada de música de fundo de forma a facilitar o relaxamento. • Após o exercício, os idosos manifestaram sentir-se mais calmos e relaxados, “com o corpo mole”.
	Participação $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	14/14 = 100%	
	Que os idosos consigam identificar benefícios do relaxamento	2 benefícios	2 benefícios	
	Que os idosos consigam identificar precauções a ter durante a prática de relaxamento	3 precauções	3 precauções	

Quadro 26. Avaliação da sessão “Conta histórias”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Conta histórias”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	70%	12/16 = 75%	<ul style="list-style-type: none"> • Como sugestão das Educadoras da creche e do infantário, foi pedido ao grupo que conta-se histórias, poemas ou canções sobre a família (creche) e sobre a alimentação e higiene (infantário). • As histórias selecionadas (recomendadas pelo Plano Nacional de Leitura) foram para a creche “O Capuchinho Cinzento” (ARAÚJO, 2005), e para o infantário poemas do livro “Onde Meto o Meu Nariz” (AREIAS e CARDOSO, 2003). Preparou-se uma canção sobre lavar as mãos. • Nesta sessão o grupo treinou contar as histórias selecionadas para a atividade “Era uma vez...”.As histórias têm diferentes personagens que foram atribuídas aos idosos. Os poemas também foram divididos. Praticou-se a articulação entre os elementos do grupo, a leitura, a entoação e a criatividade (no sentido de tentarem representar o papel atribuído). Alguns idosos levaram os textos para casa para treinar. • O grupo manifestou “gostar bastante” da sessão e estar ansioso pelo dia da interação com as crianças.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	12/12 =100%	

NOTA: os ensaios repetiram-se, com o mesmo grupo, nos dias: 7, 10, 11 e 12 de Dezembro de 2012.

Quadro 27. Avaliação da sessão “Era uma vez...”

Sessão	Avaliação quantitativa				Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada		
			10 Dez.	12 Dez.	
“Era uma vez...”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	80%	10/12 = 83%	11/11 = 100%	<p><i>Dia 10 Dezembro</i></p> <ul style="list-style-type: none"> No final da história a interação entre todos levou a que o grupo da creche cantasse músicas de natal aos idosos, que retribuíram com músicas da sua terra, tradicionais da época (o que não estava programado antecipadamente). Conclusão da atividade: o grupo manifestou “gostar muito” da sessão com as crianças. Verificou-se uma maior autoestima.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	70%	7/10 = 70%	11/11 = 100%	<p><i>Dia 12 Dezembro</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Alguns dos idosos que não tinham participado na atividade anterior, assumiram a sessão como uma responsabilidade, manifestando sentir-se ansiosos, pelo desejo de querer “fazer tudo bem”. Foi uma forma de compromisso (pela presença nos dias de ensaio, à hora marcada), sentido de responsabilidade e de utilidade. A maioria dos idosos treinou em casa as aptidões de concentração e leitura, bem como a criatividade e a memória (ao personificar as personagens, e ao decorar os poemas - no caso de um utente invisual).

Quadro 28. Avaliação da sessão “Ser velho é...”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“Ser velho é...”	<p>Adesão</p> $\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$	60%	17/20 = 85%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estavam presentes na sessão todos os jovens presentes no CIJ na hora de início: 11 jovens, sendo que participaram ativamente na discussão 6 jovens (6/11= 55%). ▪ O que é para os jovens a velhice: o grupo de jovens referiu que ser velho é “ter rugas”, “ter cabelo branco”, “ter muita idade”, “contar muitas histórias”, “ajudar os netos”, “ensinar a experiência”, “ter responsabilidades”. ▪ Como percebem o seu envelhecimento: todos gostariam de ser ativos e “fazer muitas coisas”, gostariam de “estar em casa”, “com a família”, “com os filhos e netos”. Um dos jovens referiu que gostaria de estar num lar. ▪ Os jovens participaram sem esforço na sessão, de forma muito assertiva. Permaneceram atentos ao longo dos diferentes momentos. ▪ O grupo de idosos ficou visivelmente satisfeito com o desempenho na dramatização. ▪ Após o “teatro” foi discutido em grupo a mensagem que os idosos pretendiam transmitir aos jovens. ▪ Para concluir a sessão 2 idosos recitaram poemas sobre a velhice para os jovens (não estava programado). ▪ Após a sessão reuniu-se o grupo de idosos e foi dado reforço positivo pelo empenho e dedicação - redação da peça, ensaios e dramatização. Dado um abraço de grupo.
	<p>Participação</p> $\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º de idosos na sessão}} \times 100$	90%	10/10 =100%	

Quadro 29. Avaliação da sessão “O envelhecimento”

Sessão	Avaliação quantitativa			Avaliação qualitativa
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
“O envelhecimento”	Adesão			<ul style="list-style-type: none"> • No final da sessão o feedback foi positivo; • Por parte dos idosos, pois referiram que foi foram focadas as suas preocupações; • Por parte dos familiares porque se reviram no papel de cuidadores; • E por parte dos funcionários porque os levou a refletir sobre o seu próprio envelhecimento, e a “ver” os idosos numa outra perspetiva.
	$\frac{\text{n.º de familiares na sessão}}{\text{n.º total de familiares convocados}} \times 100$	50%	6/6 =100%	
	$\frac{\text{n.º de funcionários na sessão}}{\text{n.º total de funcionários convocados}} \times 100$	50%	11/11 =100%	
	$\frac{\text{n.º de idosos na sessão}}{\text{n.º total de idosos convocados}} \times 100$	60%	29/30 =97%	
	Participação			
	$\frac{\text{n.º de idosos que participaram}}{\text{n.º total de idosos na sessão}} \times 100$	30%	15/29 =52%	

Quadro 30. Avaliação das sessões realizadas em contexto de Apoio Domiciliário

Dias	N.º de idosos	Sessões realizadas	Avaliação qualitativa
28 Nov.	2	<p>Sr.ª E</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Quem é quem” ▪ “Jogo dos objetos” ▪ “Origens” <p>Sr.ª P</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As idosas residem sozinhas, manifestaram “gostar muito” de conversar. Não tiveram dificuldade em falar de si, da sua história de vida e das suas emoções. ▪ Os objetos identificados foram fotografias antigas com a família.
17 Dez.	3	<p>Sr. M</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Quem é quem”, “Origens” ▪ “Sono”, “Relaxamento” ▪ “Benefícios da atividade física” ▪ “Prática de atividade física” <hr/> <p>Sr.ª R</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Benefícios da atividade física” (sessão realizada à família) ▪ “Prática de atividade física” <hr/> <p>Sr.ª G</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Quem é quem”, “Origens” ▪ “Benefícios da atividade física” ▪ “Prática de atividade física” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os idosos mostraram-se motivados para realizar as sessões. ▪ Todos falaram de si sem dificuldade, recordando a sua juventude, o que faziam, a família e a “terra”. ▪ Manifestaram vontade de repetir a sessão da atividade física.
19 Dez.	3	<p>Sr.ª J</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Quem é quem”, “Origens” ▪ “Sono”, “Relaxamento” ▪ “Benefícios da atividade física” ▪ “Prática de atividade física” <hr/> <p>Sr.ª A</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Benefícios da atividade física” (sessão realizada à família) ▪ “Prática de atividade física” <hr/> <p>Sr.ª N</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Quem é quem”, “Origens” ▪ “Benefícios da atividade física” ▪ “Prática de atividade física” 	
31 Dez.	2	<p>Sr. M</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Prática de atividade física” <hr/> <p>Sr.ª P</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Benefícios da atividade física” ▪ “Prática de atividade física” 	
7 Jan.	1	<p>Sr. A</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Benefícios da atividade física” ▪ “Prática de atividade física” 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivado para a atividade física; surpreendido por conseguir executar alguns movimentos.

