



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Prof^ª. Dr.^ª Filomena Martins
Coorientador: Prof^ª. Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Maria do Rosário Semedo Castro
Nº 77

Fevereiro
2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Prof^a. Dr.^a Filomena Martins
Coorientador: Prof^a. Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Maria do Rosário Semedo Castro
Nº 77

Fevereiro
2015

Amadurecer é um ato complicado... Perceber a hora de mudar é ainda mais difícil, mas não tanto se encontrarmos uma certa figura capaz de abrir os nossos olhos e mostrar que as possibilidades de vida são ilimitadas...

(Autor desconhecido, s/d)

Agradecimentos

À Professora Doutora Filomena Martins, orientadora deste relatório, pela sua disponibilidade, apoio e incentivo.

À Professora Paula Oliveira, coorientadora pela disponibilidade.

A todos os professores da ESSP que lecionaram o III Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos saberes transmitidos.

Aos idosos participantes e familiares, sem eles seria impossível implementar as atividades e atingir os objetivos, e este trabalho não teria razão de existir.

A todas as entidades locais e concelhias pela disponibilidade e cooperação demonstradas.

A todos os colegas do III Curso de Mestrado em Enfermagem da ESSP, pelo apoio, convívio e partilha de saberes.

Às colegas de estágio, sem elas tudo teria sido mais difícil.

À Mónica pelo seu incondicional apoio, por acreditar sempre que sou capaz e que nunca me deixou desistir.

Às minhas filhas, pelos momentos em que as privei da minha companhia, e por continuarem a ser a minha fonte de inspiração.

Ao Carlos, pelo carinho, compreensão, inesgotável paciência e apoio incondicional...

A todos aqueles que de uma forma direta ou indireta ajudaram a concretizar este trabalho, o meu muito obrigado.

Resumo

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. O envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, começa na concepção e continua até ao final da vida. Tal como a saúde a velhice vai-se construindo ao longo da vida através de estilos de vida saudáveis e de um envelhecimento ativo. Assim a educação para a saúde adota um papel fundamental permitindo ao enfermeiro orientar e capacitar o idoso, a família e comunidade da sua competência em gerir a sua própria independência e a sua qualidade de vida.

Com base nestes princípios efetuámos o nosso estágio de intervenção na freguesia da Tramaga no período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014.

Este relatório pretende descrever, analisar e avaliar as atividades planeadas e desenvolvidas durante o estágio. O Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos de idade, levado a cabo na freguesia da Tramaga, permitiu a identificação de problemas e necessidades desta população, direcionando as nossas intervenções para minimização dos mesmos e capacitação de grupos e comunidade na sua resolução. Para a elaboração deste trabalho recorreu-se à metodologia de planeamento em saúde e sessões de educação para a saúde (baseadas na Teoria da Organização Comunitária).

Este Estágio de Intervenção permitiu-nos adquirir as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Planeamento em Saúde, Envelhecimento Ativo, Qualidade de Vida, Estilos de Vida Saudáveis

Abstract

The aging of population is one of the major triumphs of Humanity and also one of the greatest challenges. The aging is an inevitable and irreversible process, it starts on the conception and it goes until death. As health, old age keeps on building lifelong by taking salutary measures, of healthy lifestyles and an active aging. Therefore, the education for health takes an essential paper that allow the nurse to guide and capacitate the elderly, the family and the community of their competence in managing their own independence and quality of life.

It was with base on these principles that we made our intervention internship in Tramaga between 16 september 2013 and 31 january 2014.

This report intends to describe, analyze and evaluate the planned and developed activities during the internship. The Health Diagnostic of the population over 65 years old or more, carried out in Tramaga allowed the identification of problems and needs of this population, aiming our interventions towards the retrenchment of problems and needs.

For the elaboration of this assignment, it was resorted the method of planning in health and educational sessions for health (based on the Theory of the Organization Community).

The Intervention Internship, allowed us to acquire the specific competences of the Nurse Expert in Community Nursing and Public Health defined by the Order of Nurses.

Keywords: Community Nursing, Health Planning, Active Aging, Life Quality, Healthy Lifestyles

Abreviaturas e símbolos

% – por cento

> – maior

≥ – maior ou igual

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CMPS – Camara Municipal de Ponte de Sor

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr – Doutor

EAIVD – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diárias

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

Etc – *et cetera*

f. – folha

GC - Glicémia Capilar

GDS - *Geriatric Depression Scale*

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICC - Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

Km2 - quilómetro quadrado

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial e Saúde

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNAR 75 – Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos

S. Martinho – São Martinho

SPSS^R – *Statistical Package for Social Sciences*

Sr – Senhor

TA - Tensão Arterial

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WHO – World Health Organization

Índice	f
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 – ENVELHECIMENTO	17
1.1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	18
1.1.1 - Alterações Físicas	18
1.1.2 - Alterações Psicológicas	19
1.1.3 - Alterações Sociais	20
1.2 - EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA DO ENVELHECIMENTO	21
1.2.1 - Envelhecimento Demográfico em Portugal	21
1.3 - ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA	23
2 - A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO	25
2.1 - PROBLEMAS MAIS FREQUENTES	26
2.2 - SAÚDE COMUNITÁRIA	26
2.2.1 - O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária	28
2.3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: <i>EMPOWERMENT</i>	30
2.3.1 – Teoria da Organização Comunitária	32
2.4 - PLANEAMENTO EM SAUDE	33
CAPÍTULO II - O LOCAL DE ESTÁGIO	39
1- CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	39
1.1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	39
1.1.1– Escolha da População e Local de Estágio	39
1.2 - CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DA PONTE DE SOR	40
1.2.1 - Situação Territorial e Socio – demográfica	41
1.2.2 - Situação Sócio – económica	41
1.2.3 - Infraestruturas e Rede Social	42
1.2.4 – Recursos de Saúde	44
1.3– FREGUESIA DA TRAMAGA	44
CAPÍTULO III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	47
1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COM RECURSO	
À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	47

2- INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS NA FREGUESIA DE TRAMAGA	48
2.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	48
2.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	51
2.3 - FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS	54
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	69
2.5- ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS.....	78
2.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	78
2.7- EXECUÇÃO	79
2.8- AVALIAÇÃO	86
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA	95
CONCLUSÃO	103
BIBLIOGRAFIA	107
APÊNDICES	114
Apêndice I - Projeto de Estágio de Grupo	115
Apêndice II - Projeto de Estágio Individual	167
Apêndice III - Formulação da questão de investigação	227
Apêndice IV - Bases de dados e limitadores de pesquisa	229
Apêndice V - Resultados da pesquisa nas bases de dados	231
Apêndice VI- Critérios de inclusão e exclusão	233
Apêndice VII - Análise dos artigos	235
Apêndice VIII - Pedido de autorização ao Professor Doutor José Ignacio Martin, da Universidade de Aveiro, para uso de Questionário RNAR_75	242
Apêndice IX - Questionário: necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga	244
Apêndice X - Plano do “Atelier da Saúde”	259
Apêndice XI - Fotos do evento “Atelier da Saúde”	263
Apêndice XII - Cartaz de Divulgação do “Atelier da Saúde”	265
Apêndice XIII - Panfletos de Informação: “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” e “Diabetes, aprender? corrigir? melhorar?”	267
Apêndice XIV - Folha de registo de dados e movimento do “Atelier da Saúde”	272
Apêndice XV - Plano do “Fórum Comunitário”	274
Apêndice XVI - Fotos do “Fórum Comunitário”	277

Apêndice XVII - Convite e Cartaz para participação no Fórum Comunitário	279
Apêndice XVIII - Powerpoint apresentado no Fórum Comunitário	281
Apêndice XIX - Plano da Sessão “Segurança do Idoso”	291
Apêndice XX - Fotos da Sessão “Segurança do Idoso”	294
Apêndice XXI - Convite e Cartaz para participação na Sessão “Segurança do Idoso”	296
Apêndice XXII - Powerpoint apresentado na Sessão “Segurança do Idoso”	298
Apêndice XXIII - Panfletos de informação: ”Prevenir para não cair” e “Inverno em segurança”	304
Apêndice XXIV - Publicação do artigo: “Saber mais, Viver melhor” no Jornal “aporte”	309
Apêndice XXV - Publicação do artigo: “Saber mais, Viver melhor” no Jornal Digital “SORSAÚDE”	311
Apêndice XXVI - Publicação do artigo: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal “aponte”	315
Apêndice XXVII - Publicação do artigo: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal Digital “SORSAÚDE”	317
ANEXOS	321
Anexo I - Artigos selecionados	322
Anexo II - Questionário RNAR_75 (Rastreo de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos)	345
Anexo III - Consentimento autorizado pelo Professor Doutor José Ignacio Martin, da Universidade de Aveiro, para uso do Questionário RNAR_75	357
Anexo IV - Publicação de notícia no Jornal “Ecos Sor” sobre a Sessão” Segurança do Idoso”	359
Anexo V- Monitorização de visualizações dos artigos publicados no Jornal Digital “SORSAÚDE”	361

Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide Etária	22
Figura 2 - Principais etapas no processo de planeamento de saúde.....	35
Figura 3 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	41

Índice de Quadros

Quadro 1 - Evolução na última década: contexto demográfico e social.....	23
Quadro 2 -Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.	45
Quadro 3 - Agrupamento por temas dos problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga.....	52
Quadro 4 - Comparação por pares, valor final é o número de vezes que o problema foi escolhido (Adaptado com base em Tavares 1990 e Imperatori & Giraldes, 1993).	53
Quadro 5 - Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares (Adaptado com base em Imperatori & Giraldes, 1993)	54
Quadro 6 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com a GNR.....	56
Quadro 7 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com representante da Teleassistência Helpphone	57
Quadro 8 - Objectivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à intervenção: Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.....	60
Quadro 9 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com o Presidente da CMPS e Responsável pela área social do Município	61
Quadro 10 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Atelier da Saúde associado às comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga.....	64
Quadro 11 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Fórum Comunitário	65
Quadro 12- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”	67

Quadro 13 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”	68
Quadro 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”	69
Quadro 15 - Potenciais obstáculos, modificações necessárias/ estratégias potenciais .	71
Quadro 16 - Estratégias utilizadas em relação aos problemas priorizados.....	77
Quadro 17 - Descrição das despesas efetuadas e respetivos custos.....	79
Quadro 18 - Média, Moda, Máxima e Mínima da Tensão sistólica e diastólica.....	83
Quadro 19 - Média, Moda, Máxima e Mínima da Glicémia capilar.....	83
Quadro 20 - Número de participantes no Atelier e as idades (media, moda, máxima, mínima e com idade superior ou igual a 65 anos).....	91

INTRODUÇÃO

A problemática do envelhecimento é um tema atual e complexo que muito tem preocupado a sociedade. Nas sociedades desenvolvidas, os progressos da medicina e a melhoria das condições socioeconómicas, contribuíram para o aumento da longevidade da população. Imaginário (2008) refere que nas últimas décadas com a evolução técnico-científica tem-se confirmado uma diminuição da mortalidade infantil e da natalidade e um aumento da esperança média de vida refletindo-se no envelhecimento da população.

A comunidade científica focaliza-se no idoso tentando favorecer um envelhecimento saudável, com autonomia e independência no maior período de tempo possível.

Atualmente as atividades com idosos visam a promoção da saúde e qualidade de vida, para tal é fundamental o idoso aprender a lidar com as transformações do seu corpo e procure um estilo de vida ativo e saudável. Sequeira (2007) afirma que para promover um envelhecimento saudável é necessário pensar no envelhecimento ao longo do ciclo vital e que para promover um envelhecimento ativo é fundamental empregar esforços individuais e coletivos.

O Plano Nacional de Saúde [PNS], 2012-2016, considerando o envelhecimento com crescente expressão demográfica e social, devido ao aumento de esperança média de vida, alerta para o desafio premente para a sociedade, para o sistema de saúde e de proteção social. Ainda de acordo com o mesmo, o aumento da esperança de vida promove o aumento da doença crónica e de comorbilidades que se retratam na maior procura de cuidados de saúde; aumento da incapacidade e dependência com carga variável para a família e para o sistema de saúde. O PNS atual afirma que as intervenções se devem apoiar nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa, e que se devem desenvolver no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; na comunidade; e nas instituições de acolhimento.

É fundamental que todos os profissionais de saúde reconheçam a importância de responsabilizar a comunidade para a mudança de comportamentos visando um

envelhecimento saudável. Na área da saúde, a Enfermagem é segundo o (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE]) (artigo 4º), a profissão que tem como intento

prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, o mais rapidamente possível. Ainda segundo a mesma fonte, o profissional de saúde ao qual é reconhecido e atribuído competências de ordem científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais aos indivíduos, família e comunidade aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária, é ao enfermeiro.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), definidos pela Ordem dos Enfermeiros ([OE]), é destacada a importância do desempenho do enfermeiro como agente de educação para saúde.

A promoção da saúde tem adotado estratégias de mudanças de comportamento visando a adoção de estilos de vida saudáveis. O Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro no artigo 9º alínea b) refere que é da competência do enfermeiro executar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e adaptação funcional.

De acordo com a OE (2010), no âmbito das suas competências específicas o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, baseando-se na metodologia do planeamento em saúde avalia o estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

O reconhecimento do impacto que o envelhecimento social tem nas populações atuais e a importância que a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem na qualidade de vida dos idosos contribui para a opção pela área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública.

O curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, visa o desenvolvimento pessoal e profissional baseado na reflexão e autoformação, preconizando-se a ampliação do conhecimento científico de enfermagem baseado na reflexão da prática mobilizando a conceção teórica. Neste enquadramento decorre a unidade curricular Estágio e Relatório. O estágio decorreu na freguesia da Tramaga junto da comunidade e conduziu à elaboração deste relatório que se pretende como evidenciador das aprendizagens decorrentes do processo autoformativo, consequência da vivência em estágio e da pesquisa

sistemática e reflexão, e tradutor das competências para o desenvolvimento, na prática clínica, de uma enfermagem avançada.

Assim a nossa Intervenção Comunitária seguiu a metodologia do planeamento em saúde: o diagnóstico da situação (realizado no segundo semestre do primeiro ano) onde foram identificados os problemas e as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; elaboração de projetos e programas; preparação da execução; execução e avaliação.

A escolha da freguesia da Tramaga prendeu-se com o conhecimento da população por parte de um dos elementos do grupo de trabalho (facilitando a mobilidade dentro da mesma) e o enriquecimento proporcionado pelo estudo de uma outra população distinta e não reincidir em Portalegre, o que aliado ao facto de se enquadrar no terceiro concelho do distrito mais populoso, em que é diretamente proporcional o número de residentes com 65 ou mais tornando-o ideal para este estudo. Por fim, ser uma das freguesias mais jovens do concelho que facilitou as nossas intervenções, estratégias de promoção de saúde e prevenção de doença a tomar futuramente com base nos conhecimentos adquiridos nesta fase.

No seguimento do Estágio I foi realizado um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, entre maio e setembro de 2013, permitindo a identificação das necessidades de saúde da população em estudo, definindo-se os seus perfis críticos no sentido de levantar problemas e necessidades e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde.

Seguidamente foi elaborado o Projeto de Estágio de grupo (apêndice I) bem como o Projeto de Estágio individual (apêndice II), pois embora os objetivos e as atividades a implementar fossem comuns a todos os elementos do grupo, cada mestranda é um ser único com características e necessidades próprias. O mesmo foi elaborado de forma a este ser um instrumento orientador no percurso do estágio permitindo perspetivar e planear intervenções na comunidade facilitando o processo de capacitação de grupos e comunidade.

O Estágio decorreu de 16 de Setembro 2013 a 31 de Janeiro 2014 e foi orientado pela Professora Doutora Filomena Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP] do Instituto Politécnico de Portalegre [IPP]. O objetivo deste estágio prende-se com a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária possibilitando assim a prestação de cuidados especializados de enfermagem. A minha intervenção incidiu nas áreas de promoção e adoção de estilos de vida saudáveis, prevenção de acidentes domésticos e isolamento social. Finalizado o estágio emerge a necessidade de descrever e analisar as intervenções realizadas, e perceber se os objetivos delineados no projeto foram atingidos, esta descrição e análise farão parte do presente relatório.

Para a realização do presente relatório emergiu a necessidade de uma pesquisa bibliográfica de forma a fundamentar as atividades desenvolvidas. Este relatório é elaborado através de uma atitude crítica e reflexiva sobre as experiências vivenciadas e as intervenções desenvolvidas durante o estágio, a forma como estas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária enumerado pela OE.

