



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Estágio de Intervenção Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Maria Manuela Sebastião

Fevereiro
2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Estágio de Intervenção Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Maria Manuela Sebastião

Fevereiro
2012

Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Programa Nacional da Pessoa Idosa

REPE – Regulamento do Exercício da Prática do Enfermeiro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

sd – sem data

SINUS – Sistema de Informação de Unidades de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

Índice

AGRADECIMENTOS.....	7
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO.....	11
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Envelhecimento.....	14
1.2 Qualidade de Vida.....	16
1.3 O Enfermeiro na Comunidade.....	17
1.4 Planeamento em Saúde.....	20
1.4.1 Diagnóstico de Situação.....	21
1.4.2 Estabelecer Prioridades	21
1.4.3 Formular Objectivos e Seleccionar Estratégias.....	22
1.4.4 Estabelecer Programas e Projectos de intervenção.....	22
1.4.5 Preparar a execução e Executar	23
1.4.6 Avaliar Programas e Projectos de Intervenção.....	23
1.5 Promoção da Saúde	24
1.5.1 Estilos de Vida e Factores de Risco	26
1.5.2 Interacção Geracional.....	29
1.6 Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso.....	30
1.6.1 Virgínia Henderson	32
1.7 Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem Comunitária	33
1.7.1 Sistemas de Informação	34

2	DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES	37
2.1	Necessidades Identificadas.....	37
2.2	Definir Prioridades.....	39
2.3	Formular objectivos e seleccionar estratégias.....	39
2.4	Preparação da execução	43
2.5	Actividades para a Promoção do Envelhecimento Saudável.....	43
2.5.1	Sessões de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis	44
2.5.2	Encontro convívio “Interacção Geracional”	47
2.5.3	Identificação dos idosos que não se deslocam ao Centro de Saúde há mais de 6 meses.....	49
2.5.4	Identificação dos idosos que vivem sozinhos	50
2.5.5	Folhetos	51
2.5.6	Manual de procedimentos da Consulta de Enfermagem.....	51
2.5.7	Elaboração de um Guia de Apoio ao Idoso	54
2.6	Actividades para a Visibilidade da Enfermagem Comunitária.....	54
2.6.1	Associação do Programa de Saúde do Idoso no SAPE	54
2.6.2	Avaliação Inicial do idoso em linguagem CIPE para aplicação no programa SAPE.....	55
2.6.3	Comunicação num programa de rádio	65
2.6.4	1º Encontro de Economia Social e Solidariedade.....	66
2.7	Actividades planeadas não realizadas	67
2.7.1	Implementação da Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso	67
2.7.2	Divulgação dos resultados do Diagnóstico de Situação.....	67
2.8	Projecto futuro.....	68
2.8.1	Manual de possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso segundo CIPE.....	68
3	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	69

CONCLUSÃO 74

BIBLIOGRAFIA 77

ANEXOS

- Anexo I – Pedido de autorização para realização de estágio
- Anexo II – Avaliação Inicial do programa SAPE parametrizado no serviço
- Anexo III – Cartaz do 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade

APÊNDICES

- Apêndice I – Projecto de Estágio
- Apêndice II – Questionário sobre a Qualidade de Vida aplicado aos idosos
- Apêndice III – Planos de Sessão de Educação para a Saúde
- Apêndice IV – CD com o programa de rádio, powerpoints e fotografias das Sessões de Educação para a Saúde
- Apêndice V – Cartaz de divulgação da Sessão de Educação para a Saúde
- Apêndice VI – Questionário da Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde
- Apêndice VII – Folhetos
- Apêndice VIII – Pedido de Reunião com o Enfermeiro Director da ULS de Castelo Branco, EPE
- Apêndice IX – Manual de Procedimentos da Consulta de Enfermagem no âmbito de Saúde do Idoso
- Apêndice X – Guia de Saúde da Pessoa Idosa

Tabelas

- Tabela nº1 – Necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação e estratégias de acordo com Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas
- Tabela nº 2 – Descrição da sessão de educação em Lardosa
- Tabela nº 3 – Descrição da sessão de educação em Cebolais de Cima
- Tabela nº 4 – Descrição do encontro convívio Interacção Geracional
- Tabela nº 5 – Frequências e percentagens de avaliação geral da Sessão
- Tabela nº 6 – Estatísticas do item avaliação geral da sessão de educação para a saúde

Quadros

- Quadro nº1 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Respirar
- Quadro nº2 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Beber e Comer
- Quadro nº3 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Eliminar

Quadro nº4 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Mover-se e Manter uma Boa Postura

Quadro nº5 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Dormir e Repousar

Quadro nº6 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Vestir-se e Despir-se

Quadro nº7 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Manter a Temperatura do corpo nos limites do normal

Quadro nº8 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Estar limpo e cuidado e proteger os tegumentos

Quadro nº9 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Evitar os perigos

Quadro nº10 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Comunicar com os seus semelhantes

Quadro nº11 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Agir segundo as suas crenças e valores

Quadro nº12 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Ocupar-se

Quadro nº13 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Divertir-se

Quadro nº14 – Avaliação em linguagem CIPE a necessidade de Aprender

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Filomena Martins que, pelo estímulo e pela atitude de co-construção, me permitiu a concretização deste trabalho.

Aos meus filhos Márcia e João, pelos momentos ausentes durante este percurso.

Ao meu marido João, que com a sua colaboração me ajudou a concluir este trabalho e me acompanhou durante esta caminhada.

À minha família, que me ajudou e incentivou com o seu apoio.

A todos os idosos que colaboraram neste trabalho, pela sua disponibilidade e cooperação para o desenvolvimento do conhecimento.

Muito Obrigada

Ajudar os idosos nem sempre é tarefa repousante.

Todas as enfermeiras conheceram a juventude, a infância, a dor, a doença. Porém, ainda nenhuma delas conheceu a velhice. Portanto, é-lhes difícil, por vezes, compreender toda a complexidade da vivência dos idosos e considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução.

(Louise Berger e Danielle Mailloux-Poirier, 1995)

RESUMO

Este relatório consiste numa breve descrição e análise do trabalho realizado durante o estágio de Intervenção Comunitária no âmbito do primeiro Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

Os seus objectivos consistem na descrição das actividades realizadas, na análise e reflexão acerca dessas actividades.

Com base no planeamento em saúde, implementámos um projecto de actividades de promoção de um envelhecimento saudável, para fazer face ao fenómeno do envelhecimento demográfico segundo as necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação, que realizámos na comunidade onde exercemos a nossa actividade profissional.

As actividades realizadas durante o nosso estágio consistiram, essencialmente, na realização de sessões de educação para a saúde e na organização de uma consulta de enfermagem no âmbito da saúde do idoso e respectiva aplicação no sistema de informação SAPE utilizando linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, seguindo as orientações teóricas do Modelo de Cuidados de Virgínia Henderson.

Os resultados obtidos permitem compreender que os idosos ainda não estão familiarizados com o conceito de Envelhecimento Activo, mas dão extrema importância à saúde nesta fase da vida. Em relação à Enfermagem Comunitária ainda existe uma lacuna na área dos registos informatizados a partir dos quais podem ser obtidos indicadores que mostram os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Envelhecimento Activo, Promoção da Saúde, Enfermagem Comunitária, Sistemas de informação.

ABSTRACT

This report is a brief description and analysis of work done during the stage of Community Intervention in the first Masters in Nursing with specialization in community nursing, which has as main objectives the description, analysis and reflection on its activities.

Based on health planning, we have implemented a project activities to promote healthy aging to meet the phenomenon of aging, according to the needs identified in the Diagnosis of situation that we have achieved in the community where we work.

The activities undertaken during the stage were essentially the realization of education sessions for health and the organization of a nursing consultation in the health of elderly people and their application in the information system SAPE using the language of International Classification for Nursing Practice, following the theoretical guidelines of the Virginia Henderson Care Model.

The results obtained allow us to understand that elderly people have not yet familiar with the concept of active aging, but they give extreme importance to health at this stage of life.

In relation to the Community Nursing we evidenced the importance of computer records, from where we can obtain indicators that show health gains care sensitive to nursing.

Keywords: Active Aging, Health Promotion, Community Nursing, Information systems

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular de Estágio de Intervenção Comunitária faz parte integrante do 1º semestre do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária que culmina com a elaboração deste relatório final.

O estágio decorreu no Centro de Saúde de Castelo Branco e na comunidade envolvente, entre 14 de Fevereiro e 30 de Junho de 2011, perfazendo um total de 420 horas. Surgiu como unidade de fusão entre as várias unidades curriculares e deverá espelhar todo o universo de conhecimentos desenvolvidos nos semestres anteriores, demonstrando a sua flexibilidade de aplicação, motivada à prática, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para prestar cuidados de enfermagem ao utente/indivíduo de forma especializada.

O grupo de trabalho do estudo foi constituído por três enfermeiras de cuidados de saúde primários e três dos cuidados de saúde hospitalares.

O relatório final de estágio constitui um documento de análise e de avaliação da execução global do plano de actividades, procurando sintetizar um percurso efectuado ao longo do estágio, justificar os desvios, avaliar os resultados e estruturar informação relevante para um futuro próximo (Lessard-Hebert, 1996).

Este relatório não surge isolado, surge como o momento final de um processo para a concretização de pressupostos para o exercício de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e a consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a

emergência das doenças crónicas traduzem -se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

O envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível e inevitável em todos os seres vivos. O mesmo é definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida. (DGS, 2004)

O envelhecimento demográfico, apreendido enquanto fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade (...) é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados. (Fernandes, 1997:5)

De acordo com os censos de 2011, o grupo etário de portugueses com mais de 65 anos constitui cerca de 19% da população e na última década (2001-2011) o índice de dependência de idosos aumentou de 24% para 27%. (INE, 2011)

De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção tome a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população.

Os distritos que apresentam as percentagens mais elevadas de envelhecimento são o distrito da Guarda (25,2%), de Castelo Branco (25,5%) e o de Portalegre (26,1%), enquanto os distritos menos envelhecidos são os de Braga (12,5%), Porto (13,3%) e Lisboa (16,9%). A média do Continente é de 17,2% e o distrito de Castelo Branco é o 2º mais envelhecido do país. (INE, 2011)

Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, e profissionais. Tal facto representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população. (DGS, 2004)

Desenvolvemos o nosso estágio no âmbito da saúde do idoso não institucionalizado, indo ao encontro do preconizado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas que salienta que a acção multidisciplinar dos serviços de saúde “deve visar a manutenção

da autonomia, independência, qualidade de vida recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida” (DGS, 2004:5).

As nossas intervenções dirigiram-se aos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2 de Castelo Branco locais onde o nosso grupo de trabalho exerce a sua actividade profissional.

Para este estágio estabelecemos como objectivos gerais promover um envelhecimento saudável na população onde exercemos a nossa actividade profissional e promover o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária junto da comunidade.

Para a atingir estes objectivos, baseámo-nos na metodologia do planeamento em saúde, delineando e implementando o projecto de estágio para fazer face às necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação.

Estabelecemos como prioritário a promoção de estilos de vida saudáveis, o rastreio e a vigilância do idoso, integrando os resultados como o previsto no Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas.

Este estágio teve a orientação da Professora Doutora Filomena Martins docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

O relatório final tem como objectivos:

- Descrever as actividades desenvolvidas;
- Analisar e reflectir acerca dessas actividades.

As actividades basearam-se essencialmente na Educação para a Saúde e na organização do Manual de procedimentos para a Consulta de Enfermagem no âmbito da saúde do idoso, com introdução dos registos no programa Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem segundo a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso, tendo por base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson.

Este relatório foi elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e encontra-se estruturado em 3 capítulos. No primeiro fizémos referência ao enquadramento teórico, no segundo analisámos e descrevemos as actividades desenvolvidas seguindo os objectivos traçados previamente no Projecto de Estágio, no terceiro fizémos uma breve reflexão sobre os resultados obtidos e por fim, as conclusões, as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 ENVELHECIMENTO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde.

Segundo Netto (1996), o envelhecimento define-se como um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que se repercutem no organismo, tornando-o mais vulnerável às agressões intrínsecas e extrínsecas. É um processo biopsicossocial de regressão observável que se expressa particularmente pela perda de capacidades ao longo da vida, subsequente à influência de inúmeras variáveis, nomeadamente a genética, as condições de vida, factores nutricionais, entre outros. Ocorre a vários níveis de modo diferente em cada pessoa, sendo por isso difícil delimitar o período em que se considera o ser humano como idoso. Segundo Pimentel (2001), não se pode reduzir o processo de envelhecimento apenas à vertente biológica, Ermida (1999), refere que existem também repercussões a nível psicossocial.

O processo de envelhecimento individual ou de uma população provoca nos indivíduos e sociedades alterações que determinam novas necessidades em saúde. Estima-se que nas próximas décadas aumentem substancialmente as necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, paralelamente a um aumento acentuado de prevalência de doenças de evolução prolongada e com elevado grau de incapacidade, as quais reclamam, sob pena de criarem situações de exclusão e desigualdade social, mudanças das políticas de saúde e de solidariedade social.

A OMS (2002), define envelhecimento activo como o processo de optimização das oportunidades para lutar pela saúde, pela participação activa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece.

A OMS estabelece como meta a ser atingida até 2020 “envelhecer com boa saúde”, ou seja, níveis de saúde que permitam aos idosos conservarem-se no contexto domiciliário, mantendo a sua autonomia, auto-estima e um lugar na sociedade. (OMS, 1999)

Nesse âmbito é relevante organizar respostas adequadas aos últimos anos de vida, pois são frequentemente acompanhados de fragilidade e incapacidade, susceptíveis de prevenção, tratamentos e recuperação e, sempre da possibilidade de manutenção da dignidade e qualidade de vida. A minimização desses fenómenos implica uma visão global de cuidados de saúde aos cidadãos para uma satisfatória adaptação dos idosos às alterações físicas, psíquicas e sociais daí decorrentes, deslocando os cuidados para a comunidade e enfatizando a qualidade de vida.

Os idosos são o grupo populacional que mais cuidados de saúde consome, tanto pela vulnerabilidade, como pelos inadequados mecanismos de suporte existencial e social. São os maiores consumidores de cuidados de ambulatório, domiciliários e hospitalares, maior número de consultas, maior consumo de medicamentos bem como maior ocupação de camas no internamento, tornando a organização e a prestação de cuidados de saúde aos idosos um problema preocupante. (Costa, 2002)

Assiste-se actualmente a uma procura cada vez maior de cuidados de saúde por parte dos idosos e para os idosos, o que justifica e obriga à progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde para os mesmos. O idoso constitui assim um grupo, que necessita de cuidados diferenciados, quer pela singularidade que lhe é inerente, quer pela complexidade da resposta em situação de saúde/ doença.

As necessidades de cuidados dos idosos encontram, frequentemente, como primeira abordagem, respostas institucionais, mas este tipo de resposta, retira do seu contexto social e da sua residência, as pessoas que aí pretendiam permanecer e acarreta, para além de custos humanos e sociais, custos financeiros para o próprio e para a sociedade.

De acordo com o artigo 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009), este assume o dever de (...) “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.”

É imperativo saber cuidar e intervir numa abordagem holística, integradora, dignificante e humanizada, respondendo assim de forma mais adequada às necessidades do idoso. (Costa, 2002)

Torna-se assim, fundamental, criar estratégias de intervenção para que se colmate a imagem negativa do idoso como sendo alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo,

inactivo e que está à margem da sociedade. Encarar os idosos como pessoas saudáveis, participativas, cheias de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar activos, assume-se hoje como um compromisso. (Silva e Serrão, 2009)

1.2 QUALIDADE DE VIDA

Durante muitos anos a grande preocupação da investigação em saúde foi a longevidade. Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais preocupação com a qualidade de vida.

Definir qualidade de vida não é fácil dado que este conceito é bastante complexo pois pode variar de indivíduo para indivíduo, consoante a época e a cultura onde este está inserido.

Ao reflectirmos sobre a etimologia da expressão qualidade de vida, verificamos que o termo qualidade significa o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; e o termo vida, por outro lado, engloba o estado completo da actividade funcional de uma pessoa, incluindo o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e o estilo geral de vida. (Canavarro, 2010:9)

Segundo o WHOQOL Group (1994) citado pela OMS (2002), a qualidade de vida é vista como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

A qualidade de vida do ser humano expressa a qualidade da sua saúde, das suas possibilidades e limitações individuais e colectivas (Patrício, 1999) e pode ser definida como a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. (OMS, 1991, Neri, 1993)

Para reforçar a ideia e como refere Phillips (2006) citado por Canavarro (2010:7), “o conceito de qualidade de vida deve integrar, para além de dimensões mais subjectivas como a felicidade e a satisfação, outros tópicos mais objectivos, considerados como universalmente necessários, tais como uma nutrição adequada, um ambiente não adverso e uma vida longa e saudável.”

Relativamente à saúde, Buss enfatiza o seu impacto na qualidade de vida, ao afirmar, que a mesma é “amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o

desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida” (2010:1).

Avaliar a Qualidade de Vida das pessoas é um aspecto que cada vez tem maior relevância, dado à crescente prevalência de doenças crónicas e ao aumento da esperança de vida. A longevidade pode ser sinónimo de perda de autonomia, depressão, isolamento social, doenças, declínio funcional e aumento da dependência. No entanto, esta realidade pode ser contrariada, segundo Paschoal “se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada auto-estima e encontrando um sentido para suas vidas, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado” (1996: 2).

A compreensão da importância do auto-cuidado na melhoria da qualidade de vida, é fundamental para que os idosos sejam menos resistentes às mudanças e se consigam responsabilizar pela sua saúde e bem-estar. O estímulo para o auto-cuidado deve ser permanente e, o enfermeiro deve ter sempre consciência da dificuldade em alterar hábitos de vida, pelo que esta responsabilização para o auto-cuidado deve ir ao encontro das necessidades mas também das expectativas do idoso.

O auto-cuidado além do benefício individual propicia a socialização, uma vez que o indivíduo quando se sente bem consigo próprio tem mais facilidade em estabelecer relações interpessoais.

É necessário que o enfermeiro conheça, aplique o auto-cuidado em pessoas saudáveis como forma de prevenção ou detecção de doenças, a fim de evitar complicações, actuar precocemente e consequentemente reduzir significativamente os gastos em cuidados de saúde. Surge, assim, uma nova aposta direccionada à população idosa: a importância de lhe garantir não só uma vida maior, mas também que esta seja vivida com uma boa qualidade.

1.3 O ENFERMEIRO NA COMUNIDADE

O REPE (1996), conceptualiza que a Enfermagem se reporta à “profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) e aos grupos sociais em que está integrado (...)”.

Por sua vez quando se refere ao conceito de enfermeiro considera-o “o profissional habilitado (...) para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família,

grupos e comunidade (...). Assim o cliente dos cuidados de enfermagem inclui não só o indivíduo, como também a comunidade.

O artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro refere que o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem. Estes deveres assentam em valores universais e em princípios orientadores da actividade do enfermeiro.

Para Stanhope e Lancaster (1999), comunidade corresponde a “grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores comuns”. Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem [CIPE], a comunidade corresponde a “um grupos de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, de condições ou interesses comuns”.

Enfermagem comunitária é definida pela OMS como “a síntese e aplicação de um amplo espectro de conhecimento e técnicas científicas para a promoção, restauração e conservação da saúde comunitária”. (Sobreira, 1981:40)

Muitas das soluções para garantir os níveis de saúde da comunidade passam pelas respostas de proximidade, onde se assume particular relevância, a reorganização dos CSP, estes, são o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, o que permite a aproximação da assistência na saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha.

Perante as necessidades de saúde decorrentes das mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas, os cuidados de saúde primários têm um papel determinante na capacidade de resposta aos problemas emergentes, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica (Regulamento n.º 128/2011). A multiplicidade necessidades em saúde impõe uma diversidade de cuidados de enfermagem na comunidade, assim, deve ser dada a garantia de cuidados de enfermagem de qualidade especializada em todas as áreas de especialização em enfermagem.

O enfermeiro especialista é o profissional “com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade”. (REPE, 1996)

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que

demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção... seja qual for a sua área de especialidade todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns”.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista “competências comuns, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, no mesmo documento são definidas competências específicas”, como “ as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Com base no regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária “o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde”. (Regulamento nº 128/2011)

Para obter ganhos em saúde e segundo o Regulamento as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária o enfermeiro desenvolver as competências atribuídas:

- a) Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Stanhope e Lancaster, (1999:xix) referem que “uma vez que as pessoas nem sempre sabem como maximizar o seu próprio estado de saúde, o desafio da enfermagem é ser um catalisador para a mudança (...), a enfermagem comunitária ocorre numa vasta gama de locais e inclui educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos, incluindo comunidades”.

Os enfermeiros na comunidade trabalham integrados no centro de saúde, no domicílio ou em grupos institucionalizados da zona de implantação geográfica do centro de saúde, como promotores ou participantes, a título individual e/ou de forma articulada em grupos multidisciplinares, junto de pessoas, famílias e grupos da população. Estes procuram em conjunto mudanças saudáveis, que têm como meta melhorar a saúde da comunidade, mediante o planeamento estratégico em saúde que se concretiza pela implementação de programas/projectos fundamentados num conhecimento aprofundado dessas necessidades, cujo objectivo fundamental é a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

1.4 PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é “um conjunto de decisões programadas, previstas, e o seu resultado é uma mudança sócio-cultural por contacto dirigido, de tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicausal”. (Giraldes e Imperatori, 1993)

O planeamento é fundamentalmente uma aplicação da lógica à tomada de decisões, é definido por Stanhope e Lancaster como “a selecção e desempenho de séries de acções que se destinam a conseguir os objectivos declarados”. (1999:428)

O Planeamento em Saúde consiste em racionalizar a utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, para reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários, e implica a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos. (Imperatori e Giraldes, 1993)

A finalidade do planeamento em saúde consiste em alterar o estado de saúde das populações e comunidades, tendo em vista obter ganhos em saúde.

Segundo o Regulamento n.º128/2011, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” por conseguinte “identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade”.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:

- Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade;

- Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
- Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

1.4.1 Diagnóstico de Situação

No código deontológico artigo 80º a Ordem dos Enfermeiros faz referência ao dever do enfermeiro para com a comunidade, o enfermeiro sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido...” (Ordem dos Enfermeiros, 2003a:45).

O Diagnóstico de Situação caracteriza a situação da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e avaliar resultados. (Giraldes e Imperatori, 1993)

O Diagnóstico de Situação corresponde à primeira etapa e permite a identificação do problema de saúde e das necessidades da comunidade. Tavares (1990), define problema de saúde como “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade” e por outro lado, define necessidade como “a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir”.

1.4.2 Estabelecer Prioridades

Estabelecer prioridades é uma etapa importante, deve obter a maior pertinência do planeamento e melhor utilização dos recursos. Na definição de prioridades deve-se ter em consideração o tempo limite para que estamos a prever a nossa intervenção e por sua vez pensar nas prioridades nacionais, regionais, entre outras.

Existem critérios de selecção para estabelecer prioridades, sendo os mais usuais a magnitude (dimensão do problema), a transcendência (ex. importância segundo grupos

etários) e a vulnerabilidade (possibilidade de protecção/exposição). (Giraldes e Imperatori, 1993)

1.4.3 Formular Objectivos e Seleccionar Estratégias

Uma vez identificados os problemas prioritários, desenvolvem-se os objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo.

Os objectivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão do geral ao mais específico. Têm que ser precisos, mensuráveis e incluir a apresentação dos comportamentos desejados, na medida em que, apenas uma correcta e quantificada fixação de objectivos permite proceder a uma avaliação de resultados obtidos com a execução do programa.

Torna-se importante a selecção de indicadores, que podem ser classificados como de estrutura, processo e de resultado ou impacto. Os mais utilizados são os indicadores de processo, uma vez que os indicadores de resultado têm de ser avaliados a longo prazo. (Stanhope e Lancaster, 1999, Giraldes e Imperatori, 1993)

A selecção de estratégias para Giraldes e Imperatori é “um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (1993:87) e estratégia é “um rumo pré-estabelecido de acção para obter um resultado desejado de saúde, tanto para o indivíduo como para a família, o grupo ou a comunidade”. (Stanhope e Lancaster, 1999:172)

1.4.4 Estabelecer Programas e Projectos de intervenção

Após a definição de estratégias mais adequadas deve formular-se um programa, isto é, um conjunto de actividades necessárias à execução de uma determinada estratégia utilizando recursos geridos por uma organização. Um projecto de intervenção, é definido como a “actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”. (Giraldes e Imperatori, 1993:129)

A elaboração de um programa ou projecto exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, a identificação, os objectivos, a tecnologia ou recursos, o custo e o seu financiamento.