Quadro 30. Avaliação das sessões realizadas em contexto de Apoio Domiciliário (cont.)

Dias	N.º de idosos	Sessões realizadas	Avaliação qualitativa
9 Jan.	3	Sr.ª J Sr.ª N “Prática de atividade física” Sr.ª G	<ul style="list-style-type: none"> • Motivados para a prática de atividade física. • Todos os idosos tinham praticado atividade física regularmente entre a primeira sessão e a atual.
23 Jan.	3	<ul style="list-style-type: none"> • “Quem é quem”, “Origens” Sr.ª T • “Benefícios da atividade física” (sessão realizada também à família) Sr.ª R “Prática de atividade física” Sr.ª P • “Ser positivo” • “Prática de atividade física” 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos se mostraram motivados para a prática de atividade física. • A Sr.ª P está a passar por um processo de luto, pelo que foi dada ênfase ao pensamento positivo.
30 Jan.	2	<ul style="list-style-type: none"> Sr. A • “Prática de atividade física” Sr.ª Z • “Quem é quem”, “Origens” • “Benefícios da atividade física” • “Prática de atividade física” 	<ul style="list-style-type: none"> • O Sr. A tem realizado esporadicamente alguns dos exercícios, desde a última visita. • A Sr.ª Z falou com agrado da sua história de vida e da sua “terra”. Encontra-se muito motivada para aprender “coisas novas” e reconhece os benefícios da atividade física.
6 Fev.	2	<ul style="list-style-type: none"> Sr.ª L • “Quem é quem”, “Origens” • “Benefícios da atividade física” • “Prática de atividade física” Sr.ª O “Prática de atividade física” 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém-se a motivação por parte dos idosos em relação à atividade física.
13 Fev.	4	<ul style="list-style-type: none"> Sr.ª L “Prática de atividade física” Sr.ª B • “Quem é quem”, “Origens” • “Benefícios da atividade física” • “Prática de atividade física” Sr.ª J • “Quem é quem” • “Origens” Sr.ª P “Prática de atividade física” 	<ul style="list-style-type: none"> • A Sr.ª J mostrou-se “muito satisfeita” por poder falar de si. • A Sr.ª L e a Sr.ª P têm mantido a prática regular de atividade física. A Sr.ª P mostrou-se orgulhosa por conseguir fazê-lo.

Indicador de adesão:

$$\frac{\text{n.º de idosos em apoio domiciliário a quem se realizou VD}}{\text{n.º total de idosos da amostra em apoio domiciliário}} \times 100 = \frac{15}{15} \times 100 = 100 \%$$

APÊNDICE XVII - Avaliação das intervenções

Tabela 45. Comparação da distribuição de acordo com as respostas de sentido negativo aos itens do SPES

	Fases do Projeto	Centro Dia			Centro de Convívio			Apoio Domiciliário			Total Geral										
		M		F		Total		M		F		Total									
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Satisfação com a vida																					
Não é feliz a maior parte do tempo	▪ Diagnóstico	-	-	7	16%	7	16%	1	2%	4	9%	5	11%	-	-	9	20%	9	20%	21	47%
	▪ Avaliação	-	-	1	2%	1	2%	-	-	2	4%	2	4%	-	-	6	13%	6	13%	9	20%
Perturbação do sono																					
O seu sono é irregular e inquieto	▪ Diagnóstico	1	2%	8	18%	9	20%	3	7%	5	11%	8	18%	-	-	7	16%	7	16%	24	53%
	▪ Avaliação	-	-	4	9%	4	9%	-	-	3	7%	3	7%	-	-	2	4%	2	4%	9	20%
Fator de energia																					
Por vezes sente que não serve para nada	▪ Diagnóstico	1	2%	12	27%	13	29%	1	2%	3	7%	4	9%	1	2%	10	22%	11	24%	28	62%
	▪ Avaliação	-	-	4	9%	4	9%	-	-	-	-	-	-	1	2%	5	11%	6	13%	10	22%

Tabela 46. Comparação da distribuição segundo a doença

	Fases do Projeto	Centro de Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
		M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Artrite ou reumatismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico ▪ Avaliação 	1	1%	7	6%	8	6%	3	2%	5	4%	8	6%	-	-	9	7%	9	7%	25	20%

Tabela 47. Comparação da distribuição segundo a doença e o modo como interfere nas atividades

	Fases do Projeto	Nada	Pouco	Muito	Totais
		3	16	6	

Tabela 48. Comparação da distribuição de acordo com a prática de atividade física

	Fases do Projeto	Centro Dia						Centro de Convívio						Apoio Domiciliário						Total Geral	
		M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Prática de atividade física	▪ Diagnóstico	2	4%	6	13%	8	18%	1	2%	1	2%	2	4%	-	-	-	-	-	-	10	22%
	▪ Avaliação	2	4%	11	24%	13	29%	3	7%	5	11%	8	18%	1	2%	7	16%	8	18%	29	64%

ANEXOS

ANEXO I - Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Conceitos base do metaparadigma do Modelo de Promoção da Saúde