Para este relatório defini como objetivo geral:

- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio.

E como objetivos específicos:

- Descrever de forma clara e sucinta as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;
- Avaliar a concretização do projeto de estágio, assim como as estratégias e intervenções selecionadas;
- Descrever os ganhos em saúde resultantes da intervenção comunitária;
- Refletir criticamente sobre as experiências vividas ao longo do estágio;
- Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área da Enfermagem Comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Do ponto de vista estrutural, este relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro é dedicado ao enquadramento teórico onde serão explorados vários temas entre os quais o processo de envelhecimento, a evolução demográfica do envelhecimento, o envelhecimento ativo, qualidade de vida, os problemas mais frequentes do envelhecimento, a saúde comunitária, a promoção de saúde, a teoria da organização comunitária e o planeamento em saúde. O segundo capítulo descreve de uma forma breve o local de estágio onde faz uma caracterização do concelho da Ponte de Sor, da freguesia de Tramaga e pequena contextualização do estágio. O terceiro capítulo que diz respeito ao estágio de intervenção comunitária e onde são descritas as várias fases da metodologia do planeamento em saúde. No quarto capítulo constará a discussão e análise crítica dos resultados. A finalizar o relatório serão apresentadas as principais conclusões. Os apêndices e anexos, pela extensão do trabalho são apresentados em suporte digital.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano é um processo universal que se inicia antes do nascimento, termina com a morte e caracteriza-se pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004). Assim, deve ser reconhecido e aceite como uma fase obrigatória e integrante do ciclo de vida que deve ser analisada e valorizada, como preconiza a (DGS, 2004: 3):

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.”

As definições de envelhecimento são várias, não existindo consenso pela subjetividade do tema já que o envelhecimento é marcado pela individualidade. Como tal, antes de falar em envelhecimento é fundamental definir idoso. Cabete (2005) afirma que idoso ou pessoa idosa é todo o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos de idade e muito idoso ou grande idoso aquele com idade superior a 70 anos. No entanto vários são os autores que afirmam que a idade não é o único fator que influencia o processo de envelhecimento. Castilho (2010) afirma que situações de doença, problemas familiares, reforma, emoções ou vivências são alguns dos fatores que podem influenciar este processo e a aceitação ou não destes mesmos fatores pode ser determinante para vivenciar de forma saudável esta fase da vida.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE], (2002), em Portugal, os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos são considerados idosos, sendo esta a idade de reforma no nosso país.

1.1- O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Ao longo da vida o nosso corpo passa por várias fases de desenvolvimento. As alterações na infância e na adolescência observam-se facilmente e são bem aceites pelo indivíduo. No entanto na velhice estas alterações são consideradas negativas e de difícil aceitação não só pelo próprio idoso mas também pela sociedade onde está inserido.

O símbolo mais visível da senescência (Berger et al., 1995) é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente. O envelhecimento primário refere-se ao decurso de envelhecimento normal, o secundário corresponde a lesões patológicas por vezes múltiplas que aparecem com a idade e que se mantêm potencialmente reversíveis.

1.1.1- Alterações Físicas

O envelhecimento fisiológico abarca várias alterações nas funções orgânicas e mentais pelos efeitos que a idade avançada detém sobre o organismo, provocando que o mesmo não consiga manter o equilíbrio homeostático promovendo a que as funções fisiológicas comecem a alterar (Cancela, 2007).

O organismo envelhece como um todo, mas os seus órgãos, tecidos, células e estruturas envelhecem de forma diferente. Berger et al. (1995) afirmam que as alterações estruturais podem não só modificar o funcionamento do organismo como também a aparência corporal. Estas mudanças acontecem a vários níveis: Células e tecidos, músculos, ossos e articulações, pele e tecido subcutâneo e tegumentos.

Berger et al. (1995) consideram fundamental perceber não só as alterações estruturais como também as alterações funcionais que ocorrem nos vários sistemas (Sistema cardiovascular sistema respiratório, sistema renal e urinário, sistema gastrointestinal, sistema nervoso e sensorial, sistema endócrino e metabólico, sistema imunitário e também no ritmo biológico e do sono).

1.1.2 - Alterações Psicológicas

A saúde mental é fundamental na vida do ser humano. No entanto, ainda hoje é difícil defini-la de forma concreta, sendo a maioria das vezes considerada como uma boa adaptação à vida e um envelhecimento feliz para o idoso.

Berger et al., 1995 admitem que são essencialmente doença, a fadiga, as perdas de papel, as crises, situações de *stress*, o desenraizamento, entre outras causas, que reduzem a capacidade de concentração e reflexão dos idosos.

É essencial que o indivíduo ao longo da sua vida tenha uma boa saúde física e mental para conseguir aceitar bem a velhice. Nesta nova fase o idoso deve continuar a viver ativamente e com qualidade apelando a competências para manter a sua autoestima e defrontar novos desafios. O estado de saúde física, o estatuto familiar e marital, a mudança de papel, e por fim a personalidade, são alguns dos fatores que influenciam a saúde mental do idoso (idem).

A família e os amigos são na maioria das vezes a principal rede de suporte do idoso. Ao serem separados dos mesmos, ficando isolados e sem recursos, sentindo-se inseguros e com dificuldade em se adaptarem.

O idoso deve ser aceite como ser individual com personalidade e características próprias, logo com formas diferentes de adaptação ao envelhecimento. Para Silva (2005) uma personalidade saudável poderá estar associada a um controlo ativo do seu próprio meio ambiente, a personalidade singular e a uma capacidade para se olhar a si próprio e olhar o mundo sem grandes deformações.

Na velhice, é normal aparecerem algumas limitações físicas que podem ter consequências no estado psicológico do idoso modificando a sua vida e a dos seus familiares. A decadência do corpo pode trazer infelicidade, podendo causar depressão e em situações extremas conduzir ao suicídio (idem). O idoso mostra ansiedade face ao desconhecido, sendo muitas vezes o desconhecido, a própria velhice. Os medos de envelhecer estão muitas vezes aliados a disfunções cognitivas. É essencial compreender que disfunções cognitivas não são doenças mas sim estados fisiológicos do envelhecimento. Para Berger et al (1995) as funções cognitivas mais afetadas são a memória, o tempo de reação e a perceção. As competências cognitivas no idoso e a sua preservação parecem estar diretamente relacionadas com o uso das mesmas, ou seja, uma pessoa ativa intelectualmente mantém as mesmas capacidades ao longo da velhice, exceto se existir demência ou alguma patologia do foro neurológico.

O equilíbrio entre as funções cognitivas e emocionais do indivíduo promove a adaptação ao envelhecimento, sendo mais fácil esta adaptação nas mulheres que nos homens (Berger et al., 1995).

1.1.3 - Alterações Sociais

O envelhecimento da população é um dos nossos grandes desafios e é também um dos maiores triunfos da humanidade. O envelhecimento assume, cada vez mais, um papel de destaque como questão social evidenciando-se como foco de atenção. É neste contexto, que o debate atual em torno do envelhecimento se focaliza, entre outros assuntos, nas políticas de saúde, no papel da família e no peso que esta evolução demográfica representa para o sistema de segurança social (OMS, 2002).

Os mais velhos, antigamente, eram considerados como fonte de sabedoria, conhecimento e experiência sendo a velhice sentida como uma promoção e não como uma decadência (Ariés & Duby, 1991). O “idoso sábio” a quem se apelava e cuja opinião era respeitada passa agora a ser um problema social, um fardo. A velhice surge como um problema social passando a movimentar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. Este problema não afeta só os idosos, como também as famílias e todos os meios e estratos sociais, embora alguns dos quais com especial gravidade, embatendo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio, destacando-se como um fenómeno social que diz respeito a todos (Martins, 2006). Sousa, et al (2006) afirmam que a família é em Portugal e nos países do sul da Europa, a célula primária de apoio a todos os que necessitam de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos.

Na nossa sociedade, recorrer a apoios formais ainda tem uma conotação negativa sendo agregada socialmente a abandono, negligência ou desinteresse da família perante o idoso. O envelhecimento da população, a diminuição do número de filhos, a integração da mulher no mercado de trabalho e a dispersão do núcleo familiar, amplifica a preocupação com os idosos, pois a família pode deixar de ser o primeiro ponto de apoio ao idoso. A necessidade de apoio social e de saúde ao idoso torna-se imperiosa pois de acordo com Pinto (2001: 162-163) “O apoio social é ainda tímido verificando-se que compete a Instituições Particulares de Solidariedade Social uma grande parte deste (...). À falta de estruturas de apoio integrado (social/saúde) acresce a falta de articulação entre serviços de saúde e serviços sociais.”

Constatando que as condições de vida da população têm progredido, atesta-se contudo que em Portugal existe uma grande debilidade da população idosa face às situações de pobreza. Aqui podemos compreender dois géneros de pobreza, por um lado os indivíduos que sempre usufruíram de baixos rendimentos e assim continuam ao passarem para a situação

de reformados, por outro lado os que desfrutavam de bons rendimentos e que ao passarem para a situação de reformados sofrem uma diminuição de rendimentos não conseguindo manter o mesmo nível de vida anterior (Cardoso et al., 2008).

Para o autor supra citado, as perdas de origem afetivas, económicas, de poder, de *status* e diminuição de contactos sociais estão intimamente ligadas, afetando-se mutuamente, originando uma velhice alterada, com sentimentos de abandono e solidão e instigando no idoso sensação de inutilidade diminuindo a vontade de viver. Assim, estar integrado numa família, grupo de amigos ou vizinhos é fundamental para a pessoa se considerar integrada na sociedade. É fundamental e emergente que se concebam e desenvolvam ações junto da população idosa tornando-a capaz da sua independência e autonomia, diminuindo custos e promovendo as condições para que o idoso até ao final da sua vida possa viver com “Qualidade de Vida” (Veras, 1994).

1.2- EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento pode ser investigado sob duas grandes vertentes: individual, fundamentando-se na maior longevidade dos indivíduos, ou seja no aumento da esperança média de vida; ou envelhecimento demográfico que se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total (INE, 2002).

Para Imaginário (2008) o envelhecimento é um fenómeno semelhante a todos os países desenvolvidos, verifica-se no entanto uma maior intensificação nos países em desenvolvimento. Com a evolução técnico-científica tem-se comprovado nas últimas décadas, uma diminuição e da natalidade da mortalidade infantil e um aumento da esperança média de vida retratando-se no envelhecimento da população.

1.2.1 - Envelhecimento Demográfico em Portugal

O aumento da esperança média de vida nos últimos anos deve-se essencialmente aos progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular. O aumento progressivo da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio, causa grande impacto na saúde pública com repercussões sociais e económicas (DGS, 2004) ocupando o 8º lugar no ranking mundial dos países mais envelhecidos (INE, 2012).

Considera-se que o envelhecimento demográfico é um decurso natural da sociedade e que se verifica a nível mundial, ainda que com ritmos diferentes mesmo dentro do mesmo país. Portugal apresenta algumas particularidades, no princípio do século XXI mantém uma

baixa taxa de fecundidade, com a esperança média de vida a aumentar e o saldo migratório a diminuir, de onde podemos concluir que em Portugal não só a população está a envelhecer como está cada vez mais velha a própria população idosa. Entre os sexos, constata-se também diferenças pois ainda que as mulheres vivam mais anos, é nos homens que a esperança média de vida sem incapacidade é maior (Araújo, 2010).

Imaginário (2008), afirma que presenciámos dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e no topo da pirâmide etária, estando estes estreitamente interligados. O primeiro surge quando a percentagem de jovens diminui restringindo assim a base da pirâmide. O segundo aparece quando a percentagem de idosos aumenta provocando assim a ampliação na parte superior da pirâmide. Observa-se assim a uma inversão da pirâmide etária como demonstra a figura nº 1.

A população residente em Portugal segundo os Censos 2011, é de 10 562 178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres. Na última década confirmou-se um enfraquecimento do crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% verificados na década de 90.

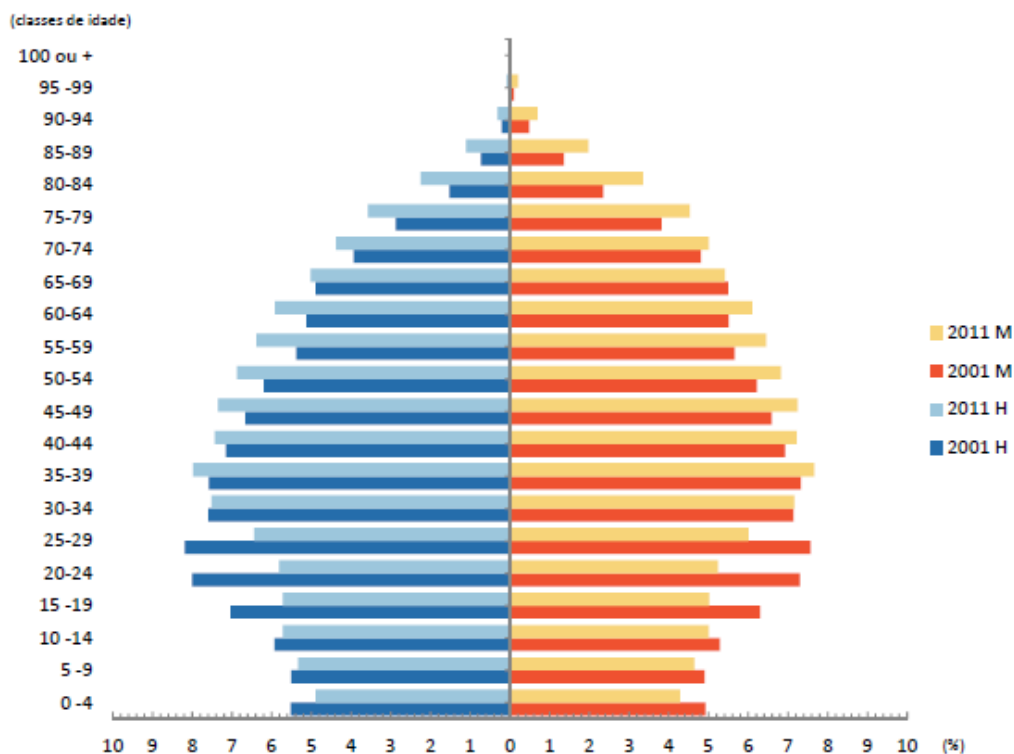


Figura 1 - Pirâmide Etária
Fonte: Censos 2011 (INE, 2012)

O peso da população idosa mantém a propensão crescente, em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. Verificou-se igualmente um agravamento do índice de dependência de idosos na última década, que passou de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa. Em 2001 o índice de envelhecimento era de 102, agravando-se para 128 em 2011 (PNS 2012-2016). A Região do Alentejo é a que detém a maior percentagem de população idosa com 24%, contudo o agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno restringido apenas ao interior do país.

A mesma fonte citando Kirch (2008) refere que os determinantes da saúde podem ser agrupados em quatro categorias: contexto demográfico e social, ambiente físico, dimensões individuais e acesso a serviços de saúde. O quadro seguinte reflete o contexto demográfico e social em Portugal.

Proporção crescente de idosos e decrescente de jovens; Aumento do índice de dependência de idosos e de envelhecimento; Taxa de crescimento natural negativa; Decréscimo do índice sintético de fecundidade; Diminuição da taxa de crescimento migratório; Melhoria generalizada do nível de instrução; Crescente taxa de desemprego; Diminuição da taxa de risco de pobreza.
--

Quadro 1 - Evolução na última década: contexto demográfico e social
Fonte: PNS, 2012-2016 (PORTUGAL, 2012)

Em Portugal a esperança média de vida atualmente é de 75 anos para os homens e de 81 anos para as mulheres, situando-se esta na média europeia (INE, 2012).

1.3 - ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA

O “envelhecimento normal” (OMS, 2002) abarca as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são alteradas pela doença ou pelas influências ambientais (OMS, 2002).

A longevidade foi durante muito tempo a única preocupação dos investigadores, presentemente para além da longevidade existe cada vez mais uma maior preocupação com a qualidade de vida.

Em Madrid, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a OMS memorou que o conceito de envelhecimento ativo depende de várias influências ou determinantes que envolvem não só os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. São estes fatores, assim como a interação entre os mesmos, que retratam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento dos indivíduos e das populações (DGS, 2004).