1.4.5 Preparar a execução e Executar

As actividades de intervenção são meios através dos quais são atingidos os objectivos, e na preparação da execução pretende-se mostrar as inter-relações entre as actividades, evitar sobreposições, prever recursos e facilitar a realização das mesmas.

A especificidade das actividades consiste em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projecto, preparar uma lista de actividades e precisar como cada uma destas deve ser executada, identificar recursos e estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto.

1.4.6 Avaliar Programas e Projectos de Intervenção

A avaliação de um programa define-se como um “método usado para determinar se um serviço é necessário e susceptível de ser utilizado, se está a ser conduzido como foi planeado e se de facto ajuda as pessoas em necessidades” (Stanhope e Lancaster, 1999:428). É permanente, devendo ser feita ao longo do projecto/programa e deve permitir uma retroacção com vista a facilitar a redefinição da análise da situação bem como a análise dos resultados. (Carvalho e Diogo, 2001)

Existem alguns aspectos importantes na avaliação como avaliar a relevância; o processo, isto é, a monitorização das actividades do programa; a eficiência avaliar se o programa dá melhores benefícios a menor custo; a eficácia que ajuda a determinar a satisfação do utente com as actividades do programa e a avaliação do impacto ou de resultados no sentido de avaliação de mudanças de comportamentos, o que só pode ser avaliado a longo prazo.

As principais fontes de informação para a avaliação do programa são os participantes, as suas reacções, sentimentos e julgamentos sobre o programa são muito importantes. Para avaliar a resposta destes, o avaliador pode usar um inquérito escrito sob a forma de

questionário ou uma escala de atitudes. As escalas de atitudes são as mais utilizadas para avaliar o grau de obtenção de metas, como por exemplo o estudo da satisfação do utente.

1.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Cabe aos profissionais de saúde em geral, e aos enfermeiros em particular, promover a saúde da comunidade. Como refere a Carta de Otawa (1996), a promoção da saúde pode ser entendida como um processo de capacitar indivíduos e comunidades a aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e, conseqüentemente, a melhorar a saúde através de estilos de vida saudáveis, da promoção de factores sociais, económicos, ambientais e pessoais e a identificarem e realizarem as suas aspirações. (OMS, 1986)

Nesta perspectiva, o indivíduo ou o grupo deve ser capaz de identificar, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio de forma a atingir o bem-estar físico, mental e social, também da Carta de Ottawa emerge o conceito de “Empowerment” como estratégia evidenciando a razão de ser da Promoção da Saúde enquanto processo que procura possibilitar que, indivíduos e grupos, aumentem o controlo sobre os determinantes da saúde, para desta maneira, terem uma melhor saúde.

O “empowerment” traduz, assim, um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos activos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde.

A declaração de Alma-Ata, resultante da conferência organizada pela OMS subscreveu alguns aspectos importantes entre os quais: “Os povos têm o direito e o dever de participar, individual e colectivamente, do planeamento e execução dos cuidados de saúde”. Esta declaração considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a Saúde. Podemos concluir que a educação para a saúde é uma parte vital da enfermagem comunitária.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), é salientada a importância do desempenho do papel de agente de Educação para a Saúde ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício

profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, através de:

- Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade;
- Criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- Promoção do potencial de saúde do utente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento;
- Fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

Carcel (2000) citado por Carvalho e Carvalho (2006), refere que a Educação para a Saúde deve ser um processo holístico, porque pretende aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte.

Quando abordamos o processo de envelhecimento e fazemos referência à melhoria da qualidade de vida do idoso, está implícita a capacitação e responsabilização do mesmo neste processo.

Segundo a OMS, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a manutenção das capacidades funcionais do idoso deve ser um objectivo dos profissionais de saúde e “tão importante como a actuação curativa, é a destinada a aliviar os défices funcionais, a reeducar as funções diminuídas, a aliviar a dor, a manter a lucidez, o conforto e a dignidade do idoso, ajudando-os a reorientar as suas esperanças e planos”. (Correia, 1994:27)

O enfermeiro como elemento fundamental de ligação entre os idosos, a família e a comunidade, assume um papel importante na promoção da saúde, da autonomia e do auto-cuidado do idoso, ao enfatizar as suas capacidades e potencialidades.

De acordo com o artigo 81.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009), este assume o dever de (...) “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o auto-cuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.”

A educação para a saúde é uma estratégia de enfermagem fundamental para a promoção da saúde neste grupo etário, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante, pois as idosas são pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender (Basto, 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2003; OMS, 1986).

As pessoas de idade, são adultos maduros em contínua mudança” Berger e Mailloux-Poirier (1995:6), logo a Educação para a Saúde nos idosos tem um papel extremamente importante na ajuda para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar. O ensino e a motivação ao auto-cuidado, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independente possível, devem fazer parte dos cuidados de enfermagem.

Hoje em dia, não restam dúvidas que a vida em sociedade é própria da natureza humana, sendo impossível compreender o comportamento humano sem considerar o papel que os grupos têm na vida das pessoas.

Stanhope e Lancaster definem grupo como um “conjunto de indivíduos que interagem e que têm uma ou mais finalidades comuns” (1999:472). Reforçam a ideia afirmando que os grupos são um modo eficaz de iniciar e implementar modificações nos indivíduos, nas famílias e na comunidade.

Este método de ensino permite a interação entre os indivíduos do grupo e os membros da equipa de saúde, tornando possível analisar as percepções e experiências de todos os membros do grupo. Deste modo, a educação para a saúde permite uma educação contínua aumentando, conseqüentemente, a interação entre estes indivíduos e os profissionais de saúde.

1.5.1 Estilos de Vida e Factores de Risco

A Organização Mundial de Saúde defende a promoção da saúde como estratégia mais rentável, para reduzir a maioria dos factores de risco, comuns às mais prevalentes doenças não-transmissíveis e de evolução prolongada e incapacitante (DGS, 2003). Abordar e realçar temas pertinentes torna-se importante para a adopção de comportamentos saudáveis.

Exercício Físico e alimentação saudável

A actividade física apresenta benefícios em todas as idades e contribui para qualidade de vida de todas as pessoas. “A prática regular de actividade física moderada pode aumentar a esperança média de vida de 3 a 5 anos”. (DGS, 2008c:2)

Evans (1999), afirmou que não há grupo na nossa sociedade que possa beneficiar mais do exercício físico do que a terceira idade, pois é uma forma de manter a aptidão física em indivíduos idosos, atenuando e revertendo a perda de massa muscular, contribuindo para preservar a autonomia funcional e o envelhecimento saudável.

Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, na medida em que, os nutrientes provenientes dos alimentos promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, fornecendo energia ao corpo.

Manter uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças (como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, hipertensão, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas. (OMS, 2002b e DGS, 2008a)

Tabagismo e alcoolismo

O tabagismo é considerado na União Europeia um factor de risco importante, está implicado em cerca de 50% das causas de mortes evitáveis. (DGS, 2003 e OMS, 2002b)

Deixar de fumar traz vantagens imediatas e a médio/longo prazo, tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono do tabaco. Por estes motivos, o consumo de tabaco deve ser encarado pelos profissionais de saúde, como uma doença crónica, recidivante, que carece de prevenção e de tratamento. (Nunes, 2006)

O abuso de álcool tem efeitos prejudiciais conhecidos sobre a saúde em qualquer idade. Nos idosos, além de poder causar doenças hepáticas, gástricas, cardíacas e neurológicas, vai agravar problemas específicos do envelhecimento, como o risco de quedas, a diminuição das defesas do organismo por enfraquecimento do sistema imunitário e a deterioração das capacidades mentais. (OMS, 2002a)

Estimulação das funções cognitivas e manter-se activo na fase de reforma

Segundo a DGS (2009), as funções mentais e cognitivas têm uma enorme importância na autonomia da pessoa idosa. Estas capacidades têm tendência a diminuir com a idade, mas pode ser feita a prevenção desse enfraquecimento com actividades de vários tipos, que devem ser fomentadas. Em especial, são promotoras das capacidades cognitivas, a leitura, os treinos da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, as actividades com as mãos e o convívio com outras pessoas, de preferência de várias gerações.

No que diz respeito, designadamente, à “passagem à reforma” Ekerdt (1987), citado por Fonseca e Paúl (2004), considera que prevalece uma tendência para se enfrentar a entrada na reforma como um acontecimento susceptível de provocar um impacto negativo na saúde, devido a uma transição para um estado de “inactividade”, potencialmente gerador de doenças físicas e/ou psicológicas. É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inactividade e a depressão, uma vez que a saída do mundo do trabalho, independentemente da sua vontade, gera no indivíduo um sentimento de falta de importância, utilidade e auto-estima, sobretudo numa sociedade onde o estatuto da pessoa idosa está ligado ao trabalho e à rentabilidade. (Fernandes, 2002)

Gestão do ritmo sono/ vigília

O processo de envelhecimento ocasiona modificações no padrão de sono e repouso, alteram o balanço homeostático com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação. (Netto, 2002)

Ressalta-se que, embora os idosos geralmente manifestem queixas relacionadas ao sono, muitos não o fazem por não concebê-las como disfunções, mas como eventos normais do processo de envelhecimento, o que contribui para o subdiagnóstico e para o aumento no consumo de drogas hipnóticas, nem sempre prescritas e consumidas sem considerar a sensibilidade farmacodinâmica da idade e as alterações no desempenho diário do idoso.

Doenças crónicas e suas complicações

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, devido às características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais. “Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minorada”. (DGS, 2004:9)

Pelo exposto, a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, torna-se fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações. De facto, muitas doenças e acidentes não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e,

portanto, perda de autonomia e independência que acarretam. (Ferreirinho et al, 2001 citados por DGS, 2004)

Prevenção de acidentes domésticos e de lazer e detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas

Nas pessoas idosas a diminuição da massa muscular, a osteoporose, a diminuição da visão e da audição, assim como a falta de condições de segurança da casa e do jardim aumentam a probabilidade de cair.

As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustamentos na casa e no estilo de vida, mas, promover a segurança é também, garantir que as pessoas idosas se alimentam convenientemente e se mantêm fisicamente activas.

Em Portugal, os acidentes domésticos e de lazer são monitorizados pelo Observatório Nacional de Saúde que coordena um sistema de recolha de dados, designado ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada.

O número de Acidentes Domésticos e de Lazer registados no sistema ADELIA evidenciou um decréscimo nos três anos analisados: 23079 (2006), 15790 (2007) e 15697 (2008), (Instituto Ricardo Jorge, 2011). Apesar de vir a diminuir, segundo o último relatório publicado em 2011, verificámos que 15% dos acidentes ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, e que a grande maioria dos acidentes ocorre em casa e numa percentagem significativamente inferior, na área dos transportes. (Instituto Ricardo Jorge, 2011)

1.5.2 Interação Geracional

Segundo a OMS a interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento activo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. “A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós, depende não só dos riscos e oportunidades que experimentam durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores oferecerão ajuda e apoio”. (2002b:15)

Importa, não esquecer a afirmação de Paúl “A mudança de discurso e de atitudes face aos idosos é um aspecto fundamental para uma sociedade mais solidária, em que as gerações encontrem novas formas de convivência, retirem prazer da relação e se interajudem, partilhando tarefas e afecto.” (2000:56)

“Ser velho demora mais tempo do que antigamente” (Guidens, 1997:106), por isso a educação intergeracional é um desafio de maior interesse na sociedade actual. O Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento apela, precisamente, a um conjunto de medidas que visam sobretudo, fortalecer a solidariedade mediante a equidade e reciprocidade entre gerações.

Para Carvalho e Peixoto (2000), a prática intergeracional visa o respeito pela diversidade, pluralidade de valores, costumes e identidades individuais e colectivas e a construção de novos espaços de conhecimentos, comunicação e de relação.

1.6 CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA SAÚDE DO IDOSO

Segundo o Ministério da Saúde (2001), a Consulta de Enfermagem “...é uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

Para Adami et al (1989), a Consulta de Enfermagem contribui com a aplicação dos princípios da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das acções de saúde. Segundo a autora, a Consulta de Enfermagem visa a avaliação do estado de saúde do indivíduo durante o ciclo vital e o controle de algumas patologias de natureza transmissível e crónico-degenerativas.

Estudos de Horta (1979), referem a importância da Consulta de Enfermagem como uma actividade sistematizada. A sistematização da assistência envolve uma sequência dinâmica de etapas que direccionam as acções de modo a contribuírem no atendimento às necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade. Essa assistência deverá propiciar a identificação de problemas e situações passíveis de resolução, a partir de uma actuação conjunta enfermeira/indivíduo/equipe multiprofissional ou da efectivação dos encaminhamentos necessários.

Surgiu então, o desafio da aplicação do Processo de Enfermagem como método sistematizado de prestação de cuidados, humanizado e qualificado, fazendo com que a Enfermagem evoluísse como profissão e ciência. Trata-se de um método de trabalho que

permite ao enfermeiro tomar decisões esclarecidas quanto às situações de cuidados, isto é, que elabore intervenções baseadas num juízo crítico próprio da enfermagem em vez de num processo de tentativas e erros. “A utilização dessa metodologia de trabalho é benéfica tanto para o paciente e sua família, como também para as comunidades, que podem ter as suas necessidades atendidas pelo meio da metodologia” (Silva, 2009:191)

Segundo Sorensen (1998), a avaliação inicial é um processo sistemático, organizado e contínuo de colheita de dados, a partir de diversas fontes para avaliar o estado de saúde do utente/família, para posteriormente se identificarem os diagnósticos e se planearem as intervenções adequadas afim de se obterem resultados viáveis.

A Avaliação Inicial do Idoso no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, tendo em conta as características do idoso, tem como objectivo obter dados das condições do idoso para a realização de um diagnóstico de enfermagem correcto e permitir que o enfermeiro comunitário elabore um plano de gestão de cuidados individualizados que otimizará o nível de funcionamento do idoso. (Stanhope e Lancaster, 1999)

Esta etapa é fundamental para a aplicação do processo de enfermagem, para realizá-la de forma sistemática é necessário a utilizar um instrumento como ferramenta fundamental para que o enfermeiro possa levantar as necessidades do idoso do qual necessita cuidar. Este instrumento de avaliação deve conter pontos importantes e onde os idosos são mais susceptíveis de apresentar alguma alteração.

Ramsdell (1991), citado por Stanhope e Lancaster (1999), refere que “a avaliação global dos idosos pelo enfermeiro comunitário inclui a identificação de problemas de saúde, alimentares, funcionais, psicossociais e outros com que os idosos se deparam.” (p:645)

“As informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos idosos...o que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde para os idosos, visando retardar ou prevenir as incapacidades”. (Siqueira et al, sd citado por Silva, 2009:35)

Com base nos dados obtidos através da colheita de dados, o enfermeiro pode considerar necessário fazer o encaminhamento adequado para outros profissionais de saúde, pois, concordando com Adam (1994), cada profissão tem a sua própria definição de saúde e a concepção do seu contributo para esta, podendo muitas funções ser desempenhadas por uma ou outra, no entanto, cada disciplina possui objectivos particulares que justificam a sua presença na equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, com os seus conhecimentos sobre os recursos disponíveis na comunidade estão qualificados para efectuar os encaminhamentos adequados e agir como gestores de caso de cuidados aos idosos.

Ao integrar uma equipa multidisciplinar, muitos podem ser os ganhos pela partilha da experiência no percurso profissional. Em cumprimento do art. 91º alínea c) e entre outros, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, é assumido por parte do enfermeiro o dever de “...integrar a equipa de saúde (...), colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

1.6.1 Virgínia Henderson

Em Enfermagem, os cuidados prestados aos doentes são influenciados pelo modelo teórico que os prestadores de cuidados seguem. Embora cada enfermeira(o) tenha o seu comportamento e diferentes modos de trabalhar, é importante ter um modelo que sirva de base para o exercício da sua profissão.

O modelo instituído na nossa instituição é o modelo teórico de Virgínia Henderson. Virgínia Henderson foi uma das primeiras teóricas a descrever uma definição de enfermagem considerando na sua declaração que a função exclusiva do profissional de enfermagem é a de auxiliar o indivíduo, doente ou são na realização das actividades que contribuam para a saúde ou para a sua recuperação que ele realizaria sem auxílio se tivesse força, o desejo ou o conhecimento necessários. E fazer isso de forma que ele adquira a independência tão rapidamente quanto possível.

Esta concepção sobre os cuidados de enfermagem consiste e engloba a ajuda proporcionada às pessoas doentes ou com saúde, na execução de actividades relacionadas com a satisfação das suas necessidades fundamentais. (Kérouac et al, 1996).

Para Virgínia Henderson, uma necessidade é algo de que se precisa e não a falta de qualquer coisa, a necessidade é pois uma coisa positiva. As necessidades comuns a todos os seres humanos são, segundo esta autora catorze. Todas as necessidades contêm componentes psicológicas, sociais e culturais, mesmo as que à primeira vista pareçam apenas biofisiológicas.

Para Virgínia Henderson todas as necessidades se encontram inter-relacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma delas diferente de pessoa para pessoa, variando com os factores psicológicos, sociais e culturais e com a sua própria percepção de “normal”.

As 14 necessidades identificadas neste modelo são:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Mover-se e manter posturas correctas;
- Dormir e descansar;
- Vestir-se e despir-se, seleccionando vestuário adequado;
- Manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente;
- Manter a higiene e a protecção da pele;
- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros;
- Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Viver segundo crenças e valores;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis.

Poder-se-á dizer que os idosos, em virtude dos problemas multivariados que habitualmente os afectam, devem ser sistematicamente avaliados numa perspectiva global e multidisciplinar, sendo que para isso a avaliação por necessidades é vantajosa tendo em conta também os seus problemas de doença, mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades.

1.7 VISIBILIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Os enfermeiros procuram constantemente um reconhecimento como se as suas competências e conteúdo profissional que sustentam a sua acção, não fossem identificáveis e reconhecíveis socialmente. Mais do que procurá-lo, é importante desenvolver estratégias que espelhem o que muitas vezes parece implícito mas invisível a um senso comum profissional e social. (Hesbeen, 2000)

O valor de uma profissão como a enfermagem não pode basear-se noutra aspecto que não seja a valorização do seu contributo específico e insubstituível para a saúde da

população. É exactamente da prática que emerge este contributo para uma identidade autónoma que é necessário continuar a construir e a desenvolver. (Hesbeen, 2000)

No preâmbulo do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (1996), podemos ler “este diploma clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral”.

Sabemos que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, reduzida impossibilitando a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Apesar de a enfermagem ter alcançado marcos significativos e vinculativos para a consolidação da sua autonomia, Buresh e Gordon (2004), ainda identificam a falta de compreensão que o público tem do seu trabalho. As mesmas autoras defendem que a resposta a este silêncio social termina na emergente necessidade de informação e comunicação pública sobre o impacto das nossas intervenções.

1.7.1 Sistemas de Informação

Para Lucas citado por Rascão “Sistema de Informação é um conjunto organizado de procedimentos que, quando executados, produzem informação para apoio à tomada decisão e ao controlo das organizações” (2004: 26).

Um bom entendimento da importância dos sistemas de informação e das tecnologias de informação permitirá iniciar e desenvolver projectos inovadores e trabalhar com mais eficiência. Segundo o Ministério da Saúde Português (2007), “um bom sistema de informação é um instrumento indispensável para que possam ser tomadas decisões correctas em todos os níveis do sistema de saúde”.

Os sistemas de informação surgem, com vista a servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem, promover a continuidade dos cuidados, dar visibilidade dos contributos dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde, incluir a CIPE enquanto estrutura de linguagem uniforme e aumentar a acessibilidade aos dados, informação e conhecimento gerados no sistema de informação de enfermagem.

O programa mais comum é o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE] onde é utilizada linguagem CIPE.

A CIPE pode ser definida como uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções de enfermagem e resultados de enfermagem, que descrevem a prática da mesma.

Segundo o ICN (2005), a CIPE é um “instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação globais”, permitindo dar visibilidade à prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde.

Hoje, o primeiro recurso a gerir é a informação e assim, os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) têm sido alvo de investigação e reflexão para que a natureza dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos sistemas de informação do futuro.

Pela natureza e especificidade das funções que exercem, os enfermeiros são o grupo que mais informação clínica produz, processa, utiliza e disponibiliza, sendo imprescindível um sistema de informação e de documentação que permita a visibilidade do trabalho desenvolvido.

Se como enfermeiros queremos que a nossa actividade profissional não seja meramente empírica, é necessário que justifiquemos todos os nossos actos que se prendem directamente com a pessoa, só possível através do registo sistemático das nossas apreciações e decisões fundamentadas num modelo de cuidados de enfermagem sólido, credível e internacionalmente aceite.

A utilização de registos contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Por outro lado, reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação, quer de quem presta cuidados como de quem os recebe. (Costa, 1994)

Recentemente, a Ordem dos Enfermeiros assumiu que a questão dos Sistemas de Informação em Enfermagem é uma questão estratégica. Sousa (2006) citados por Simões e Simões (2007), refere que a primeira razão, é o facto de querermos objectivamente investir em ganhos em saúde, assim torna-se necessário o envolvimento de todos os profissionais para que contribuam com vista a identificar a contribuição da Enfermagem para estes ganhos em saúde.

A segunda razão apontada por Sousa (2006) citado por Simões e Simões (2007), são as alterações que neste momento existem em relação às orientações de gestão das instituições de saúde. O que significa que sem um sistema que evidencie os cuidados de

enfermagem, facilmente ficaremos alheios ao financiamento e se correrá o risco de se confundirem cuidados de enfermagem com actos médicos.

A terceira razão é facto de entender que a evolução histórica da Enfermagem tem demonstrado que a sua mais-valia nos cuidados de saúde há-de ser cada vez maior, à medida que vamos sendo capazes de desenvolver mais o nosso conhecimento próprio, ou seja, o desenvolvimento científico da profissão.

A Enfermagem neste contexto tem necessidade de criar dados objectivos e passíveis de tratamento estatístico para que seja possível que os enfermeiros gestores e profissionais na prática consigam evidenciar os reais benefícios da profissão para os cuidados de saúde. Os dados obtidos podem ser utilizados aos mais diferentes níveis de gestão começando na gestão dos cuidados, realizada pelos profissionais no quotidiano. Assim é possível também uma divulgação efectiva de resultados obtidos pela acção dos profissionais de enfermagem, ou seja a obtenção de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com a utilização da CIPE será possível a emissão de indicadores dos cuidados, e o desenvolvimento da investigação, a monitorização contínua da qualidade, promover a formação, influenciar o financiamento e a tomada de decisões em relação às políticas de saúde. Também a criação de Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e indicadores permitirá reutilizar os dados e estabelecer comparabilidades a nível local, regional, nacional e internacional. (OE, 2006)

O Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem podem definir-se como “(...) o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley et al, 1991 citados por OE, 2007:1), é a partir dos itens, categorias e definições uniformes que se constituem os indicadores.

Com a adopção da CIPE na prática e a criação de Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem pretende-se, essencialmente, a mudança de discurso, até então alicerçado na necessidade de dar “ (...) visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem, porque o que fazem é muito...” para “ (...) a emergência da necessidade de dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem”. (Pereira, 2004:16)

2 DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

A população do concelho de Castelo Branco esta tem vindo a envelhecer ao longo das últimas décadas. Segundo o INE, cerca de 25.5% da população, o que corresponde a cerca de 12000 pessoas tem 65 anos ou mais. Em contrapartida, apenas 13% da população se situa na faixa etária dos 0 aos 14 anos de idade. (INE, 2011)

Cada vez mais os enfermeiros trabalharão com pessoas idosas o que torna importante desenvolver competências para cuidar destas.

Sendo os cuidados de saúde primários o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, permitem a aproximação da assistência na saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha, assim o enfermeiro na comunidade tem um papel privilegiado, pois é o primeiro a ter contacto com o idoso e que melhor o conhece.

Inicialmente foi pedida a autorização para a realização do estágio pela Professora Doutora Filomena Martins. (Anexo I)

Numa primeira fase elaborámos um Diagnóstico de Situação da nossa população idosa com base no qual, elaborámos e implementámos o Projecto de Estágio (Apêndice I).

Seguidamente passamos a descrever as nossas actividades realizadas durante o nosso estágio seguindo as etapas do planeamento em saúde.