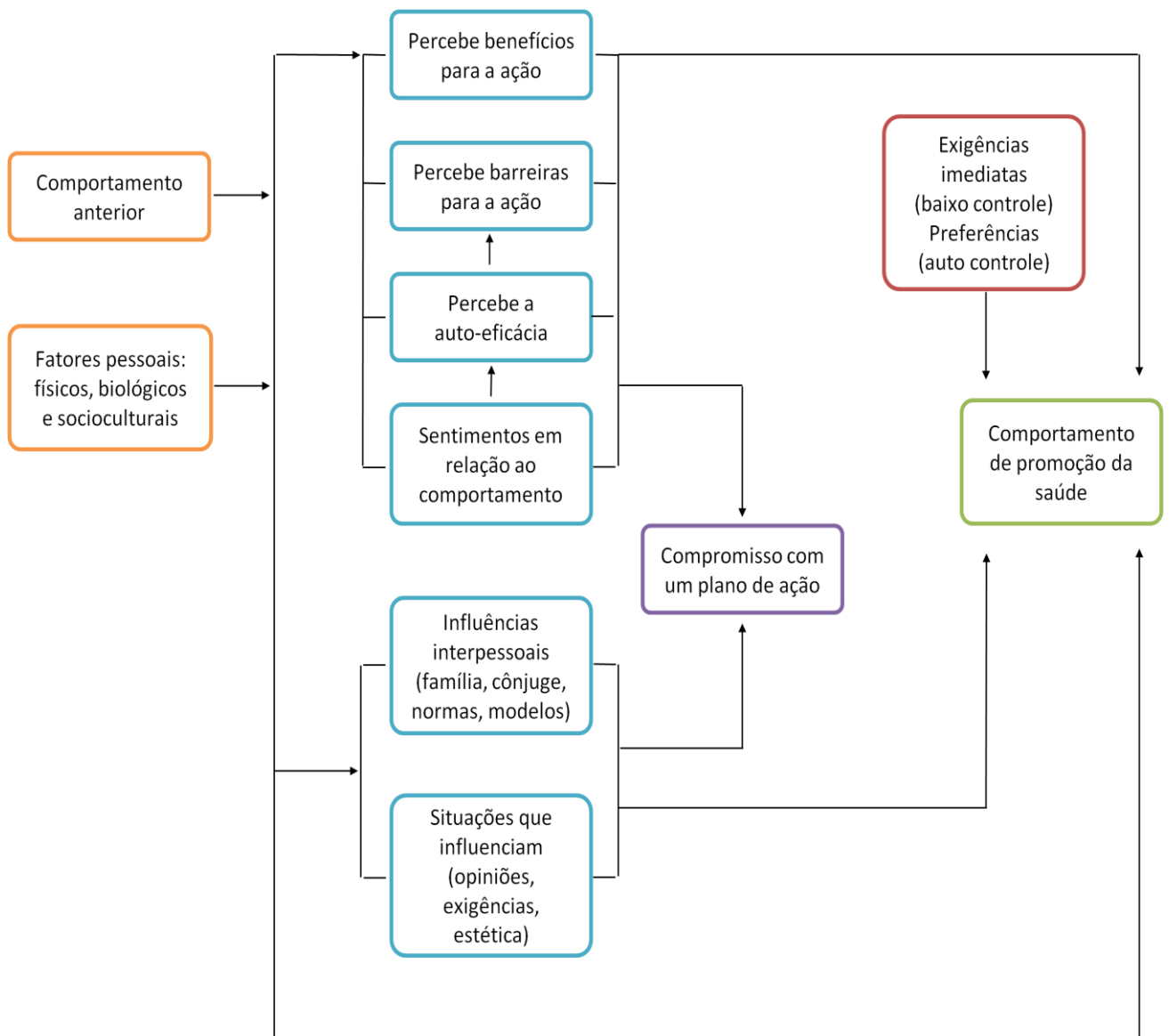
- **Pessoa** - “is a biopsychosocial organism that is partially shaped by the environment but also seeks to create an environment in which inherent and acquired human potential can be fully expressed” (PENDER, 2011, p. 3). Estabelece uma relação recíproca com o ambiente, e as suas características e experiências de vida moldam o seu comportamento.
- **Ambiente** - “is the social, cultural and physical context in which the life course unfolds” e depende de fatores como “absence of toxic substances, availability of aesthetic or restorative experiences, and accessibility of human and economic resources needed for healthful and productive living” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 8). É resultado das relações entre o indivíduo e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos. Pode ser manipulado pelo indivíduo para que o contexto se torne facilitador e contribua para melhorar os comportamentos de procura de saúde.
- **Enfermagem** - “is collaboration with individuals, families, and communities to create the most favorable conditions for the expression of optimal health and high-level well-being” (PENDER, 2011, p. 3). Engloba as intervenções e estratégias para o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis é o estímulo ao autocuidado. “The nurse’s role is to promote a positive climate for change, serve as a catalyst for change” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 37).
- **Saúde** - visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar e no desenvolvimento de capacidades é a “actualization of inherent and acquired human potential through goal-directed behavior, competent self-care, and satisfying relationships with others, while adjustments are made as needed to maintain structural integrity and harmony with relevant environments” (PENDER, 2011, p. 3). Segundo Pender, Murdaugh e Parsons (2011, p. 15) é um conceito positivo que engloba as dimensões: social, económica, cultural e ambiental, em que é dada ênfase às “strengths, resiliencies, resources, potentials, and capabilities”.
- **Promoção da saúde** - mudança de estilos de vida e hábitos de vida; desenvolvimento de recursos. Tem três componentes: educação para a saúde, prevenção e proteção da saúde.
- **Doença** - “are discrete events throughout the life span of either short (acute) or long (chronic) duration that can hinder or facilitate one’s continuing quest for health” (PENDER, 2011, p. 3).

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde

1. Características

2. Comportamento Específico

3. Resultado do Comportamento e experiências individuais



Fonte: Adaptado de VICTOR, Janaína Fonseca; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa (2005) - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 18. N.º 3. p. 235-240.

Assumptions

The Health Promotion Model is based on the following assumptions, which reflect both nursing and behavioral science perspectives:

1. Persons seek to create conditions of living through which they can express their unique human health potential.
2. Persons have the capacity for reflective self-awareness, including assessment of their own competencies.
3. Persons value growth in directions viewed as positive and attempt to achieve a personally acceptable balance between change and stability.
4. Individuals seek to actively regulate their own behavior.
5. Individuals in all their biopsychosocial complexity interact with the environment, progressively transforming the environment and being transformed over time.
6. Health professionals constitute a part of the interpersonal environment, which exerts influence on persons throughout their lifespan.
7. Self-initiated reconfiguration of person-environment interactive patterns is essential to behavior change.

Theoretical Propositions

Theoretical statements derived from the model provide a basis for investigative work on health behaviors. The Health Promotion Model is based on the following theoretical propositions:

1. Prior behavior and inherited and acquired characteristics influence beliefs, affect, and enactment of health-promoting behavior.
2. Persons commit to engaging in behaviors from which they anticipate deriving personally valued benefits.
3. Perceived barriers can constrain commitment to action, a mediator of behavior as well as actual behavior.
4. Perceived competence or self-efficacy to execute a given behavior increases the likelihood of commitment to action and actual performance of the behavior.
5. Greater perceived self-efficacy results in fewer perceived barriers to a specific health behavior.
6. Positive affect toward a behavior results in greater perceived self-efficacy.
7. When positive emotions or affect are associated with a behavior, the probability of commitment and action is increased.

8. Persons are more likely to commit to and engage in health-promoting behaviors when significant others model the behavior, expect the behavior to occur, and provide assistance and support to enable the behavior.
9. Families, peers, and health care providers are important sources of interpersonal influence that can increase or decrease commitment to and engagement in health-promoting behavior.
10. Situational influences in the external environment can increase or decrease commitment to or participation in health-promoting behavior.
11. The greater the commitment to a specific plan of action, the more likely health-promoting behaviors are to be maintained over time.
12. Commitment to a plan of action is less likely to result in the desired behavior when competing demands over which persons have little control require immediate attention.
13. Commitment to a plan of action is less likely to result in the desired behavior when other actions are more attractive and thus preferred over the target behavior.
14. Persons can modify cognitions, affect, interpersonal influences, and situational influences to create incentives for health promoting behavior.