Uma das três áreas de intervenção em que assenta o Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas é a promoção de um envelhecimento ativo ao longo da vida. Segundo a DGS (2004), nesta área as recomendações sugeridas são informar e formar as pessoas sobre:

- Nutrição, alimentação, hidratação e eliminação;
- Gestão do sono-vigília;
- Estimulação das funções cognitivas;
- Exercício físico moderado e regular e as melhores formas de o praticar;
- Conservação de um envelhecimento ativo, particularmente na fase da reforma.

A OMS e a Comissão da União Europeia dão grande relevo a todas as medidas políticas e práticas que contribuem para um envelhecimento saudável. Para alcançar esta meta, é essencial promover a autonomia das pessoas idosas valorizando a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, preservar as capacidades cognitivas fomentando a aprendizagem ao longo da vida e o manter-se ativo mesmo após a reforma (DGS, 2008).

O PNS 2012-2016 considera as etapas do Ciclo da Vida definidas no PNS 2004-2010, para cada etapa realçam-se necessidades e determinantes de saúde específicos. Assim contempla o envelhecimento ativo a partir dos 65 anos. O Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, inserido no PNS 2004-2010, tem como objetivo obter ganhos de saúde visando a autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida. Pretende-se que as pessoas envelheçam com qualidade de vida e, continuem a colaborar sempre que possível com a sociedade através da sua experiência e atuando como indivíduos participativos. É fundamental desafiar as pessoas idosas a contribuírem mesmo com as limitações graduais que possam surgir, e que elas possam descobrir novas formas de viver e com a melhor qualidade de vida possível.

Buss (2010) realça o impacto da saúde na qualidade de vida, fundamentando ser a saúde o maior e o melhor meio para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. A saúde ajuda a melhorar

a qualidade de vida e esta é essencial para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Logo, a saúde reproduz o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem. Nas pessoas idosas, a qualidade de vida, é muito influenciada pela saúde, pela capacidade de manutenção da autonomia e da independência. A qualidade de vida e a promoção da saúde são as metas mais importantes nas atividades com idosos, assim é essencial que o idoso saiba aceitar as mudanças do seu corpo e tire vantagem das suas condições físicas e psicológicas, de forma a precaver possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia. Será fundamental que adquira um estilo de vida saudável e ativo, incluindo atividades físicas na sua vida diária. É importante incutir nos idosos que devem participar em ações educativas, intersectoriais e interdisciplinares de forma a manterem a sua saúde e autonomia na velhice.

“ Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias”. (DGS, 2004:6)

Neste contexto, muitas autarquias revelam já preocupação com formas de ocupar os tempos livres dos seus idosos, promovendo passeios ou encontros de idosos. Surgem espaços de lazer ou de prática de exercício físico. Existe também em alguns locais a preocupação de fazer face às barreiras arquitetónicas, que possam impedir a acessibilidade dos idosos a qualquer tipo de satisfação de necessidades, devido à sua mobilidade mais limitada. Tudo isto de forma a promover uma melhor inserção do idoso na sociedade objetivando uma melhor qualidade de vida

2- A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO

A inversão da pirâmide etária retrata o envelhecimento da população e faz refletir sobre esta problemática, colocando ao governo, famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estão preparados (DGS, 2004). Segundo Berger et al. (1995) existem fatores que influenciam a saúde, designadamente biologia humana, hábitos de vida, ambiente e a organização dos cuidados de saúde.

O envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, começa na concepção e continua até ao final da vida. Tal como a saúde, a velhice vai-se construindo ao longo da vida através da tomada de medidas salutaras, de estilos de vida saudáveis. Muitas doenças na velhice são resultado de maus hábitos adquiridos anteriormente. Envelhecer com saúde, autonomia e independência representa um desafio individual e coletivo em que se aposta na

prevenção e promoção não só da saúde mas também da autonomia. Para tal é fundamental investir na prática regular e moderada da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, promoção de fatores de segurança e a participação social (DGS, 2004).

2.1 - PROBLEMAS MAIS FREQUENTES

Existem doenças que atingem pessoas de todas as idades, contudo na velhice são mais frequentes ou mais graves. Para certos autores é possível demonstrar quais os principais problemas associados ao envelhecimento.

Berger et al. (1995) refere algumas doenças que considera estarem associadas ao envelhecimento: problemas cardíacos e cerebrovasculares, hipertensão, diabetes, artrite e reumatismo, alterações visuais, auditivas e dentárias, bronquite, asma, sinusite, depressão e confusão mental, tumores do estomago, intestinos, rins, próstata e pele, úlceras gástricas e duodenais, problemas da tiroide, anemia, insónia e incontinência. O idoso tem tendência a sofrer de mais que uma patologia ao mesmo tempo podendo uma afetar ou agravar a outra.

Para Martins (2003) as doenças mais incapacitantes e mais frequentes nos idosos são: artropatias, hipertensão arterial e cardiopatias. A mesma autora menciona que aparecem défices de carácter físico como incontinência, imobilidade, instabilidade postural e quedas. Refere ainda que surgem também alterações nas reações emocionais, solidão, isolamento e marginalização social.

A DGS (2004) reconhece alguns fatores de vulnerabilidade que deverão valorizados no idoso como alterações sensoriais, desnutrição, risco de quedas, incontinência de esfíncteres e polimedicação. Para Martins (2008) atualmente a depressão é considerada um problema de saúde significativo que afeta pessoas de todas as idades levando a sentimentos de isolamento e tristeza. Contudo a depressão não pode ser considerada só como sentimento pois pode resultar em doença mental grave e incapacitante que interfere no quotidiano da pessoa. Nos idosos, a depressão muitas vezes por tomar formas atípicas apresenta altos índices de morbilidade e mortalidade sendo difícil de diagnosticar e de tratar.

2.2 - SAÚDE COMUNITÁRIA

A saúde comunitária assenta na promoção da saúde a fim de aperfeiçoar a capacidade de resposta positiva aos desafios do ambiente físico e social, quer ao nível dos indivíduos, através da preservação do recurso pessoal de saúde e do desenvolvimento das

potencialidades de gerir o *stress* biológico e psicológico, quer ao nível comunitário diminuindo as desigualdades, melhorando os indicadores coletivos de mortalidade e morbilidade e diminuindo o risco nas condições ambientais. A *World Health Organization* [WHO], 1986), refere que a participação como método para atingir os objetivos atrás mencionados se dirige ao *empowerment* (empoderamento) das populações, compreendido como fortalecimento do exercício da autonomia pelo autocontrolo da própria saúde e do exercício da cidadania pela intervenção coletiva na definição de prioridades da micropolítica.

Para uma intervenção comunitária bem-sucedida e para que haja continuidade o envolvimento de parcerias é fundamental. Para Stanhope & Lancaster (1999), a maioria das mudanças têm como meta a atingir: melhorar a saúde da comunidade, estabelecendo parcerias ativas com as pessoas da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas. Para uma melhor saúde da comunidade define-se parceria como a distribuição e redistribuição notificada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança.

O enfermeiro tem o privilégio de estar junto da população, trabalhar com e para a comunidade, tornar-se um membro ativo dela, ter capacidade de identificar os seus problemas e as suas principais necessidades, delineando estratégias eficazes de forma a minorar esses mesmos problemas e necessidades.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro, integra os resultados da investigação na sua prática, ou seja, prática baseada na evidência, estabelecendo um suporte estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Neste contexto, a OE (2001) defende que os enfermeiros têm consciência que bons cuidados representam coisas diferentes para diferentes pessoas; o seu exercício profissional exige sensibilidade para lidar com essas diferenças.

De acordo com a DGS (2000) o enfermeiro deverá não só no idoso independente mas também no dependente, promover o envelhecimento ativo e conseqüentemente a qualidade de vida, pois ao estimular o utente a lutar pela sua autonomia e independência mais facilmente conquistará um envelhecimento ativo.

A OE (2001) defende que o enfermeiro deve servir-se das competências específicas que adquiriu de forma a tentar prevenir a doença e promover os processos de readaptação, promover a satisfação das necessidades humanas básicas assim como maximizar a independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem.

2.2.1 - O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária

De acordo com o REPE (artigo 4º), a Enfermagem é a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou enfermo, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está inserido, de forma a manterem, melhorarem e recuperarem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, no menor tempo possível.

O Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro no artigo 9º alínea b) refere que é competência do enfermeiro executar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e adaptação funcional.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária abarca competências que lhe permitem atuar em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve as vertentes da educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de distinguir, difundir e promover investigação relevante que permita progredir e aperfeiçoar a prática da enfermagem. De acordo com a OE (2010), a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.

Atualmente existem novas necessidades de saúde que estão relacionadas com as alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas. O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro veio reconhecer os Cuidados de Saúde Primários [CSP] como o pilar central do sistema de saúde. É confirmado o papel determinante dos CSP na competência de responder aos problemas colocados pela população no sentido de criar uma sociedade forte e ativa. Assim, baseando-se no seu conhecimento e experiência o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com distinta capacidade para responder às necessidades das pessoas, grupos ou comunidade, favorecendo ganhos em saúde.

O enfermeiro com a patente formação especializada conquista competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção visando a capacitação da comunidade (OE, 2010). Este profissional intervém, assim, em variados contextos garantindo acesso a cuidados de saúde eficientes, integrados, continuados, e ajustados a grupos sociais com necessidades específicas. É ainda responsável pelo desenvolvimento de atividades inerentes à educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação de cuidados prestados não só aos indivíduos como também às famílias e grupos que constituem uma certa comunidade.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela OE a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é detentor de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem avaliar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 128/2011).

Para a OE (2010), o enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão e entidades empregadoras e, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela mesma a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011, este enfermeiro detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular, possuidor de competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação. Colabora igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência.

Desta forma, o enfermeiro especialista facilita a obtenção de soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência. Facilita assim articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (OE, 2010).

Segundo a OE (2010) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, no âmbito das suas competências específicas, baseando-se na metodologia do planeamento em saúde avalia o estado de saúde de uma comunidade; colabora para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS; executa e colabora na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

Visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, a ação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é portanto orientada para os projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem na comunidade um papel fundamental porque tem uma área de intervenção mais ampliada e abrangente pois não só o utente é alvo de intervenção mas a sua família/cuidador e meio envolvente são também incluídos.

Em Portugal e nos países do sul da Europa, a família é a unidade básica de suporte a todos aqueles que necessitam de cuidados, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos (Sousa, et al., 2006). É principalmente nela e com ela que cada indivíduo procura o apoio necessário para superar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital. É no meio familiar que a maioria dos idosos procura o apoio que necessita para resolver as suas necessidades afetivas e para receber assistência e cuidados (Mangas, 2009). Contudo, devido ao forte envelhecimento demográfico, o cenário em que nos encontramos atualmente e que se prevê aumentar no futuro, são populações cada vez mais envelhecidas cujo cuidador/família a maioria das vezes não tem disponibilidade de tempo, económica ou geográfica para prestar assistência à pessoa necessitada. Assim, prevê-se que cada vez mais os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária sejam precisos junto dos utentes no seu domicílio.

De acordo com a DGS (2004) a promoção de um envelhecimento saudável com melhor qualidade de vida é uma prioridade, dada a preocupante ocorrência das doenças crónicas. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve identificar quais as necessidades dos idosos e das suas famílias de forma a determinar quais as intervenções mais adequadas a todo o grupo. Uma das principais estratégias que este profissional deve utilizar no sentido de contribuir para obtenção de hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da comunidade, são as sessões de educação para a saúde, neste caso em especial alertando para a importância de uma alimentação saudável, da prática de exercício físico, assim como viver num ambiente seguro, evitando acidentes domésticos e erros de polimedicação.

2.3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: *EMPOWERMENT*

Desde meados da década de 70, que tem havido cuidado em promover condições benéficas para o progresso de políticas sustentadas e sustentáveis que previnam a doença e promovam a saúde das populações a nível mundial através das devidas Conferências Internacionais. Tem especial relevância a Declaração de Alma-Ata (1978) - Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde que estabelece um marco importante, com a proposta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, tem como base o reconhecimento de que a saúde é um desígnio social de suprema importância, identifica uma nova orientação para a política de saúde, atribuindo especial afetação ao envolvimento das pessoas, à colaboração entre os vários setores da sociedade, assim como à conceção dos CSP (Martins, 2005). As conclusões e recomendações derivadas de Alma Ata tornaram-se um estímulo para a promoção da saúde, realizando-se então a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa em 1986 donde emergiu a Carta de Ottawa que elucida na sua declaração

final um novo conceito de promoção da saúde, definindo-o como o processo que se propõe a aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, melhorando-a como um recurso para a vida, requerendo estilos de vida saudáveis para alcançar o bem-estar, numa perspetiva de capacitação, sendo uma responsabilidade não só do setor da saúde mas principalmente dos indivíduos e comunidades, em suma, visa gerar as condições que possibilitem aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e atuar sobre os fatores que a influenciam.

De acordo com a OMS (1986) o princípio desta conferência abarca a elaboração de políticas saudáveis, a conceção de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais. A partir daqui as atividades de promoção da saúde começaram a ser verdadeiramente equacionadas, debatidas, valorizadas e estimuladas.

Vários anos depois das propostas então estabelecidas na Carta de Ottawa, estas continuam a ser um suporte de orientação e foram reforçadas e suplementadas nas conferências internacionais sobre promoção da saúde que se seguiram – Conferência de Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangucoque, 2006; e Nairobi, 2009.

“Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Colmatando Lacunas de Implementação” - A 7ª Conferência Internacional de Nairobi (2009) ressalva a importância das várias cartas que dão ênfase à Promoção da Saúde, reconhece no entanto o fato da sua aplicabilidade ter ficado muito aquém dos compromissos adotados e das orientações propostas. Reconhece como principais lacunas a utilização das resoluções e invoca a todos os governos e partes interessadas a responderem urgentemente à implementação de estratégias e ações de forma a aproveitar o potencial inexplorado da Promoção da Saúde. Como estratégias e ações foram estabelecidas cinco orientações temáticas, nomeadamente: empoderamento individual, empoderamento comunitário, fortalecimento dos sistemas de saúde, parcerias e ação sectorial, e capacitação para a Promoção da Saúde.

Segundo Carvalho & Carvalho (2006) após Alma-Ata tentou-se clarificar o centro da atenção da enfermagem, mostrando que este deve estar direcionado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa vista como um todo, inserida na família e comunidade e interagindo com os profissionais de saúde.

Assim o Enfermeiro adota competências no sector da promoção da saúde global, a nível individual, familiar e comunitário, incentivando e facilitando a mudança de forma a alcançar ganhos em saúde. A promoção da saúde representa um meio de forma a oferecer os recursos e possibilidades para concretizar inteiramente o potencial de saúde. A meta para o

desenvolvimento individual, interpessoal, familiar e comunitário é a adoção de comportamentos de saúde.

Para Basto (2000) a educação para a saúde é uma estratégia para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade. A promoção da saúde abarca a educação para a saúde logo todo o enfermeiro deve ser por inferência das suas funções, um educador para a saúde.

A OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), onde é evidenciada a importância do desempenho do papel de agente de educação para saúde ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os utentes a adquirirem o máximo potencial de saúde através de:

- Reconhecimento da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade;
- Conceção e utilização de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis;
- Eleição do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento;
- Fornecimento de informação produtora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

As estratégias de promoção da saúde têm acometido principalmente nas mudanças de comportamento visando a adoção de estilos de vida saudáveis.

2.3.1 – Teoria da Organização Comunitária

Vários são os conceitos de educação para a saúde e promoção da saúde, inerente a estes conceitos existem vários modelos e teorias que os fundamentam. Pinto (2010) citando Nutbean & Haris (2005), afirma que a utilização de teorias na implementação de programas de promoção de saúde facilita o desenvolvimento da mesma pois pode levar a equipa a compreender melhor o problema, descrever as necessidades e as motivações da população facilitando assim a compreensão dos comportamentos e determinantes da saúde ajudando a escolher as melhores soluções e programas de intervenção para melhor responder às necessidades e interesses da população. Resumidamente as teorias ajudam a perceber os comportamentos e propõem formas de alterar esses mesmos comportamentos visando a melhor qualidade de vida. Numa área tão vasta e complexa como é a da educação e da promoção da saúde, é importante reforçar que várias são as teorias que sustentam esta área.