2.1 NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Para intervirmos de modo a contribuir para um envelhecimento saudável na comunidade onde exercemos a nossa actividade profissional, identificámos os factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos e as necessidades de cuidados de enfermagem dos mesmos. Visando identificar essas necessidades utilizámos como instrumento de colheita de dados, um questionário constituído por quatro partes. (Apêndice II)

A primeira parte do questionário visou fazer uma caracterização sócio-demográfica da população e incluiu três questões abertas para percebermos a percepção do conceito de qualidade de vida para os idosos em estudo, e os factores que estes consideravam influenciá-la positiva e negativamente.

Na segunda parte utilizámos a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS e na terceira parte a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD versão para os idosos também da OMS.

Na quarta parte utilizámos o Índice de Barthel para avaliação do grau de dependência para as actividades de vida diária dos idosos estudados.

Neste questionário utilizámos um questionário da OMS sobre qualidade de vida e o Índice de Barthel pois estes já estavam validados.

Segundo Gil (1989), o questionário utilizado é como uma técnica de investigação, de modo a reunir dados através de um número mais ou menos elevado de questões escritas, tendo como finalidade o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses e expectativas.

A nossa população era constituída por 1100 idosos e questionámos 255 idosos (23.2%) situação que se prendeu com o facto de a nossa amostra ser acidental, isto é, “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado”. Fortin (1999:208)

Após a colheita e o tratamento de dados identificámos como factores de risco e necessidades de cuidados de enfermagem:

- Sedentarismo, Tabagismo e Alcoolismo;
- Doenças Crónicas (e desconhecimento das complicações);
- Alterações sensoriais e Alterações do sono;
- Sentimentos negativos (Depressão) e Solidão;
- Não participação em actividades de lazer ou da comunidade;
- Desconhecimento dos parâmetros considerados para avaliar o seu ambiente seguro.

Confirmámos ainda, a existência de associação significativa entre a percepção de qualidade de vida e as variáveis:

- “com quem vive e estado civil”;
- “ter dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades”;
- “grau de mobilidade e de dependência”;
- “satisfação com a saúde” e com a vida”;

- "capacidade de desempenho para as actividades diárias";
- "oportunidade de participar em actividades na comunidade";
- "satisfação com as relações inter-pessoais".

2.2 DEFINIR PRIORIDADES

Não foi possível, durante o estágio, intervir em todas as necessidades identificadas, pelo que estabelecemos como prioritário intervir no âmbito dos estilos de vida, das quedas e da vigilância da saúde do idoso.

Na definição de prioridades tivemos em conta o critério magnitude devido à dimensão do problema do envelhecimento e como este contribui para a evolução da população, e o critério vulnerabilidade visto que a aquisição de estilos de vida saudáveis, a prevenção de quedas e a vigilância contínua do idoso, não eliminam os problemas de saúde destes mas podem reduzi-los e onde os nossos recursos produzem melhor efeito.

2.3 FORMULAR OBJECTIVOS E SELECIONAR ESTRATÉGIAS

Uma vez identificados os problemas prioritários definimos como objectivos:

- Sensibilizar os idosos a adoptar estilos de vida saudáveis através de sessões de educação para a saúde;
- Ensinar os idosos a ter um ambiente seguro para prevenir quedas através de sessões de educação para a saúde;
- Sensibilizar os idosos para a importância da vigilância da saúde do idoso através da consulta de enfermagem.

As estratégias que delineámos para o nosso estágio tiveram por base as necessidades identificadas no diagnóstico de situação e foram integradas nos três pilares fundamentais do PNSPI que consistem na Promoção da adopção de estilos de vida saudáveis, na Promoção de ambientes capacitadores e na Promoção da vigilância de saúde do idoso, (Tabela nº1).

Estas estratégias consistiram na educação para a saúde e na vigilância da saúde do idoso através da consulta de enfermagem, com o objectivo de poder intervir em grupo e a nível individual.

Estabelecemos como indicadores:

- Realizar uma sessão de educação para a saúde em cada freguesia;

- Obter 80% de satisfação de grau BOM nos questionários de avaliação das sessões de educação;
- Distribuir um folheto por idoso que participe nas sessões de educação;
- Contactar 80% dos idosos que vivem sozinhos;
- Contactar 80% dos idosos que não se deslocam ao centro de saúde há mais de 6 meses;
- Realizar um evento de convívio para idosos;
- Implementar de uma consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso no local de estágio;
- Realizar uma sessão para apresentação dos resultados do estudo.

Os custos dos materiais e recursos utilizados para a preparação das sessões de educação para a saúde foram suportados pelos elementos do grupo.

Os recursos utilizados no âmbito dos sistemas de informação foram os programas informáticos existentes no centro de saúde.

Pilares Fundamentais do PNSPI	Necessidades identificadas	Recomendações para a acção do PNSPI (Estratégias)	Estratégias
Promover um envelhecimento activo	Estilos de vida inadequados: <ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo • Alcoolismo • Sedentarismo <p>Pouca participação em actividades de lazer</p>	<u>-Informar as pessoas idosas sobre:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) actividade física moderada e regular; b) estimulação das funções cognitivas; c) gestão do ritmo sono-vigília; d) nutrição, hidratação, alimentação e eliminação; e) manutenção de um envelhecimento activo na fase de reforma. 	Educação para a Saúde em grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de vida saudáveis
Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores	Consideram os seus ambientes seguros	<u>-Informar as pessoas idosas sobre:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, b) prevenção de acidentes domésticos e de lazer. 	Educação para a Saúde em grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Barreiras arquitectónicas • Quedas • Lazer/social
Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas	Existência de doenças crónicas: <ul style="list-style-type: none"> • HTA • Diabetes • Doenças cardiovasculares • Osteoporose • Dor <p>Desconhecimento das complicações das</p>	<u>- Identificar:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) os determinantes da saúde da população idosa; b) as dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde; 	Vigilância da saúde do idoso (nível individual)

	<p>doenças crónicas a longo prazo</p> <p>O domínio físico é o mais referido como influência na qualidade de vida devido a:</p> <ul style="list-style-type: none">• alterações sensoriais• alterações na mobilidade• alterações do sono• depressão	<p>- Rastrear os critérios de fragilidade, através do Exame Periódico de Saúde (EPS);</p> <p>- Informar a população idosa e famílias sobre:</p> <p>a) utilização correcta dos recursos necessários à saúde;</p> <p>b) abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e socio-familiares;</p> <p>c) abordagem das situações demenciais;</p> <p>d) abordagem da incontinência;</p> <p>e) promoção e recuperação da saúde oral;</p> <p>f) prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação;</p> <p>g) prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência;</p>	
--	--	--	--

Tabela nº1 Necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação e estratégias de acordo com Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

2.4 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na preparação da execução tivemos como base o nosso projecto de estágio e o Programa Nacional da Saúde das Pessoas Idosas.

A responsabilidade da execução das actividades desenvolvidas foi dos elementos do grupo de trabalho.

O calendário de execução foi o estabelecido no projecto de estágio (Apêndice I).

Foram feitos, previamente, contactos com os responsáveis da Casa do Povo de Lardosa, da Junta de Freguesia de Cebolais de Cima e do Jardim de Infância de Cebolais de Cima para a realização das sessões de educação para a saúde.

Foi pedida a colaboração ao professor de psicomotricidade da escola do ensino básico de Lardosa e do jardim de infância de Cebolais de Cima na actuação junto das crianças, de uma fisioterapeuta na actuação prática junto dos idosos em relação aos movimentos de flexibilidade e alongamentos e de uma professora de aeróbica para participar no convívio intergeracional.

Para a apresentação das sessões de educação, foram elaborados diapositivos em powerpoint sobre os temas a abordar. Ficou estabelecido que na primeira parte da sessão eram abordados os temas de modo teórico e depois seria complementada numa segunda parte, com uma componente prática.

Os recursos utilizados foram:

- Computador;
- Viatura própria;
- Datashow;
- Sistema Hi-Fi
- Folhetos e Posters.

Na avaliação das actividades foram utilizados indicadores de avaliação de progresso, (Apêndice I).

2.5 ACTIVIDADES PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

As actividades que realizámos no âmbito da promoção do envelhecimento saudável foram essencialmente actividades de Educação para a Saúde. Segundo o

PNSPI a promoção da saúde e os cuidados de prevenção da doença dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.

2.5.1 Sessões de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis

O Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, [PNSPI] defende que está provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma actuação de todos os intervenientes da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de actividade física e o controlo dos factores de stress. (INE, 1999 e Ferreirinho et al, 2001 citados por DGS, 2004)

De forma a atingir a finalidade supracitada realizámos sessões de educação para a saúde em grupo no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e da prevenção de quedas e acidentes.

As teorias pedagógicas ajudam os enfermeiros a compreender como os indivíduos aprendem e como ajudá-los a resolver os seus problemas. No planeamento das sessões de educação tivémos por base a Teoria Cognitiva, esta sustenta que mudando os padrões psicológicos e fornecendo informação, o comportamento dos utentes é alterado. (Stanhope e Lancaster, 1999)

Assim, como educadores procuráramos informar de diversas maneiras, de modo a mudar as normas de pensamento para atingir mudanças comportamentais no âmbito da adopção de estilos de vida saudáveis.

Para a elaboração dos planos de sessão de educação para a saúde, tivémos como orientação os objectivos por nós estabelecidos face às necessidades prioritárias, os programas de saúde existentes e as estratégias de acção do PNSPI, (Apêndice III).

Seguidamente estabelecemos como objectivos das sessões de educação:

- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a aprendizagem de manter o seu ambiente seguro para prevenção de acidentes domésticos e quedas;
- Promover a aprendizagem sobre doenças crónicas e suas complicações;

- Promover a aprendizagem das pessoas idosas para que se mantenham activas mesmo após a reforma.

Realizámos sessões de educação nas freguesias onde questionámos os idosos, excepto em Castelo Branco onde se tornou mais difícil obter respostas e autorizações dos respectivos responsáveis. Ficámos conscientes que nas freguesias mais pequenas é mais fácil obter parcerias para intervir e as pessoas estão mais receptivas.

Na primeira parte da sessão de educação utilizámos diapositivos em powerpoint elucidativos sobre os temas abordados, (Apêndice IV), na segunda parte a fisioterapeuta fez exercícios práticos de alongamentos. No Apêndice IV podemos ver algumas fotografias tiradas ao longo das sessões de educação.

A escolha de parceria com a fisioterapeuta deveu-se ao facto de acharmos pertinente uma demonstração de exercícios práticos de alongamentos e flexibilidade, visto esta ser uma das componentes fundamentais da aptidão física que Spirduso (1995), considera uma capacidade crucial para a realização do movimento. De nada servirá ter músculos e ossos fortes se a amplitude dos movimentos que estes podem produzir não for suficiente para o desempenho das actividades da vida diária.

Foi elaborado um cartaz de divulgação das sessões de educação (Apêndice V) e um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde para aplicar a todos os idosos no final, para aferir a opinião destes sobre a satisfação com a sessão no geral. (Apêndice VI)

Nas Tabelas nº2 e nº3 descrevemos as sessões de educação para a saúde que realizámos.

Sessão de Educação para a Saúde na Lardosa

Local	Lardosa
Data	31.05.2011
Grupo de Intervenção	Alunas do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre
Participantes	42 Adultos 14 Crianças
Parcerias	Direcção da Casa do Povo de Lardosa Fisioterapeuta Prof. Educação Física da Escola de Ensino Básico da Lardosa

Duração	60 Minutos
Recursos	Datashow Casa do povo Folhetos informativos
Sequência	Apresentação dos temas estilos de vida saudáveis e prevenção de quedas e acidentes domésticos Exercício Prático: Sequência de alongamentos - cabeça - região cervical e ombros - braços, mãos e punhos - cintura - joelhos - tornozelos e pés
No final	Folhetos e iogurtes Questionário de avaliação da sessão

Tabela nº2 Descrição da sessão de educação em Lardosa

Sessão de Educação para a Saúde em Cebolais de Cima

Local	Cebolais de Cima
Data	15.06.2011
Grupo de Intervenção	Alunas do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre
Participantes	33 adultos
Parcerias	Fisioterapeuta
Duração	60 Minutos
Recursos	Datashow Salão da Junta de Freguesia Folhetos informativos
Sequência	Apresentação dos temas estilos de vida saudáveis e prevenção de quedas e acidentes domésticos Exercício Prático: Sequência de alongamentos - cabeça - região cervical e ombros

	- braços, mãos e punhos - cintura - joelhos - tornozelos e pés
No final	Folhetos e Águas Questionário de avaliação da sessão

Tabela nº3 Descrição da sessão de educação em Cebolais de Cima

2.5.2 Encontro convívio “Interacção Geracional”

Para Azevedo (2002), o futuro pode ser diferente daquilo que as tendências apontam basta para isso potenciar lugares facilitadores de participação e educação entre gerações e, especialmente, considerar as pessoas enquanto pessoas e não a sua condição de jovem ou idoso.

O facto de o idoso se sentir integrado e valorizado na sociedade em que se encontra, contribui para o aumento da sua auto-estima, tão útil e necessária para a manutenção da sua autonomia e qualidade de vida (Linhares e Cunha, 1999) e possibilitará a prevenção de situações de exclusão a que muitos idosos estão sujeitos.

Zeldin et al, (2005) citados por Palmeirão e Menezes (sd), afirmam que o contacto intergeracional é uma estratégia eficaz para a promoção efectiva de interajuda e de proximidade entre gerações. Reforçam, inclusivamente que os programas comunitários são excelentes veículos de socialização por promoverem relações positivas entre os mais jovens e menos jovens. Aprender com os costumes dos outros pode revelar-se a estratégia mais adequada para activar a participação.

Organizámos um encontro entre avós e netos no Jardim-Infantil de Cebolais de Cima onde estavam também presentes os idosos do Centro de Dia.

Estabelecemos como objectivos:

- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis;
- Promover o relacionamento entre diferentes gerações;
- Promover a valorização da pessoa idosa;
- Promover a aprendizagem dos comportamentos saudáveis e de inter-ajuda dos mais novos.

Neste encontro criaram-se momentos de partilha, de saberes e experiências para que o idoso se sentisse valorizado e a criança tivesse oportunidade de se envolver com os usos e costumes de outros tempos.

Encontro Convívio Interação Geracional em Cebolais de Cima

Local	Cebolais de Cima
Data	Data: 25.05.2011
Grupo de Intervenção	Alunas do 1º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre
Participantes	Avós e netos do Jardim de infância de Cebolais de Cima Idosos do centro de dia de Cebolais de Cima Total 44 - 14 crianças e 30 idosos
Parcerias	Prof. De psicomotricidade do Jardim de Infância de Cebolais de Cima Professora de aeróbica Educadoras e auxiliares do Jardim de Infância de Cebolais de Cima Auxiliares do Centro de Dia de Cebolais de Cima
Duração	60 Minutos
Recursos	Sistema hi-fi para Música (escolhida pela professora de aeróbica) Salão do Jardim de Infância de Cebolais de Cima
Sequência	Teoria: Apresentação e trocas de experiências sobre estilos de vida, costumes e atitudes Exercício Prático: Aula de Aeróbica <ul style="list-style-type: none">• aquecimento• aeróbica• animação• alongamentos
No final	Folhetos e Águas Questionário de avaliação da sessão

Tabela nº 4 Descrição do Encontro convívio intergeracional

2.5.3 Identificação dos idosos que não se deslocam ao Centro de Saúde há mais de 6 meses

É evidente a importância regular da vigilância nesta faixa etária, apesar de a maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, há que ter em conta as múltiplas necessidades decorrentes de um contexto específico de patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança, sendo necessário um modelo coordenado e compreensivo de continuidade de cuidados, que respeite o princípio da proximidade aplicado a uma população a envelhecer rapidamente. (OMS, 2001 citado por DGS, 2004)

Outro aspecto a ter em conta é a acessibilidade dos serviços de saúde que deverá ser um princípio para todos os beneficiários do sistema de saúde, contudo, este aspecto nem sempre é devidamente observado no caso dos idosos que estão mais vulneráveis quer física quer psicossocialmente.

O atendimento por meio de consultas de enfermagem ou domicílios ajuda a atingir uma excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas continuamente.

O levantamento dos idosos que não se deslocam ao centro de saúde, permitiu-nos identificar a última consulta de saúde do idoso (também consideradas as consultas no âmbito da diabetes e hipertensão uma vez que a consulta de saúde do idoso não existe e o programa estava inerente à consulta do adulto) e convocar esses idosos para uma consulta de vigilância.

Após pesquisa no programa SINUS e SAPE verificámos que o ficheiro de Castelo Branco estudado apresenta um total de 326 utentes com 65 ou mais anos dos quais 187 são do sexo feminino. Observámos que não se deslocavam ao centro de saúde há mais de 6 meses 47 idosos dos quais 10 estão institucionalizados.

A lista apresentava alguns erros administrativos pois existiam 2 utentes registados que já deviam estar como óbitos e 23 idosos têm registos muito antigos ou não têm qualquer registo no sistema SINUS, pois estavam inscritos como esporádicas com médico atribuído. Estes erros já estão a ser analisados devido aos indicadores exigidos pela ULS, logo os idosos que não se deslocam ao centro de saúde identificados foram 12.

Feitos contactos telefónicos ou a familiares para saber qual o motivo de não se deslocarem ao centro de saúde, identificámos como motivos:

- Fazem consultas no sistema privado (4);
- Encontram-se fora de Castelo Branco em casa dos filhos (5);
- Os restantes 3 foram convocados por carta para uma consulta no Centro de Saúde dos quais compareceram 2 e não sabemos o motivo da não comparência do idoso que faltou à consulta (encontra-se inscrito sózinho sem agregado familiar e a morada não está correcta e o número de telefone não está atribuído).

2.5.4 Identificação dos idosos que vivem sozinhos

Segundo a DGS (2009), a promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais vertentes a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. Todas as estratégias que sejam possíveis de desenvolver e que promovam o convívio e a sociabilidade são de grande valia para as pessoas idosas, tendo um efeito na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Achámos importante que fosse feita uma avaliação da estrutura da rede de suporte do idoso, visto que esta avaliação permite conhecer se existe uma relação estável do idoso.

Gierveld (1978) citado por Berger e Mailloux-Poirier (1995:493), refere que “A enfermeira deve tentar descobrir o tipo de relações que fazem falta à pessoa que está só, os mecanismos de defesa que lhe permitem viver a sua solidão, bem como a percepção que ela tem da sua capacidade de alterar a situação”.

É da responsabilidade da enfermagem ajudar o idoso a tomar consciência das pessoas que estão à sua volta, das organizações que o podem ajudar e da forma de lhes ter acesso.

Foram identificados e contactados telefonicamente ou no centro de saúde, 30 idosos a viverem sózinhos e destes a maioria tem apoio dos filhos, de outros familiares ou da Santa Casa da Misericórdia em regime de alimentação. Sem qualquer apoio vivem 10 idosos dos quais 2 são do sexo masculino, que desempenham todas as actividades de vida diária sem dificuldade.

2.5.5 Folhetos

No final de cada sessão de educação distribuímos um folheto por idoso, alusivo aos temas mais pertinentes nesta faixa etária. (Apêndice VII)

Uma forma de reforçar a informação oral é a informação escrita, na medida em que promove a oportunidade de ser consultada à posteriori. Para Bennet e Murphy (1999), a percentagem de pessoas que lêem a informação escrita é geralmente elevada quando esta é fornecida no contexto de uma consulta ou de um ensino.

Revuelta e Díaz (2001), referem que o profissional de saúde não pode ser indiferente aos instrumentos de apoio educativos (recursos: folhetos, filmes, cartazes), aprender a partir de materiais impressos é uma forma de promover a aprendizagem, se estiverem de acordo com os níveis de literacia dos utentes. (Redman, 2003)

2.5.6 Manual de procedimentos da Consulta de Enfermagem

Segundo as conclusões do nosso Diagnóstico de Situação achámos pertinente a implementação de uma consulta de enfermagem no âmbito do Programa de Saúde do idoso. Fizémos um pedido de reunião com o Enfermeiro Director da ULS de Castelo Branco, EPE para apresentar as conclusões do nosso estudo e mostrar qual era o nosso projecto (Apêndice VIII). Foi-nos dado o incentivo oral mas não obtivémos resposta por escrito, atempadamente, para a implementação da consulta de enfermagem no âmbito do Programa de Saúde do Idoso durante a realização do estágio.

Carapinheiro (1993), refere-se a Políticas Sociais e de Saúde dos idosos, como sendo “um sistema de medidas intersectorialmente definidas, planeadas, executadas e avaliadas, adequadas face à evolução dos problemas dos idosos e que têm em vista a promoção da qualidade de vida; contudo, os seus significados nem sempre são iguais, pois estas medidas são por vezes decisões avulsas, à mercê de interesses políticos e determinadas por acontecimentos/factores situacionais” (Costa, 2002:32).

Segundo a DGS (2004), a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo muitas vezes

barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias.

Sabendo que o enfermeiro tem intervenções designadas autónomas que são consideradas "...as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem" (REPE, 1996:2961), concluímos que o profissional de enfermagem tem autonomia para organizar através da experiência e criatividade acções de assistir, ajudar, orientar e capacitar a pessoa idosa de modo a orientar e gerir a própria independência e saúde.

Perante o exposto, avançámos para a organização de um manual de procedimentos para aplicar na consulta de enfermagem, estruturando e recolhendo normas e circulares existentes e identificando factores importantes a avaliar no idoso fazendo-o em suporte de papel.

A realização da consulta de enfermagem pressupõe necessariamente a aplicação do processo de enfermagem que permite que a enfermeira determine os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem correspondentes.

Optámos neste trabalho por iniciar pelo processo de enfermagem, uma vez que todas as intervenções que sejam documentadas no programa SAPE, sem ser por este meio, têm de ser introduzidas como atitudes terapêuticas que são consideradas intervenções interdependentes, isto é, uma intervenção de enfermagem resultante de uma prescrição médica das quais não podemos fazer um diagnóstico de enfermagem. As intervenções de enfermagem autónomas são as que apresentam melhores indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem no programa SAPE.

Como já referimos anteriormente, o envelhecimento saudável, como processo contínuo e dinâmico tem diversos factores associados. Estes factores estão divididos em três categorias: factores fisiológicos, factores de natureza cognitiva ou mental e factores de ordem social e ambiente envolvente. Foi com base nestes determinantes que elaborámos um instrumento de avaliação do idoso.

Na nossa realidade não existe um Programa de Saúde do Idoso definido no SAPE com instrumentos de avaliação, emergiu assim o desafio de propôr um "instrumento" específico para o idoso, em respostas às necessidades/dificuldades encontradas no nosso contexto de trabalho e baseado no nosso diagnóstico de situação, com o

objectivo de prestar melhores cuidados para a promoção, prevenção ou reabilitação da pessoa idosa.

Na opinião de Adam (1994), o tipo de instrumento utilizado na colheita de dados pode variar consoante as preferências de cada profissional de saúde e à pessoa de quem se pretende obter informação. Construir um instrumento de colheita de dados para um tipo de utentes específico não é tarefa fácil. (Grey, 2001)

Diversos autores relatam que a enfermagem conta com instrumentos de colheita de dados aceites universalmente, os quais podem ser elaborados, baseando-se em qualquer uma das abordagens teóricas ou conceituais de enfermagem, devendo portanto descrever as características do indivíduo do qual se obtêm as informações (Silva, 2009)

Neste trabalho elaborámos um “instrumento” de colheita de dados baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson, pois, a realização desse instrumento de colheita de dados “deve reflectir, de certa forma, a cultura da instituição em que será utilizado, demonstrando a filosofia de trabalho e crenças dos enfermeiros em relação ao cuidado a ser prestado aos pacientes.” (Silva, 2009:192)

Fizémos um levantamento dos itens identificados no programa SAPE e de normas e programas aplicadas ao cuidado do idoso.

No manual de procedimentos da Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso foi incluído um instrumento de colheita de dados. (Apêndice IX)

O instrumento ficou constituído por 10 itens:

- 1 Identificação,
- 2 Motivo do comportamento de procura de saúde,
- 3 Sinais vitais e estilos de vida/hábitos,
- 4 Estado vacinal,
- 5 Doenças crónicas e medicamentos habituais,
- 6 Alterações sensoriais,
- 7 Avaliação cognitiva/saúde mental
- 8 Avaliação da situação económica e sócio-familiar,
- 9 Outras informações de interesse para a enfermagem.