ANEXO II - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS)

Nome do/a entrevistador/a _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____ Local da entrevista _____

Dados do/a entrevistado/a *(A preencher pelo entrevistador antes da entrevista)*

Apelido _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____

Endereço _____ Telefone _____

1. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a. se o sujeito não possui telefone. Marque correcto (1) ou incorrecto (0) para cada uma das 10 perguntas.

1	0	1. Em que data estamos? Dia, mês e ano ___/___/___ (tolerância de 1 dia)
1	0	2. Que dia da semana é hoje?
1	0	3. Como se chama esta localidade?
1	0	4. Qual é o seu número de telefone?
1	0	4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)
1	0	5. Quantos anos tem? _____
1	0	6. Qual é a sua data de nascimento? dia, mês e ano ____ / ____ / ____
1	0	7. Como se chama o actual Presidente da República?
1	0	8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
1	0	9. Qual é o seu apelido?
1	0	10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três... (20-3=17 ; 17-3=14 ; 14-3=11 ; 11-3=8; 8-3=5 ; 5-3=2 tolerância de 1 erro)

2. Sexo

- 0. MASCULINO
- 1. FEMININO

3. **Número de filhos e filhas vivos**
1. FILHAS _____
 2. FILHOS _____
4. **Idade** _____ anos (*não perguntar*)
5. **Que estudos completou?**
1. NÃO SABE LER NEM ESCREVER
 2. SABE LER E ESCREVER SEM POSSUIR GRAU DE ENSINO
 3. ENSINO BÁSICO PRIMÁRIO
 4. ENSINO BÁSICO PREPARATÓRIO
 5. ENSINO SECUNDÁRIO
 6. ENSINO MÉDIO
 7. ENSINO SUPERIOR
 9. NS / NR

RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. **Qual é o seu estado civil?**
1. SOLTEIRO/A
 2. CASADO/A - UNIÃO DE FACTO
 3. VIÚVO/A
 4. DIVORCIADO/A OU SEPARADO/A
 9. NS / NR
7. **Quem vive consigo na sua casa? (assinalar as várias respostas dadas)**
1. VIVE SOZINHO/A
 2. CÔNJUGE
 3. FILHOS/AS
 4. NETOS/AS
 5. PAIS OU SOGROS
 6. IRMÃOS OU CUNHADOS
 7. OUTROS FAMILIARES
 8. AMIGOS
 9. ALGUÉM COM REMUNERAÇÃO OU ALOJAMENTO PARA CUIDAR DE SI (*sem ser familiar*)
 10. OUTROS *Especificar* _____
8. **Quantas pessoas conhece o suficiente para ir visitá-las nas suas casas?**
- N.º _____ 99. NS / NR
9. **A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)**
- N.º _____ 99. NS / NR
10. **A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos?**
- N.º _____ 99. NS / NR
11. **Tem alguém em quem possa confiar?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
12. **Sente-se sozinho/a?**
0. MUITAS VEZES / SEMPRE
 1. ALGUMAS VEZES
 2. QUASE NUNCA / NUNCA
 9. NS / NR
13. **Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
14. **Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (refere-se a ajuda social, não económica)**
1. SIM
 0. NÃO (→ P 15)
 9. NS / NR
- 14a. **Há alguém que possa cuidar de si?**
3. SEMPRE QUE NECESSÁRIO (*tanto tempo quanto necessário*)
 2. POR POUCO TEMPO (*de poucas semanas a seis meses*)
 1. ÀS VEZES (*levar ao médico, preparar uma refeição, etc..*)
 9. NS / NR
- 14b. **Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)**
1. CÔNJUGE
 2. IRMÃO
 3. FILHOS
 4. NETOS
 5. OUTRO PARENTE
 6. AMIGO
 7. OUTROS *Especificar* _____

RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

- 15. A sua actividade actual é:**
1. TRABALHA A TEMPO COMPLETO
 2. TRABALHA A TEMPO PARCIAL
 3. REFORMADO POR IDADE
 4. REFORMADO POR INVALIDEZ
 5. DESEMPREGADO À PROCURA DE TRABALHO
 6. DESEMPREGADO SEM ESTAR À PROCURA DE TRABALHO
 7. OUTROS Especificar _____
- 16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?**
1. NUNCA ESTEVE EMPREGADO/A
 2. DOMÉSTICO/A
 3. TRABALHOU POR CONTA PRÓPRIA
 4. TRABALHOU POR CONTA DE OUTRÉM
 9. NS / NR
- 17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?**
1. SIM
 0. NÃO (→ P 18)
 2. NÃO APLICÁVEL (→ P 18)
 9. NS / NR
- 17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?**
1. DOMÉSTICO/A
 2. TRABALHOU POR CONTA PRÓPRIA
 3. TRABALHOU POR CONTA DE OUTRÉM
 9. NS / NR
- 18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?**
(*assinalar as várias respostas dadas e as quantias*)
1. DO EMPREGO OU NEGÓCIO €
 2. RENDIMENTOS DE CAPITAL (*investimentos, contas poupança, fundos de pensões*)
E RENDAS DE PATRIMÓNIO €
 3. PENSÃO DE INVALIDEZ €
 4. PENSÃO DE SOBREVIVÊNCIA €
 5. PENSÃO DE VELHICE €
 6. PENSÃO UNIFICADA €
 7. COMPLEMENTO DE PENSÃO POR
CÔNJUGE A CARGO €
 8. SUBSÍDIO DE ACOMPANHANTE €
 9. SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA A
TERCEIRA PESSOA €
 10. SUPLEMENTO DE PENSÃO A
GRANDES INVÁLIDOS €
 11. PENSÃO SOCIAL €
 12. PENSÃO DE VIUEZ €
 13. COMPLEMENTO SOCIAL €
 14. PENSÃO DE REFORMA SOCIAL SOCIAL €
 15. OUTRAS PENSÕES PROVENIENTES
DE FUNDOS PROFISSIONAIS..... €
 16. PENSÃO DE ALIMENTOS
(em caso de separados ou divorciados) €
 17. PENSÃO POR FILHOS DEFICIENTES €
 18. AJUDA FINANCEIRA REGULAR POR PARTE DE
MEMBROS DA FAMÍLIA (*inclui contribuições regulares
por parte dos filhos empregados*) €
 19. OUTROS Especificar _____
- 19. Quantas pessoas vivem desses rendimentos? (*número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos*)**
- _____ pessoas
- 20. A casa em que vive é propriedade sua?**
1. SIM
 0. NÃO (→ P 20b.)
 9. NS / NR
- 20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?**
- _____ €
- 20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?**
1. RENDA _____ €
 2. EMPRÉSTIMO OU HIPOTECA _____ €
 3. NÃO, VIVE EM CASA CEDIDA GRATUITAMENTE
 9. NS / NR
- 20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?**
1. PAGA O TOTAL DA RENDA, EMPRÉSTIMO OU HIPOTECA
 2. RECEBE UMA COMPARTICIPAÇÃO
 3. A CASA NÃO É SUA MAS NÃO PAGA ALUGUER
 9. NS / NR
- ←
- 20d. Considera o local onde vive digno para si?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 22. Os seus rendimentos são o suficiente?**
1. NÃO
 2. SIM, MAS APENAS CHEGAM PARA OS SEUS GASTOS
 3. COBREM SEM PROBLEMAS OS GASTOS
 9. NS / NR
- 23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?**
1. PAGA (→ P 25)
 2. RECEBE AJUDA
 9. NS / NR