A teoria da organização comunitária capacita o grupo comunitário pela mudança de comportamentos através de estratégias que permitam identificar problemas e mobilizando recursos de forma a atingir os objetivos coletivos. Várias estratégias foram já utilizadas sendo

a tipologia proposta por Rothman (2001) a que mais se destacou (*National Institutes of Health*, 2005; Pinto, 2010). Esta tipologia identifica três modelos de atuação: o desenvolvimento local, o planeamento social e a ação social. No desenvolvimento local a prioridade é a participação comunitária de forma a promover a autonomia assumindo o enfermeiro o papel de facilitador do processo mas não de líder. O planeamento social envolve a participação do enfermeiro para programar e orientar os processos de mudança. O modelo de ação social identifica-se pela união dos dois anteriores modelos, construído pela capacidade comunitária e implementação de mudanças na comunidade, a base deste modelo é a transferência do poder nas relações e recursos tendo o enfermeiro um papel de defensor e mediador dos conflitos. Ainda segundo Rothman (2001) citado por Pinto (2010: 40) “(...) nenhum dos modelos é exclusivo, e enfatiza que a mobilização comunitária pode tender para um ou, até mesmo, para os três modelos propostos”.

2.4 - PLANEAMENTO EM SAUDE

Como já foi anteriormente referido, o envelhecimento demográfico é uma realidade, como tal exige uma “reformulação” na organização social e familiar da sociedade Portuguesa.

A promoção da saúde e a prevenção da doença é atualmente uma preocupação cada vez mais visível, embora nas organizações de saúde ainda se destacar a casualidade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Assim as organizações de saúde são confrontadas com desafios e exigências de forma a aproveitar eficientemente os recursos e a aumentar os ganhos em saúde, sendo para tal, essencial adoptar novos conceitos de gestão que possibilitem às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam dedicados e competentes de forma a garantirem a excelência da qualidade dos cuidados. Perante tal podemos concluir que a solução para descobrir a resposta adequada a determinada situação significa planear.

Segundo Tavares (1990: 29) planear em saúde é

“(...) um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas: essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.”

O mesmo autor afirma que

“(...) através de um planeamento de saúde bem concebido e eficaz poder-se-á, no entanto, conseguir uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos, derivada de uma

necessidade de redução de recursos, para com eles beneficiar regiões menos favorecidas”. (Tavares, 1990: 16).

Para Imperatori & Giraldes (1993:23) o planeamento em saúde é “(...) uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real (...)”, e afirmam que tal engloba três premissas: “(...)a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”.

Ainda na área da saúde, de acordo com (Tavares, 1990: 37) o planeamento “(...) procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações...”

Imperatori & Giraldes (1993) afirmam que o planeamento em saúde deve ser executado tendo sempre em conta os fatores que influenciam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados.

Na área da saúde são varias as razões que demonstram a necessidade do planeamento, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano à *priori* definido, permitirá o seu uso (Imperatori & Giraldes 1993).

Para os autores supracitados o planeamento deve incluir três fases importantes: a elaboração do plano (que é constituída pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação, tal como se pode ver na figura seguinte (Figura nº 2).

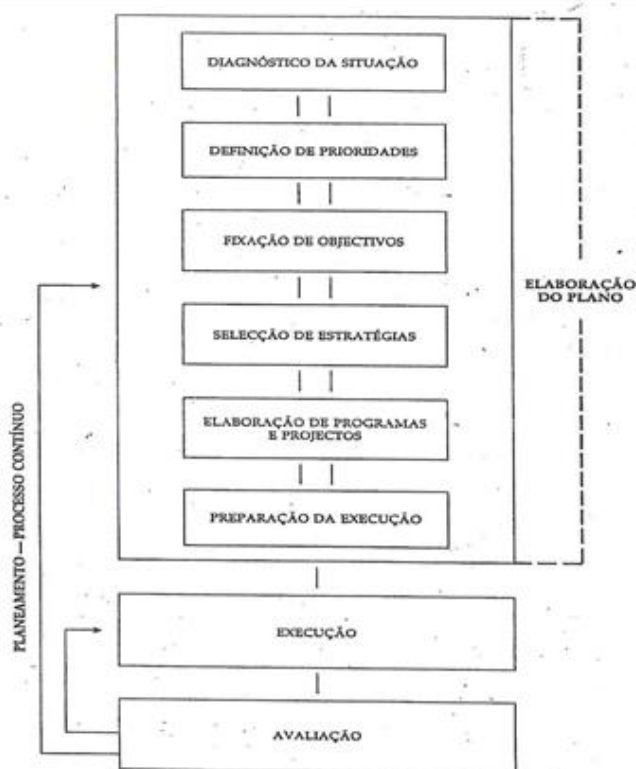


Figura 2 - Principais etapas no processo de planeamento de saúde
 Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 29.

O planeamento em saúde não deve ser compreendido como imutável, mas sim como um processo contínuo e dinâmico pois em qualquer fase do processo podem ocorrer mudanças uma vez que “ (...) não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída (...) será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-lo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

Ainda segundo os mesmos autores, a primeira etapa deste processo será sempre o diagnóstico da situação sendo que este funciona como a “(...) justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades (...)” e é também referir que a “(...) a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades (...)” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A etapa do diagnóstico, de acordo com Tavares (1990) deve envolver os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a esclarecer as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve ajustar-se às necessidades do próprio processo de planeamento.

A próxima etapa será determinada pela qualidade e cientificidade do diagnóstico, pois como aludem Imperatori & Giraldes (1993: 44) “(...) será a partir da definição dos problemas

de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”. Assim, após terem sido identificados os problemas no diagnóstico é essencial hierarquiza-los passando-se à definição de prioridades que representa a 2ª etapa do planeamento em saúde.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 64),

“A existência desta etapa está directamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).”

Os autores supracitados referem que ao definir as prioridades deve-se ter atenção ao horizonte do plano que é o tempo ou momento-limite que prevemos para a nossa intervenção, assim como a área de programação, onde se dividem as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para ser possível hierarquizar os problemas detetados utilizam-se critérios através dos quais os problemas são organizados em prioridades. Para Tavares (1990: 101) “(...) determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) propõem três critérios clássicos:

- a magnitude que reside na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão,
- a transcendência que consta da ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes,
- a vulnerabilidade que representa a possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área.

Estes autores (Imperatori & Giraldes 1993) para além destes três critérios referem ainda existirem outros: a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos.

Nutt (1984), referido por Imperatori & Giraldes (1993), diz que se o número de problemas for elevado, ou seja mais de quinze ou vinte, é recomendada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Apos a identificação dos problemas e a respetiva priorização, torna-se necessário definir os objetivos relativamente a cada um desses problemas e determinar também o período de tempo, chega-se assim à 3ª etapa do planeamento em saúde: a fixação dos objetivos. Nesta

fase são também definidos os indicadores de saúde: relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993). Os indicadores podem ser divididos em dois tipos:

- indicadores de resultado ou de impacto – têm como finalidade “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema”;
- indicadores de atividade ou de execução – têm como finalidade “medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado”

Segundo os autores supracitados a fixação de objetivos quantificados é indispensável à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.

A 4ª etapa do planeamento em saúde é a seleção de estratégias. Esta etapa visa criar um processo com base num “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30), de forma a reduzir os problemas de saúde prioritários.

A seleção de estratégias não deve ser linear, devem ser estudadas estratégias alternativas para alcançar um mesmo objetivo, estas deverão ser posteriormente submetidas a decisão superior. Segundo os mesmos autores, ao definir as estratégias podemos considerar que os recursos humanos, materiais ou financeiros são insuficientes e então “(...) haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Giraldes 1990: 30).

A elaboração de programas e projetos visa fundamentalmente o estudo aprofundado das atividades necessárias à concretização de uma certa estratégia, de forma a atingir um ou vários objetivos.

A etapa seguinte do planeamento em saúde é a preparação da execução. Esta etapa é provavelmente a mais relevante e distingue a responsabilidade da mesma expondo os calendários e os cronogramas que constituem o projeto. Segundo Imperatori & Giraldes (1990: 30) esta etapa “(...) é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”.

A avaliação que representa a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo e “(...) só é possível através dos indicadores de processo ou atividade que serviram para fixar metas (...)”, ou de médio prazo e faz-se “(...) em relação aos objetivos fixados em termos de indicadores de impacte ou resultado” (Imperatori & Giraldes 1990: 30).

Citando Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”. Após terminar todo o processo, este deve recomeçar de forma a manter o seu cariz de continuidade e dinamismo. Como referem Imperatori & Geraldès (1990: 30) “(...) terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

Face ao envelhecimento demográfico, tem surgido novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, contudo é fundamental planear para conseguirmos verdadeiros ganhos em saúde. Para a OE (2010), a metodologia do planeamento em saúde representa um instrumento de trabalho essencial do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pois avaliar o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde é uma das suas competências específicas.

CAPÍTULO II - O LOCAL DE ESTÁGIO

1 - CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Para a realização do estudo é importante compreender a população sendo para tal fundamental conhecer o local onde a mesma está inserida e quais os traços mais marcantes desse concelho/freguesia, neste sentido neste capítulo opta-se por contextualizar o estágio no espaço, na sua situação socioeconómica, infraestruturas incluídas e recursos de saúde.

1.1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio de intervenção na comunidade decorreu no período de 16 de Setembro 2013 a 31 de Janeiro 2014 na freguesia de Tramaga, concelho de Ponte de Sor. Foi realizado no âmbito da frequência do mestrado em enfermagem especialidade de enfermagem comunitária e pretende-se adquirir competências nesta área possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Sabendo que o envelhecimento em Portugal é uma realidade alarmante e considerando toda a complexidade que envolve o envelhecimento, este estágio incidu na área da promoção do envelhecimento ativo e na qualidade de vida do idoso.

1.1.1– Escolha da População e Local de Estágio

Logo de início foi acordado entre o grupo que o estágio iria ser desenvolvido no distrito de Portalegre por frequentarmos a ESSP. A escolha do concelho da Ponte de Sor foi influenciada por vários fatores: primeiro por ser o 3ª concelho mais povoado com 16722

residentes, sendo Portalegre e Elvas o 2^a e 3^o com 24930 e 23078 residentes, sendo diretamente proporcional ao número de residentes com 65 ou mais anos. A exclusão destes últimos foi o facto de já haver mais estudos sobre os mesmos pelo que achamos ser mais enriquecedor conhecer outra população. Outro fator que influenciou a escolha foi a localização geográfica do concelho e a proximidade do local de residência e de trabalho dos elementos do grupo (Lisboa, Santarém, Torres Novas, Abrantes e Sardoal). Para a escolha da freguesia, foram observados os dados recolhidos nos Censos 2011, relativamente ao número de habitantes residentes e da população com 65 ou mais anos por cada freguesia do concelho, bem como a localização das mesmas, descritas já anteriormente. Atendendo aos prazos para a concretização deste trabalho e aos recursos existentes, foram excluídas as freguesias com maior número de habitantes com 65 anos ou mais, tentando assim optar por uma freguesia que tivesse um número médio de habitantes com estas características, assim destacaram-se as freguesias de Foros de Arrão, com 321 habitantes, de Longomel, com 375 habitantes e de Tramaga, com 350 habitantes. A opção pela freguesia de Tramaga pretende-se a uma questão de conveniência, pois, além do número de habitantes com 65 ou mais anos ser o que consideramos ideal para este estudo, é a que se situa mais próximo do centro da cidade de Ponte de Sor, um dos elementos do grupo é oriundo dessa mesma freguesia, o que permite uma maior mobilidade dentro da mesma. Ser uma das freguesias mais jovens do concelho, também colaborou para a sua seleção, possibilitando um horizonte temporal mais alargado para as possíveis intervenções e estratégias de promoção de saúde e prevenção de doença a adotar no futuro com suporte nos conhecimentos conseguidos nesta fase.

1.2- CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DA PONTE DE SOR

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº3).

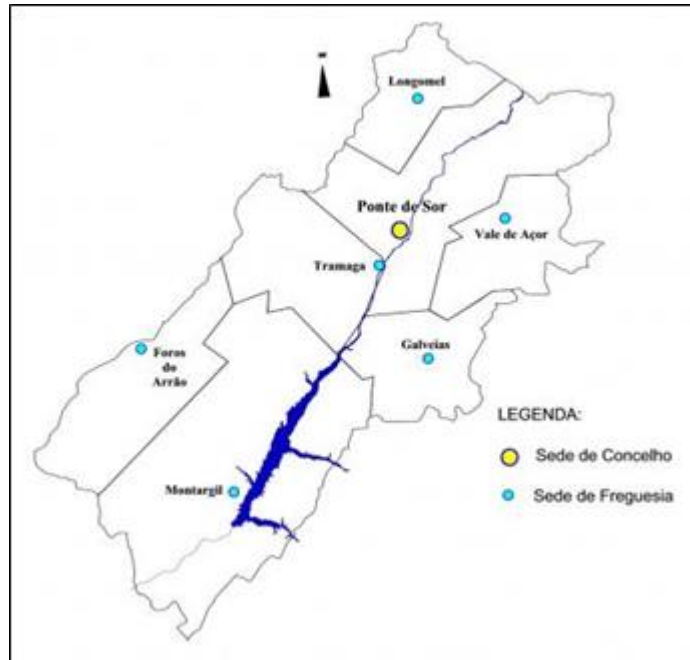


Figura 3 - Mapa do concelho de Ponte de Sor
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013

1.2.1 - Situação Territorial e Socio - demográfica

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre, na região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo. Localiza-se na margem direita do rio Sor e encontra-se inserida num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é demarcado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Portalegre (capital de distrito) dista de Ponte de Sor 62,1 km, sendo a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido, o Itinerário Complementar 13.

1.2.2 - Situação Sócio – económica

A nível económico destaca-se sobretudo a agricultura, agropecuária e exploração florestal, indústria agroalimentar (rações para gado, lagar de azeite, moagem de pimentão seco, transformação de suínos), extração da cortiça sendo atualmente uma referência para a

indústria corticeira mundial, integra ainda empresas ligadas aos ramos aeronáutico, de construção civil, entre outros.

A Barragem de Montargil, pertence à bacia hidrográfica do rio Tejo e situada na ribeira de Sor, mostra as lindas paisagens da lezíria alentejana. A albufeira da barragem é muito utilizada na prática de desportos náuticos e na pesca desportiva, existindo também boas condições (infraestruturas) turísticas.

1.2.3 - Infraestruturas e Rede Social

A autarquia de Ponte de Sor mostra preocupação em relação às condições de vida dos seus munícipes, especialmente, da população idosa e com recursos financeiros diminutos. A mesma acha que o período de velhice deve ser considerado de forma positiva e que deve constituir uma oportunidade não só para desenvolver novas atividades, como também reconquistar antigos interesses que durante a vida adulta não tiveram oportunidade de desenvolver. Neste sentido menciono as infraestruturas, associações e atividades existentes/desenvolvidas mas apenas na sede do concelho e na freguesia da Tramaga, e mais vocacionadas para o idoso.

- A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social – a sua missão é desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, em especial as que se encontram mais vulneráveis. Executa várias atividades com idosos, entre as quais *workshops* variados, Universidade Sénior, ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades (onde são tratadas áreas como informática, inglês, alemão). Atualmente esta associação está a desenvolver o projeto "Solidão Acompanhada", que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, os quais fazem voluntariamente visitas regulares a pessoas que precisem.
- Almoço de Idosos do Concelho - Promovido anualmente pelo município de Ponte de Sor para os cidadãos com 65 e mais anos de idade.
- O Serviço ‘Porta a Porta’ presta apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos - foi criado em colaboração estreita com o município, as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa ‘Progride’-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes.
- O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor - tem uma periodicidade trimestral e tem como objetivo divulgar as atividades mais direcionadas para os idosos.