No final são abordadas as características e as necessidades do idoso e analisadas segundo o processo de enfermagem aplicando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Virgínia Henderson evidenciadas por Berger e Mailloux-Poirier, (1995).

No futuro, a ideia será criar um grupo de trabalho, de modo a apresentar o instrumento e para aferir se este se apresenta objectivo e aplicável no atendimento ao idoso no Programa de Saúde do Idoso em Cuidados de Saúde Primários.

2.5.7 Elaboração de um Guia de Apoio ao Idoso

O Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 no ponto III.3 salienta que a nível organizacional, as instituições devem “desenvolver programas na área da educação para a saúde e auto-gestão da doença por parte do cidadão...apoio a produção e disponibilização de manuais e guias de apoio que incluam registo de resultados, dos tratamentos e dos sintomas, ...” (pg:14).

Com este objectivo elaborámos um Guia de Saúde da Pessoa Idosa para ser preenchido no momento da realização da Consulta de Enfermagem ao utente com 65 ou mais anos de idade na unidade de saúde ou na visita domiciliária. (Apêndice X)

O guia possui informações pertinentes para esta faixa etária de modo a que o idoso adquira comportamentos saudáveis, possui também espaço para identificação de itens importantes na avaliação do idoso e tem como função primordial propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e outros aspectos que possam interferir na sua qualidade de vida.

A pessoa idosa apresenta alguns factores de risco, sinais e sintomas e é função do profissional de saúde, por meio do registo neste manual identificá-los para que as intervenções de enfermagem possam contribuir não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz.

2.6 ACTIVIDADES PARA A VISIBILIDADE DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

2.6.1 Associação do Programa de Saúde do Idoso no SAPE

Uma vez que o sistema SAPE estava em implementação e o Programa de Saúde do Idoso estava incluído no Programa de Saúde do Adulto, foi pedida a sua separação

ao parametrizador do programa e iniciámos a associação do Programa de Saúde do Idoso a todos os utentes com mais de 65 anos inscritos no ficheiro trabalhado, excepto os que não apresentavam qualquer registo no sinus e/ou que apenas tinham inscrições esporádicas.

Ao associar o Programa de Saúde do Idoso associámos também os programas de grupo de risco que apresentavam como grupo de risco hipertensão, grupo de risco diabetes e grupo de risco hipocoagulados. Foram identificados 174 idosos hipertensos, 53 idosos diabéticos e 3 doentes a fazer controlo de INR.

2.6.2 Avaliação Inicial do idoso em linguagem CIPE para aplicação no programa SAPE

O presente projecto resulta de um exercício reflexivo realizado na continuidade de uma formação no âmbito CIPE/SAPE e no âmbito da realização do Estágio de Intervenção Comunitária do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Centra-se na área dos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem, mais propriamente na área dos registos informatizados de Enfermagem utilizando Linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e seguindo as orientações teóricas do Modelo de Cuidados de Virgínia Henderson.

Partilhando da importância da articulação entre a gestão da informação e a gestão do conhecimento com finalidade de apoiar e gerar decisões em Enfermagem, e como actualmente estão a ser iniciados esforços no sentido de parametrizar o SAPE de modo adequado à realidade onde trabalhamos, achamos pertinente o facto de estarmos a realizar um trabalho no âmbito da saúde do idoso poder contribuir para a parametrização deste nesta área e para a elaboração procedimentos e normas de actuação.

Neste sentido, e enquadrado na conjectura actual em que se preconiza a melhoria contínua do atendimento das pessoas que recorrem aos serviços de saúde, a Administração Pública criou sistemas de registos hospitalares e nomeadamente de enfermagem, utilizando para tal as tecnologias de informação e comunicação. Com estas reformulações, nomeadamente na utilização do SAPE, deparámo-nos com diversas dificuldades na adequação do sistema ao modelo instituído na nossa

instituição, pelo que sentimos necessidade de adequar a terminologia usualmente utilizada na CIPE.

Reflectimos sobre a necessidade de criar um documento de avaliação inicial de enfermagem das pessoas idosas em linguagem CIPE, segundo as Necessidades Humanas Básicas, que permitisse posteriormente ser adaptado ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários.

Neste contexto elaborámos um documento de avaliação inicial de enfermagem utilizando linguagem CIPE, consistente com as 14 necessidades enunciadas por Virgínia Henderson onde salientámos os itens mais ocorrentes nos Cuidados de Saúde Primários.

Convertemos as Necessidades Humanas Básicas segundo Virgínia Henderson em linguagem CIPE:

- respiração e circulação;
- autocuidado: beber e comer;
- eliminação;
- autocuidado: actividade física;
- autocuidado: comportamento sono – repouso;
- autocuidado: vestuário;
- autocuidado: higiene/proteger os tegumentos;
- consciência, emoção e precaução;
- comunicação, sensação e interacção social;
- crença;
- interacção de papéis/bem-estar;
- autocuidado: actividade recreativa;
- aprendizagem.

Utilizámos a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Beta 2 dado que é a versão actualmente utilizada no Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem no nosso serviço (UCSP).

A informação foi organizada segundo as necessidades humanas básicas enunciadas por Virgínia Henderson em Linguagem CIPE, onde introduzimos alguns itens que consideramos importantes avaliar, mas que não se aplicam nesta linguagem, e que podem ser incluídos no item da avaliação inicial do SAPE (Anexo II).

De seguida passamos a apresentar a avaliação inicial em linguagem CIPE por Necessidades Humanas Básicas, correspondendo cada quadro a uma necessidade segundo o Modelo de Virgínia Henderson.

De acordo com o ICN (2005:17): “Respiração é um tipo de Função com as características específicas: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, receptores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão”.

“Circulação é um tipo de Função com as características específicas: movimento do sangue através do sistema cardiovascular como o coração e os vasos sanguíneos centrais e periféricos”. (2005:18)

Respiração e Circulação

Tossir Eficaz Não eficaz

Dispneia Presente Ausente

Secreções Especificações _____

Pele Especificações _____

Mucosas Coradas Descoradas

Hábitos tabágicos sim não (item da avaliação SAPE – uso de substâncias)

Hipertensão Presente Ausente

Hipotensão Presente Ausente

Edemas Presente Ausente

Especificações compostas – Localização Anatómica _____

Hemorragia Presente Ausente

Especificações compostas – Risco _____

Hematoma Presente Ausente

Observações _____

Quadro1 : Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Respiração e Circulação

De acordo com o ICN (2005:56):

“Autocuidado beber é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede”.

“Autocuidado comer é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito”. (2005:56)

<p>Autocuidado: Beber e Comer</p> <p>Estado Nutricional Alterado <input type="checkbox"/> Não Alterado <input type="checkbox"/></p> <p>Especificações _____</p> <p>Apetite Diminuído Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sede</p> <p>Especificações _____</p> <p>Fome</p> <p>Especificações _____</p> <p>Naúsea</p> <p>Especificações _____</p> <p>Contínua Sim <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/></p> <p>Hábitos Alcoólicos sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> (item da avaliação SAPE - USO DE SUBSTÂNCIAS)</p> <p>Mastigação Comprometida <input type="checkbox"/> Não comprometida <input type="checkbox"/></p> <p>Vômito Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/></p> <p>Desidratação Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/></p> <p>Especificações _____</p> <p>Risco de _____</p> <p>Dependência Dependente <input type="checkbox"/> Não dependente <input type="checkbox"/></p> <p>Observações _____</p>
--

Quadro 2: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Beber e Comer

De acordo com o ICN (2005:25):

“Eliminação é um tipo de Função com as características específicas: movimento e evacuação de resíduos sob forma de excreção”.

Eliminação

Eliminação Intestinal

Diarreia

Especificações _____

Especificações Compostas Aguda Crónica

Obstipação

Especificações _____

Especificações Compostas Aguda Crónica

Vesical

Catéter urinário Presente Ausente item da avaliação SAPE

Tipo: _____ Data de colocação: _____

Incontinência Urinária

Especificações _____

Retenção Urinária

Especificações _____

Características: Normal Poliúria Oligúria Anúria

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 3: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Eliminar

De acordo com o ICN (2005:56):

“Autocuidado actividade física é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de actividade física, assegurar local e oportunidade para praticar exercício na vida diária”.

Autocuidado: actividade física

Actividade motora

Especificações _____

Especificações Compostas Comprometida Não comprometida

Contractura

Especificações Compostas Localização Anatómica

Tremor

Especificações _____

Presente Ausente

Parésia

Especificações Compostas - Localização Anatómica _____

Fractura

Especificações Compostas - Localização Anatómica _____

Afasia

Especificações _____

Movimento Articular

Especificações _____

Espasticidade

Especificações Compostas - Localização Anatómica _____

Fala

Especificações _____

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 4: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Mover-se e Manter uma Boa Postura
De acordo com o ICN (2005:56):

“Autocuidado comportamento sono – repouso é um tipo de Autocuidado com as características específicas: assumir as necessidades de um sono reparador, arranjar local e oportunidade para dormir, organizar as horas de sono e repouso”.

Autocuidado comportamento sono – repouso

Sono Alterado Não Alterado

Insónia Contínua Intermitente

Fadiga

Especificações _____

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 5: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Dormir e Repousar

De acordo com o ICN (2005:55):

“Autocuidado vestuário é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente”.

Autocuidado vestuário

Auto-cuidado vestuário Alterado Não Alterado

Dependência

Presente em grau elevado

Presente em grau moderado

Presente em grau reduzido

Observações _____

Quadro 6: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Vestir-se e Despir-se

De acordo com o ICN (2005:19):

“Temperatura Corporal é um tipo de Função com as características específicas: calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono e em repouso”.

Temperatura corporal

Hipertermia Presente Ausente

Hipotermia Presente Ausente

Observações _____

Quadro 7: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Manter a Temperatura do corpo nos limites do normal

De acordo com o ICN (2005:55):

“Autocuidado Higiene é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o

corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene”.

“Tegumento é um tipo de Função com as características específicas: revestimento da superfície corporal (pele, epiderme, mucosas, tecido conjuntivo e derme, incluindo glândulas sudoríparas e sebáceas, cabelo e unhas), ...”. (2005:27)

Autocuidado: Higiene/Proteger tegumentos

Autocuidado: Higiene Demonstrado Não Demonstrado

Dependência

Presente em grau elevado

Presente em grau moderado

Presente em grau reduzido

Tegumentos

Especificações _____

Observações _____

Quadro 8: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Estar limpo e cuidado e Proteger os tegumentos

De acordo com o ICN (2005:40):

“Consciência é um tipo de sensação com as características específicas: capacidade de o pensamento responder a impressões e que resulta de uma combinação dos sentidos em ordem a manter o pensamento alerta, acordado e sensível ao ambiente exterior”.

“Emoção é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: disposições para reter ou abandonar ações tendo em conta sentimentos de consciência do prazer ou da dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stress, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida”. (2005:46)

“Precaução é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: proteger-se ou manter-se a salvo de alguma coisa... proteger-se ou manter-se a salvo de alguma coisa”. (2005:57)

Consciência, Emoções e Precaução

Consciência

Especificações _____

Orientado Confuso Sonolento

Emoções Calmo Ansioso Agressivo Triste

Riscos: Tontura Lipotímia Quedas

Outros _____

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 9: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Evitar os Perigos

De acordo com o ICN (2005:64):

“Comunicação é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: acções de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone”.

“Sensação é um tipo de Função com as características específicas: sentimento subjectivo do estado ou condição do corpo que resulta da estimulação de um receptor sensorial, da transmissão do impulso nervoso ao cérebro ao longo de uma fibra nervosa aferente e do sentimento do estado mental, que pode ou não resultar numa resposta ao estímulo externo”. (2005:36)

“Interacção Social é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: acções de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos”. (2005:60)

Comunicação, sensação e interacção social

Percepção sensorial

Audição Diminuída Não Diminuída

Visão Diminuída Não Diminuída

Solidão **Luto**

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 10: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Comunicar com os seus semelhantes

De acordo com o ICN (2005:53):

“Crença é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: disposições para reter e abandonar acções tendo em conta as próprias opiniões”.

Crença

Crença Religiosa: _____ (item da avaliação SAPE)

Comportamento de procura de saúde Adequado Não Adequado

Aceitação do estado de Saúde Adequado Não Adequado

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 11: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Agir segundo as suas crenças e valores

De acordo com o ICN:

“Interacção de Papéis é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamentos esperados pelos outros”. (2005:63)

“Bem-estar é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência”. (2005:43)

Interacção de papéis e bem-estar

Papel Adequado Não Adequado

Bem-estar Demonstrado Não Demonstrado

Observações _____

Quadro 12: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Ocupar-se

De acordo com o ICN:

“Autocuidado actividade recreativa é um tipo de Autocuidado com as características específicas: encarregar-se de procurar actividades com o objectivo de se entreter, divertir, estimular e relaxar”. (2005:56)

Autocuidado: actividade recreativa

Vontade Demonstrado Não Demonstrado

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 13: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade Divertir-se

De acordo com o ICN (2005:46):

“Aprendizagem é um tipo de Autoconhecimento com as características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência”.

Aprendizagem

Vontade

Especificações _____

Dependência Dependente Não dependente

Observações _____

Quadro 14: Avaliação em linguagem CIPE a necessidade de Aprender

2.6.3 Comunicação num programa de rádio

Os meios de comunicação e a forma como enfermagem se expressa na comunicação social são importantes para promover a sua imagem, representam um tipo de comunicação formal e impessoal e são úteis no fornecimento rápido de informação a maior número de pessoas. (Stanhope e Lancaster, 1999)

É importante que os profissionais de enfermagem assumam um papel de crescente influência nas decisões que influenciam os cuidados de saúde.

Verifica-se que em contexto de trabalho e nos canais de comunicação informal os profissionais de enfermagem possuem um discurso coeso e informado, contudo apresentam muitas dificuldades em publicar os seus conhecimentos e estudos

realizados. Talvez seja uma questão cultural, dados os estereótipos que estão associados à enfermagem, mas esta é uma necessidade imperiosa para a projecção do verdadeiro impacto da profissão na sociedade.

Como resultado desta situação, os conhecimentos transmitidos de forma informal a outros profissionais são divulgados, como sendo fruto dessa classe profissional e não atribuído à enfermagem. (Buresh e Gordon, 2004) defendem que só com a publicitação do trabalho se torna possível que a profissão alcance uma visibilidade social, tal que, os dirigentes públicos e administradores de saúde proporcionem as condições necessárias para cuidados de enfermagem de qualidade.

Como se tornou difícil realizar, atempadamente, a sessão de apresentação dos resultados do nosso trabalho, e nos foi proposto a apresentação deste trabalho num programa de rádio da responsabilidade da ULS de Castelo Branco, EPE, chamado Saúde em questão, achámos pertinente e estivémos presentes no programa onde transmitimos os nossos conhecimentos sobre a população idosa onde estamos inseridos, quais as suas necessidades e as actividades que estávamos a desenvolver evidenciando o papel do enfermeiro especialista na comunidade. (Apêndice IV)

2.6.4 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade

Após a realização da nossa intervenção na comunidade fomos convidadas a participar no 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade no dia 4 de Junho de 2011 pela Assistente Social do Centro de Dia do Lourçal do Campo que se apercebeu do trabalho por nós realizado. Achámos pertinente pois era mais uma oportunidade de mostrar o nosso trabalho e de estarmos em contacto com a comunidade, neste caso não só idosa mas no geral.

Um dos objectivos deste encontro era a angariação de ajudas técnicas para os jovens do Centro de Tratamento de São Fiel de Lourçal do Campo, é um centro terapêutico de crianças e adolescentes em risco de exclusão (rapazes).

Retirar jovens do abandono escolar é uma das missões da Casa da Tapada da Renda, no Lourçal do Campo. O Lar Especializado de Infância e Juventude, que ocupa desde Fevereiro de 2007 o antigo centro educativo de S. Fiel, acolhe jovens de 16 distritos (à excepção de Castelo Branco e Portalegre) com idades entre os 12 e os 18 anos.

A instituição está integrada no Centro Distrital de Segurança Social e recebe jovens “que estariam no limbo entre a protecção e a delinquência”, caracterizou Maria Gabriela Tomás, a directora do lar, afirma ainda que alguns estavam entregues a práticas de delinquência, mas o objectivo é também prevenir para que outros não entrem por esse caminho.

Neste caso a comunidade da Tapada da Renda está inserida na comunidade do Louriçal do Campo e aceitámos este convite para chegarmos à comunidade que esteve presente nesse encontro.

Estivémos presentes na sessão de abertura para divulgar o nosso trabalho demonstrando a importância do papel do enfermeiro especialista na comunidade e posteriormente estivémos o resto do dia a fazer educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis e a esclarecer dúvidas que nos eram colocadas de modo a que as pessoas adquirissem comportamentos saudáveis. (Anexo III)

2.7 ACTIVIDADES PLANEADAS NÃO REALIZADAS

2.7.1 Implementação da Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso

Como referido anteriormente esta consulta não foi implementada por não haver resposta do Sr. Enfermeiro Director, mas foram levantados os problemas mais comuns nos idosos e foi organizada em suporte de papel (Apêndice IX).

2.7.2 Divulgação dos resultados do Diagnóstico de Situação

Não realizámos a sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado, mas foram apresentados no programa Saúde em Questão da responsabilidade da ULS de Castelo Branco, na Rádio Beira Interior no dia 07.06.2011 das 19h às 20h e assim a informação chegou a uma maior população (Apêndice IV).

2.8 PROJECTO FUTURO

2.8.1 Manual de possíveis Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso segundo CIPE

Neste momento, existe um projecto a nível da ULS de Castelo Branco, EPE para a implementação da CIPE, que permite um registo de informações de todos os fenómenos de enfermagem de forma a estabelecer uma linguagem comum, que permita melhorar a comunicação entre enfermeiros e outros membros da equipa, na tentativa de colmatar possíveis erros na passagem de informação.

Goosen (2000), defende a existência de um sistema de registo de informação eficaz já que “se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia da informação e da comunicação de forma inteligente na sua actividade do cuidar”.

Por serem escassas as pesquisas na área de enfermagem no idoso, principalmente no que diz respeito à assistência deste em CSP, a acção de determinar e construir diagnósticos e as intervenções de enfermagem, a partir da prática em consulta de enfermagem, revelaram-se bastante complexas. Assim o objectivo deste projecto: propor possíveis diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, segundo a CIPE versão Beta 2 como forma de facilitar o cuidado à pessoa idosa, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e para ser possível obter dados fiáveis para os indicadores da prática dos cuidados de Enfermagem do SAPE.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Heesben refere que “tudo aquilo que é vivido, no dia-a dia, pode enriquecer as suas qualidades. No entanto este enriquecimento não é automático. Ele requer esforço de reflexão e que a pessoa se documente” (2001:64). Salienta o autor que a experiência, só por si, não gera conhecimento, ela contribui para a aquisição de competência na destreza de gestos executados, para desenvolvermos saberes, essa experiência tem que ser reflectida, discutida e conceptualizada.

Um profissional só desenvolve saberes científicos e técnicos se reflectir sobre as suas práticas, são fundamentais essas reflexões em bases científicas, aplicando esses saberes na sua prática profissional e adequando-os a cada situação com que se confronta diariamente. A reflexão da prática e do saber científico visa a excelência do cuidar e deve ser desenvolvida de forma contínua, sistemática, actualizada e autónoma, permitindo fundamentar as nossas decisões.

O nosso estágio desenvolvido em contexto de trabalho permitiu a flexibilidade necessária à realização do projecto de intervenção, direccionado para a realização dos objectivos que nos propusémos realizar, a partir das necessidades identificadas com o objectivo de conseguir uma mudança.

Neste capítulo, iremos descrever e avaliar os resultados das actividades implementadas, tendo por base a intervenção na diminuição dos factores de risco que influenciam o envelhecimento e na satisfação das necessidades identificadas para promover um envelhecimento saudável.

Em grupo desenvolvemos essencialmente actividades de Promoção da Saúde, utilizando essencialmente a educação para a saúde. Organizámos sessões de educação para a saúde, convocando os idosos através de pequenos folhetos informativos e de cartazes de divulgação.

Realizámos 3 sessões de educação para a saúde onde estiveram presentes 105 idosos correspondendo a 9.5% da nossa população. [(Nº de idosos presentes/ Nº de idosos da população)* 100]

Elaborámos um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde, que aplicámos a todos os idosos no final, para aferir a opinião destes sobre a satisfação com a sessão no geral. (Apêndice VI)

Considerando o universo de todos os idosos participantes das sessões de educação para a saúde, e analisando as suas respostas ao questionário, permite-nos constatar nas Tabelas nº 5 e nº 6, que a avaliação que os idosos participantes fizeram é muito positiva (média global de 4.64) indo ao encontro das expectativas delineadas para estas sessões de educação. O indicador de avaliação que estabelecemos foi que 80% dos participantes respondesse Bom e como podemos verificar na Tabela nº5 36.2% responderam Bom e 63.8% responderam Muito Bom.

	Frequências	Percentagens
Bom	38	36,2
Muito bom	67	63,8
Total	105	100,0

Tabela 5: Frequências e Percentagens de “Como avalia a sessão de Educação para a saúde”

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Avaliação geral	105	4,00	5,00	4,6381	, 48286
	105				

Tabela 6: Estatísticas do item Avaliação Geral da Sessão de Educação

Globalmente, os conteúdos programáticos propostos foram trabalhados com rigor, verificando-se um envolvimento dos idosos participantes durante o decurso das sessões.

Realizámos um Encontro Intergeracional pois achámos importantes as acções de educação intergeracional na medida em que as transformações e opções educativas aproximam e alargam as oportunidades pela maior longevidade e geram conhecimentos, laços e sensibilidades capazes de edificar uma sociedade para todas as idades.

No final do convívio os idosos perceberam que ainda fazem coisas que as crianças são capazes de fazer e as crianças sentiram que já fazem coisas que os idosos fazem, além de incentivarmos às crianças o sentimento de inter-ajuda com os seus avós.

As actividades realizadas a nível individual, foram no âmbito da identificação do perfil dos idosos do ficheiro da UCSP2. Essas actividades incluíram a identificação dos idosos que vivem sozinhos e que não se deslocavam ao centro de saúde há mais de 6 meses. Com esta actividade identificámos os idosos mais vulneráveis, se têm apoio de algum amigo/família ou instituição e como agem perante essa situação, facilitando o acesso aos cuidados de enfermagem como elo de ligação à equipa de saúde.

Inicialmente estabelecemos contactar 80% dos idosos que vivem sozinhos. Foram identificados e contactados telefonicamente ou no centro de saúde, 30 (100%) idosos que viviam sozinhos e destes confirmámos que maioria tem apoio dos filhos ou outros familiares e da Santa Casa da Misericórdia em regime de alimentação.

O facto da integração na equipa de saúde desde 2003 permite experiência e conhecimento da lista de utentes e familiares o que facilitou obter informações sobre as necessidades dos idosos mais frágeis.

Outra actividade que achámos pertinente foi a organização da consulta de enfermagem no âmbito da saúde do idoso, com o objectivo auxiliar na resolução do problema que motivou o contacto do idoso com o centro de saúde, estabelecer um vínculo terapêutico com o idoso levando ao início de um processo de educação em saúde, tendo em vista a preparação, tanto do idoso como da família, para o auto-cuidado, em termos de promoção, protecção, recuperação e reabilitação da saúde.

Para facilitar organização da consulta de enfermagem elaborámos um Manual de implementação da Consulta de Enfermagem. Reunimos as circulares e os programas existentes que se encontravam dispersos, elaborámos um instrumento de colheita de dados que nos permitiu adquirir conhecimentos no âmbito da avaliação inicial do idoso para identificar as necessidades do idoso e intervir face a estas, fazendo um diagnóstico de enfermagem correcto.

Procedemos à aplicação do processo de enfermagem no SAPE o que nos permitiu uma melhor continuidade de cuidados, visto trabalharmos em UCSP e não existirem processos de enfermagem em suporte de papel.

Elaborámos um documento de avaliação inicial de enfermagem das pessoas idosas em linguagem CIPE, segundo as Necessidades Humanas Básicas, com o

objectivo de servir de guia aos enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Foi um processo moroso mas pretende uma aproximação à actual conjuntura de desenvolvimento das práticas.

A introdução dos programas de saúde, além de facilitar o registo de intervenções e diagnósticos mais frequentes, torna-se importante para a enfermagem porque é identificado como um indicador de qualidade de Enfermagem avaliado pelo programa SAPE.