- 24a. De quem?**
1. FAMÍLIA OU AMIGOS
 2. TOMA AS REFEIÇÕES NUMA INSTITUIÇÃO GOVERNAMENTAL OU DE BENEFICÊNCIA
Quantas? _____
 3. TRAZEM-LHE AS REFEIÇÕES A CASA JÁ PREPARADAS
Quantas? _____
- 25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 26. Tem algum cartão de saúde?**
1. SIM. Qual? _____
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?**
2. MELHOR
 1. IGUAL
 0. PIOR
 9. NS / NR
- 28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?**
2. MUITO BEM
 1. RAZOAVELMENTE
 0. COM DIFICULDADE
 9. NS / NR
- 29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR

SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

- 31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?**
0. SEMPRE / QUASE SEMPRE
 1. ALGUMAS VEZES
 2. NUNCA / QUASE NUNCA
 9. NS / NR
- 32. Em geral, o que acha da sua vida?**
2. INTERESSANTE
 1. MONÓTONA
 0. ABORRECIDA
 9. NS / NR
- 33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?**
2. BOA
 1. REGULAR
 0. MÁ
 9. NS / NR
- 34. Por favor, responda sim ou não às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar tente responder sim ou não conforme lhe parecer mais correcto. (assinalar sim ou não para cada uma)**
- | | Sim ₁ | Não ₀ |
|--|------------------|------------------|
| 1. ACORDA FRESCO/A E DESCANSADO/A QUASE TODAS AS MANHÃS? | S | N |
| 2. A SUA VIDA ESTÁ CHEIA DE COISAS QUE O/A MANTÉM INTERESSADO/A? | S | N |
| 3. POR VEZES SENTIU VONTADE DE FUGIR DE CASA? | S | N |
| 4. PARECE-LHE QUE NINGUÉM O/A COMPREENDE? | S | N |
| 5. TEVE PERÍODOS DE DIAS, SEMANAS OU MESES EM QUE NÃO PODIA OCUPAR-SE DE NADA PORQUE NÃO AGUENTAVA MAIS? | S | N |
| 6. O SEU SONO É IRREGULAR E INQUIETO? | S | N |
| 7. É FELIZ A MAIOR PARTE DO TEMPO? | S | N |
| 8. PENSA QUE SE TRAMA ALGUMA COISA CONTRA SI? | S | N |
| 9. POR VEZES SENTE QUE NÃO SERVE PARA NADA? | S | N |
| 10. NOS ÚLTIMOS ANOS SENTIU-SE BEM A MAIOR PARTE DO TEMPO? | S | N |
| 11. SENTE-SE MUITAS VEZES FRACO/A? | S | N |
| 12. TEM DORES DE CABEÇA? | S | N |
| 13. TEM DIFICULDADE EM MANTER O EQUILÍBRIO QUANDO CAMINHA? | S | N |
| 14. SENTE PALPITAÇÕES E FALTA DE AR? | S | N |
| 15. MESMO QUANDO ESTÁ COM OUTRAS PESSOAS SENTE-SE SÓ A MAIOR PARTE DAS VEZES? | S | N |

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?
3. ÓPTIMO
 2. BOM
 1. RAZOÁVEL
 0. MAU
 9. NS / NR

36. Comparado com há cinco anos como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?
2. MELHOR
 1. IGUAL
 0. PIOR
 9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a pelo médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? (excluir os psiquiatras)

_____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

_____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

_____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

_____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

1. PARA A ARTRITE
2. PARA A DOR (DISTINTOS DOS ANTERIORES)
3. PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL (*tensão alta*)
4. DIURÉTICOS
5. PARA A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU ARRITMIAS
6. NITROGLICERINA PARA A ANGINA DE PEITO
7. ANTICOAGULANTES
8. PARA MELHORAR A CIRCULAÇÃO
9. INJEÇÕES DE INSULINA PARA A DIABETES
10. COMPRIMIDOS PARA A DIABETES
11. PARA ÚLCERA (*sistema digestivo*)
12. CRISE EPILÉTICA
13. PARA A TIRÓIDE
14. CORTICOSTERÓIDES
15. ANTIBIÓTICOS
16. TRANQUILIZANTES OU MEDICAMENTOS PARA OS NERVOS
17. MEDICAMENTOS PARA DORMIR (*uma vez por semana ou mais*)
18. MEDICAMENTOS HORMONAIS (*incluindo a pílula*)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês? _____

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?

(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)

	NADA	POUCO	MUITO
1. ARTRITE OU REUMATISMO	1	2	3
2. GLAUCOMA	1	2	3
3. ASMA	1	2	3
4. ENFISEMA OU BRONQUITE CRÓNICA	1	2	3
5. TUBERCULOSE	1	2	3
6. HIPERTENSÃO	1	2	3
7. PROBLEMAS CARDÍACOS	1	2	3
8. PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS DOS MEMBROS	1	2	3
9. DIABETES	1	2	3
10. ÚLCERAS (<i>sistema digestivo</i>)	1	2	3
11. DOENÇA DO FÍGADO	1	2	3
12. DOENÇA DOS RINS	1	2	3
13. OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO	1	2	3
14. CANCRO OU LEUCEMIA	1	2	3
15. ANEMIA	1	2	3
16. CONSEQUÊNCIAS DE A.V.C.	1	2	3

	NADA	POUCO	MUITO
17. DOENÇA DE PARKINSON	1	2	3
18. EPILEPSIA	1	2	3
19. PARALISIA CEREBRAL	1	2	3
20. ESCLEROSE MÚLTIPLA	1	2	3
21. DISTROFIA MUSCULAR	1	2	3
22. CONSEQUÊNCIA DA POLIOMIELITE	1	2	3
23. DOENÇA DA TIRÓIDE OU OUTRAS GLÂNDULAS	1	2	3
24. DOENÇAS DA PELE (<i>úlceras/escaras, queimaduras...</i>)	1	2	3
25. PROBLEMAS DA FALA	1	2	3

45. Tem alguma incapacidade física ...

- 0. NÃO
- 1. PARALISIA TOTAL
- 2. PARALISIA PARCIAL
- 3. FALTA DE MEMBRO / FUNÇÃO
- 4. FRACTURA ÓSSEA
- 9. NS / NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- 1. MUITO BOA
- 2. BOA
- 3. REGULAR
- 4. MAL
- 5. ESTÁ CEGO
- 9. NS / NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- 1. MUITO BOA
- 2. BOA
- 3. REGULAR
- 3. MAL
- 5. ESTÁ SURDO
- 9. NS / NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- 1. SIM *Especificar* _____
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PROTESES

49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?