- Projeto cIDADES – foi concebido em torno do conceito ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’ - visa identificar práticas e serviços que simplifiquem o dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de avaliarem os níveis de satisfação da sua população sénior.
- Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]) - comporta a elaboração de medidas de planeamento físico e estratégico dos municípios e que interfere em diversas áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência.
- Instituições de apoio social - centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, com localização em Ponte de Sor e Tramaga.
- Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor - com as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.
- Lar a Magnólia - de carácter privado.
- Lar Casa dos Avós – inaugurada em 2013 funcionando em regime de Lar e de centro de dia
- Guarda Nacional Republicana [GNR] - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho. Este destacamento em termos de seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro. Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança [NIS], é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas, promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população, ajudar a prevenir e a evitar situações de risco. Segundo o Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, são efetuados anualmente os Censos Sénior, cujo principal objetivo é identificar os idosos que vivem sós e em situação de maior vulnerabilidade. No concelho da Ponte de Sor, em 2013 foram identificadas 450 situações de idosos que vivem sós (sem apoio de familiares).
- Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor, Junta de freguesia, Câmara municipal, Estação de correios, Serviço Local de Segurança Social de Ponte de Sor, Núcleo da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Rancho Folclórico da Casa do Povo, Centro de Convívio dos Reformados e pensionistas da Ponte de Sor, Centro de Artes e Culturas, Teatro, Cinema municipal, Biblioteca, Orquestra Ligeira da CMPS, Piscinas Municipais, Estádio e Pavilhão Municipal.

1.2.4 – Recursos de Saúde

Na necessidade de recorrer aos cuidados hospitalares, os residentes do concelho terão de dirigir-se ao hospital de referência, o Hospital Doutor José Maria Grande localizado em Portalegre, a cerca de 60 Km e também pertencente à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA].

O concelho de Ponte de Sor está abrangido pelo Centro de Saúde de Ponte de Sor pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Possui serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do centro de saúde.

O Centro de Saúde de Ponte de Sor rege-se pelos valores do respeito pela pessoa humana em todas as suas vertentes, pela igualdade na prestação de cuidados, pela acessibilidade aos cuidados de saúde, excelência técnica, ética, integridade e transparência, promoção contínua da qualidade/ melhoria contínua, trabalho em equipa e promoção de parcerias nas áreas da saúde, social e comunitária.

Pretende prestar cuidados de saúde de excelência no atendimento ao cidadão, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, privilegiando o trabalho em equipa multidisciplinar, a permanência do utente na família e na comunidade, dedicando especial atenção aos cidadãos/grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco.

Visando a excelência no atendimento aos utentes, o Centro de Saúde de Ponte de Sor detém um jornal digital, o “SorSaúde”, aberto à comunidade onde são partilhadas informações através da publicação de artigos e informações da área da saúde e onde o cidadão pode divulgar e comentar informações.

1.3- FREGUESIA DA TRAMAGA

Relativamente aldeia de Tramaga foi elevada a freguesia em 1993. Esta freguesia dista da sede de concelho cerca de 3 km e geograficamente ostenta os seguintes contornos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367

até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, alonga-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

De referir que no âmbito da reorganização administrativa do território de freguesias, pela Lei nº 11-A/2013, de 28 de Janeiro foi criada a União das freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Sor a partir da agregação destas mesmas freguesias.

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor [CMPS], de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor.

O quadro n.º 2 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Quadro 2 -Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

Especificamente nesta Freguesia, no decorrer de 2013 foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade. O Destacamento Territorial de Ponte de Sor realiza anualmente várias ações de sensibilização, alertando o idoso sobre as burlas, prevenção da criminalidade e prevenção de incêndios florestais Em situações de risco de vida eminente do Idoso, estas situações são devidamente sinalizadas para as Instituições de Apoio Social do concelho/distrito.

Esta é uma freguesia que muito se preocupa com os idosos o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária:

- Semanalmente, os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado), são acompanhados por um funcionário da Junta de Freguesia e transportados numa

carrinha da Junta ate Ponte de Sor para que possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

- Transporte pela Junta de Freguesia de Tramaga de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.
- Almoço anual do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical
- Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.
- Bordados e pintura são atividades que podem frequentar, sendo feitas posteriormente exposições dos trabalhos nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.
- Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.
- A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário). As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

CAPÍTULO III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COM RECURSO À REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática é considerada uma investigação científica, conduzida de forma sistemática e explícita, que responde a uma problemática, baseada numa pergunta utilizando o método específico (ramalho, 2005). Santos *et al* (2007) preconizam a utilização da estratégica PI[C]O. A utilização deste método permite a identificação, seleção, avaliação e análise crítica dos dados dos estudos (Ramalho, 2005) e a sua síntese com vista à resposta à pergunta de partida. Santos *et al* (2007) salientam que uma pergunta de pesquisa bem elaborada determina que as respostas, ou evidências, encontradas são aplicáveis à resolução do problema.

Assim, foi formulada uma questão em formato PI[C]O: **“qual a intervenção do enfermeiro especialista em saúde pública na adoção de estilos de vida saudáveis com vista aos ganhos em qualidade de vida”** (Apêndice III).

A hierarquização de palavras-chave da pesquisa foi: “Nurs*, Community, Heath care, Quality of life”. Para a realização desta revisão sistemática, verificou-se que as palavras-chave são descritores na ‘MeSH Browser’.

O roteiro de pesquisa foi elaborado para um período de 5 anos com o conjunto de palavras-chave, realizado na plataforma EBSCO em 3 bases de dados online no dia 18/02/2015: MEDLINE with full text; Nursing & Allied Health Collection; Cihahl Complete. Os limitadores adotados na pesquisa foram: a publicação em texto completo; Resumo disponível; humano; idoso (≥65 anos); com friso cronológico de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2014, como se pode verificar mais especificamente no Apêndice IV. A pesquisa iniciou-se com cada palavra-chave individualmente, depois conjugando-as sequencialmente segundo a sua hierarquia. A pesquisa produziu sempre resultados, da conjugação das 4 palavras-chave resultaram 17 artigos (Apêndice V). Foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão em ambas as pesquisas (Apêndice VI). Após a leitura integral dos 8 artigos selecionam-se 3 (Anexo I) pela relevância para a temática em análise. Foram elaborados quadros de análise para uma melhor triagem e seleção de informação (Apêndice VII).

O recurso à revisão sistemática garantiu a análise de artigos com conteúdo científico atual e válido, enquadrados na temática em análise e na realidade da prática vivenciada. Neste sentido, evidenciou-se como uma mais-valia na sustentação e validação das experiências vivenciadas e referenciadas na análise reflexiva. Consequentemente, das competências adquiridas parte-se para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, contribuindo para o incremento da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde pública.

2 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS NA FREGUESIA DE TRAMAGA

Esta intervenção comunitária foi desenvolvida tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, tendo por base o PNS 2012-2016 relativamente aos comportamentos e estilos de vida saudáveis, assim como outros estudos nacionais e estrangeiros.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Como foi já referenciado no enquadramento teórico, o diagnóstico da situação é a primeira etapa do planeamento em saúde. Esta etapa opera como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

Com a elaboração do diagnóstico pretendeu-se identificar as necessidades de saúde e os fatores de risco da população com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga. Assim foi definido como objetivo geral deste estudo:

- Identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar as condições sociofamiliares, económicas da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga;
- Avaliar física e funcionalmente os idosos inquiridos ao nível das Atividades de Vida Diárias [AVD's], Atividades Instrumentais de Vida Diárias [AIVD's] e risco associado à idade;

- Avaliar sintomas depressivos nos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Seguidamente estabelecemos contacto prévio com a CMPS a 22 de março de 2013, a fim de atualizar os dados obtidos pelos Censos 2011, tendo obtido a confirmação de 350 pessoas com 65 ou mais anos a residir na Freguesia de Tramaga. Neste contacto tentamos também perceber qual a posição da Camara a este estudo.

Face à natureza dos objetivos delineados, decidiu-se considerar toda a população com idade igual ou superior a 65 anos e residente na freguesia de Tramaga, possibilitando que todos os habitantes com estas características tenham a mesma probabilidade de serem alvo deste diagnóstico.

Para Fortin (1999: 202) a população alvo “(...) é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. Foram aplicados à população alvo critérios de exclusão.

O instrumento de recolha de dados escolhido foi o questionário pois este permite quantificar os dados recolhidos, possibilita uma maior representatividade da amostra e permite o anonimato dos indivíduos questionados (Fortin, 2009).

Entre 15 de março e 15 de abril de 2013, o grupo de estágio fez uma revisão de literatura em vários repositórios selecionando o questionário que melhor se adequava aos objetivos previamente delineados. Contudo foi necessário adapta-lo ao contexto pois, o “(...) acrescento ou a retirada de questões pode ser necessário a fim de satisfazer as exigências da investigação” (Fortin, 1999: 250).

Assim, o questionário foi baseado num já existente, o questionário para Rastreamento de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos [RNAR_75] (Anexo II) desenvolvido pelo Professor Doutor José Ignacio Martin da Universidade de Aveiro, sendo previamente solicitado o seu consentimento (Apêndice VIII) e posteriormente autorizado (Anexo III).

O instrumento de colheita de dados resultou da compilação de escalas, variáveis e instrumentos, que foram agrupadas em três dimensões: a dimensão sociodemográfica, a dimensão física e a dimensão psicológica e mental. Por sua vez estas dimensões foram traduzidas em questões que foram posteriormente organizadas em oito grupos temáticos, resultando assim num questionário com um total de onze páginas (Apêndice IX).

Após breve análise do perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga, resume-se e lista-se os problemas diagnosticados nessa mesma população:

I - Elevada taxa de iliteracia;

II – Idosos a viver só, predominância do sexo feminino e com idade entre os 78 e 83 anos;

III- Maioria dos idosos coabita só com uma pessoa sendo esta o respetivo cônjuge. A média de idades é 70,45 e a moda 73 anos;

IV- Maioria dos idosos vivem com dificuldades económicas;

V- Cerca de 5,9% dos inquiridos vivem em locais isolados;

VI - Cerca de 17,2% dos idosos não tem rede de esgotos mas sim fossa;

VII - Só 40% dos idosos possui poliban, a maioria possui banheira e 9,7% refere ter a casa de banho fora da habitação;

VIII - A maioria dos idosos não tem tapetes antiderrapantes, 35,5% não tem piso antiderrapante, e 32,8% refere ter obstáculos em casa não permitindo a livre circulação;

IX - A maioria dos idosos necessita de ajuda sendo esta prestada pelos familiares que não coabitam. Quando é necessária ajuda mais frequente esta é prestada pelo familiar que coabita, habitualmente o cônjuge;

X - Nas AIVD há uma maior dependência nos idosos do sexo masculino que nos do sexo feminino. É nos idosos com mais de 83 anos que existe maior taxa de indivíduos dependentes;

XI - Nas AVD (índice de Katz) a maioria dos idosos são independentes em todas as atividades de vida e 5,9% são dependentes em todas as atividades de vida. Os valores do Índice de Katz aumentam nos idosos com idade mais avançada. Quem mais ajuda é o familiar que coabita, habitualmente o cônjuge;

XII - Pela GDS cerca de 31,9% revelam classificação de depressão e 21,8% revelam depressão grave. Quem apresenta valores mais elevados é o sexo feminino e os idosos que vivem numa habitação isolada;

XIII - Em relação ao IMC, cerca de 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e 23,1% em obesidade classe I (risco moderado de comorbilidade);

XIV - Relativamente ao perímetro abdominal, a maioria dos idosos apresenta risco muito elevado de comorbilidade, sendo este mais acentuado no sexo feminino;

XV - A maioria dos idosos toma vários medicamentos diariamente, 6,2% tomam entre 10 a 14 medicamentos, sendo a média 4,92 e a moda 4 medicamentos por dia. O número de medicamentos é diretamente proporcional ao ICC;

XVI – Cerca de 31,4% dos idosos referem ter caído nos últimos 6 meses, havendo maior tendência no sexo feminino e nos idosos com menor capacidade de mobilização;

XVII- Dos inquiridos 37,6% referem ter problemas de audição e 58,6% de visão;

XVIII - Patologias mais referidas pelos idosos foram: Hipertensão Arterial com 75,2%, de Dislipidémia com 42,1%, Patologias Osteoarticulares e Reumatológicas e Diabetes ambas com 24,1% e Insuficiência Cardíaca com 23,1%;

XIX - Cerca de que 11,1% dos idosos hipertensos e 25,7% dos idosos com a patologia Diabetes, não fazem a monitorização da tensão arterial e da glicémia capilar respetivamente, nem a vigilância do pé diabético;

XX – O ICC aumenta com as classes etárias mais elevadas. Este índice mostra que 89,7% dos idosos apresenta comorbilidade severa e 10,3% comorbilidade moderada.

2.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Tal como já foi referido anteriormente “(...) a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A segunda fase do Planeamento em Saúde é a definição de prioridades. No diagnóstico foram identificados os problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta fase de escolha de prioridades. Na sua essência, considera-se um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Nutt (1984), referido por Imperatori & Giraldes (1993), diz que se o número de problemas for elevado, ou seja mais de quinze ou vinte, é recomendada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas. Verifica-se que nos problemas diagnosticados existem vários que podem ser agrupados por apresentarem um tema idêntico; o quadro seguinte mostra como foram agrupados:

Problemas	Correspondência
A - Iliteracia	I
B - Viver só	II
C - Isolamento da habitação	V
D - Dificuldades económicas	IV
E - Quedas (Banheira em vez de poliban; piso e tapetes não antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais...)	VII, VIII, IX, XVI, XVII
F - Sem rede de esgotos	VI
G - Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos.	III, X, XI,
H - Classificação de depressão e depressão grave	XII,
I - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I	XIII
J - Polifarmácia	XV

K - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade/ Comorbilidade severa atribuída pelo ICC	XIV, XX
L - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca	XVIII, XIX

Quadro 3 - Agrupamento por temas dos problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga

Para hierarquizar os problemas de saúde encontrados recorre-se à aplicação de critérios, através dos quais os problemas serão organizados em prioridades. Tal como foi referido no enquadramento teórico Imperatori & Giraldes (1993) propõem três critérios clássicos para a definição de prioridades, nomeadamente a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade; e referem que além destes existem outros tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos. A gravidade do problema e a exequibilidade são também mencionados por Tavares (1990). Assim, sendo impossível utilizar todos os critérios face ao tempo-limite, optou-se pela vulnerabilidade, a exequibilidade, a gravidade do problema e fatores económicos.

Apos breve análise dos exemplos citados por Imperatori & Giraldes (1993) para a seleção de prioridades foi escolhido o de comparação de pares por ser uma abordagem prática quando o número de problemas não é muito extenso. Cada problema é comparado regularmente com um dos outros, escolhendo-se o mais importante. A ordenação final é feita a partir do número de que o problema foi escolhido em primeiro lugar (Tavares, 1990).

Problemas	Comparação por pares	Valor final	Ordem
Iliteracia (A)	A A A A A A A A A A A A -- B C D E F G H I J K L	3	8º
Viver só (B)	B B B B B B B B B B B B -- C D E F G H I J K L	5	6º
Isolamento da habitação (C)	C C C C C C C C C C C C -- D E F G H I J K L	4	7º
Dificuldades económicas (D)	D D D D D D D D D D D D -- E F G H I J K L	0	11º
Quedas (Banheira em vez de poliban; piso e tapetes não	E E E E E E E E E E E E -- F G H I J K L	10	1º

antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais) (E)			
Sem rede de esgotos (F)	F F F F F F F -- G H I J K L	2	9 ^o
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos. (G)	G G G G G G -- H I J K L	1	10 ^o
Classificação de depressão e depressão grave (H)	H H H H H -- I J K L	9	2 ^o
Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade (I)	I I I I -- J K L	7	4 ^o
Polifarmácia (J)	J J J -- K L	6	5 ^o
Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC (K)	K K -- L	10	1 ^o
Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca (L)	L --	8	3 ^o

Quadro 4 - Comparação por pares, valor final é o número de vezes que o problema foi escolhido (Adaptado com base em Tavares 1990 e Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a comparação de pares, obteve-se a seguinte ordem de prioridades para os primeiros dez problemas:

Ordem de prioridade	Problemas
1 ^o	Quedas (Banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)

	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC
3º	Classificação de depressão e depressão grave
4º	Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
5º	Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
6º	Polifarmácia
7º	Viver só
8º	Isolamento da habitação
9º	Iliteracia
10º	Sem rede de esgotos

Quadro 5 - Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares (Adaptado com base em Imperatori & Giraldes, 1993)

Assim de acordo com os os problemas mais mencionados pelos idosos inquiridos e com tendência a piorar ao longo do tempo, dando destaque às doenças ou situações que possam vir a provocar danos irreversíveis, sequelas ou deficiências, e mantendo ainda a nossa linha de pensamento que tivemos na etapa anterior, seguimos o PNS 2012-2016 e consideramos as prioridades por ele definidas atuando nas áreas de promoção e adoção de estilos de vida saudáveis, prevenção de acidentes domésticos e isolamento social.