Ao associar o Programa de Saúde do Idoso associámos também os programas de grupo de risco que apresentavam como grupo de risco hipertensão, grupo de risco diabetes e grupo de risco hipocoagulados, entre outros, ficando com melhor noção do perfil de idosos do ficheiro.

Salientámos que a utilização da avaliação inicial de enfermagem contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados e contínuos. Por outro lado reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação de quem presta cuidados e de quem os recebe. É notória a importância da afirmação do enfermeiro como prestador de cuidados autónomos, sendo relevante a avaliação inicial de enfermagem segundo um modelo de cuidados de enfermagem, para a continuidade dos cuidados, pela avaliação que proporciona da evolução do estado da pessoa, como também da eficácia dos cuidados prestados (Indicadores do SAPE da qualidade dos cuidados de enfermagem).

Neste contexto, como enfermeiros especialistas, compreendemos as alterações bio-psico-sociais que ocorrem ao longo do envelhecimento e as necessidades dos idosos, tivémos a possibilidade de nos aproximarmos desta realidade através do diagnóstico de situação e da implementação de um projecto de intervenção na comunidade segundo as necessidades identificadas. Facto que ajudará na actuação enquanto profissional, minorando dificuldades e colaborando para que o idoso se adapte melhor à sua nova realidade e permaneça no seu domicílio com a maior autonomia possível.

Foi de grande pertinência a aquisição de novos saberes sobre o envelhecimento saudável, pois adquirimos competências para fazer face às necessidades dos idosos identificadas e para capacitar os idosos de conhecimentos que visam a promoção da

saúde e prevenção de complicações das doenças crónicas promovendo a sua autonomia o maior tempo possível.

O conhecimento do idoso é um foco de atenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem, o qual emerge do conhecimento do seu auto-cuidado e que se torna elemento-chave na produção de ganhos em saúde para o idoso no seu domicílio mas estes ganhos em saúde só são visíveis a longo prazo.

Desenvolvemos competências relevantes para o nosso desempenho profissional das quais se destacam as capacidades para trabalhar em parceria com as comunidades; para reconhecer as suas necessidades em termos de saúde; para planear cuidados adequados aos seus problemas mais prementes enfatizando práticas conducentes a estilos de vida saudáveis e assumindo a promoção da saúde como pedra basilar da intervenção; para favorecer processos de proximidade e implicação das comunidades nas tomadas de decisão com o objectivo de desenvolver intervenções orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

As estratégias utilizadas foram adequadas, visto que tivémos por base o reconhecimento das características dos idosos e o modo como as novas informações recebidas se relacionam com a experiência existente. Incentivámos os idosos a conseguir transferir os conhecimentos adquiridos de um contexto para o outro, isto porque interagir com o meio é necessário para o desenvolvimento do indivíduo. Propusémos ao indivíduo que participasse na sua aprendizagem mediante a experiência e a aprendizagem em grupo.

Tivémos a noção de reconhecimento do nosso trabalho ao sermos convidadas para o 1º Encontro de Economia e Solidariedade e das pessoas que ouviram o programa de Rádio “Saúde em Questão” e nos abordaram.

Tivémos algumas limitações especialmente questões burocráticas e autorização de superiores hierárquicos.

Todos os custos foram suportados pelos elementos do grupo e com apoio de algumas parcerias.

CONCLUSÃO

O envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível e inevitável em todos os seres vivos e provoca nos indivíduos e sociedades, alterações que determinam novas necessidades em saúde.

Perante as necessidades de saúde decorrentes das mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas, os cuidados de saúde primários têm um papel determinante na capacidade de resposta aos problemas emergentes, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

A OMS (1994), traçou como objectivos para a prestação de cuidados à pessoa idosa: prevenir a perda de aptidões funcionais; manter a qualidade de vida; manter a pessoa idosa onde ela deseja; fornecer apoio à família da pessoa idosa; proporcionar assistência de qualidade; contribuir para que o idoso morra tranquilamente proporcionando-lhe os cuidados adequados. Assim sendo, a prestação de cuidados de qualidade a idosos é um desafio para a nossa sociedade.

Actualmente assiste-se a uma procura cada vez maior de cuidados de saúde por parte dos idosos, o que justifica e obriga à progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde para os mesmos. O idoso constitui assim um grupo, que necessita de cuidados diferenciados, quer pela singularidade que lhe é inerente, quer pela complexidade da resposta em situação de saúde/ doença.

Assim, durante o nosso estágio de intervenção comunitária, as intervenções que realizámos foram do âmbito de promoção da saúde da pessoa idosa, utilizando a educação para a saúde para adopção de comportamentos saudáveis e organização de uma consulta no âmbito da saúde dos idosos para uma vigilância contínua da sua saúde.

Contribuir para a implementação de medidas que visem para a visibilidade do papel do enfermeiro foi outro aspecto por nós evidenciado, ao depararmo-nos com uma situação em que todos os indicadores de ganhos em saúde eram contributos de outras classes profissionais da área da saúde, quando esses dados são dados de

enfermagem, facto que temos que contrariar e contribuir para o conhecimento da enfermagem como científico.

Se como enfermeiros queremos que a nossa actividade profissional não seja meramente empírica, é necessário que justifiquemos todas as nossas intervenções que se prendem directamente com a pessoa, só possível através do registo sistemático das nossas apreciações e decisões fundamentadas num modelo de cuidados de enfermagem sólido, credível e internacionalmente aceite. A utilização de registos contribui para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Por outro lado, reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação, quer de quem presta cuidados como de quem os recebe.

A visibilidade social do exercício profissional dos enfermeiros, e a inclusão da informação dos enfermeiros nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são gerados a partir da informação documentada pelos mesmos ao nível da prestação de cuidados de enfermagem.

Durante a realização deste relatório tivemos sempre presente que a investigação tem de ser reconhecida pela Enfermagem como uma forma de ampliar o conhecimento científico fundamental para a sua prática, na medida em que o Enfermeiro Especialista adquire conhecimentos que lhe permitem tomar decisões adequadas para prestar os melhores cuidados às pessoas inseridas numa comunidade e intervir em situações mais complexas.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, elaborámos o Diagnóstico de Situação da população idosa da realidade onde exercemos a nossa actividade profissional, com vista a identificar as suas necessidades e prestar cuidados de enfermagem eficazes aos idosos.

O enfermeiro especialista deve integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde, neste âmbito, elaborámos e implementámos um projecto para fazer face às necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação, integrado no Programa Nacional da Saúde das Pessoas Idosas.

Outra competência do enfermeiro especialista é contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, sabendo que as intervenções preventivas realizadas pelos cuidados de saúde primários contribuem para aumentar a

possibilidade dos idosos continuarem a viver na comunidade, investimos na promoção da saúde do idoso de forma a proporcionar-lhes viver mais tempo, com maior autonomia e ajudando a reduzir os custos de saúde.

Desta forma, e em concordância com a Ordem dos Enfermeiros, desenvolvemos competências específicas, num domínio específico de Enfermagem de forma a reforçar a visão holística e contextual da pessoa e potenciar a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem.

Sabemos que é impossível avaliar o impacto das nossas actividades, mas ficam os ganhos em saúde e o conhecimento profundo dos problemas de saúde e da capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos idosos da comunidade onde estamos inseridos.

Consideramos que este estudo veio preparar o caminho, abrindo novas perspectivas para uma prestação de cuidados mais humanizada e personalizada, de modo a melhorar a qualidade de vida do idoso na comunidade, visando a adopção de estilos de vida saudáveis, contribuindo, assim, para um envelhecimento saudável.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994) *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Adami, N. P., Franco, L. H. R. O., Brêtas, A. C. P., Ransan, L. M. O., Pereira, A. L. (1989). *Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica*. Acta Paul. Enf., São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar 1989.
- Azevedo, J.(2002). *O fim de um ciclo. A educação em Portugal no início do século XXI* Porto: Asa.
- Basto, M. L. (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press).
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Buresh, B. & Gordon S. (2004). *Do silêncio à voz*. Adriadne
- Buss, P. M. (2003) *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde*. In: Czeresnia, C.; Freitas, C.M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.1, p.15-38.
- Canavarro, M.C. (2010). *Qualidade de vida: Significados e Níveis de Análise*. In Canavarro, M.C. e Serra, A.V. (2010). *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspectiva da OMS*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, M. M. (1997). *Enfermagem geriátrica. Uma necessidade*. In Geriatria. Lisboa. Dezembro, p. 13-18.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Carvalho, A. & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*, 4ª edição. Porto: Edições Afrontamento
- Carvalho, O. & Peixoto, L. (2000). *A Escola Inclusiva. Da Utopia à realidade*. Braga: Edições APPACDM.
- Cavaco, A. M. & Várzea, D. (2010). *Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas*. Rev Port Saúde Pública.; 28(2):179-186. Acedido a Setembro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a09.pdf>
- Correia, J. M. (1994). *Recomendações sobre assistência aos idosos e educação em geriatria*. In Geriatria, Lisboa, (6,55), p.27-30.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar de Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Decreto-Lei nº 161/96. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série — N.º 205 — 4 de Setembro de 1996
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Código Deontológico do Enfermeiro*. Diário da República, 1.ª série — N.º 93 — 21 de Abril de 1998
- Decreto-Lei n.º 248/2009. *Carreira de Enfermagem*, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
- Direcção-Geral da Saúde (2009). *Envelhecer Saudável*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008a). *Envelhecer com sabedoria - Alimente-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Direcção-Geral da Saúde (2008b). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008c) “*Quem? Eu? Exercício?*” – *Exercício sem riscos para lá dos sessenta* - Guias para as Pessoas Idosas nº 9. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). *Cessação Tabágica - Programa-tipo de Actuação*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2004a). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa Nº: 13/DGCG, DATA: 02/07/04.
- Direcção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Programa Nacional de Prevenção de Controlo das Doenças Cardiovasculares*, Lisboa, Despacho nº.16415/2003 (II série) - D.R. nº.193 de 22 de Agosto.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde*. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01.
- Ermida, J. G. (1995). *Avaliação demográfica compreensiva*. Temas Geriátricos. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Vol. 1.
- Fernandes, E. (2002). *O Associativismo no Tempo da Globalização - Voluntariado e Cidadania Democrática*, in *Intervenção Social*, nº25/26, ISSSL, pp.101-125.
- Fonseca, A.M. & Paúl, M.C. (2004). *Saúde percebida e “passagem à reforma”*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 17-29. Acedido a Junho de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a02.pdf>
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.

- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora AMAS S.A., 2ªed., p. 137.
- Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projecto*. In Centro de Estudos Territoriais, ISCTE, 1994.
- Giraldes, M.R. & Imperatori, E. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. rev. Actualizada. Lisboa: ENSP.
- Grey, M. (2001). *Métodos de coleta de dados*. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Horta, W. A.(1979). *O processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- International Council of Nurses (ICN) (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (ICN) (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *População Residente por local de residência, sexo e grupo etário (por ciclos de vida) anual*. In Portal do Instituto Nacional de Estatística. Acedido a Novembro de 2010 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&contexto=pi&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge & Observatório Nacional de Saúde. (2011). *ADELIA 2006-2008 – Acidentes Domésticos e de Lazer Informação Adequada. Relatório 2006-2008* Lisboa: INSA. Acedido a

Junho de 2011 em
http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2011/Abril/ADELIA_2006_2008.pdf

- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Lei n.º 111/2009. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 180 — 16 de Setembro de 2009
- Lessard-Hebert, M. (1996). *Pesquisa em Educação*. Lisboa: Instituto.
- Linhares, L. & Cunha, L. (1999). *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: *Geriatrics*, vol.111.
- Netto, M.P. (2002). *Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus.
- Nunes, L. (2006). *Consumo de tabaco - Efeitos na saúde*. *Rev Port Clin Geral*; 22:225-44 Acedido a Setembro de 2011 em
<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529105116859489.pdf>
- OMS, (2002a). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, Relatório Mundial de Saúde, Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde, 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002.
- OMS, (2002b). *Envelhecimento activo, um Projecto de Política de Saúde*, Organização Mundial de Saúde, Grupo de Doenças Não-Transmissíveis e Promoção da saúde, Acedido a Novembro de 2010 em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- OMS, (1991). *Declaração de Sundsvall – Promoção da Saúde e Ambientes favoráveis à saúde - 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* 9-15 de Junho de 1991, Sundsvall, Suécia.
- OMS, (1986). *Carta de Ottawa – Promoção da Saúde nos países industrializados - 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986.

- OMS, (1978). *Declaração de Alma-Ata*, Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro.
- Ordem dos Enfermeiros, 2003. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Palmeirão, C. & Menezes, I. (2007). *A Interação Geracional como Estratégia Educativa: um Contributo para o Desenvolvimento de Atitudes, Saberes e Competências entre Gerações*. A Terceira Idade e Intervenção Social. Cultural e Educativa. (p:22 a 35). Acedido a Janeiro de 2011 em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3961/1/FEP_Palmeir%C3%A3o_Cristina-dig3.pdf
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. (2000). *Esteriótipos Sobre Idosos - Vivências e Imagens*, in Cidade Solidária, nº5, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, (p:50-56).
- Patricio, Z. (1999). *Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais*. Texto e Contexto Enferm. 8(3):5377.
- Pereira F. (2004). *Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido*. Ordem dos Enfermeiros 2004 jul; suppl 13:13-21.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, L.M.G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto. 2001.
- Portugal, Ministério da Saúde (sd). *A carta de missão para os Cuidados de Saúde Primários* Acedido em Janeiro de 2011 em

http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/page_28/Carta_MissaoACES_DirectoresExecutivos.pdf

- Rascão, J. (2004). *Sistemas de informação para as organizações: a informação chave para a tomada de decisão* - 2ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Redman, B. (2003). *A prática de educação para a saúde*. Loures: Lusociência.
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011
- Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem uma teoria explicativa da mudança*. Porto, Escola Superior de Enfermagem S. João.
- Silva, J.V. (2009). *Saúde do Idoso e a Enfermagem*. São Paulo: Iátria
- Silva, S. & Serrão, C. (2009). *Qualidade de vida na terceira idade*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, vol. 3 nº1, Junho/Dezembro, P-26-31.
- Simões, C. A. R. & Simões, J.F.L. (2007). *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais*. Revista Referência II.ª Série - nº 4 – Jun, p: 9-23.
- Sobreira, N.R., (1981). *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro: Interamericana
- Sorensen, L. (1998), *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1ª edição. 1998.
- Spiriduso, W.W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Stanhope, M. & Lancaster, J.(1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência
- Tavares, A.M.B. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência (2ª Edição)*. Editor: Universidade Católica Editora.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização para realização de estágio

Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Assunto	Sua comunicação	Nossa referência	Data: 2011-01-11
---------	-----------------	------------------	------------------

Estágio de Mestrado

Leonor Soares Fernandes Brazão, Maria Manuela Marques Antunes Sebastião, e Filomena Maria Gonçalves Simões Rodrigues, Enfermeiras a exercer funções na ULS de Castelo Branco nomeadamente nas UCSP I, II e V, e Sónia de Fátima Martins Barata Catana, Ana Luísa Alves Martins e Ana Sofia dos Santos Figueira, Enfermeiras na mesma ULS a exercer funções nos serviços de Medicina Interna B e Consulta Externa, encontram-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária com Especialização em Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

No âmbito do referido curso pretende-se que realizem um Projecto de Intervenção na Comunidade, "Qualidade de vida no idoso", que implica, numa primeira fase, o Diagnóstico de Saúde. Para o efeito torna-se necessário a aplicação de um instrumento de colheita de dados, através do preenchimento de um questionário a aplicar durante o mês de Janeiro de 2011. Os dados obtidos, depois de analisados, irão reflectir-se na fase de Implementação, durante o Estágio, e serão apenas divulgados no relatório final do estudo, sendo o anonimato dos seus intervenientes salvaguardado.

Neste sentido, solicitamos a Vossa Excelência se digne autorizar a realização da referida recolha de informação e posterior implementação.

Com os melhores cumprimentos,

O Director

Francisco Alberto Mourato Vidinha

ANEXO II - Avaliação Inicial parametrizada no SAPE

Avaliação inicial

- Prestador de cuidados

Papeis

Nome

Parentesco

Escolaridade

Profissão

Contacto

Observações

- Dados gerais

Nome preferido

Estado civil

Habilitações literárias

Profissão

Observações

- Utilização do centro de saúde

Situação de doença

Consulta de vigilância

Receitas/Atestados

Vacinação

Apoio domiciliário

Tratamentos

Observações

- Antecedentes pessoais

Doenças

Incapacidades

Outros dados relevantes

- Situação profissional

Activo

Não activo

Observações

- Apoio social

Rendimento mínimo

Pensão por invalidez/sobrevivência

Subsidio de assistência 3ª pessoa

Subsídio de desemprego

Observações

- Saúde da mulher

Não se aplica

- Situações especiais

Hipertensão - Ano de diagnóstico e observações

Diabetes –

Ano de diagnóstico

Tipo

Consulta:

Nutrição

Pé diabético

Endocrinologia

Nefrologia

Oftalmologia

Observações

- Ostomias:

Tipo

Cirurgia data e local

Patologia associada

Complicações do estoma

Observações

Outros:

Observações

- Tegumentos:

Integridade cutânea – alteração e observações

Úlcera de pressão – local de identificação e observações

ANEXO III - Cartaz do 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade

Iº Encontro de Economia Social e Solidariedade "ENTRE GERAÇÕES"

4 de Junho de 2011 — Louriçal do Campo

Sessão de Abertura—10h

- Venda de artesanato
 - Produtos regionais
 - Fruta
 - Bijuteria
 - Queijos
 - Enchido
 - Venda e mostra de trabalhos
 - Tenda Solidária - "entregue um alimento e receba roupa"
- ♦ Comunicação: Dr.ª Cristina Granada
 - ♦ Comunicação em saúde pública
 - Enfermeiras em saúde comunitária "Qualidade de vida no idosos
 - ♦ CVP — Rastreo à população
 - ♦ "Projecto vida a cores"
 - ♦ Banda Filarmónica de Louriçal do Campo
 - ♦ Rancho Folclórico da Soalheira
 - ♦ Actuação do Grupo: Cuco Musical
 - ♦ Animação de rua : Pifaradas e Zambujadas

**AJUDE A CRIAÇÃO DE UM BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS
PARA O CENTRO DE DIA E SOCIAL DE S. BENTO**

Organização

**Centro de Dia e Social
de São Bento**



APÊNDICES

APÊNDICE I – Projecto de Estágio



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO

Maria Manuela Sebastião

Fevereiro

2011

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

PROJECTO DE ESTÁGIO

Maria Manuela Sebastião

Fevereiro

2011

Abreviaturas

DGS-Direcção Geral de Saúde

INE-Instituto Nacional de Estatística

OMS-Organização Mundial de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

WHOQOL-BREF - World Health Organization instrument to evaluate quality of life Bref

WHOQOL-OLD - Health Organization instrument to evaluate quality of life the Old

Índice

INTRODUÇÃO

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

3 – METODOLOGIA

4 – MODELO DE AVALIAÇÃO

5 – PLANO DE TRABALHO

BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso do 1º Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária, foi-nos solicitado a elaboração de um projecto, tendo em vista o estágio de intervenção comunitária, com a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

O estágio realizar-se-à de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011 na área da promoção do envelhecimento saudável/qualidade de vida dos idosos inscritos na lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2 de Castelo Branco e culminará com a elaboração de um relatório das actividades desenvolvidas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, deve possuir um saber mais específico, relacionado com aspectos de Grupos (Criança, Jovem, Adulto, Idoso, Família), ou seja, Comunidade, quer na saúde quer na doença visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social a todos os níveis e contextos da vida. O Enfermeiro Especialista através do seu papel na comunidade e através de acções de educação para a saúde é capaz de tornar o indivíduo consciente dos seus deveres e direitos, levando-o à emancipação da saúde.

As organizações de saúde têm como objectivos avaliar holisticamente o utente, família e comunidade e satisfazer um conjunto de necessidades fundamentais à promoção da saúde, o Enfermeiro Especialista como elemento dessas organizações deve contribuir para a satisfação e independência da pessoa em todas as suas actividades de vida, implicando por um lado os hábitos e estilos de vida, as crenças e o ambiente sócio-cultural, por outro os recursos de saúde e da comunidade.

Para intervirmos neste estágio escolhemos a comunidade idosa, devido ao facto de o envelhecimento populacional ser um problema actual e uma realidade no nosso país. Segundo Gonçalves e Carrilho (2004), “o envelhecimento demográfico é um fenómeno à escala mundial, sendo até considerado o fenómeno mais relevante de séc. XXI quer pelas suas implicações na esfera sócio económica, quer nas modificações que se reflectem a nível individual ou em novos estilos de vida.”

O processo de envelhecimento populacional, tem ocorrido de forma acelerada, o que implica a necessidade de desenvolver e adaptar estruturas (serviços de saúde e de apoio social), de forma a fazer face às necessidades de saúde e sociais da população (Azeredo, 2009). O artigo 81º, alínea c, do Código Deontológico é nosso dever “Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida”, pelo que enquanto enfermeiros sentimos a necessidade de criar uma estrutura que proporcione e fomente a aquisição de conhecimentos e competências do domínio da saúde do adulto idoso, de apoio à família e sociedade em que o mesmo se integra. É nosso intuito contribuir para a promoção do envelhecimento activo, saudável e para criação de respostas adaptadas às novas necessidades da população idosa e da sociedade que envelhece.

Pretendemos ao longo do Estágio de Intervenção Comunitária, contribuir para a implementação de estratégias de promoção de saúde na comunidade idosa escolhida, e promover um envelhecimento saudável para melhorar a qualidade de vida. Com as actividades a desenvolver esperamos contribuir igualmente para a visibilidade do papel da Enfermagem na comunidade.

Tendo em conta o exposto definimos como objectivos deste projecto de estágio:

Objectivos gerais:

- Adquirir competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Comunitária;
- Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde dos idosos;
- Contribuir para um envelhecimento saudável dos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco;
- Promover o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária junto dos idosos.

Objectivos específicos:

- Adquirir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, para mobilizar em contexto de prática clínica, que permitam ponderar as

necessidades de saúde e actuar em todos os contextos de vida dos idosos, a todos os níveis de prevenção, até ao final de Junho de 2011;

- Identificar a percepção da qualidade de vida e de saúde dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Identificar as limitações funcionais a nível físico, psicológico e social que dificultam a autonomia em actividades de vida diária levando à dependência dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Identificar necessidades de cuidados de enfermagem dos idosos, até ao final de Março de 2011;
- Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos idosos, até ao final de Junho de 2011;
- Avaliar a satisfação dos idosos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011;
- Dar visibilidade à intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, junto dos idosos até ao final de Junho de 2011.

Este projecto é constituído pela sua identificação, pela respectiva justificação e objectivos. Segue-se a descrição da metodologia e plano de trabalhos e para finalizar apresentamos a bibliografia referenciada ao longo do corpo do trabalho.

Durante a realização deste projecto tivemos sempre presente que a investigação tem de ser reconhecida pela Enfermagem como uma forma de ampliar o conhecimento científico fundamental para a sua prática. É através da investigação que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, adquire conhecimentos que lhe permitem tomar decisões adequadas para prestar os melhores cuidados às pessoas inseridas numa comunidade, proporcionando efectivos ganhos em saúde.

4 JUSTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO

Com o crescente aumento da população idosa e a importância atribuída ao envelhecer com qualidade de vida, intervir e estudar este fenómeno é cada vez mais importante.

Neste estágio escolhemos a comunidade idosa, uma vez que na área onde desempenhamos a nossa actividade profissional, os idosos representam uma grande percentagem. Os cuidados primários são o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o que permite a aproximação da assistência na saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha. O enfermeiro tem aqui um papel privilegiado, pois é o primeiro a ter contacto com o utente.

Numa sociedade onde os valores como a excelência, a rapidez e a competitividade assumem lugar de destaque, também os cuidados de enfermagem tendem a adaptar-se de forma a progredir no tempo, melhorando assim o desempenho dos enfermeiros e a consequente prestação de cuidados.

Segundo o Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011, “o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades...que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção...a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”.

Na nossa realidade verifica-se um aumento de envelhecimento acentuado ao longo das últimas décadas. Segundo o INE, cerca de 22% da população, o que corresponde a cerca de 12000 pessoas que têm 65 anos ou mais, o índice de envelhecimento localiza-se nos 168% o que, apesar de ser um dos valores mais baixos da Beira Interior, é elevado quando comparado com a média nacional (102%). (Carrilho e Patrício, 2009)

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países europeus, conscientes de que é um fenómeno com tendência a aumentar, a realidade é que cada vez mais os enfermeiros trabalharão com pessoas idosas (Skeet, 1991).