- 1. BENGALA OU TRIPÉ
- 2. MULETAS
- 3. CADEIRA DE RODAS
- 4. ORTÓTESE (MEMBROS INFERIORES)
- 5. ORTÓTESE (COLUNA)
- 6. MEMBRO ARTIFICIAL
- 7. PRÓTESE AURICULAR
- 8. EQUIPAMENTO DE COLOSTOMIA
- 9. SONDA VESICAL
- 10. DIÁLISE
- 11. OUTROS (*por ex. dentadura*)
Especificar _____

50. Necessita de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?

- 1. SIM (→ P 50a.)
- 0. NÃO (→ P 51.)
- 9. NS / NR

50a. Especificar, utilizando os números correspondentes às opções de resposta à pergunta 49.

Quais? ____/____/____/____/____/

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?

- 3. MUITO BOA
- 2. BOA
- 1. REGULAR
- 0. MÁ
- 9. NS / NR

54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?

- 2. MELHOR
- 1. IGUAL
- 0. PIOR
- 9. NS / NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?

- 2. NADA
- 1. UM POUCO
- 0. MUITO
- 9. NS / N

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda para as fazer, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone ...

2. SEM AJUDA (*incluindo procurar números e marcar*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
0. É INCAPAZ DE UTILIZAR O TELEFONE
9. NS / NR

57. Pode ir até locais onde não é possível ir a pé ...

2. SEM AJUDA (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
0. É INCAPAZ DE VIAJAR (*a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância*)
9. NS / NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.

(*assumindo que tem meio de transporte*)

2. SEM AJUDA (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita que alguém o acompanhe quando vai às compras*)
0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TIPO DE COMPRA
9. NS / NR

59. É capaz de preparar as suas refeições ...

2. SEM AJUDA (*planeia e prepara-as ele/a mesmo*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições*)
0. É INCAPAZ DE PREPARAR QUALQUER REFEIÇÃO
9. NS / NR

60. É capaz de fazer as tarefas de casa ...

2. SEM AJUDA (*pode limpar o chão, etc..*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados*)
0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TRABALHO DOMÉSTICO
9. NS / NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos ...

2. SEM AJUDA (*a dose certa na hora certa*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
0. É INCAPAZ DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS
9. NS / NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro ...

2. SEM AJUDA (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*administra o dinheiro do dia-a-dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
0. É INCAPAZ DE ADMINISTRAR O SEU DINHEIRO
9. NS / NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer ...

2. SEM AJUDA (*é capaz de comer sozinho*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita ajuda para cortar a comida, etc.*)
0. É INCAPAZ DE COMER SOZINHO/A
9. NS / NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho ...

2. SEM AJUDA (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
1. COM ALGUMA AJUDA
0. É INCAPAZ DE VESTIR-SE E DESPIR-SE SOZINHO/A
9. NS / NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se ...

2. SEM AJUDA
1. COM ALGUMA AJUDA
0. É INCAPAZ DE CUIDAR DA SUA APARÊNCIA
9. NS / NR

66. Pode andar ...

2. SEM AJUDA (*excepto de bengala*)
1. COM AJUDA (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
0. É INCAPAZ DE ANDAR
9. NS / NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama ...

2. SEM AJUDA (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
1. COM ALGUMA AJUDA (*de pessoa ou de dispositivo*)
0. DEPENDE COMPLETAMENTE DE ALGUÉM QUE O/A LEVANTE
9. NS / NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

2. SEM AJUDA
1. COM ALGUMA AJUDA (*necessita ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
0. É INCAPAZ DE TOMAR BANHO SOZINHO/A
9. NS / NR

69. Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo

2. NÃO (→ P 70.)
1. SIM, MAS AGORA NÃO PORQUE TENHO SONDA / COLOSTOMIA (→ P 70.)
0. SIM (→ P 69a.)
9. NS / NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

1. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
0. TRÊS VEZES POR SEMANA OU MAIS
9. NS / NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa / passear?

1. SIM (→ P 70a.)
0. NÃO (→ P 71.)
9. NS / NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

1. VAI SOZINHO/A
2. FAMILIAR
3. AMIGO
4. TRANSPORTE PÚBLICO (autocarro, taxi, etc.)
5. OUTRO *Especificar* _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

_____ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-2c.)
9. NS / NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas actividades?

_____ vezes por semana

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-2c. Acha que necessita participar neste tipo de actividades?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-3b.)
9. NS / NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ORGANISMO OFICIAL

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-5c.)
- 9. NS / NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-6c.)
- 9. NS / NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-7d.)
- 9. NS / NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

N.º _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- 1. SIM
- 0. NÃO (→ P 71-8b.)
- 9. NS / NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- 1. SIM
- 0. NÃO
- 9. NS / NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados?

(excluir os recebidos no hospital)

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-9d.)
9. NS / NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. UM AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE INSTITUIÇÃO OU SEG. SOCIAL

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vestir, ajuda-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

1. MENOS DE ½ HORA POR DIA
2. ½ HORA A 1½ HORA POR DIA
3. MAIS DE 1½ HORA POR DIA
9. NS / NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-9d. Acha que necessita ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem?

Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico?
(excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-10e.)
9. NS / NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
2. ENFERMEIRO (*pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

0. SÓ OCASIONALMENTE, NÃO TODOS OS DIAS
1. SÓ PARA DAR-LHE MEDICAÇÃO ORAL
2. MENOS DE ½ HORA POR DIA
3. DE ½ HORA A 1HORA POR DIA
4. MAIS DE 1 HORA POR DIA
9. NS / NR

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

1. MENOS DE UM MÊS
2. DE 1 A 3 MESES
3. MAIS DE 3 MESES
9. NS / NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-11d.)
9. NS / NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

1. FAMILIAR OU AMIGO (*não pago*)
2. FISIOTERAPEUTA (*pago*)
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-12c.)
9. NS / NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. *(Se a pessoa ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. pessoas que necessitam supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem.)*

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-13c.)
9. NS / NR

71-13a. Quem o fez?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa? (*assinalar não se respondeu sim em 71-14c.*)

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. **Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (*inclui alojamento em instituições*)**

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-14c.)
9. NS / NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. UM AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

3. SIM
2. ESTÁ EM LISTA DE ESPERA
1. NÃO LHA CONCEDERAM
9. NS / NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. **Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?**

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-15d.)
9. NS / NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

1. FAMILIAR (*não pago*)
2. AMIGO (*não pago*)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

_____ horas

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. **Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?**

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-16c.)
9. NS / NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

1. UM FAMILIAR (não pago)
2. UM AMIGO (não pago)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-17c.)
9. NS / NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA (*por ex. advogado*)
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava?

Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

1. SIM
0. NÃO (→ P 71-19c.)
9. NS / NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita?

Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

72. A PERGUNTA 71 FOI REALIZADA AO

1. SUJEITO
2. INFORMANTE *Relação* _____
3. AMBOS

PERGUNTAS PARA FAZER AO **INFORMANTE** BASEADAS NO SEU CONHECIMENTO DO SUJEITO SE ESTE NÃO É FIDEDIGNO OU NÃO PODE RESPONDER

RECURSOS SOCIAIS

73. Como se dá o/a _____ com a sua família e amigos?

3. MUITO BEM
2. RAZOAVELMENTE (*tem algum conflito ou problema com eles*)
1. MAL (*tem muitos problemas ou conflitos com eles*)
9. NS / NR

74. Há alguém que ajudaria o/a _____ em tudo se estivesse doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?

1. SIM
0. NÃO (→ P 75.)
9. NS / NR

74a. Há alguém que...?

(*assinalar a mais apropriada*)

3. CUIDARIA DELE/A INDEFINIDAMENTE (*o tempo que necessitasse*)
2. CUIDARIA DELE/A UM CURTO PERÍODO DE TEMPO (*de umas semanas a seis meses*)
1. O/A AJUDARIA DE VEZ EM QUANDO (*levá-lo/a ao médico, preparando-lhe as refeições,...*)
9. NS / NR

74b. Quem é essa pessoa?

(*assinalar todas as respostas*)

1. CÔNJUGE
2. IRMÃO
3. FILHO
4. NETO
5. OUTRO PARENTE
6. AMIGO
7. OUTRO

RECURSOS ECONÓMICOS

75. Em sua opinião como estão a ser cobertas as seguintes necessidades básicas de _____?

1. ALIMENTAÇÃO
2. HABITAÇÃO
3. VESTUÁRIO
4. CUIDADOS MÉDICOS
5. "EXTRAS" OU PEQUENOS LUXOS

	BEM	RAZOAVELMENTE	MAL
1.	2	1	0
2.	2	1	0
3.	2	1	0
4.	2	1	0
5.	2	1	0

SAÚDE MENTAL

76. O/A _____ demonstra sentido ou senso comum ao fazer juízos e ao tomar decisões?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

77. É o/a _____ capaz de lidar, ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

78. Parece-lhe que o/a _____ acha a vida interessante e divertida?

1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

79. Como avaliaria o/a estado mental e emocional de _____ ou a sua capacidade de raciocínio neste momento, comparada com outras pessoas que tenham uma vida independente?

3. MUITO BOM
2. BOM
1. RAZOÁVEL
0. MAU
9. NS / NR

80. Como avaliaria o estado mental e emocional de _____ ou a sua capacidade de raciocínio, comparada com há cinco anos?

2. MELHOR
1. GUAL
0. PIOR
9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

81. Como avaliaria a saúde de _____ neste momento?

3. MUITO BOA
2. BOA
1. RAZOÁVEL
0. MÁ
9. NS / NR

82. Em que medida os problemas de saúde de _____ lhe dificultam fazer as coisas que deseja?

2. NADA
1. UM POUCO
0. MUITO
9. NS / NR

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA

83. Duração da entrevista: _____ minutos

84. A informação objectiva foi obtida do:

1. SUJEITO
2. FAMILIAR
3. OUTRO *Especificar* _____

85. As perguntas objectivas obtidas do sujeito e/ou informante são ...

1. DE TOTAL CONFIANÇA
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS

86. As perguntas subjectivas são:

1. DE TOTAL CONFIANÇA (→ P 87.)
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS (→ P 87.)
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS (→ P 87.)
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS (→ P 87.)
5. NÃO SE OBTIVERAM (→ P 86a.)

86a. Porque não respondeu o sujeito às questões subjectivas?

1. AFASIA / DISARTRIA
2. SURDEZ
3. DEMÊNCIA
4. OLIGOFRENIA
5. DEMASIADO DOENTE
6. NÃO COLABOROU
7. OUTRO *Especificar* _____

RECURSOS SOCIAIS

87. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o sujeito se estivesse doente ou incapacitado/a?

3. PELO MENOS UMA PESSOA ESTARIA DISPONÍVEL PARA CUIDAR DELE/A INDEFINIDAMENTE
(tanto tempo quanto necessário)
2. PELO MENOS UMA PESSOA ESTARIA DISPONÍVEL PARA CUIDAR DELE/A DURANTE POUCO TEMPO
(de poucas semanas a seis meses)
1. A AJUDA ESTARIA DISPONÍVEL SÓ DE VEZ EM QUANDO
(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)
0. NENHUMA (excepto possível ajuda de emergência)

88. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do sujeito?

3. MUITO SATISFATÓRIAS, AMPLAS
2. MODERADAMENTE SATISFATÓRIAS, ADEQUADAS
1. NÃO SATISFATÓRIAS, DE ESCASSA QUALIDADE, POUCAS

RECURSOS ECONÓMICOS

- 89. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do sujeito?**
1. AMPLOS, FOLGADOS
 2. SATISFATÓRIOS
 3. ALGO INSUFICIENTES
 4. TOTALMENTE INSUFICIENTES
 5. NÃO TEM QUALQUER TIPO DE RENDIMENTOS
- 90. Na sua opinião, o sujeito tem economias?**
1. SIM
 0. NÃO (*ou são escassas*)
- 91. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do sujeito?**
1. COBREM A ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, VESTUÁRIO, CUIDADOS MÉDICOS E PERMITEM-LHE PEQUENOS LUXOS
 2. COBREM A ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, VESTUÁRIO E CUIDADOS MÉDICOS MAS NÃO LHE PERMITE PEQUENOS LUXOS
 3. NÃO COBREM A ALIMENTAÇÃO, OU HABITAÇÃO, OU VESTUÁRIO, OU CUIDADOS MÉDICOS E NEM LHE PERMITE PEQUENOS LUXOS
 4. NÃO COBREM DUAS OU MAIS NECESSIDADES (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados médicos*), NEM LHE PERMITIR PEQUENOS LUXOS

SAÚDE MENTAL

- 92. Tem a impressão de que o sujeito demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 93. Tem a impressão de que o sujeito é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 94. Tem a impressão de que o sujeito acha a vida interessante e divertida?**
1. SIM
 0. NÃO
 9. NS / NR
- 95. Durante a entrevista o comportamento do sujeito pareceu-lhe ser:**
1. MENTALMENTE ALERTA E ESTIMULADO
 2. AGRADÁVEL E PARTICIPATIVO
 3. DEPRESSIVO E/OU CHOROSO
 4. DISTRAÍDO OU LETÁRGICO
 5. AMEDRONTADO, INQUIETO OU EXTREMAMENTE TENSO
 6. CHEIO DE QUEIXAS FÍSICAS NÃO REALISTAS
 7. DESCONFIADO (*mais do que o razoável*)
 8. EXTRAVAGANTE OU INAPROPRIADO EM PENSAMENTO OU ACÇÃO
 9. EXCESSIVAMENTE FALADOR, MUITO ALEGRE OU EUFÓRICO

SAÚDE FÍSICA

- 96. O sujeito é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:**
0. NÃO
 1. SIM, É OBESO/A
 2. SIM, ESTÁ MAL NUTRIDO/A OU EMAGRECIDO/A
 9. NS / NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

97. CLASSIFIQUE OS RECURSOS SOCIAIS ACTUAIS DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.

ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE AS CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE RECURSOS SOCIAIS SÃO AS 6-14, 73, 74, E 87-88.