As necessidades de saúde subjacentes aos riscos enunciados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.3 - FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Depois da identificação dos problemas e da respetiva definição de prioridades, é fundamental definir os objetivos relativamente a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos. Nesta etapa são definidos quais os objetivos a atingir de acordo com os problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo. A fixação de objetivos quantificados é indispensável para a avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1993). Os mesmos autores afirmam que além da fixação dos objetivos, é nesta fase que se traduzem os objetivos em objetivos operacionais ou metas e se definem os indicadores

de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco; estes podem ser divididos em dois grupos:

- Indicadores de resultado ou de impacto – têm como finalidade “(...) medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema (...)” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77);
- Indicadores de atividade ou de execução – têm como finalidade “(...) medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (...)” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78).

Não é possível definir indicadores de resultado ou impacto no âmbito deste trabalho porque as atividades implementadas foram realizadas num curto espaço de tempo não sendo possível avaliar os seus ganhos em saúde a longo prazo, desta forma supõe-se apenas que subsistirão mudanças de comportamento na população idosa compreendida nas atividades.

De acordo com os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde e tendo como referencial teórico as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Promover a qualidade de vida na população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga;
- Promover ambiente capacitador da autonomia e independência da população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga;
- Minimizar os problemas que influenciam negativamente a qualidade de vida na população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga.

Face a estes objetivos foram delineados objetivos específicos, bem como metas e indicadores de atividade/execução relativamente a cada uma das atividades desenvolvidas. De forma a facilitar a sua análise foram explanados nos quadros 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>Ate à 2ª semana de Novembro de 2013, envolver o Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor nas atividades de intervenção a desenvolver na Tramaga.</p>	<p>- Colaboração do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor apresentando 2 propostas:</p> <p>1- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”;</p> <p>2- Disponibilidade de material multimédia: tela e <i>datashow</i> para 2 sessões a realizar na comunidade – <i>Fórum</i> Comunitário e Sessão de Educação para a Saúde;</p> <p>- Que o destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor aceite 50% das propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga.</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração aceites}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 =$</p>

Quadro 6 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com a GNR

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
Ate à 2ª semana de Novembro de 2013, envolver a Teleassistência <i>Helpphone</i> nas atividades de intervenção a desenvolver na Tramaga.	<p>- Colaboração da Teleassistência <i>Helpphone</i> apresentando 2 propostas:</p> <p>1- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”;</p> <p>2- Solicitar informação e demonstração sobre Teleassistência;</p> <p>- Que a Teleassistência <i>Helpphone</i> aceite 50% das propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N.º de propostas de colaboração previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração aceites}}{\text{N.º de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 =$</p>

Quadro 7 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com representante da Teleassistência *Helpphone*

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>Ate à 2ª semana de Novembro de 2013, sensibilizar o Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor sobre problemas prioritizados no Diagnóstico de saúde realizado na Tramaga e a necessidade de intervir para resolução/minimização dos mesmos</p>	<p>- Apresentar ao Presidente da União de Juntas de Freguesia 8 propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados, levando-os a implementa-las:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; 2-Funcionario da autarquia com formação desportiva, deslocar-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos; 3-Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária e cemitério); 4- Rampas de acesso em casa de idosos com mobilidade reduzida 5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da freguesia; 6- Teleassistência; 7-Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico; 8-Rede municipal de esgotos para todos. 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção apresentadas}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção previstas}} \times 100 =$

<p>Ate à 2ª semana de Novembro de 2013, envolver o Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor nas atividades de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a União de Freguesias aceite 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados; - Que a União de Freguesias aceite para análise 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados; - Apresentar ao Presidente da União de Juntas de Freguesia 6 propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga: <ul style="list-style-type: none"> 1-Integração do “Atelier da saúde” no evento das comemorações de São Martinho da freguesia de Tramaga e cedência de espaço (Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural de Tramaga); 2-Cedência do Auditório da Junta da Tramaga para o “Fórum Comunitário”; 3- Cedência do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde “ Segurança do idoso”; 	<p>$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção aceites}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção para análise}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{Nº de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{Nº de propostas de colaboração previstas}} \times 100 =$</p>
---	--	--

<p>intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga</p>	<p>4-Disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras...);</p> <p>5-Disponibilidade de 1 ou 2 funcionários da União de Juntas para ajuda e preparação de espaços;</p> <p>6-Divulgação dos eventos à comunidade através de editais</p> <p>- Que a União de Freguesias aceite 30% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga.</p>	$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração aceites}}{\text{N.º de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 =$
--	---	--

Quadro 8 - Objectivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à intervenção: Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>Ate à 2ª semana de Novembro de 2013, sensibilizar o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor sobre prolemas prioritizados no Diagnóstico de saúde</p>	<p>- Apresentar ao Presidente da Câmara 8 propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados:</p> <p>1--Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos;</p> <p>2-Funcionario da autarquia com formação desportiva, deslocar-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos;</p>	$\frac{\text{Nº de propostas de intervenção apresentadas}}{\text{Nº de propostas de intervenção previstas}} \times 100 =$

<p>realizado na Tramaga e a necessidade de intervir para resolução/minimização dos mesmos</p>	<p>3-Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária e cemitério);</p> <p>4- Rampas de acesso em casa de idosos com mobilidade reduzida</p> <p>5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da freguesia;</p> <p>6- Teleassistência;</p> <p>7-Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico;</p> <p>8-Rede municipal de esgotos para todos.</p> <p>- Que a Autarquia aceite 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas priorizados;</p> <p>- Que a Autarquia aceite para análise 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas priorizados</p>	<p>$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção aceites}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção para análise}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 =$</p>
---	--	--

Quadro 9 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com o Presidente da CMPS e Responsável pela área social do Município

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>Que os participantes do “Atelier da Saúde” das comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga no dia 16/11/2013, adquiram/fomentem conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis levando-os a uma adoção no seu dia a dia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que 50% dos participantes das comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga adiram ao “Atelier da Saúde”; - Monitorizar tensão arterial a 95% dos participantes do <i>Atelier</i> da Saúde; - Monitorizar glicémia capilar a 90% dos participantes do <i>Atelier</i> da Saúde; - Facultar informação individualizada a todos os participantes do <i>Atelier</i> da Saúde sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis promovendo a saúde e a qualidade de vida e prevenindo a doença; 	<p>$\frac{\text{N.º de aderentes ao atelier da saúde}}{\text{N.º de participantes nas Comemorações de S. Martinho}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas monitorizados(TA)}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas monitorizados (GC)}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p>

	4- Com razoável importância 5- Com muita importância	
--	---	--

Quadro 10 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Atelier da Saúde associado às comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
------------------------------	--------------	--

<p>- Que os participantes, adquiram conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes através de Sessão de Educação para a Saúde: “Segurança do idoso”, em parceria com GNR e Teleassistência Helpphone, ”, a realizar na 1ª semana de Dezembro de 2013.</p>	<p>- Convidar Entidades Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesias; Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência: Helpphone; IPP- ESSP, (total de 35 convidados);</p> <p>- Convidar a Comunidade em Geral;</p> <p>- Que 10% das Entidades Locais/Concelhias convidadas participem no evento</p> <p>- Que 10% da população com idade ≥ 65 anos participem no evento</p> <p>- Que 95% dos participantes com idade ≥ 65anos aceitem os folhetos de informação sobre prevenção de acidentes:</p>	<p>$\frac{\text{N.º de entidades convidadas}}{\text{N.º de entidades a convocar previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de entidades que participam na Sessão}}{\text{N.º de entidades convidadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam na Sessão}}{\text{N.º total de pessoas da comunidade com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65} \times 100 =$</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ “Prevenir para não cair...” ➤ “Inverno em segurança” <p>- Que sejam esclarecidas 95% de questões expostas pelos participantes.</p>	<p>anos que participam na Sessão</p> $\frac{\text{N.º de questões esclarecidas}}{\text{N.º de questões levantadas pelos participantes}} \times 100 =$
--	---	--

Quadro 12- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
-----------------------	-------	-----------------------------------

<p>- Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis pela publicação do artigo “Saber mais, viver melhor” durante o mês de Dezembro de 2013</p>	<p>-Que o artigo “Saber mais, viver melhor!” seja publicado em 2 meios da comunicação social:</p> <p>1- Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte”;</p> <p>2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”;</p> <p>- Que o artigo “Saber mais, viver melhor!” publicado no jornal “aponte” alcance uma tiragem mínima de 1000 exemplares;</p> <p>- Que o artigo “Saber mais, viver melhor!” publicado no jornal digital “SORSAUDE” obtenha no mínimo 100 visualizações apos 30 dias da sua publicação</p>	<p>$\frac{\text{N.º de Publicações concretizadas}}{\text{N.º Publicações propostas}} \times 100 =$</p> <p>Nº de tiragem do jornal “aponte”</p> <p>Nº de visualizações no jornal digital “SORSAUDE”</p>
--	---	---

Quadro 13 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis pela publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” durante o mês de Janeiro de 2014</p>	<p>-Que o artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” seja publicado em 2 meios da comunicação social:</p> <p>1- Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte”;</p> <p>2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”;</p> <p>- Que o artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” publicado no jornal “aponte” alcance uma tiragem mínima de 1000 exemplares;</p> <p>- Que o artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” publicado no jornal digital “SORSAUDE” obtenha no mínimo 100 visualizações apos 30 dias da sua publicação</p>	<p>$\frac{\text{N.º de Publicações concretizadas}}{\text{N.º Publicações propostas}} \times 100 =$</p> <p>Nº de tiragem do jornal “aponte”</p> <p>Nº de visualizações no jornal digital “SORSAUDE”</p>

Quadro 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias representa a quarta fase do planeamento em saúde e é uma das fases mais importantes do planeamento. É nesta fase que se pode optar pelas estratégias sendo estas um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde ” (Imperatori & Geraldès, 1993: 87).

Esta seleção de estratégias não deve ser linear, pelo que devem ser estudadas estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, as quais serão posteriormente submetidas a decisão superior. É indispensável fazer uma avaliação dos recursos a utilizar aquando da seleção de estratégias. Se os recursos forem considerados insuficientes, “(...) haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Geraldès 1993: 30).

Os autores supracitados (Imperatori & Geraldès, 1993: 87) consideram as seguintes fases na elaboração de estratégias de saúde:

- Estabelecer os critérios de conceção das estratégias;
- Enumerar as modificações necessárias;
- Esboçar estratégias potenciais;
- Escolher as estratégias mais realizáveis;
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas;
- Estimar os custos das estratégias;
- Avaliar a adequação dos recursos futuros;
- Rever estratégias e objetivos (se necessário).

Assim, tendo em conta os objetivos anteriormente definidos, foram estabelecidos como critérios de conceção:

- Dar ênfase à área da Promoção da Saúde através da Educação para a Saúde;
- Valorizar a importância de comportamentos e estilos de vida saudáveis de forma a prevenir e controlar as doenças crónicas, assim como promover a independência e a autonomia;
- Envolver entidades locais e concelhias;
- Incentivar comunidade a participar e a colaborar em atividades de lazer e recreativas sem trazer custos desnecessários e acrescidos à população;
- Rentabilizar de forma eficaz e eficiente recursos materiais existentes;

Relativamente às modificações necessárias, são consideradas as que visam permitir alcançar os objetivos definidos e contornar ou eliminar potenciais obstáculos para a realização dos mesmos (Imperatori & Geraldès 1993). No quadro seguinte são referidos os potenciais obstáculos e delineadas as modificações necessárias para contornar ou eliminar os mesmos:

Potenciais obstáculos	Modificações necessárias / estratégias potenciais
- Limitação de tempo para implementação do projeto	- Rentabilizar o tempo disponível, em dias úteis, fins-de-semana e feriados.
- Dificuldades de aceitação do projeto por parte das entidades locais/concelhias.	- Através de contactos pessoais, reuniões formais e informais usar a técnica de Persuasão sensibilizando e alertando entidades locais/concelhias sobre a necessidade de atuar de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos.
- Dificuldades de aceitação do projeto por parte da população-alvo e Comunidade; - Falta de colaboração da população-alvo e Comunidade.	- Articulação Intersectorial com as entidades locais/concelhias mobilizadas; - Distribuição à comunidade de panfletos informativos; - Integrar líderes formais e informais no projeto promovendo a confiança: - Participar em eventos que mobilizem habitualmente a comunidade a participar; - Incentivar ao convívio, promovendo lanche durante as atividades tipo sessões/ <i>Fórum</i> .
- Carência de recursos humanos e materiais	- Maximizar o tempo; - Estabelecer parcerias com entidades para cedência de espaços físicos e utensílios adequados à realização das atividades; - Rentabilizar materiais existentes, meios tecnológicos e equipamentos necessários sem necessidade de aquisição; - Adquirir materiais de consumos preferencialmente de qualidade mas de baixo custo

Quadro 15 - Potenciais obstáculos, modificações necessárias/ estratégias potenciais

A seguir foram selecionadas as estratégias mais realizáveis, as quais serão descritas no quadro seguinte assim como os problemas identificados como prioritários.

Estratégias Realizáveis	Problemas priorizados associados
<p>Reunião com GNR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para os problemas identificados e priorizados no Diagnostico, especialmente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações; - Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas referidos, de forma a minimizar riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida: <ul style="list-style-type: none"> . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só - Isolamento da habitação; - Classificação de depressão e depressão grave
<p>Reunião com representante da Teleassistência Helpphone.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para os problemas identificados e priorizados no Diagnostico, especialmente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações; - Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas referidos, de forma a minimizar riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida; - Informar e mostrar dispositivos existentes para auxílio à população idosa no apoio, e combate ao isolamento- teleassistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só - Isolamento da habitação; - Classificação de depressão e depressão grave
<p>Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar junto do Sr Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor para os problemas identificados e 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais);

<p>priorizados no Diagnostico e para a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa;</p> <p>-Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à intervenção da União de Juntas de Freguesias (Tramaga)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; - Viver só; - Isolamento da habitação; - Iliteracia; - Sem rede de esgotos.
<p>Reunião com o Presidente da CMPS e Responsável pela área social do Município:</p> <p>- Sensibilizar Sr Presidente da CMPS e Responsável pela área social do Município para os problemas identificados e priorizados no Diagnostico e para a a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa;</p> <p>-Apresentar à Autarquia propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à sua intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; - Viver só; - Isolamento da habitação;

	<ul style="list-style-type: none"> - Iliteracia; - Sem rede de esgotos
<p>“Atelier da Saúde” associado às comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis promovendo a saúde e a qualidade de vida e prevenindo a doença, não só dos idosos, mas adultos e mais jovens; - Monitorizar TA e GC; - Distribuição de folhetos e orientação individualizada sobre os problemas identificados; - Promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (<i>empowerment</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC - Classificação de depressão e depressão grave - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Polifarmácia - Viver só - Isolamento da habitação
<p>Fórum Comunitário sobre resultados do Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga a pessoas com 65 e mais anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar Saúde à Comunidade, Entidades Locais e Concelhias os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde, sensibilizando-os para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; - Solicitar a participação e de todos os participantes informando-os sobre a progressão das atividades desenvolvidas e a desenvolver; - Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de lanche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; - Polifarmácia:

	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só; - Isolamento da habitação; - Iliteracia; - Sem rede de esgotos.
<p>Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessão conjunta com GNR e Teleassistência; - Promover informações sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida: <ul style="list-style-type: none"> . Informações úteis para o dia-a-dia em segurança; . Prevenção de acidentes (queda, frio) . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. . Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para auxílio à população idosa no apoio, e combate ao isolamento- teleassistência; - Promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment). - Distribuição de folhetos sobre os temas abordados; - Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de lanche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Viver só; - Isolamento da habitação.

<p>Publicação periódica de informação e sensibilização e divulgação no Jornal de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”: “ Saber mais, viver melhor”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis; 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I.
<p>Publicação periódica de informação e sensibilização e divulgação no Jornal de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis; 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Classificação de depressão e depressão grave; - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; -Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Isolamento da habitação; - Viver só.