Os idosos são o grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, tanto pela vulnerabilidade inerente ao processo de envelhecimento, como pelos inadequados mecanismos de suporte existencial e social.

Intervir a nível da prevenção da deficiência, da dependência, desvantagem e incapacidade da população idosa surge actualmente como uma prioridade no sector da saúde de forma a manter este grupo autónomo e independente e exige segundo a DGS “uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.” (2004:10)

Saber cuidar e intervir junto da população idosa, como imperativo global da saúde e da formação, tem vindo a constituir-se num campo de reflexão emergente; o papel e as práticas dos profissionais do terreno (a par de medidas no âmbito das políticas de saúde) têm-se situado no centro de um debate inevitável, fazendo apelo a novos modos de agir e ver a população idosa. (Costa, 2002)

Os cuidados dos idosos inserem-se num quadro de identificação e reconhecimento das suas necessidades, centrando a observação na avaliação das suas capacidades e recursos individuais e familiares.

Ramsdell (1991) citado por Stanhope e Lancaster refere que “os cuidados eficazes de enfermagem comunitária aos idosos exigem uma avaliação cuidadosa do seu estado de saúde. A meta dos cuidados aos idosos é otimizar a sua saúde e capacidades de funcionamento em geral (...) capacitação dos idosos para permanecerem nas suas casas, o que ajuda a reduzir os custos de saúde, aumenta a qualidade de vida e preserva o estado funcional” (1999: 645).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros o exercício da nossa actividade profissional tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias.

A promoção de saúde, como foi definida na Carta de Otawa, é o processo de capacitar indivíduos e comunidades a aumentar o controlo, sobre os determinantes da saúde e, conseqüentemente, a melhorar a saúde, através de estilos de vida saudáveis, da promoção de factores sociais, económicos, ambientais e pessoais e a identificarem e realizarem as suas aspirações. (OMS, 1986)

Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde que a declaração de Alma-Ata considerou como prioridade em Cuidados de Saúde Primários. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar uma das componentes do processo de educar.

A educação para a saúde é uma estratégia de enfermagem fundamental para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade (Basto, 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2003; OMS, 1986). Esta é fundamental nos idosos, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante na ajuda para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar. O ensino e a motivação ao auto-cuidado, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independente possível, devem fazer parte dos cuidados de enfermagem.

Em termos legislativos, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos e onde é implementado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que "(...) reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objectivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento. (DGS, 2004:2)

A promoção do envelhecimento activo é um dos princípios estratégicos promovidos pela OMS para uma nova perspectiva de desenvolvimento social.

Promover o envelhecimento activo tem como objectivo que os idosos apresentem uma boa qualidade de vida, definida pela OMS como "a percepção individual da sua posição na vida no contexto das culturas e sistemas de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações". (WHOQOL Group, 1994 citado por Fleck, 1998)

Assim é indispensável adquirir uma nova atitude face ao envelhecimento, no sentido de definir soluções para uma melhor qualidade de vida, que se encontra intimamente ligada à manutenção da autonomia durante o processo de envelhecimento.

Deste modo, este projecto pretende ser, ao mesmo tempo, uma reflexão sobre o percurso de análise e reflexão da própria prática, retirando daí elações que possam projectar-se na acção futura e contribuir para aperfeiçoar o cuidar da pessoa idosa pelos profissionais de Enfermagem.

5 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Centro de Saúde de Castelo Branco é uma Unidade Básica do Serviço Nacional de Saúde que se constitui como primeira responsável pela promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e melhoria dos níveis de saúde da população onde está inserida. É responsável por satisfazer e antecipar as necessidades reais dos indivíduos e da comunidade; e deve actuar de acordo com padrões de qualidade técnico-científica, de eficiência e eficácia. Pertence à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco que inclui o hospital desta cidade.

O Centro de Saúde de Castelo Branco, enquanto unidade de saúde, serve toda a população residente, ou temporariamente deslocada, na área geográfica por ele abrangida. Fisicamente é composto por 2 edifícios localizados na cidade e por 19 extensões de saúde, distribuídas pelo concelho, sendo que as mais distantes se encontram a cerca de 30 km da sede. Em termos funcionais encontra-se organizado em 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e uma Unidade de Saúde Pública.

A escolha do Centro de Saúde de Castelo Branco e das extensões de saúde de Cebolais de Cima e de Lardosa para campo de estágio, atribui-se ao facto de 3 elementos do nosso grupo de trabalho aí desempenharem funções.

Na sede, o horário de atendimento de 2^a a 6^a feira é das 8h às 20h, enquanto nas extensões de saúde é das 8h às 15h.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, são assegurados cuidados na área Tratamentos/Cuidados no centro de saúde e no domicílio, vacinação, acompanhamento de Grupos específicos na Comunidade. Prestam-se cuidados de enfermagem a todas as pessoas ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico, e a máxima independência nas actividades quotidianas, tão rapidamente quanto possível.

Existem consultas dirigidas aos utentes/famílias que necessitam de vigiar e/ou cuidar da sua saúde no âmbito da Saúde do Adulto, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Visitas domiciliárias programadas, Atendimento Complementar.

Existem ainda outros tipos de consulta: Psicologia, Saúde Oral, Nutricionismo, Cessação Tabágica, Alcoologia, Controlo de Hipocoagulação, Consulta do Viajante, Consulta de Tratamento de Feridas e Pé Diabético, Diagnóstico Pneumológico.

Por último e uma vez que as UCSP pertencem à ULS de Castelo Branco, sempre que necessário pode-se recorrer a outras especialidades.

6 METODOLOGIA

Identificado o problema e definidos os objectivos do estudo, torna-se necessário identificar as opções metodológicas.

Efectuaremos a descrição dos processos metodológicos, nomeadamente tipo de estudo, a população e amostra constituída, as características do instrumento de colheita de dados, os procedimentos adoptados na colheita de dados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados. Estes permitir-nos-ão atingir os objectivos estabelecidos.

É imperiosa a reflexão sobre as opções metodológicas disponíveis, para que a nossa decisão seja a mais correcta, de acordo com o estudo em causa.

Será um estudo descritivo, transversal e exploratório.

O presente estudo realizar-se-à na população idosa da UCSP2 Castelo Branco, de Lardosa e de Cebolais de Cima.

Na conceptualização do nosso trabalho de investigação a população sobre a qual se realizará o estudo é constituída por 1100 idosos e a nossa amostra irá ser acidental constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que estarão presentes num local determinado, neste caso no centro de saúde ou no domicílio.

Para a elaboração deste estudo serão considerados critérios de inclusão:

- pertencer à lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima e de Lardosa e à lista de utentes de um ficheiro da UCSP 2 do Centro de Saúde de Castelo Branco;
- idade igual ou superior a 65 anos;
- disponibilidade para responder aos questionários;
- não estarem institucionalizados.

Além destes serão considerados critérios de exclusão:

- pessoas com alterações mentais e com surdez.

O instrumento de colheita de dados a utilizar é o inquérito por questionário. Os questionários serão preenchidos pelos elementos do grupo.

Tendo em conta os aspectos referidos e o tipo de estudo, delineámos um questionário constituído por quatro partes:

A primeira parte do questionário visa a caracterização sócio-demográfica da população. Foram incluídas três questões abertas para avaliar a percepção de qualidade de vida e o que influencia positiva e negativamente a sua qualidade de vida.

Na segunda e terceira partes serão utilizadas as escalas de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF e a WHOQOL-OLD da OMS uma vez que se aplicam ao estudo.

Na quarta parte será utilizado o Índice de Barthel para avaliação da capacidade funcional para as actividades de vida diária deste grupo etário.

Estando cientes dos procedimentos formais e éticos, constitui preocupação ao longo do nosso trabalho de investigação respeitá-los e para tal iremos elaborar um documento onde constem as condições que salvaguardam os aspectos éticos. No mesmo comprometemo-nos a assegurar o consentimento do inquirido, através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa, à confidencialidade e ao anonimato.

Será formulado um pedido de autorização por escrito, ao Director da ULS de Castelo Branco, pela Coordenadora do Mestrado Professora Doutora Filomena Martins, para a colheita de dados aos idosos inseridos nos ficheiros referidos.

Para assegurar a confidencialidade, os questionários serão protegidos de qualquer identificação, através de códigos e a aplicação do questionário será realizada nas extensões de saúde e centro de saúde referidos.

Relativamente ao tratamento dos dados obtidos, através das respostas dos utentes ao questionário, no que se refere aos dados das variáveis de caracterização ou de atributo, usaremos a estatística descritiva.

Das respostas às questões abertas serão definidas dimensões para fácil interpretação.

Os programas informáticos utilizados para a realização deste estudo e para o tratamento dos dados serão: Word, o SPSS versão 18.0.

Na análise e interpretação apresentaremos os dados obtidos relativos à caracterização da amostra e dos dados relativos às escalas utilizadas bem como, as necessidades identificadas.

7 MODELO DE AVALIAÇÃO

Na gestão de projectos de intervenção em saúde um dos princípios-chave a ter em conta é o de que só é possível gerir e avaliar aquilo que se puder medir.

A avaliação de um programa define-se como um “método usado para determinar se um serviço é necessário e susceptível de ser utilizado, se está a ser conduzido como foi planeado e se de facto ajuda as pessoas em necessidades” (Stanhope e Lancaster, 1999:428). Assim, é fulcral a utilização de métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua das necessidades, dos recursos e das formas de intervenção.

Existem alguns aspectos importantes na avaliação como avaliar a relevância; o processo, isto é, a monitorização das actividades do programa; a eficácia que ajuda a determinar a satisfação do utente com as actividades do programa e a avaliação do impacto ou de resultados no sentido de avaliação de mudanças de comportamentos, o que só pode ser avaliado a longo prazo. As avaliações de processo são as mais frequentes no âmbito da saúde.

As principais fontes de informação para a avaliação do programa são os participantes, as suas reacções, sentimentos e julgamentos sobre o programa são muito importantes. Para avaliar a resposta destes utilizaremos um inquérito escrito sob a forma de questionário ou uma escala de atitudes. As escalas de atitudes são as mais utilizadas para avaliar o grau de obtenção de metas, como por exemplo o estudo da satisfação do utente.

A avaliação deste projecto de estágio será através da discussão e da análise das actividades realizadas, dos resultados alcançados e do cumprimento dos objectivos. Será também avaliado o grau de satisfação da população idosa sobre as sessões de educação para a saúde que se realizarão durante o estágio, através de um questionário.

No final será elaborado um Relatório de Estágio onde aplicaremos a prática reflexiva, pois aprender fazendo, é de facto, para muitos autores a melhor forma de garantir que os conhecimentos adquiridos na teoria são consolidados e verdadeiramente apreendidos, uma vez que se confrontou o saber teórico com o saber fazer.

8 PLANO DE TRABALHO

As tabelas seguintes indicam quais as actividades a realizar, os recursos necessários e os indicadores de avaliação.

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquirir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, para mobilizar em contexto de prática clínica, que permitam ponderar as necessidades de saúde e actuar em todos os contextos de vida dos idosos, a todos os níveis de prevenção, até ao final de Março de 2011; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica sobre o envelhecimento, competências do enfermeiro especialista e planeamento em saúde; ▪ Aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem; ▪ Elaboração de um Diagnóstico de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do Diagnóstico de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar factores de risco consideráveis à perda de autonomia dos idosos, até ao final de Março de 2011; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e causas do envelhecimento patológico; ▪ Aplicação de questionários aos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco. 	<p>Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar necessidades de cuidados de Enfermagem dos idosos, até ao final de Março de 2011; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do envelhecimento e principais necessidades no envelhecimento; ▪ Aplicação de questionários aos idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que 30% dos idosos que constituem a população respondam ao questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até final de Março de 2011

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver as actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas dos idosos, até ao final de Junho de 2011; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniões com os responsáveis dos locais da realização das sessões de educação a realizar; ▪ Sessões de educação para a saúde; ▪ Distribuição de folhetos de acordo com a temática da sessão; ▪ Levantamento dos idosos que residem sozinhos; ▪ Levantamento dos idosos que não se deslocam ao centro de saúde há mais de 6 meses; ▪ Contactos telefónicos e/ou domiciliários com os idosos frequentemente; ▪ Elaboração de um Manual de procedimentos da consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso; ▪ Elaboração de um Guia de Saúde do Idoso contendo informações importantes e específicas para este grupo etário. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco; ▪ Meios audiovisuais; ▪ Suportes didáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar 1 sessão de educação para a saúde em cada freguesia; ▪ Distribuir 1 folheto por idoso; ▪ Contactar 80% dos idosos que vivem sozinhos; ▪ Contactar 80% dos idosos que não se deslocam ao centro de saúde há mais de 6 meses; ▪ Implementação de uma consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso no local de estágio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a satisfação dos idosos face à pertinência das sessões de educação desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até ao final de Junho de 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar um questionário de avaliação geral da satisfação dos idosos face às sessões de educação; ▪ Aplicar o questionário no final de cada actividade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco; ▪ Bibliotecas, ou outros locais das freguesias de Cebolais de Cima, Lardosa e Castelo Branco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 80% de questionários preenchidos com grau de satisfação BOM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011

Objectivos específicos	Actividades	Recursos	Indicadores de avaliação	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar visibilidade à intervenção comunitária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, junto dos idosos, até ao final de Junho de 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizar um evento de convívio para idosos a definir; ▪ Organizar uma sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de 6 alunos do 1º Mestrado em Enfermagem; ▪ Idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco; ▪ Extensões de Saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e Centro de Saúde de Castelo Branco; ▪ Bibliotecas, ou outros locais das freguesias de Cebolais de Cima, Lardosa e Castelo Branco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de um evento de convívio para idosos a definir; ▪ Realização de uma sessão para apresentação dos resultados do estudo realizado em cada freguesia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De Março a Junho de 2011

BIBLIOGRAFIA

- Azeredo, Z. (2009). *Cuidados continuados no domicílio: Cuidar o utente no seu habitat*. Hospitalidade, ano 73 nº284, Lisboa: Instituto São João de Deus.
- Basto, M. L., (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.
- Carrilho, M. J. & Patricio, L. (2009). A Situação Demográfica Recente em Portugal , Revista Estudos Demográficos n.º 48, INE, I, P. Lisboa.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar de Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Co-edição Formasau (Coimbra) e Educa (Lisboa).
- DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas.
- DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa Nº: 13/DGCG, DATA: 02/07/04.
- Fleck, M. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (2000). *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF"*. Revista de Saúde Pública, vol.34 (2), pp. 178 – 183.
- Gonçalves, C.; Carrilho, M. *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. In Revista de estudos demográficos. Lisboa. Vol. 40 (2007), pp. 21-37.
- OMS (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Rússia: OMS.
- OMS, (1986). *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública - Carta de Otawa*. Otawa.
- Ordem dos Enfermeiros(2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais- Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº10. 2003.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Regulamento n.º 128/2011, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Skeet, M. (1991) - O papel dos Enfermeiros no ano 2000 e para além. In *Servir*, 39 (4), Lisboa, pp. 167-169.

Stanhope, M. e Lancaster, J.(1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE II - Questionário sobre a Qualidade de Vida aplicado aos idosos

GRUPO I

Dados sócio-demográficos

1 – Idade _____

2 - Data de nascimento ____/____/19____

3 – Sexo: Masculino ₁ Feminino ₂

4 – Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever ₁	
Sabe ler e/ou escrever ₂	
1º ao 4º anos ₃	
5º e 6º anos ₄	
7º ao 9º anos ₅	
10 ao 12º anos ₆	
Estudos Universitários ₇	
Formação pós graduada ₈	

5 – Actividade profissional ao longo da vida?

5.1- Sector Profissional:

Sector Primário ₁	
Sector Secundário ₂	
Sector Terciário ₃	

5.2 – Situação Profissional actual:

Reformado ₁	
Activo ₂	

6 – Estado civil:

Solteiro/a ₁	
Casado/a ₂	
União de facto ₃	
Separado/a ₄	
Divorciado/a ₅	
Viúvo/a ₆	

7 – Com quem vive?

Sozinho ₁	
Com conjuge ₂	
Com filhos/Nora/Genro ₃	
Numa instituição ₄	
Outros ₅	

7-Hábitos tabágicos: Fuma? Sim 1 Não 2

8- Hábitos alcoólicos: Ingere bebidas alcoólicas? Sim 1 Não 2

9- Actividade física: Faz exercício físico? Sim 1 Não 2

10- Toma medicamentos para a dor frequentemente? Sim 1 Não 2

11- Tem alguma doença:

11.1 – Diabetes: Sim 1 Não 2

11.2 – Hipertensão arterial: Sim 1 Não 2

11.3 – Cardiovascular: Sim 1 Não 2

11.4 – Osteoporose: Sim 1 Não 2

11.5 – Outra: Sim 1 Não 2

Qual? _____

8 – O que é para si qualidade de vida?

9 – O que mais influencia positivamente a sua qualidade de vida?

10 – O que mais influencia negativamente a sua qualidade de vida?

GRUPO II**WHOQOL – Abreviado (Versão em Português)**Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seu padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve colocar um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e coloque um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
WA_1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
WA_2	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
WA_3	Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
WA_4	Em que medida precisa de cuidados de saúde para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
WA_5	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
WA_6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
WA_7	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
WA_8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
WA_9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
WA_10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
WA_11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
WA_12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
WA_13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
WA_14	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
WA_15	Como avaliaria a sua mobilidade [Capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio (a)]?	1	2	3	4	5

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

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
WA_16	Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
WA_17	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
WA_18	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
WA_19	Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)?	1	2	3	4	5
WA_20	Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
WA_21	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5

WA_22	Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
WA_23	Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
WA_24	Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
WA_25	Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
WA_26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

GRUPO III WHOQOL-OLD

As seguintes questões perguntam sobre como tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto), afectam a sua vida diária?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_02	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam a sua capacidade de participar em actividades?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_03	Que liberdade tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_04	Até que ponto sente que controla o seu futuro?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_05	Sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_06	Até que ponto está preocupado com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_07	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_08	Tem medo de morrer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_09	Teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
As seguintes questões perguntam sobre como fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.					
old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afecta a sua capacidade de interagir com as outras pessoas?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_11	Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_12	Até que ponto está satisfeito com as suas oportunidades para continuar a alcançar outras realizações na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_13	Sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_14	Sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

As seguintes questões pedem que diga o quanto se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

old_15	Está satisfeito com aquilo que alcançou na vida?				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
old_16	Está satisfeito com a forma como usa o seu tempo?				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
old_17	Está satisfeito com o seu nível de actividade?				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
old_18	Está satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
old_19	Está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?				
	Muito Infeliz 1	Infeliz 2	Nem Feliz Nem Infeliz 3	Feliz 4	Muito Feliz 5
old_20	Como avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?				
	Muito Má 1	Má 2	Nem Má Nem Boa 3	Boa 4	Muito Boa 5

As seguintes questões referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) a sua intimidade mais do que qualquer outra pessoa na sua vida.

old_21	Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_22	Até que ponto sente amor na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
old_23	Até que ponto tem oportunidade para amar?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
old_24	Até que ponto tem oportunidade para ser amado?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

GRUPO IV **ESCALA DE BARTHEL**

Barthel _1 - Evacuar

0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);

1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);

2 = Contigente

Barthel _2 Urinar

0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer

1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);

2 = Contigente (por mais de 7 dias)

Barthel _3 Higiene Pessoal

0 = Precisa de ajuda com o cuidado pessoal

1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Barthel _4 Ir à casa de banho

0 = Dependente

1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

2 = Independente

Barthel _5 Alimentar-se

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.

2 = Independente (a comida é providenciada)

Barthel _6 Deslocações

0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se

1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se

2 = Pequena ajuda (verbal ou física)

3 = Independente

Barthel _7 Mobilidade

0 = Imobilizado

1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...

2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Barthel _8 Vestir-se

0 = dependente

1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Barthel _9 Escadas

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)

2 = Independente para subir e descer

Barthel _10 Tomar banho

0 = Dependente

1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

0 - 04 – Muito Grave

05 -09 – Grave

10-14 – Moderado

15-19 – Ligeiro

20 – Independente

Muito obrigado/a pela sua colaboração!

APÊNDICE III – Planos das Sessões de Educação para a Saúde



Planos de Sessão: Educação para a Saúde e a “Qualidade de vida no Idoso”



**Castelo Branco
Março, 2011**

Planos de Sessão de Educação para a Saúde

Necessidades Identificadas

Sedentarismo;
Tabagismo;
Alcoolismo;
Dificuldade de considerar um ambiente seguro;
Existência de doenças crónicas e desconhecimento das complicações destas;
Não participação em actividades de lazer ou da comunidade.

Objectivos

- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis;
- Promover a aprendizagem de manter o seu ambiente seguro para prevenção de acidentes domésticos e quedas;
- Promover a aprendizagem sobre doenças crónicas e suas complicações;
- Promover a aprendizagem das pessoas idosas para que se mantenham activas mesmo após a reforma.

Equipa responsável pelo projecto

Grupo de Alunas do 1º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre

Destinatários

- Directos: População da área de abrangência do Centro de Saúde de Castelo Branco com 65 ou mais anos, e que não esteja institucionalizada.
- Indirectos: Idosos/família/comunidade.

Conteúdos Programáticos

- Estilos de Vida Saudáveis promotores de um Envelhecimento Saudável;
- Prevenção de Quedas e Acidentes Domésticos;
- Doenças crónicas e suas complicações.

I - Sessão de educação para a saúde – Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de acidentes na Lardosa

Data:

A designar

Local

Casa do Povo de Lardosa

Destinatários

Idosos de Lardosa

Duração

60 Minutos

Temas

Teoria (Enfermagem): Estilos de vida saudáveis e prevenção de quedas

Prática (Fisioterapeuta): Sequência de alongamentos

- cabeça
- região cervical e ombros
- braços, mãos e punhos
- cintura
- joelhos
- tornozelos e pés

Recursos

Datashow

Casa do povo de Lardosa

Folhetos informativos

Parcerias

Fisioterapeuta

Prof. Educação Física da Escola de Ensino Básico da Lardosa

Final

Questionário de avaliação da sessão

II - Sessão de educação para a saúde – Estilos de Vida Saudáveis e Prevenção de acidentes em Cebolais de Cima

Data:

A designar

Local

Salão da Junta de Freguesia de Cebolais de Cima

Destinatários

Idosos de Cebolais de Cima

Duração

60 Minutos

Temas

Teoria (Enfermagem): Estilos de vida saudáveis e prevenção de quedas

Prática (Fisioterapeuta): Sequência de alongamentos

- cabeça
- região cervical e ombros
- braços, mãos e punhos
- cintura
- joelhos
- tornozelos e pés

Recursos

Datashow

Junta de Freguesia

Folhetos informativos

Parcerias

Fisioterapeuta

Final Questionário de avaliação da sessão

III - Encontro convívio intergeracional

Objectivos

- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis;
- Promover o relacionamento entre diferentes gerações;
- Promover a valorização da pessoa idosa;
- Promover a aprendizagem dos comportamentos de inter-ajuda dos mais novos.

Data: A designar

Local

Salão do Jardim Infantil de Cebolais de Cima

Destinatários

Crianças do Jardim Infantil de Cebolais de Cima

Avós das crianças do Jardim Infantil de Cebolais de Cima

Idosos do Centro de Dia de Cebolais de Cima

Duração

60 Minutos

Temas

Teoria (Enfermagem): Estilos de vida saudáveis e Entre-ajuda entre gerações

Prática (Professora de aeróbica): Exercício Físico e sua importância

- aquecimento
- aeróbica
- animação
- alongamentos

Recursos

Sistema hi-fi para Música

Salão do Jardim Infantil de Cebolais de Cima

Folhetos informativos

Parcerias

Prof. Educação Física do Jardim de Infância de Cebolais de Cima

Professora de aeróbica

Educadoras e auxiliares do Jardim de Infância de Cebolais de Cima
Auxiliares do Centro de Dia de Cebolais de Cima

Final Questionário de avaliação da sessão

APÊNDICE IV – CD com o programa de rádio “Saúde em Questão”, os powerpoints apresentados nas sessões e fotografias das mesmas

APÊNDICE V – Cartaz de divulgação da sessão de educação

Maio- Mês do Coração QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS



Cuide da sua saúde e viva bem com a vida.

Termine o mês de Maio em grande...

Partilhe sensações entre gerações.

No dia 30 de Maio de 2011, às 16.30
edifício da casa do povo da Lardosa.