1. **Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente.
2. **Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente;
ou
As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
3. **Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente;
ou
As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
4. **Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;
ou
As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
5. **Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando;
ou
As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
6. **Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

98. CLASSIFIQUE OS RECURSOS ECONÓMICOS ACTUAIS DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.

ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE AS CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE RECURSOS ECONÓMICOS SÃO AS 15-30, 75 E 89-91.

1. **Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias.
2. **Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias;
ou
Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
3. **Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias;
ou
Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias.
4. **Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias.
5. **Recursos económicos fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias.
6. **Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O sujeito é indigente, sem rendimentos ou economias.

(CONSIDERA-SE QUE OS RENDIMENTOS SÃO SUFICIENTES SE COBREM TODAS AS NECESSIDADES DO SUJEITO)

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

99. CLASSIFIQUE O FUNCIONAMENTO ACTUAL DA PESSOA, AVALIANDO-O NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O FUNCIONAMENTO PRESENTE DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE SAÚDE MENTAL SÃO AS DO QUESTIONÁRIO PRELIMINAR E AS 31-36, 76-80, E 92-95.

1. **Saúde mental muito boa.** Intelectualmente alerta gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
2. **Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
3. **Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
4. **Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
5. **Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
6. **Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

100. CLASSIFIQUE O FUNCIONAMENTO FÍSICO ACTUAL DA PESSOA, AVALIANDO-O NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O FUNCIONAMENTO PRESENTE DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DE SAÚDE FÍSICA SÃO AS 37-55, 81, 82 E 96.

1. **Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
2. **Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
3. **Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
4. **Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
5. **Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
6. **Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

101. CLASSIFIQUE O DESEMPENHO ACTUAL DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O DESEMPENHO PRESENTE DA PESSOA.

AS PERGUNTAS DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA SÃO AS 56-69.

1. Capacidade para as AVD muito boa. Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
2. Capacidade para as AVD boa. Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
3. Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória. Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
4. Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória. Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda;
ou
Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
5. Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória. Necessita ajuda diária mas não necessariamente o dia inteiro ou a noite, com muitas AVD.
6. Capacidade para as AVD completamente insatisfatória. Necessita ajuda durante todo o dia e/ou a noite para realizar as AVD.

RESUMO DE PONTUAÇÕES

RECURSOS SOCIAIS	_____
RECURSOS ECONÓMICOS	_____
SAÚDE MENTAL	_____
SAÚDE FÍSICA	_____
ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	_____

102. PONTUAÇÃO ACUMULADA DE INCAPACIDADE (SOMA DAS CINCO PONTUAÇÕES)

ANEXO III - Consentimento para a utilização do OARS-PT



Ana Martinho <affmartinho@gmail.com>

Pedido de autorização para utilizar o OARS-PT

2 messages

Ana Martinho <affmartinho@gmail.com>
To: rogerio@esenfc.pt

Thu, Apr 5, 2012 at 11:11 PM

Boa noite Prof. Dr. Rogério Rodrigues,

Sou estudante do 3.º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e encontro-me atualmente a elaborar o meu Projeto de Intervenção Comunitária na área da promoção do envelhecimento ativo. Ao realizar a revisão narrativa da literatura li a sua tese de doutoramento "Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços", o que me despertou o interesse para o instrumento utilizado. Neste sentido, venho pedir autorização para utilizar o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT).

Agradeço antecipadamente pela atenção dispendida,

Cumprimentos

Ana Martinho

Rogério Manuel Clemente Rodrigues <rogerio@esenfc.pt>
To: Ana Martinho <affmartinho@gmail.com>

Wed, Apr 11, 2012 at 11:01 AM

Boa tarde

Grato pelo contacto.

Segue em anexo versão do OARS/QAFMI. Essa versão já teve algumas alterações de formatação.

Abaixo tem os links para as publicações sobre o instrumento e metodologia de utilização.

<http://www.wook.pt/ficha/avaliacao-comunitaria-de-uma-populacao-de-idosos/a/id/2694847/filter/>

<http://www.wook.pt/ficha/avaliacao-multidimensional-emidosos/a/id/202128/filter/>

Se necessitar de algo terei muito gosto em colaborar.

Disponha.

Rogério Rodrigues

rogerio@esenfc.pt

 **OARS-PT v3.pdf**
124K

ANEXO IV - Consentimento para o desenvolvimento do projeto e utilização do nome das Instituições envolvidas



AUTORIZAÇÃO

Eu, **Elsa Ribeiro Vicente**, na qualidade de Directora Técnica do **Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe (IPSS)**, autorizo a implementação do projecto de intervenção comunitária “Promoção do Envelhecimento Ativo” nesta Instituição através da colheita e utilização de dados (questionários).

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL
A Directora Técnica

(Elsa Vicente)
SÃO MAXIMILIANO KOLBE

Lisboa, 09 de Julho de 2012

Centro Social Paroquial



São Maximiliano Kolbe

À Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

Lisboa, 09 de Julho de 2012

Exmos Srs,

Eu, **Elsa Ribeiro Vicente**, na qualidade de Directora Técnica do **Centro Social Paroquial São Maximiliano Kolbe (IPSS)**, autorizo a divulgação do nome desta Instituição, no âmbito do projecto de intervenção comunitária “Promoção do Envelhecimento Ativo”.

Com os melhores cumprimentos,

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL
Directora Técnica

(Elsa Ribeiro Vicente)
SÃO MAXIMILIANO KOLBE

ARSLVT, I. P.
ACES LISBOA CENTRAL
ENTRADA DE DOCUMENTOS
Nº 491 em 16/1/13
A funcionária
Joana

Ex.ª Sr.ª Diretora Executiva

Dr.ª Maria do Rosário Fonseca

Autoriza-se
DR
22/1/2013

Ana Filipa Ferreira Martinho, enfermeira na UCC Oriente - ECCI Marvila, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende autorização para que o nome da Instituição possa ser divulgado no relatório de estágio do Projecto de Intervenção Comunitária "Promoção do Envelhecimento Ativo" que foi desenvolvido no ACES II - Lisboa Oriental, UCC Oriente, com orientação de estágio pelo Sr. Enfermeiro Rogério Dinis e orientação pela docente da ESEL Sr.ª Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas.

Lisboa, 14 de Janeiro de 2013

Atenciosamente,

Pede deferimento.