Quadro 16 - Estratégias utilizadas em relação aos problemas priorizados

Após descrever as estratégias é necessário calcular os custos das mesmas. Relativamente às reuniões, estas foram realizadas no espaço físico das entidades envolvidas pelo que não houve custos materiais. Os artigos foram feitos em conjunto pelas colegas de estágio e a sua publicação também não envolveu custos materiais. O espaço para o *Atelier* da Saúde foi cedido pelo Grupo Desportivo e Cultural de Tramaga. O cavalete para colocação de cartaz, os esfigmomanómetros, estetoscópios e o glicómetro foram utilizados os de uso pessoal das colegas de estágio. Os testes para glicémia capilar, compressas de papel e pensos rápidos foram cedidos por diabético familiar diabético de colega de estágio. O Centro de Saúde disponibilizou contentor grupo IV foi utilizado e devolvido. Para o Fórum Comunitário e Sessão de Educação para a Saúde, o espaço – Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga foi cedido pela União de Juntas de Freguesia, assim como estruturas, mesas e cadeiras. A GNR de Ponte de Sor cedeu o material multimédia- tela e datashow. O Banco Caixa de Crédito Agrícola deu pastas e folhas de papel para os participantes tirarem apontamentos. De referir que a União de Juntas disponibilizou uma funcionária, pertencente à Junta de Tramaga, para apoiar nas atividades: *Atelier* da Saúde, Fórum Comunitário e Sessão de Educação para a Saúde. As despesas decorrentes tipo deslocações (alimentação e combustível) e chamadas telefónicas foram gerenciadas e distribuídas igualmente pelos elementos do grupo de estágio. Relativamente às despesas resultantes de impressões de fotocópias cartazes, folhetos encadernações do Diagnóstico de Saúde concedido às principais entidades envolvidas, entre outras despesas que estão discriminadas no quadro seguinte, foram divididas pelos elementos do grupo.

Descrição	Custo	Atividade correspondente
Gráfica	40€	- Reuniões e Publicações de artigos - <i>Atelier</i> da Saúde - Fórum Comunitário - Sessão de Educação para a Saúde
Fotocópias, encadernações e canetas	51.16€	
Supermercado	80.76€	
Florista	25€	
Total	196.92€	

Quadro 17 - Descrição das despesas efetuadas e respetivos custos

Os orçamentos ou gastos previstos não foram ultrapassados e os equipamentos existentes e utilizados estiveram adaptados e corresponderam às expectativas.

2.5- ELABORAÇÃO DE PROJETOS E PROGRAMAS

É importante definir o conceito de programa e projeto para a elaboração dos mesmos. Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 129) Programa representa o “ (...) conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia (...)” e projeto “(...) uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa (...)”. Mas segundo Tavares (1990:167), se o projeto não estiver envolvido num contexto mais abrangente de um Plano ou programa, ele “(...) encerra em si toda a globalidade do Processo de planeamento e não é pela ausência de uma hierarquização neste processo que um projeto deve deixar de ser elaborado.”

Assim, após a definição de objetivos e a seleção de estratégias e na continuação do estágio passamos à 5ª fase do planeamento em saúde, a elaboração de um projeto de estágio. Foi executado um projeto de grupo pelas alunas mestradas do grupo de estágio. Posteriormente foi elaborado o projeto individual e este servirá como guia orientador das atividades a desenvolver de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

2.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Esta etapa do planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993: 149) deverá “(...) especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar”. Ainda segundo os mesmos autores, esta etapa “(...) é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto , incluindo o cronograma para a sua efetivação.” (Imperatori & Giraldes 1993:30). Assim, iniciamos esta etapa com a elaboração de um cronograma das atividades a desenvolver nesta intervenção (remete-se para apêndice II), Efetuamos reuniões de grupo de trabalho sempre necessário, para distribuir funções e planear as intervenções. Contactamos e reunimos com a Professora da ESSP responsável pelo Estágio para orientação. Estabelecemos contactos formais com entidades locais da comunidade (conforme descrito anteriormente) de forma a perceber qual a disponibilidade para participarem nas atividades com o mínimo de perturbação nas suas rotinas diárias. Estabelecemos parcerias de

intervenção com algumas entidades no sentido de participarem ativamente nas atividades e qual a disponibilidade para cedência de espaços físicos e material adequado para a realização das atividades. De acordo com o que atrás foi referido elaboramos o cronograma de atividades com as atividades a implementar (remete-se para apêndice II). Preparamos as sessões e escrevemos os artigos utilizando uma linguagem simples e apelativa tentando sensibilizar o idoso, família e comunidade para a importância de adquirir hábitos de vida saudáveis. Elaboramos os cartazes e os panfletos de forma simples, com imagens e informação acessível ao idoso e família.

É importante mencionar que as intervenções foram preparadas de acordo com a Teoria da Organização Comunitária a qual assenta na capacitação da comunidade para a mudança de comportamentos através de estratégias que permitam identificar problemas mobilizando recursos de forma a atingir os objetivos coletivos.

2.7- EXECUÇÃO

As atividades desenvolvidas, considerando os objetivos, durante o estágio são descritas nesta etapa. Considerando o seu número e visando uma análise mais clara procede-se à sua apresentação de forma individualizada.

- Intervenção com vista à prevenção do isolamento e depressão

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho e desenvolve ações de formação junto destes sobre as mais diversas temáticas (burlas, isolamento social, etc),

Neste âmbito foi estabelecido contacto com o Sr. Comandante – Destacamento Territorial de Ponte de Sor, sendo posteriormente marcada uma reunião a qual foi realizada no dia 1 de Novembro de 2013, às 9h30m, no Posto Territorial da GNR e com a duração de 1 hora.

Nesta reunião alertou-se para os problemas identificados e priorizados no Diagnóstico, especialmente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações. Foram apresentadas 2 propostas: parceria na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” e empréstimo de pedido material multimédia (tela e *datashow*) para Fórum comunitário e Sessão de educação para a saúde.

Esperamos que a intervenção nos problemas referidos, possa a minimizar riscos que influenciam negativamente a qualidade de vida do idoso em especial na insegurança: burlas, roubos, assaltos, dificuldade em pedido de auxílio e socorro e no combate ao isolamento.

- Intervenção com vista à assistência e apoio em idosos com risco de isolamento e depressão

Após análise de dados recolhidos no Diagnóstico de Saúde da freguesia de Tramaga, constatou-se que é uma população envelhecida com alguns problemas e necessidades entre os quais o isolamento pois 25,5% de idosos vivem sós. Face a esta problemática foi estabelecido contacto com Teleassistência Helpphone, e agendada reunião com representante da firma. Esta reunião foi realizada no dia 13 de Novembro de 2013 às 17h30 num dos escritórios de Lisboa da Helpphone com o administrador Dr. João de Barros e teve a duração de 2h30m.

Solicitou-se colaboração com a Helpphone através da apresentação de duas propostas, as quais foram aceites: Informação e demonstração sobre teleassistência e parceria na Sessão de educação para a saúde “Segurança do Idoso”.

Esta foi uma reunião preparatória em que foram esclarecidas algumas dúvidas sobre a teleassistência e foram delineados os pontos a referir na Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”.

- Intervenções com vista à adoção de medidas que permitam maior acessibilidade e participação social aos idosos, melhor qualidade de vida (partindo de necessidades básicas como o saneamento)

Após um primeiro contacto com o Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, foi agendada uma reunião, sendo realizada no dia 15 de Novembro de 2013, às 10:30 horas, na sala de reuniões da freguesia da Tramaga e teve a duração de 1:30 horas. Nesta reunião tentou-se sensibilizar junto do Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor para os problemas identificados e priorizados no Diagnóstico e para a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa.

Face aos problemas identificados foram apresentadas Propostas de Intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas: teleassistência, colocação de mesas de jogos (damas/xadrez), deslocação de funcionário da Autarquia ao Centro Comunitário para efetuar exercícios com os idosos, espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre, fazer rampas de acesso em locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério) e em casa de idosos com mobilidade

reduzida, rede municipal de esgotos para todos, projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.

Das propostas efetuadas foram aceites: a rede de esgotos, criação de rampas em locais públicos, e criação de rampas nas portas/passeios de acesso às casas dos idosos. Ficaram para análise: teleassistência, mesas de jogos - damas/xadrez, funcionário da câmara deslocar-se a freguesia a realizar exercícios, espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos, formação aos idosos para aprender o ensino básico.

Foram também apresentadas 6 propostas de colaboração as quais foram logo aceites: Integração do “*Atelier* da saúde” no evento das comemorações de São Martinho da freguesia de Tramaga e cedência de espaço (Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural de Tramaga), cedência do Auditório da Junta da Tramaga para o “*Fórum* Comunitário”, cedência do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de educação para a saúde “*Segurança do idoso*”, disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras...), disponibilidade de 1 ou 2 funcionários da União de Juntas para ajuda e preparação de espaços, divulgação dos eventos à comunidade através de editais.

É importante referir que pela interdependência existente entre a União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor e a Camara da Ponte de Sor as propostas de intervenção serão analisadas pelas duas entidades.

- Intervenções com vista à adoção de medidas que permitam maior acessibilidade e participação social aos idosos, melhor qualidade de vida (partindo de necessidades básicas como o saneamento)

Sendo previamente estabelecido contacto com o Presidente da Camara de Ponte de Sor, foi marcada uma reunião. Esta foi efetuada no dia 15 de Novembro de 2013, às 15 horas, na sala de reuniões do Sr. Presidente da Câmara Municipal da Ponte de Sor, teve a duração de 1:30 horas. Tal como na reunião anterior foram apresentados os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na freguesia de Tramaga e de acordo com esses mesmos problemas identificados foram apresentadas 8 Propostas de Intervenção para a minimização/resolução desses mesmos problemas, sendo estas propostas idênticas às apresentadas à União de Freguesias. O Sr. Presidente mostrou-se muito recetivo e sensível aos mesmos referindo inclusive que alguns desses problemas já eram preocupação da Camara, tal como da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. Das propostas efetuadas foram aceites: a rede de esgotos, criação de rampas em locais públicos, e criação de rampas nas portas/passeios de acesso às casas dos idosos. Estas propostas encontram-se já em curso ficando as restantes para análise.

De salientar que é notório a preocupação da Autarquia em colaborar com a União de Freguesias no sentido de minimizar os problemas da Comunidade, visando uma melhoria na qualidade de vida, especialmente dos idosos.

- Desenvolvimento de um *Atelier* da saúde” associado às comemorações de São Martinho com vista à promoção a adesão a estilos de vida saudáveis

Foi realizado no dia 16 de Novembro de 2013, às 20h na sede do Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com a duração de 2:30 horas (Ver plano da sessão apêndice X e fotos apêndice XI).

Foi estabelecido um contacto com o presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor no sentido de perceber se estava previsto a organização de algum evento festivo, nomeadamente um magusto, e, se teriam interesse em colaborar conosco, permitindo a nossa participação para realizar um “*Atelier* de Saúde”. Sendo a resposta positiva foi elaborado um convite que com a colaboração do Sr. Presidente foi fixado em vários locais públicos para informar e convidar a população a participar no evento. (Apêndice XII),

Perante os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na freguesia de Tramaga, o grupo de alunas mestradas nas comemorações de São Martinho criou o “*Atelier* da Saúde” onde forneceu conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Aos participantes aderentes foi monitorizada a tensão arterial e a glicemia capilar, cujos valores/conclusões estão representados nos quadros nº18 e nº19 respetivamente.

Tensão arterial							
Sistólica				Diastólica			
Média	Moda	Máxima	Mínima	Média	Moda	Máxima	Mínima
151	114	213	99	91	98	118	58

Quadro 18 - Média, Moda, Máxima e Mínima da Tensão sistólica e diastólica

Glicémia capilar				
Participantes	Média	Moda	Mínima	Máxima
59	106	98	77	206

Quadro 19 - Média, Moda, Máxima e Mínima da Glicémia capilar

Foram fornecidas informações e esclarecidas dúvidas individualmente e entregues panfletos (Apêndice XIII), sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis tentando sensibilizar os idosos e familiares para a importância de mudança de alguns comportamentos. Nesta intervenção foram abordados vários temas que podem influenciar a nossa qualidade de vida. A mudança de alguns comportamentos nem sempre é fácil principalmente no idoso onde os hábitos já estão enraizados mas nós enquanto enfermeiros especialistas temos papel fundamental nesta área. A finalizar os participantes eram questionados sobre a importância e interesse do evento sendo elaborada uma grelha de avaliação. Foi também elaborada uma folha de registo e movimento para facilitar o cálculo dos indicadores e posterior avaliação. (Apêndice XIV)

- Apresentação dos resultados concluídos do Diagnóstico de Saúde da população com mais de 65 anos da Freguesia e Tramaga, com objetivo de induzir a reflexão os problemas vividos pelos idosos com vista à mudança de comportamentos

Esta intervenção foi realizada no dia 29 de Novembro de 2013, às 14 horas, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, teve a duração de 1:30 horas seguindo-se um lanche (Ver plano da sessão em apêndice XV e fotos em apêndice XVI).

Apos elaboração de lista de entidades a convidar, foram enviados convites (Apêndice XVII), para diversas Entidades Locais/Concelhias, perfazendo um total de 35 convidados: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesias; Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência: Helpphone; IPP- ESSP.

Foram também elaborados pequenos cartazes e fixados em locais públicos para informar e convidar a população a participar neste evento (Apêndice XVII),

Das 35 entidades convidadas, estiveram presentes o Presidente da União de Freguesias e Vice Presidente, Comandante da GNR, Vereador da Camara, Enfermeira chefe e sub chefe do Centro de Saúde de Ponte de Sor e Professora da ESSP. Relativamente à população com 65 ou mais anos de idade, participaram 37 pessoas.

Numa população cada vez mais envelhecida é importante sensibilizar as entidades responsáveis para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa e promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment).

Neste Fórum os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde efetuado na freguesia de Tramaga, foram divulgados à Comunidade, às Entidades Locais e Concelhias e ESSP através de um *PowerPoint* no sentido de as envolver de forma a cooperarem com as alunas mestrandas (Apêndice XVIII).

Foram distribuídas pelos participantes convidados, pastas de apoio, papel e canetas para registos no Fórum.

Após a apresentação e discussão dos resultados o fórum foi encerrado com um lanche convívio.

- Realização de uma Sessão de educação para a saúde “ segurança do idoso”

No dia 06 de Dezembro de 2013, pelas 14h realizou-se nova Intervenção Comunitária, teve lugar no Auditório da Junta de freguesia de Tramaga com a duração de 2 horas incluindo intervalo de 30 minutos com *coffe break* (Ver plano da sessão, apêndice XIX e fotos em XX). Tal como na intervenção anterior, foram enviados convites (Apêndice XXI), para as mesmas Entidades Locais/Concelhias, perfazendo um total de 35 convidados.

Foram elaborados pequenos cartazes e fixados em locais públicos para informar e convidar a população a participar neste evento (Apêndice XXI).

Das 35 entidades convidadas, estiveram presentes o Presidente da União de Freguesias e Vice Presidente, 3 elementos da GNR, Enfermeira chefe e sub chefe do Centro de Saúde de Ponte de Sor, Representante do Lar, representante do jornal “Ecos do Sor”, representante da Helpphone e um membro da Assembleia de freguesias.

Relativamente à Comunidade participaram 45 pessoas mas 2 tinham menos de 65 anos de idade.

O envelhecimento da população coloca ao governo, famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estão preparados. É importante apostar na prevenção e promoção não só da saúde mas também da autonomia promovendo um envelhecimento ativo. Face ao clima de insegurança pelas burlas que os idosos constantemente são vítimas é importante alertar os mesmos sobre esta problemática atual.

Esta Intervenção “ Segurança do Idoso” foi elaborado tendo em conta os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na freguesia de Tramaga com especial relevância: Quedas (banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); Viver só; Isolamento da habitação.

Após contacto prévio com a Helpphone e com a GNR foi estabelecida uma parceria e ambas se disponibilizaram a participar. Assim nesta Sessão de Educação para a Saúde foram

desenvolvidas temáticas sobre a segurança no idoso nomeadamente isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes, e foram apresentadas pelo grupo de alunas mestrandas, pela GNR e por representante da Helpphone:

- Segurança do idoso – prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio; apresentação de PowerPoint (Apêndice XXII), e distribuídos panfletos alusivos às temáticas apresentadas - Enfermeiras mestrandas (Apêndice XXIII),
- Teleassistência Domiciliaria – Para que nunca se sinta sozinho; apresentação de PowerPoint e demonstração de equipamentos – Helpphone
- Segurança dos idosos - Cuidado com as burlas; apresentação de PowerPoint – GNR

Com esta sessão tentamos alertar e informar de forma a minimizar riscos que influenciam negativamente a qualidade de vida do idoso e promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment).