Traga o seu neto, uma roupa confortável e
venham partilhar a saúde e a vida,
este momento.

ORGANIZAÇÃO:

Enfermeiras:

Ana Martins

Ana Figueira

Pilomena Rodrigues

Leonor Brazão

Sónia Cafana

Manuela Sebastião

Fisioterapeuta:

Ana Cunha

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

AUTONOMIA

EXERCÍCIO FÍSICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS

CLASSE DE MOVIMENTOS

Com o apoio da:



APÊNDICE VI – Questionário de avaliação da sessão de educação

Sessão de Educação para a Saúde: Qualidade de Vida/Estilos de Vida Saudáveis nos Idosos

Questionário

Idade: _____

Sexo: _____

Profissão: _____

O que considera sobre:



Item de avaliação	Muito Mau	Mau	Nem Bom nem Mau	Bom	Muito Bom
Avaliação geral da sessão de educação					
Horário					
Local					
Formadores					

Item de avaliação	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Divulgação da sessão de educação					
Temas abordados					
Utilidade dos temas abordados na sua vida diária					
Equipamentos e Tecnologias utilizados					
Duração					

Sugestões / Críticas

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE VII - Folhetos

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA TERCEIRA IDADE



**A MANUTENÇÃO DE UM BOM ESTADO NUTRICIONAL É PARTE INTEGRANTE DE
UM ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO E COM MELHOR
QUALIDADE DE VIDA!**

ALGUNS CONSELHOS:

REPARTA A COMIDA POR VÁRIAS REFEIÇÕES.

DÊ PREFERÊNCIA ÀS FRUTAS E VERDURAS DA ÉPOCA QUE APRESENTAM MAIOR TEOR DE VITAMINAS.

PREFIRA OS CEREAIS INTEGRAIS (PÃO, ARROZ, MASSA INTEGRAL) RICOS EM FIBRAS, ÀS FARINHAS REFINADAS.

PREFIRA LEITES E IOGURTES DESNATADOS E QUEIJOS BRANCOS.

RESTRINGA ÓLEOS, GORDURAS E ALIMENTOS GORDOS.

ELIMINE OU REDUZA O SAL, O AÇÚCAR E BEBIDAS ALCOÓLICAS.

CONSUMA AO MENOS 1,5 L DE ÁGUA POR DIA.

BEBER MUITA ÁGUA QUANDO SE AUMENTA O CONSUMO DE FIBRAS, AJUDA O FUNCIONAMENTO INTESTINAL.

Folheto elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre

Ana Martins, Ana Figueira, Leonor Brazão, Filomena Rodrigues, Manuela Sebastião e Sónia Catana
Maio 2011

ACTIVIDADE FÍSICA NA TERCEIRA IDADE



**A ACTIVIDADE FÍSICA E O CONVÍVIO SÃO ESSENCIAIS PARA UMA TERCEIRA
IDADE SAUDÁVEL E COM MELHOR
QUALIDADE DE VIDA!
CAMINHE, BRINQUE E FAÇA EXERCÍCIO FÍSICO COM O SEU NETO!
A ACTIVIDADE FÍSICA TRAZ-LHE BENEFÍCIOS...**

BENEFÍCIOS:

CONTROLO E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÓNICAS COMO A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A DIABETES

MANTÉM SAUDÁVEIS OS OSSOS E OS MÚSCULOS MANTENDO A AGILIDADE E PREVENINDO AS QUEDAS

CONTROLA AS DORES NAS COSTAS E NOS JOELHOS AJUDANDO A DIMINUIR O CONSUMO DE MEDICAMENTOS

REDUZ O STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO MELHORANDO A QUALIDADE DO SONO

MELHORA A AUTO-ESTIMA, A AUTOCONFIANÇA, A AFECTIVIDADE E A SOCIALIZAÇÃO

Folheto elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre:

Ana Martins, Ana Figueira, Leonor Brazão, Filomena Rodrigues, Manuela Sebastião e Sónia Catana
Maio 2011

APÊNDICE VIII – Pedido de Reunião ao Enfermeiro Director da ULS de Castelo Branco, EPE

Exm^o Sr. Enfermeiro Director
da Unidade Local de Saúde de
Castelo Branco, EPE

Leonor Soares Fernandes Brazão, Maria Manuela Marques Antunes Sebastião, e Filomena Maria Gonçalves Simões Rodrigues, Enfermeiras a exercer funções na ULS de Castelo Branco nomeadamente nas UCSP I, II e V, e Sónia de Fátima Martins Barata Catana, Ana Luísa Alves Martins e Ana Sofia dos Santos Figueira, Enfermeiras na mesma ULS a exercer funções nos serviços de Medicina Interna B e Consulta Externa, encontram-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária com Especialização em Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Conforme informámos V.Ex^a, no passado mês de Janeiro, estamos a realizar o nosso estágio de intervenção na comunidade, durante o qual concluímos já o diagnóstico de situação no âmbito da “Qualidade de Vida no Idoso”.

Desta forma, e no sentido de dar conhecimento a V.Ex^a dos resultados obtidos e a proposta do nosso Projecto de Intervenção, vimos solicitar o agendamento de uma reunião conforme a vossa disponibilidade.

Sem outro assunto
Pedem deferimento

APÊNDICE IX – Manual de Procedimentos da Consulta de Enfermagem
segundo as necessidades humanas básicas de Virgínia
Henderson baseado em Berger e Mailloux-Poirier (1995)

Manual de Procedimentos da Consulta de Enfermagem de Saúde do Idoso



Cuidados de Saúde Primários

1 Identificação

Nome: _____

Nº Cartão do SNS:

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ___/___/_____

Morada:

Telefone: _____

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros

Habilitações Literárias: _____

() Analfabeto () até 4ª () 2ª ciclo () ensino superior

Reformado: () Sim () Não

Profissão antes de se reformar:

Ocupação actual:

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Com quem mora _____

Fico sozinho durante muito tempo sozinho? () Não () Sim

Pessoa que pode cuidar de mim em caso de necessidade:

Nome: _____

Grau de vínculo:

Esta pessoa mora próximo de mim? () Sim () Não

Morada: _____

Telefone: _____

2 Motivo de comportamento de procura de saúde:

3 Hábitos de vida:

Fuma () Não () Sim

() Fumo Frequentemente () Fumo Raramente () Parei de fumar

Tipo: _____ Quantidade: _____

Tempo: _____

Bebidas Alcoólicas () Não () Sim

() Bebo Frequentemente () Bebo Raramente () Parei de beber

Tipo: _____

Quantidade: _____

Tempo: _____

Exercício físico () Não () Sim

() Faço Frequentemente () Faço Raramente () Parei de fazer

Tipo: _____

Frequência: _____ Tempo: _____

4 Adesão à Vacinação:

PNV actualizado? () Sim () Não

5 Doenças crónicas:

Medicação Habitual e dosagens

Alergias:

Medicamentos: _____

Alimentos: _____

6 Alterações Sensoriais:

Vê bem? () Sim () Não

Ouve bem? () Sim () Não

7 Avaliação cognitiva

8 Avaliação da situação económica e sócio-familiar

9 Outras informações de interesse para a enfermagem

10 Avaliação das necessidades humanas básicas

Necessidade Respirar

Necessidade		Respirar
Definição		<p>A função respiratória desempenha um papel essencial na manutenção da actividade física e mental do ser humano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O envelhecimento é um dos vários factores, que podem perturbar a função respiratória do Homem.
Dimensões Específicas		<p>Dimensão biofisiológica</p> <p>Imobilidade Tosse Hidratação inadequada Cirurgia Obesidade</p> <p>Dimensão psicológica</p> <p>Ansiedade e stress</p> <p>Dimensão sociológica</p> <p>Tabagismo e poluentes industriais Medicamentos Actividade física</p> <p>Dimensão cultural e/ou espiritual</p> <p>Estados de tensão/exercícios de relaxamento</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>Para avaliar a função respiratória dos idosos, o enfermeiro deve considerar os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas; • Factores de risco; • Patologias crónicas; • Limitações funcionais;
	Análise de dados:	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de dependência actuais ou potenciais; • Causas que dificultam; • Avaliação inicial da função respiratória; • Análise da situação;
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exercícios respiratórios frequentes 2. Actividades físicas moderadas

	<p>3. Postura facilitadora da expansão torácica</p> <p>4. Hidratação adequada</p> <p>5. Humidade e temperatura ambiente nos limites normais</p> <p>6. Ventilação ambiente adequada</p> <p>7. Exercícios de relaxamento, através de respiração adequada</p> <p>Intervenções terapêuticas:</p> <p>O idoso que apresente um problema pertencendo a uma das categorias anteriores deverá seguir um programa de higiene pulmonar adaptado às suas necessidades.</p> <p>Ensino sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exercícios respiratórios 2. Técnica da tosse 3. Medidas gerais para promover a saúde
	<p>Avaliação</p> <p>O enfermeiro faz a avaliação das intervenções destinadas a melhorar as alterações da função respiratória.</p>

Comer e beber

Necessidade	Comer e Beber
Definição	Necessidade do ser humano ingerir, digerir e absorver água, electrólitos e nutrientes essenciais à vida.
Dimensões Específicas	<p>Dimensão biofisiológica</p> <p>Integridade da função mastigar e deglutir</p> <p>Quantidade de líquidos e nutrientes de acordo com as necessidades</p> <p>Horário das refeições</p> <p>Tipos de alimentação</p> <p>Alterações orgânicas associadas ao envelhecimento</p> <p>Dimensão psicológica</p> <p>Emoções</p> <p>Atitudes face aos alimentos</p> <p>Imagem corporal desejada</p> <p>Dimensão sociológica</p> <p>Ambiente físico</p> <p>Clima afectivo</p> <p>Meios financeiros e de transporte</p> <p>Dimensão cultural e/ou espiritual</p>

		Restrições religiosas Hábitos pessoais Prestigio associado a determinados alimentos
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<ul style="list-style-type: none"> • O enfermeiro deve avaliar a necessidade de comer e beber, tendo em conta os principais sintomas associados à nutrição e hidratação, reconhecendo os factores de risco e as doenças crónicas, como também os seus limites.
	Análise de dados:	<ul style="list-style-type: none"> • Índices de satisfação da necessidade de comer e beber; • Problemas de dependência actuais e potenciais; • Principais fontes de dificuldades; • Interações desta necessidade com outras necessidades; ;
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas:</p> <p>Dimensão biofisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> -cuidados à boca e dentes -disfagia e perturbações digestivas -doenças crónicas <p>Dimensão sociológica</p> <ul style="list-style-type: none"> -solidão -baixo rendimento <p>Dimensão psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> -significado dos alimentos <p>Modificação de hábitos alimentares</p> <p>Ensino e informação</p> <p>Intervenções terapêuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar causa do problema nutricional Ajudar a corrigir o problema Ajudar a compreender o problema e adoptar hábitos alimentares saudáveis
	Avaliação	<p>Ao avaliar, o enfermeiro deverá examinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os problemas produzidos pelos diferentes estados patológicos (ao nível da nutrição, dor, desconforto, anorexia e alimentação); • Verificar o efeito das suas intervenções; • Verificar os resultados de um programa de ensino;

Necessidade Eliminar

Necessidade		Eliminar
Definição		Entende-se por eliminação, a eliminação urinária, intestinal, respiratória e cutânea. Necessidade do ser humano rejeitar substância nocivas resultantes do metabolismo
Dimensões Específicas		<p>Dimensão biofisiológica</p> <p>Dieta inadequada Malnutrição Desidratação Distúrbios sensoriais e motores Distúrbios metabólicos e endócrinos Dor Medicação Falta de exercício</p> <p>Dimensão psicológica</p> <p>Emoções Hábitos de higiene e de eliminação Intimidade Dependência de laxantes</p> <p>Dimensão sociológica</p> <p>Organização e controlo sanitário Salubridade dos locais públicos Educação</p> <p>Dimensão cultural e/ou espiritual</p> <p>Valor cultural atribuído à higiene</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>História</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hábitos de eliminação intestinal 2. Regime alimentar 3. Consumo de líquidos 4. Crenças familiares e culturais 5. Cirurgias e patologias anteriores 6. Ambiente circundante 7. Nível de actividade 8. Sintomas 9. medicamentos <p>Exame físico</p>

		<p>O enfermeiro pode fazer a sua avaliação através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Observação física •Examinação do estado da pele •Palpação do abdómen •Avaliação da destreza do beneficiário para se vestir e despir, quando vai à casa de banho
	Análise de dados:	<p>Eliminação fecal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Obstipação 2.Diarreia 3.Incontinência fecal <p>Eliminação urinária</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Retenção urinária 2.Incontinência urinária
	Planeamento dos cuidados:	<p>Obstipação:</p> <p><u>Intervenções preventivas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Horário de eliminação 2.Ingestão suficiente de líquidos 3.Actividades ou exercícios físicos 4.Conhecimento dos alimentos e líquidos que favorecem a eliminação intestinal 5.Técnica de relaxamento <p><u>Intervenções terapêuticas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Laxantes e enemas 2.Regime alimentar 3.Hidratação 4.Exercício 5.Medicamentos 6.Horário de eliminação intestinal <p>Incontinência Urinária</p> <p><u>Intervenções preventivas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Explicar em termos simples as alterações biofisiológicas do sistema urinário e do mecanismo de micção. 2.Demonstrar a importância da hidratação. 3.Recomendar-lhe que urine assim que sentir necessidade. 4.Ensinar-lhe técnicas de relaxamento. 5.Recomendar-lhe que esvazie sempre a bexiga, antes de sair à rua. 6.Aconselhá-lo a consultar o médico ao primeiro sinal de alteração urinária.

		<p><u>Intervenções Terapêuticas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Ser empático e compreender o bloqueio psicológico e os sentimentos do beneficiário, •Aconselhar o aumento do consumo de líquidos, •Tonificar por intermédio de exercícios adequados o músculo detrusor, •Devem ser evitados bebidas diuréticas, e sempre que forem consumidas, o beneficiário deverá urinar cerca de meia hora depois.
	<p>Avaliação</p>	<p>Obstipação</p> <ul style="list-style-type: none"> •Número de laxantes, enemas ou supositórios utilizados; •Respeito pela dieta e exercícios; •Satisfação do beneficiário em relação à frequência das dejeções; •Ausência de incontinência fecal; •Ausência de fecaloma; •Ausência de alteração cutânea; •Ausência de perturbação electrolítica. <p>Incontinência urinária</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O beneficiário sente necessidade de esclarecimentos relacionados com alterações fisiológicas da função urinária ou sintomas relacionados? 2. Foi feita uma avaliação médica em que se detectou sintomatologia urinária? 3. Quantas micções involuntárias teve o utente nos últimos quinze dias? 4. O beneficiário apresenta sinais de efeitos secundários, como isolamento social e/ou alteração da integridade da pele? 5. Toma algum medicamento que interfira com a função urinária?

Necessidade Movimentar-se e manter uma postura correcta

<p>Necessidade</p>	<p>Mover-se e manter uma boa postura</p>
<p>Definição</p>	<p>É uma necessidade que todo o ser humano apresenta, através de movimentos coordenados.</p> <p>A manutenção de um bom alinhamento corporal permite ao organismo desempenhar eficazmente todas as suas funções de uma forma precisa, prevenindo assim lesões.</p>

Dimensões Específicas		<p>Dimensão biofisiológica</p> <p>Coordenação da actividade tónica Integridade do sistema cardiovascular e vestibular Processo de envelhecimento Doenças e dor Medicamentos Deterioração sensorial e de memória</p> <p>Dimensão psicológica</p> <p>Rigidez do pensamento ansiedade</p> <p>Dimensão sociológica</p> <p>Factores ambientais (cadeiras de rodas,...) Políticas de estabelecimento de saúde em matéria de prevenção de quedas Disponibilidade da rede social de suporte</p> <p>Dimensão cultural e/ou espiritual</p> <p>Tradições, costumes e modas</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>•A avaliação da independência, pode ser muito complexa devido a múltiplos factores, daí ser necessário avaliar vários parâmetros como:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Estado da função motora •Qualidade e tipo de actividade física •As doenças •Medicamentos •Atitude psicológica •Ambiente •Outros factores (como a idade, hábitos, dor e debilidade).
	Análise de dados:	<p>A análise e interpretação dos dados recolhidos pelo enfermeiro permitem identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Manifestações de independência do beneficiário; •Problemas de dependência actuais e potenciais; •Principais fontes de dificuldade, assim como interacções desta necessidade com outras.
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Motivação do enfermeiro e do beneficiário; 2.Força e resistência muscular; 3.Flexibilidade das articulações. <p>Intervenções terapêuticas</p>

		<p>Estas intervenções assentam nos mesmos pontos que as intervenções preventivas. (a motivação do enfermeiro e do beneficiário; a força e resistência muscular; a flexibilidade das articulações).</p> <p>Visam a eliminação dos efeitos prejudiciais da imobilidade, maximizando a mobilidade de acordo com os limites de cada pessoa.</p>
	Avaliação	<p>A eficácia das intervenções preventivas e terapêuticas pode ser avaliada através do:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tonus muscular; •Força e dimensão dos músculos; •Resistência e amplitude de movimentos.

Necessidade Dormir e repousar

Necessidade	Repouso e sono
Definição	<p>O sono: “um estado de consciência alterado ou como um estado de consciência parcial do qual uma pessoa pode sair mediante estímulo adequado.”</p> <p>O repouso e o sono dependem do relaxamento muscular.</p>
Dimensões específicas	<p>Dimensão Biofisiológica</p> <p>Alterações sensoriais Luz / Obscuridade; Temperatura corporal; Sestas; Doenças; Medicamentos; Estimulantes.</p> <p>Dimensão Psicológica</p> <p>Stress; Ansiedade; Depressão; Medos; Inquietação.</p> <p>Dimensão Sociológica</p> <p>Alterações de Rotina; Barulho; Grau de intimidade partilhado;</p>

		<p>Temperatura; Solidão.</p> <p>Dimensão Cultural</p> <p>Crenças; Valores.</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>Descrição do problema pelo utente; Diário do sono; Informação obtida a partir das pessoas mais próximas do utente; Tratamento medico e Patologias.</p>
	Análise de dados:	<p>Podem ser revelados problemas actuais ou potenciais;</p>
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções Terapêuticas:</p> <p>Diminuir os efeitos dos problemas de dependência.</p> <p>Intervenções Preventivas:</p> <p>Assegurar conforto físico Diminuir o stress psicológico Planear um horário de repouso e actividade Assegurar um ambiente adequado</p>
	Avaliação	<p>Numa avaliação inicial, o enfermeiro deve observar o utente durante o sono.</p> <p>Deve ser realizada a partir da qualidade e padrão do sono do beneficiário.</p>

Necessidade Vestir-se e despir-se

Necessidade	Vestir e despir
Definição	<p>Necessidade do ser humano proteger o corpo em função do clima, das normas sociais e pessoais do pudor.</p>
Dimensões específicas	<p>Dimensão Biofisiológica</p> <p>Processo de senilidade a nível ósseo, muscular, aparelho locomotor, pele e olhos.</p> <p>Deteriorações neuromusculares Distúrbios músculo-esqueléticos Défices cognitivos depressão</p> <p>Dimensão Psicológica</p> <p>Importância dada ao vestuário</p>

		<p>Constrangimento e pudor</p> <p>Preferências</p> <p>Não conformismo</p> <p>Dimensão Sociológica</p> <p>Normas sociais e moda</p> <p>Período do dia</p> <p>Clima</p> <p>Nível-socio-económico</p> <p>Dimensão Cultural</p> <p>Religião e cultura</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>História</p> <p>Exame físico</p> <p>Exame das funções mentais</p>
	Análise de dados:	Podem ser revelados problemas de dependência e emocionais
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções Preventivas</p> <p>Intervenções acerca do tipo de tecidos, de termoregulação e do sistema músculo-esquelético</p> <p>Intervenções Terapêuticas:</p> <p>Intervenções gerais para diminuir os efeitos dos problemas de dependência</p> <p>Intervenções dirigidas a pessoas com défices visuais</p> <p>Intervenções dirigidas a pessoas com défices cognitivos</p>
	Avaliação	<p>Numa avaliação inicial, o enfermeiro deve observar se o idoso demonstra:</p> <p>capacidade de se vestir</p> <p>aceita ajuda</p> <p>ser capaz de utilizar aparelhos adequados que facilitem a sua independência</p>

Necessidade Manter a temperatura corporal nos limites normais

Necessidade	Manter a Temperatura do Corpo
Definição	Manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais
Dimensões específicas	Dimensão Biofisiológica

		<p>O idoso tem uma temperatura corporal inferior à do adulto; Nas mulher em menopausa verifica-se uma estabilização da temperatura corporal.</p> <p>Dimensão Psicológica Emoções; Ansiedade; Stress.</p> <p>Dimensão Sociológica Situação de vida; Clima; Conforto de alojamento; Temperaturas extremas.</p> <p>Dimensão Cultural Muitos idosos vestem-se sempre da mesma maneira, independentemente da estação. Vestuário escuro no Verão.</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>Temperatura do corpo; Resposta do idoso às modificações de temperatura externa e interna; Utilização de medidas terapêuticas capazes de modificar a temperatura corporal; Factores socioeconómicos; Nível de actividade; Factores fisiológicos;</p>
	Análise de dados:	<p>Hipotermia potencial; Hipertermia potencial; Termorregulação ineficaz.</p>
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas Avaliação da temperatura Reconhecer factores de risco e agir sobre eles Ensino preventivo: Prevenção da hipotermia e da hipertermia</p> <p>Intervenções terapêuticas Prevenção. Conhecem meios para a manutenção da temperatura corporal</p>
	Avaliação	<p>Verificar se os beneficiários: Conhecem um método fiável para a avaliação da temperatura corporal; Reconhecem sinais de hipotermia e hipertermia.</p>

		Sabem como reagir às situações de stress;
--	--	---

Necessidade Higiene pessoal e proteger tegumentos

Necessidade	Higiene pessoal e proteger tegumentos	
Definição	Necessidade que o ser humano tem de cuidados de higiene corporal	
Dimensões específicas	<p>Dimensão Biofisiológica Modificações produzidas pelo envelhecimento ao nível dos tegumentos e sistema músculo-esquelético Doenças crónicas e agudas Défices visuais e cognitivos Estado nutricional</p> <p>Dimensão Psicológica Imagem corporal Hábitos de limpeza do corpo e vestuário Constrangimento e pudor</p> <p>Dimensão Sociológica Irritantes externos Instalações sanitárias Corrente social</p> <p>Dimensão Cultural Significado da higiene e limpeza na família e cultura</p>	
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	História (se necessita de ajuda, hábitos de higiene) Exame físico (pele, boca, cabelos, unha e pés) Exame das funções mentais
	Análise de dados:	Problemas de dependência actuais e potenciais Manifestações de dificuldade Interacções com outras necessidades
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas Identificar os idosos que apresentam factores de risco ou que predis põem a alterações da integridade dos tegumentos e/ou défice de autocuidado a nível da higiene pessoal</p> <p>Intervenções terapêuticas</p>

		<p>Intervenções gerais em relação aos idosos que apresentem défice dos cuidados de higiene corporal</p> <p>Intervenções em relação aos idosos que apresentem alterações da integridade da pele</p> <p>Intervenções em relação aos idosos que apresentem alterações da mucosa oral</p>
	Avaliação	<p>Todas as intervenções devem ser basear-se:</p> <p>resultados obtidos (face aos objectivos)</p> <p>satisfação do idoso</p> <p>processo</p>

Necessidade Evitar os perigos

Necessidade	Evitar perigos
Definição	<p>Necessidade que o ser humano tem de se proteger contra as agressões internas ou externas com vista a manter a sua integridade física e mental</p> <p>Necessidade que o ser humano tem de controlar o ambiente para garantir a sua segurança</p>
Dimensões específicas	<p>Dimensão Biofisiológica</p> <p>Perda de eficácia dos mecanismos de defesa (termorregulação e imunidade)</p> <p>Alterações sensoriais e motoras que propocionam mais quedas e acidente e ao consumo de medicamentos abusivo</p> <p>Dimensão Psicológica</p> <p>Auto-estima e auto-conceito (perigo para a saúde mental)</p> <p>Diminuição dos mecanismos de defesa psicológica que provoca comportamentos inadequados</p> <p>Aumento das doenças mentais</p> <p>Dimensão Sociológica</p> <p>Dificuldade de manter os papeis sociais</p> <p>Falta de conhecimentos sobre recursos disponíveis</p> <p>Fracos rendimentos para tomar medidas necessárias para se proteger</p> <p>Dimensão Cultural e/ou espiritual</p> <p>Normas culturais e valores</p> <p>Valorização da velhice (etnias)</p> <p>Pertencer a grupos religiosos (diminui a solidão)</p>

<p>Processo de Enfermagem</p>	<p>Colheita de dados:</p>	<p>Esta etapa deve ser feita em função de três categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- depressão, luto e conceitos relacionados: suicídios, perdas, atentado à auto-imagem, situação de crise b- comportamentos individuais e situações que ameaçam a integridade: medo e ansiedade, distúrbios mentais, solidão, dor, consumo abusivo de medicamentos e álcool c- riscos ambientais: quedas, acidentes, actos de violência e abusos
	<p>Análise de dados:</p>	<p>Problemas de dependência actuais e potenciais</p> <p>Principais fontes de dificuldades</p> <p>Interacções com outras necessidades</p>
	<p>Planeamento dos cuidados:</p>	<p>É mais fácil agrupar por potenciais problemas que necessitam de intervenção preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- <u>problemas do ambiente</u> manter um ambiente seguro e assegurar um controlo sobre esse ambiente assegurar que os idosos que vivem sozinhas recebam ajuda tornar um ambiente estimulante b- <u>problemas que se relacionam com comportamentos de risco</u> instaurar um clima de confiança intervir durante uma situação de crise utilizar as redes de apoio, médicas, psicológicas e sociais diminuir sentimentos depressivos ajudar o idoso a retomar o controlo da sua vida c- <u>problemas que resultam da diminuição da auto-estima</u> d- <u>problemas que se ligam à existência de stress e ansiedade</u> favorecer a diminuição de sintomas identificar factores de ansiedade e stress modificar comportamentos vigiar consumo de medicamentos <p>Intervenções terapêuticas</p> <p>Devem ser dirigidas aos seguintes problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- dor b- luto e perdas c- depressão d- outros problemas psicológicos e- actos de violência e abusos

	Avaliação	É mais fácil avaliar de maneira global a integridade física e psicológica do que o resultado de cada intervenção
--	------------------	--

Necessidades Comunicar com os seus semelhantes

Necessidade		Comunicar
Definição		Necessidade que o ser humano tem de permuta com o seu semelhante (processo verbal e não verbal)
Dimensões específicas		<p>Dimensão Biofisiológica</p> <p>Integridade dos órgãos sensoriais Integridade do sistema locomotor Doença de Parkinson e/ou défices cognitivos Processo de senescência</p> <p>Dimensão Psicológica</p> <p>Inteligência Percepção Personalidade Emoções</p> <p>Dimensão Sociológica</p> <p>Pessoas envolventes Ambiente inadequado</p> <p>Dimensão Cultural e/ou cultural</p> <p>Educação e cultura Estatuto social</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p><u>História</u></p> <p>– Personalidade –Pessoas significativas –Perdas –Sexualidade</p> <p><u>Capacidades perceptuais</u></p> <p>– Alterações sensoriais</p> <p><u>Estado mental</u></p> <p>– Funções cognitivas –Orientação</p>
	Análise de	Problemas de dependência actuais e potenciais

	dados:	Principais fontes de dificuldades Interacções com outras necessidades
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas Estas devem incidir em três campos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comunicação - ambiente - rede de suporte <p>Intervenções terapêuticas Estas devem ter em conta os diagnósticos feitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alteração da comunicação - isolamento social - alteração do padrão da sexualidade - alteração no processo de pensamento
	Avaliação	<p>Deve ser feita uma avaliação de resultados das intervenções nos quatro elementos avaliados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alteração da comunicação (capacidade de exprimir as suas necessidades) - alteração das capacidades sensório-perceptuais (presença normal de vigília e consciência do ambiente que o rodeia) - alteração do padrão da sexualidade (intervenções prestadas melhoram a saúde sexual do idoso) - alteração no processo de pensamento (confusão)

Necessidade Praticar a sua religião ou agir segundo as suas crenças

Necessidade	Agir de acordo com as suas crenças e valores
Definição	Necessidade de o ser humano actualizar os seus valores e de seguir uma ideologia religiosa ou não religiosa
Dimensões específicas	<p>Dimensão Biofisiológica Integridade neuromuscular Presença de doenças ou imobilidade</p> <p>Dimensão Psicológica Presença de emoções ligadas à doença e à velhice Concepção pessoal da vida Desejo de comunicar com o ser supremo Estado mental Personalidade Capacidade de adaptação à doença e à morte</p> <p>Dimensão Sociológica</p>

		<p>Liberdade de escolha ou controlo pelas pessoas que o rodeiam</p> <p>Afastamento do lugar do culto ou falta de meios</p> <p>Pressões e atitudes sociais desfavoráveis</p> <p>Dimensão Cultural</p> <p>Influência da cultura</p> <p>Preconceitos</p> <p>Valores culturais e tradicionais</p> <p>Dimensão Espiritual e/ou religiosa</p> <p>Pertença a uma religião ou adesão a uma filosofia</p> <p>Importância da religião para os idosos</p> <p>Convicções religiosas facilitam a adopção de atitudes mais positivas face à realidade da velhice e da morte</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	<p>Identificar a importância para o idoso da necessidade de agir segundo as suas crenças e valores</p> <p>Problemas de dependência actuais e potenciais</p> <p>Principais fontes de dificuldades</p>
	Análise de dados:	<p>Sofrimento espiritual por incapacidade de praticar a sua religião</p> <p>Sofrimento espiritual por conflito entre as suas crenças e o estado de saúde</p>
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas</p> <p>Avaliar as suas necessidades espirituais dos idosos a partir do seu quadro de referência</p> <p>Intervenções terapêuticas</p> <p>Avaliar a origem da dificuldade e adoptar os meios necessários para eliminar esses factores</p>
	Avaliação	<p>Não é fácil avaliar o resultado das intervenções que visam manter e restabelecer esta necessidade porque muitas destas intervenções fazem-se de maneira indirecta.</p>

Ocupar-se de forma a sentir-se útil

Necessidade	Ocupar-se de forma a sentir-se útil
Definição	Necessidade que o ser humano tem de desempenhar actividades que lhe permitem satisfazer as suas necessidades ou ser útil aos outros
Dimensões específicas	<p>Dimensão Biofisiológica</p> <p>Capacidade física</p> <p>Integridade neurológica e músculo-esquelética</p> <p>Nível de energia</p>

		<p>Doenças e dor</p> <p>Dimensão Psicológica Depressão e auto-estima Desejo de se realizar</p> <p>Dimensão Sociológica Papeis sociais Diminuição dos recursos financeiros Grupos de interesse Voluntariado</p> <p>Dimensão Cultural e/ou espiritual Valor atribuído ao trabalho</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	Avaliar o género de trabalho que o idoso efectuava na sua vida activa e o que o trabalho ou ocupação representava para ele
	Análise de dados:	Problemas de dependência actuais e potenciais Manifestações e causas de dificuldade Interações com outras necessidades
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas Sugerir ao idoso os meios para se realizar, tendo em conta a sua personalidade, idade, religião, profissão, nível de escolaridade Encorajar a manter as suas actividades habituais</p> <p>Intervenções terapêuticas Intervir em função de determinados factores como papeis, actividades: -manter a esperança de que ainda tem algumas capacidades - manter o controlo sobre a sua vida - manter uma boa imagem de si e do seu valor -ultrapassar o sentimento de impotência Implicar a família e as pessoas mais próximas</p>
	Avaliação	Avaliar se o idoso: tem maior controlo do ambiente e das situações faz um maior número de escolhas quanto à sua vida pessoal e ao regime terapêutico exprime sentimentos positivos de si próprio

Necessidade Divertir-se

Necessidade	Divertir-se
Definição	Necessidade do ser humano tem de se recrear através de uma

		ocupação agradável, com a finalidade de conseguir uma descontração física e psicológica
Dimensões específicas		<p>Dimensão Biofisiológica Capacidade de movimentos Integridade sensorial, do sistema músculo-esquelético e nervoso Dor Força física</p> <p>Dimensão Psicológica Desejo de se divertir Capacidade de ir ao encontro dos outros Preferência por uma forma de distração</p> <p>Dimensão Sociológica Organização social Rede de suporte Ambiente</p> <p>Dimensão Cultural e/ou espiritual Festas populares tradicionais valor atribuído aos tempos livres</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	Avaliar: a actividade actual e a passada as actividades preferidas razões que justificam o não exercício de outras actividades
	Análise de dados:	Analisar as barreiras ou impedimentos à prática de actividades recreativas. Estas barreiras podem ser de ordem física, psicológica, cognitiva ou sócio-económica
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas Informação da importância de manter as suas actividades recreativas habituais Assegurar-se de que o idoso tem uma rede de transportes necessárias para se deslocar às suas actividades</p> <p>Intervenções terapêuticas Preparar intervenções em função da dificuldade (monotonia, falta de motivação, isolamento social), de modo a ser capaz de reduzir essas causas.</p>
	Avaliação	Avaliar se o idoso: está satisfeito com o seu nível de actividade actual faz parte de algum grupo social não apresenta queixas de monotonia

Necessidade Aprender

Necessidade		Aprender
Definição		Necessidade que o indivíduo tem de adquirir conhecimentos, atitudes e habilidades para modificação de comportamentos ou aquisição de outros, com a finalidade de manter ou recuperar a saúde
Dimensões específicas		<p>Dimensão Biofisiológica</p> <p>Integridade dos órgãos sensoriais Problemas respiratórios Défices cognitivos</p> <p>Dimensão Psicológica</p> <p>Auto-imagem Ansiedade e medo Mecanismos de defesa Fases de adaptação ao problema de saúde Motivação para aprender Experiência de vida</p> <p>Dimensão Sociológica</p> <p>Nível de escolaridade Família e rede de suporte</p> <p>Dimensão Cultural e/ou espiritual</p> <p>Cultura Língua falada Valores e crenças em relação à saúde e à doença Religião</p>
Processo de Enfermagem	Colheita de dados:	Avaliar o que o idoso sabe sobre a sua situação actual e a importância que atribui a essa situação Avaliar a necessidade do idoso em saber mais e que tipo de informação deseja obter
	Análise de dados:	Problemas de dependência actuais e potenciais Manifestações e causas de dificuldade Interações com outras necessidades
	Planeamento dos cuidados:	<p>Intervenções preventivas</p> <p>Estas intervenções comportam-se como ensinamentos tendo em conta a faixa etária</p> <p>Intervenções terapêuticas</p> <p>São também consideradas ensinamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ter em conta as limitações do idoso - ter em conta a frequência, fadiga e dor - ter em conta as dificuldades de concentração e memorização

	Avaliação	Assegurar que o idoso compreendeu todas as informações transmitidas e que está capacitado para as integrar
--	------------------	--

APÊNDICE X – Guia de Saúde do Idoso

Guia de Saúde do Idoso



"Tenha sempre presente
que a pele se enruga,
o cabelo embranquece,
os dias convertem-se em anos...
Mas o que é importante não muda...
a sua força e convicção não têm idade.
O seu espírito é como qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.
Enquanto estiver viva, sinta-se viva.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desista.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em si..
Faça com que, em vez de pena, tenham respeito por si.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.
Mas nunca se detenha".

(Madre Teresa de Calcutá)

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é o processo universal, marcado por mudanças bio-psicosociais específicas associadas à passagem do tempo, um fenómeno inerente ao processo de vida que varia de indivíduo para indivíduo.

Envelhecer não significa necessariamente adoecer, o indivíduo pode envelhecer de forma natural, sabendo conviver bem com as limitações impostas pelo passar dos anos e mantendo-se activo até fases tardias da vida.

O Manual de Saúde da Pessoa Idosa é preenchido no momento da realização da consulta de enfermagem ao utente com 65 ou mais anos de idade na unidade de saúde ou na visita domiciliária.

A função primordial deste Manual de Saúde da Pessoa Idosa é, portanto, propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e outros aspectos que possam interferir na sua qualidade de vida. Antes de adoecer, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco e é função do profissional de saúde, por meio do registo neste manual identificar esses sinais para que as intervenções de enfermagem possam contribuir não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz.

É importante que traga sempre este manual e não se esqueça de levá-lo às consultas com os profissionais de saúde.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Nº Cartão do SNS:

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ___/___/_____

Morada:

Telefone: _____

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Outros

Habilitações Literárias: _____

() Analfabeto () até 4ª () 2ª ciclo () ensino superior

Reformado: () Sim () Não

Profissão antes de se reformar:

Ocupação actual:

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Hábitos de vida:

Fuma () Não () Sim

() Fumo Frequentemente () Fumo Raramente () Parei de fumar () Não fumo

Tipo: _____ Quantidade: _____

Tempo: _____

Bebidas Alcoólicas () Não () Sim

() Bebo Frequentemente () Bebo Raramente () Parei de beber () Não bebo

Tipo: _____

Quantidade: _____

Tempo: _____

Exercício físico () Não () Sim

() Faço Frequentemente () Faço Raramente () Parei de fazer () Não faço

Tipo: _____

Frequência: _____ Tempo: _____

Com quem mora _____

Fico sozinho durante muito tempo sozinho? () Não () Sim

Pessoa que pode cuidar de mim em caso de necessidade:

Nome: _____

Grau de vínculo:

Esta pessoa mora próximo de mim? () Sim () Não

Morada: _____

Telefone: _____

Como classifica a sua saúde?

a) Muita Boa b) Boa c) Regular d) Má e) Muito Má

Doenças crónicas:

Medicação Habitual e dosagens

Outras informações importantes

Internamentos

Ano _____

Obs: _____

Ocorrência de quedas

Ano _____

Obs: _____

Alergias:

Medicamentos: _____

Alimentos: _____

VACINAS

Informações sobre a vacina a ser aplicada:

Vacina da Gripe:

Data	Nome Comercial	Lote

Vacina do Tétano e Difteria:

Data	Nome Comercial	Lote

Vacina Pneumocócica

Data	Nome Comercial	Lote

AGENDA DE CONSULTAS

Data	Local	Hora

Valores de Sinais vitais

PARÂMETRO	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
TA							
FC							
PESO							
ALTURA							
GLICÉMIA							
PERIMETRO ABDOMINAL							

Anotações importantes

Conselhos Práticos

Exercício Físico



Benefícios da actividade física

- Aumento da flexibilidade e amplitude dos movimentos;
- Aumento da massa muscular e diminuição da gordura corporal;
- Perda de peso pelo aumento do consumo energético;
- Melhoria da qualidade do sono;
- Promove o bem-estar psicológico, o controle da ansiedade e depressão;
- Melhoria dos sintomas de depressão associados à menopausa;
- Redução da perda óssea;
- Melhoria da capacidade cardio-pulmonar;
- Alívio das dores articulares relacionadas com a má postura;
- Controlo dos níveis de glicémia, diminuindo as complicações da diabetes;
- Diminuição dos lípidos (gordura) no sangue, com melhor circulação sanguínea;
- Diminuição da Tensão arterial;
- Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte;
 - Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;
 - Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fracturas do colo do fémur nas mulheres;
 - Pode ajudar no tratamento de situações dolorosas, nomeadamente dores lombares e dores nos joelhos;
 - Ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável)

- Permite a integração e a participação na comunidade;
- Permite uma actividade social que lhe pode proporcionar sentimentos de satisfação e produtividade;
- Permite preservar e readquirir a flexibilidade, o equilíbrio e a coordenação de movimentos, (Evita lesões e previne quedas);

Características do exercício físico no idoso

- Iniciação progressiva para melhorar a condição cardiovascular, respiratória e osteo-articular;
- Iniciar com períodos de marcha de duração crescente;
- Regular os batimentos cardíacos;
- Cumprir alguns minutos de aquecimento, a ritmo lento, com exercícios de fraca amplitude, automobilização, e alongamentos.

Actividades que o idoso pode fazer?

- Caminhada
- Danças de salão
- Ioga
- Natação
- Hidroginástica
- Hidroterapia
- Ginástica
- Jardinagem

Contra-indicações para a prática de actividade física

- Enfarte do miocárdio recente (« 6 semanas)
- Insuficiência cardíaca;
- Suspeita ou conhecimento de flebites;
- Infecções activas ou recentes;
- Transtornos metabólicos não controlado.

Alimentação Saudável



Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, os nutrientes (que constituem os alimentos), promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, e fornecem energia ao corpo.

Fazer uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças (como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, tensão alta, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas.

RECOMENDAÇÕES

Uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para desempenhar as suas actividades básicas.

Embora necessite de menos calorias do que quando era jovem, necessita sempre dos mesmos nutrientes, em igual quantidade, excepto no caso do cálcio e vitamina D cujas necessidades aumentam com a idade,

Inclua na sua alimentação alimentos dos 7 grupos da Roda dos Alimentos, nas seguintes quantidades aproximadas:

- Cereais e derivados, tubérculos – às principais refeições
- Hortícolas – 400 gr. /dia
- Fruta – 2 a 3 peças/dia
- Lacticínios – 750 ml = 3 chávenas médias por dia
- Carnes, pescado e ovos – às refeições
- Carne: prefira as carnes brancas (frango, peru, coelho, porco)
- Peixe: prefira o peixe à carne que deve consumir pelo menos 3 x por semana
- Ovos: 2 a 3 por semana

- Leguminosas – às refeições
- Gorduras e óleos – para temperar (evite as gorduras saturadas, prefira o azeite)
- Beba água: pelo menos 1,5 l/dia (ou chás de ervas)
- Tomar sempre o pequeno-almoço, evitar estar longos períodos em jejum,
- O pequeno-almoço deve constituir uma refeição equilibrada: inclua sempre leite ou equivalente (1 chávena de leite equivale a 2 iogurtes naturais, 2 fatias de queijo, 100 gr. de requeijão), pão ou cereais e fruta,
- Não fazer intervalos entre as refeições superiores a 3 horas,
- Não se esqueça que a sopa é uma excelente forma de consumir produtos hortícolas (hortaliças e legumes),
- Reduza o consumo de sal (substituindo-o por ervas aromáticas, especiarias, alho, louro, limão...) e evite alimentos ricos em sal (caldos instantâneos ou “cubos de carne”),
- Limite o consumo de açúcar refinado (o que faz parte dos bolos, sumos, doces...)

Solidão



A promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais vertentes a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas.

A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais está directamente relacionadas com a actividade social, o convívio, o sentir-se útil a familiares e/ou à comunidade.

As pessoas idosas devem participar em actividades de grupo, de preferência intergeracionais, actividades de aprendizagem e de conhecimento de novos lugares.

Conviver, é fundamental para a prevenção de diversos problemas das pessoas idosas e para a promoção do envelhecimento saudável.

Todas as estratégias que sejam possíveis de desenvolver e que promovam o convívio e a sociabilidade são de grande valia para as pessoas idosas, tendo um efeito na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar.

O trabalho voluntário pode ser um instrumento essencial para a promoção da sociabilidade, porque desenvolve o sentido de pertença a uma comunidade, o sentimento de

ajuda e de se sentir útil, com efeitos positivos na auto-estima e na saúde, em suma é uma excelente forma de promover o envelhecimento saudável.

Quedas



Causas mais frequentes de acidentes:

- Má iluminação;
- Escadas com degraus de tamanhos diferentes;
- Mobiliário instável;
- Banheira ou chuveiro sem barras de apoio ou tapete antiderrapante;
- Fios eléctricos ou de telefone, deixados no chão;
- Portas não niveladas com o chão;
- Andar sobre pavimentos molhados, húmidos ou encerados;
- Pôr-se em cima de bancos, escadote ou cadeira;
- Tapetes de quarto sem forro antiderrapante;
- Tapetes pequenos;
- Andar só com as meias ou usar chinelos ou sapatos mal ajustados;
- Deficiente funcionamento dos mecanismos de equilíbrio;
- Diminuição da orientação no espaço, por problemas de visão ou audição;
- Efeito de medicação (diminuem a vigilância)

Prevenção das quedas:

- Fazer exercício físico com regularidade, de modo a melhorar a condição física, em termos de agilidade e rapidez de resposta.
- Cumprir uma dieta equilibrada;
- Prevenir a osteoporose;
- Cumprir as prescrições medicamentosas;
- Tratar calosidades e verrugas dolorosas;
- Usar sapatos à medida, com solas aderentes de borracha, com saltos largos, calcanhares reforçados e presilhas ou atacadores (evitar que os pés dancem dentro dos sapatos).

- Não usar camisas de dormir nem roupões compridos, para não tropeçar;
- Recuperar o equilíbrio quando se muda de uma posição para outra;
- Ao levantar da cama, sentar primeiro alguns minutos, e ficar parado alguns minutos antes de começar a andar;
- Proceder de forma equivalente ao levantar-se de uma cadeira;
- Aprender a dobrar-se e a alcançar adequadamente o que se pretende, sem perder o equilíbrio;

Na casa de banho:

- Mantenha o chão seco depois de tomar banho, ou se possível coloque um tapete com ventosas;
- Instale barras de apoio próximas do chuveiro e da sanita;
- Em caso de falta de equilíbrio, utilizar uma cadeira de chuveiro;
- Não tranque a porta da casa de banho;

Como proceder após uma queda:

- Comunicar sempre ao Médico e/ou Enfermeira, porque ainda que não cause lesões a queda pode ser sinal de doença ou devida à medicação tomada;
- Em caso de dor muito intensa e localizada (suspeita de fractura), não deve tentar levantar-se; pedir ajuda imediata e manter a temperatura corporal.

Medicação



As pessoas idosas têm com alguma frequência vários medicamentos para tomar.

Como é importante não trocar o horário em que se devem tomar os diferentes medicamentos, tenha consigo uma folha de papel com a informação detalhada das horas a que deve tomar os diferentes medicamentos para que não existam enganos.

Depressão



A depressão é uma das alterações mais comuns das pessoas idosas com grande influência no seu bem-estar. A tristeza e o isolamento, em geral acompanham este problema.

Se sente que possa estar com depressão procure apoio psicoterapêutico falando com o seu profissional de saúde mais próximo.

Numa perspectiva de promoção da saúde mental, a depressão pode ser evitada ou pode melhorar com as actividades de ar livre e de grupo que podem ser uma das formas principais de terapia para a depressão das pessoas idosas.

Funções mentais e cognitivas



As funções mentais e cognitivas têm uma enorme importância na autonomia da pessoa idosa. Estas capacidades têm tendência a diminuir com a idade, mas pode ser feita a prevenção desse enfraquecimento com actividades de vários tipos, que devem ser fomentadas.

Em especial, são promotoras das capacidades cognitivas, a leitura, os treinos da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, as actividades com as mãos, o convívio com outras pessoas, de preferência de várias gerações.

Sono



É importante que descanse embora não tenha tanta necessidade de dormir nesta idade. Se apresenta alterações do seu ritmo de sono pode seguir algumas das medidas que se seguem, caso persistam deve consultar o seu profissional de saúde mais próximo.

- Estabelecer horários e rotinas regulares para deitar e despertar
- Evitar a permanência na cama quando acordado
- Dormir o número de horas suficientes para sentir-se restabelecido
- Usar a cama somente para dormir (quando sentir sono)
- Manter o mínimo de sestas durante o dia com duração de 10 a 15 minutos nos momentos de maior sonolência diurna
- Manter rotina diária bem estruturada
- Tomar a medicação rigorosamente como prescrita
- Evitar consumo de bebidas com cafeína (chá, café, refrigerantes, chocolate, chimarrão) após o almoço e antes de deitar
- Evitar cigarro e álcool
- Restringir ingestão hídrica antes de dormir
- Fazer refeição noturna leve
- Atividade regular e adequada às condições de saúde do idoso (exercícios de leve a moderada intensidade) pela manhã ou 6 horas antes de adormecer
- Equilibrar actividades diárias e repouso
- Manter a temperatura confortável, nível de ruído baixo e luminosidade do quarto adequada para facilitar o sono (iluminação indireta e de baixa intensidade para evitar acidentes durante os despertares noturnos)
- Roupas de cama macias e esticadas para evitar maceração da pele e escaras
- Mobiliário e colchões em bom estado de conservação
- Manter interações sociais
- Evitar stress

- Expor-se à luz do dia
- Estimulação ambiental aumentada durante o dia e diminuída à noite
- Realizar exercício de relaxamento muscular progressivo imediatamente antes de deitar
- Ler ou ouvir música relaxante para indução do sono
- Aquecer pés e mãos
- Limitar o tempo na cama à noite e restringir o sono diurno
- Terapia cognitiva para insónia

Mandamentos para as Pessoas Idosas