Durante a sessão foi incentivada a intervenção dos participantes e após as apresentações foram esclarecidas as questões levantadas pelos mesmos.

De forma a promover o convívio e o envolvimento entre os participantes, as alunas mestrandas organizaram um pequeno de lanche.

- Publicação periódica de informação e sensibilização e divulgação no Jornal de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”:
 - **“ Saber mais, viver melhor”;**
 - **“Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”**

Esta foi mais uma intervenção comunitária realizada. Tentando abranger o maior número de pessoas contactamos o responsável pelo Jornal “aponte” e a Enfermeira chefe do Centro de Saúde de Ponte de Sor para a viabilidade de publicarem dois artigos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis Sendo temas atuais e relevantes, a resposta às nossas solicitações foi positiva. Baseando-nos novamente nos problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na freguesia de Tramaga, realizamos um artigo intitulado “Saber mais, viver melhor” sendo este publicado no Jornal mensal “aponte” no mês de Dezembro de 2013 (Apêndice XXIV),

. Por problemas alheios a nós o artigo só foi publicado no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE” no mês de Janeiro de 2014 (Apêndice XXV),

Mantendo a mesma linha de pensamento seguimos as mesmas diretrizes e elaboramos mais um artigo, este intitulado “Dê mais anos à sua vida e mais e mais vida aos seus anos”.

Este artigo foi publicado no Jornal “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAÚDE”, no mês de Janeiro de 2014. (Apêndice XXVI e XXVII),

Foi dada informação de forma a esclarecer a população, a aumentar o seu nível de conhecimentos e a encorajar a mesma a ser responsável pela sua própria saúde minimizando o aparecimento das repercussões da inatividade ou patologias. Estes artigos foram preparados e elaborados com a finalidade de sensibilizar a pessoa idosa, a família e a comunidade, para a importância mudar hábitos visando uma vida saudável.

2.8- AVALIAÇÃO

A avaliação representa a última fase do planeamento em saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993). Contudo embora sendo a última não é menos importante que as anteriores.

Em 1981, a OMS declarou que a avaliação é um processo formado pela definição do objeto da avaliação; pela verificação da pertinência; pela apreciação da adequação; pelo exame dos progressos; pela apreciação da eficiência, da eficácia e do impacto; e pela elaboração de conclusões e propostas com vista à ação futura (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para Tavares (1990: 205) a “(...) função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”. Ainda segundo o mesmo não é fácil avaliar um projeto na sua totalidade, contudo é muito importante e imperativa a sua realização, pois os indicadores e outros critérios usados são essenciais para avaliar e controlar os programas e projetos implementados.

Em enfermagem comunitária a avaliação resulta numa mudança mensurável na saúde ou comportamento dos idosos. Esta pode ser avaliada de três formas: mudanças comportamentais ou de saúde, a curto prazo e a longo prazo (Stanhope & Lancaster, 1999).

Como já foi justificado anteriormente, não vão ser avaliados os ganhos em saúde, pelo tipo de estudo realizado e pela impossibilidade, de avaliar os ganhos a médio ou a longo prazo até ao final do estágio, contudo serão avaliadas as atividades efetuadas, prevendo que serão adquiridas mudanças comportamentais ou de saúde, de forma a adquirir estilos de vida saudáveis e uma melhor qualidade de vida.

Ao terminar todo este processo, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu carácter de continuidade e dinamismo. Nesta linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “(...) terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e

assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

Neste sentido, após as atividades desenvolvidas, é necessário avaliar a intervenção para compreendermos se os objetivos delineados foram atingidos:

- Intervenção com vista à prevenção do isolamento e depressão

$$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N.º de propostas de colaboração previstas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração aceites}}{\text{N.º de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

Pré estabeleceu-se que a sessão seria eficaz se fossem apresentadas 2 propostas de colaboração à GNR e que destas fossem aceites 50%. As propostas foram apresentadas e ambas aceites pelo que foi estabelecida uma parceria para a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso” e concedido empréstimo de material multimédia (tela e datashow) para 2 sessões a desenvolver na comunidade (Fórum comunitário e sessão de Educação para a saúde).

Foi possível confirmar que na freguesia de Tramaga existe preocupação com a segurança do idoso pois a GNR tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos. Anualmente realiza várias ações de sensibilização cujas principais temáticas abordadas são as burlas, prevenção de acidentes e prevenção de incêndios florestais. Desenvolve também um programa especial, o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).

Considera-se portanto que a realização desta intervenção foi eficaz pois o objetivo foi atingido.

- Intervenção com vista à assistência e apoio em idosos com risco de isolamento e depressão

$$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N.º de propostas de colaboração previstas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração aceites}}{\text{N.º de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

Tal como na sessão anterior foi previamente estipulado que a sessão seria eficaz se fossem apresentadas 2 propostas de colaboração à Teleassistência Helpphone e que destas fossem aceites 50%. As propostas foram apresentadas e aceites. Foram prestadas algumas

informações sobre a teleassistência e foi estabelecida uma parceria para a Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”.

Sabendo que o isolamento do idoso é um problema real e ao qual não podemos ser alheios, envolvemos a teleassistência nas atividades a desenvolver na freguesia de Tramaga esperando assim contribuir para a minimização do problema e consequente melhoria de qualidade de vida do idoso.

De acordo com os indicadores apresentados, este objetivo foi atingido.

- Intervenções com vista à adoção de medidas que permitam maior acessibilidade e participação social aos idosos, melhor qualidade de vida (partindo de necessidades básicas como o saneamento)

A partilha de conhecimentos e informação sobre um tema tão importante como é o idoso requer não só a nossa atenção como a nossa intervenção. É fundamental informar as entidades sobre os problemas identificados na população de forma a tentarmos minimizar esses mesmos problemas, assim alertamos o Presidente da União de Freguesias o qual se mostrou muito sensível disponibilizando-se a colaborar connosco ressaltando contudo que a decisão não dependia só da Junta mas também da CMPS. Foram apresentadas 8 propostas de intervenção e destas 3 foram aceites e 5 foram para análise.

Foi estabelecido previamente como meta que das propostas de intervenção efetuadas fossem aceites 30% e 40% fossem para análise. Como se pode verificar a percentagem de propostas aceites foi 37,5% e de propostas para análise 62,5%.

$$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção apresentadas}}{\text{N.º de propostas de intervenção previstas}} \times 100 = \frac{8}{8} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção aceites}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 = \frac{3}{8} \times 100 = 37,5\%$$

$$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção para análise}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 = \frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$$

Foram ainda apresentadas 6 propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga, as quais foram aceites na totalidade. A meta previamente estabelecida era que fossem aceites 30% das propostas.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração previstas}} \times 100 = \frac{6}{6} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração aceites}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 = \frac{6}{6} \times 100 = 100\%$$

Pode-se verificar que metas e respetivos objetivos foram atingidos: foi sensibilizada a União de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Sor sobre os problemas priorizados no Diagnostico de Saúde e a necessidade de intervir nos mesmos para a sua minimização/resolução. Foi também envolvida a mesma entidade nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia de Tramaga.

- Intervenções com vista à adoção de medidas que permitam maior acessibilidade e participação social aos idosos, melhor qualidade de vida (partindo de necessidades básicas como o saneamento)

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção apresentadas}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção previstas}} \times 100 = \frac{8}{8} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção aceites}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 = \frac{3}{8} \times 100 = 37,5\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção para análise}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 = \frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$$

Com o objetivo de sensibilizar o Presidente da Camara Municipal de Ponte de Sor sobre os problemas priorizados no Diagnostico de Saúde e a necessidade de intervenção para a minimização/resolução desses mesmos problemas, foram apresentadas 8 propostas de intervenção.

Sendo o Município da Ponte de Sor uma das instituições aderentes ao projeto “Cidades Amigas das Pessoas Idosas”; e que integra também o PIMPA, facilmente comprovamos que este é um município que está alerta e se preocupa com a população idosa e com os seus problemas.

Para que a atividade fosse eficaz foi previamente instituído que as metas seriam iguais às da sessão anterior, como se pode verificar estas coincidiram não só em número como também em género, pois as propostas aceites e as propostas para análise coincidiram com as da Junta. Assim se conclui que a sessão foi eficaz sendo atingidas as metas e o objetivo definidos.

- Desenvolvimento de um *Atelier* da saúde” associado às comemorações de São Martinho com vista à promoção a adesão a estilos de vida saudáveis

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de aderentes do atelier de saúde}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes das comemorações do S. Martinho}} \times 100 = \frac{61}{80} \times 100 = 76.25\%$$

O objetivo desta intervenção comunitária foi informar e aconselhar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis. Os participantes foram alertados para o aumento significativo de pessoas diabéticas e hipertensas. Com a realização deste *Atelier* foi possível perceber que a HTA, diabetes e doenças cardiovasculares são alguns dos problemas que preocupam os idosos.

O quadro nº20 mostra o número de participantes no *Atelier* e as idades (media, moda, máxima, mínima e com idade superior ou igual a 65 anos).

Participantes		Idades				
Homens	Mulheres	Média	Moda	Máxima	Mínima	>65 anos
35	26	60	54	81	14	24

Quadro 20 - Número de participantes no *Atelier* e as idades (media, moda, máxima, mínima e com idade superior ou igual a 65 anos)

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas monitorizadas (TA)}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no Atelier da Saúde}} \times 100 = \frac{61}{61} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas monitorizadas (GC)}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no Atelier da Saúde}} \times 100 = \frac{59}{61} \times 100 = 96,72\%$$

Relativamente à TA a meta era que 95% dos participantes do *Atelier* fizesse a respetiva monitorização e na GC 90%. Como podemos verificar pelos indicadores ambas foram superadas. A referir que 2 participantes, um do sexo feminino e um do masculino recusaram fazer avaliação de GC.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no atelier}} \times 100 = \frac{52}{61} \times 100 = 85\%$$

Foi previamente estabelecido como meta que 50% do total de participantes das comemorações do S. Martinho aderissem ao *Atelier*. É importante referir que embora estivesse uma noite muito fria, o que certamente influenciou a saída das pessoas de suas casas, o resultado foi positivo com 76,25% de aderentes e 85% que levaram os folhetos.

A finalizar os participantes eram questionados sobre a importância e interesse do evento sendo elaborada uma grelha de avaliação. Pré estabeleceu-se que a sessão seria eficaz se nas 2 questões obtivesse-se 50% de respostas com pontuação superior ou igual a quatro na escala de Likert.

Da importância que atribuíram à iniciativa, a média das respostas foi 4,9, sendo que 7 (11,5%) dos participantes deram pontuação 4 e 54 (88,5%) deram pontuação 5.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de respostas maiores ou iguais a 4}}{\text{N}^\circ \text{ I de participantes do Atelier da Saúde}} \times 100 = \frac{61}{61} \times 100 = 100\%$$

Relativamente ao interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde, a média das respostas foi 4,8, em que 11 (18%) dos participantes deram pontuação 4 e 5 (82%) deram pontuação 5.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de respostas maiores ou iguais a 4}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes do Atelier da Saúde}} \times 100 = \frac{61}{61} \times 100 = 100\%$$

Como se pode concluir pelos dados acima referidos a sessão foi eficaz sendo todas as metas e respetivo objetivo alcançados.

- Apresentação dos resultados concluídos do Diagnóstico de Saúde da população com mais de 65 anos da Freguesia e Tramaga, com objetivo de induzir a reflexão os problemas vividos pelos idosos com vista à mudança de comportamentos

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades convidadas}}{\text{N}^\circ \text{ de entidades a convocar previstas}} \times 100 = \frac{35}{35} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades que participaram no Fórum}}{\text{N}^\circ \text{ das entidades convidadas}} \times 100 = \frac{7}{35} \times 100 = 20\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam no Fórum}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas da comunidade com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100 = \frac{37}{350} \times 100 = 10,6\%$$

Foram convidadas 35 entidades locais/concelhias assim como a comunidade em geral, sendo que este Fórum teve como objetivo a apresentação do Diagnóstico de Saúde a esses mesmos convidados.

Relativamente às entidades convidadas foi estabelecido como meta que 10% das entidades convidadas participassem na sessão, estiveram presentes 20% pelo que a meta foi ultrapassada.

Em relação à Comunidade com 65 ou mais anos institui-se como meta que 10% da população com 65 ou mais anos participasse na sessão. Houve uma participação de 37 pessoas o que perfaz 10,6% considerando-se que também aqui a meta foi ultrapassada.

Este fórum foi positivo pois o objetivo previsto foi atingido e foi estabelecida uma boa relação de cooperação entre as mestrandas e os restantes participantes do fórum de forma a sensibilizar e a envolver estes na participação ativa dos problemas detetados.

- Realização de uma Sessão de educação para a saúde “segurança do idoso”

$$\frac{\text{N.º de entidades convidadas}}{\text{N.º de entidades a convocar previstas}} \times 100 = \frac{35}{35} \times 100 = 100\%$$

Tal como na anterior sessão foram convidadas 35 entidades locais/concelhias e a comunidade em geral. Esta Sessão de Educação para a Saúde subordinada ao tema “Segurança do idoso” foi feita em parceria com a GNR e teleassistência Helpphone e teve como objetivo maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes.

$$\frac{\text{N.º de entidades que participam na Sessão}}{\text{N.º de entidades convidadas}} \times 100 = \frac{11}{35} \times 100 = 31,4\%$$

Nesta sessão, das entidades convidadas participaram 31,4% tendo sido previamente estabelecido 10% como meta.

$$\frac{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam na Sessão}}{\text{N.º total de pessoas da comunidade com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100 = \frac{43}{350} \times 100 = 12,3\%$$

Relativamente à comunidade com 65 ou mais anos foi mantida como meta os 10%, houve uma participação de 12,3% mas embora tenham participado 45 pessoas 2 delas tinham menos de 65 anos de idade.

$$\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam na Sessão}} \times 100 = \frac{43}{43} \times 100 = 100\%$$

Pretendia-se que 95% dos participantes da sessão levassem folhetos alusivos às temáticas apresentadas, esta meta também foi atingida pois todos os participantes levaram folheto.

$$\frac{\text{N.º de questões esclarecidas}}{\text{N.º de questões levantadas pelos participantes}} \times 100 = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$$

Por fim a última meta a atingir nesta sessão era que 95% das questões colocadas pelos participantes fossem esclarecidas. Das 5 questões colocadas, 2 à GNR e 3 à Helpphone, foram todas esclarecidas (100%).

A sessão foi eficaz pois as metas e o objetivo delineado foram todos atingidos. É também importante realçar que esta sessão foi posteriormente noticiada e publicada no Jornal “Ecos do Sor” a 10 de Dezembro de 2013. (Anexo IV)

- Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”
- Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”

$$\frac{\text{N.º de Publicações concretizadas}}{\text{N.º Publicações propostas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

Estes artigos foram elaborados para serem publicados com a finalidade de sensibilizar os idosos, família e comunidade em geral para a importância de adquirir hábitos de vida saudáveis.

Foi previamente estabelecido que cada artigo seria publicado em 2 meios de comunicação social: no Jornal da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAÚDE”. A meta foi atingida.

Relativamente aos artigos publicados no jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor foi previamente instituído como meta obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no jornal. Como já foi referido anteriormente os artigos foram os dois publicados no mesmo mês por motivos alheios a nós. Assim estes foram publicados a 21 de Janeiro de 2014 e até 21 de Fevereiro foram obtidas 266 visualizações (Anexo V). Cada artigo foi classificado como interessante 5 vezes e houve um comentário positivo aos artigos: “Parabéns pelo trabalho, sem dúvida que se deve apostar na prevenção da doença e promoção da saúde! E para isso

cada vez mais é necessário termos colegas especializados nessa área! Bom trabalho. Rui Martins”

No jornal “aponte” foi publicado em Janeiro o artigo “Saber mais, viver melhor!” e em Fevereiro “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”.

Foi estabelecido como meta uma tiragem mínima de 1000 exemplares por mês sendo esta atingida pois o total de tiragens foi 1500 por mês.

De referir que as metas e os indicadores foram idênticos para os dois artigos porque se adaptavam aos dois pelas características similares dos artigos.

No final de mais esta etapa posso concluir que as metas e os objetivos previstos para esta atividade foram alcançados com sucesso.

Finalizada esta etapa, espero que as atividades desenvolvidas sirvam como contributo para a mudança e adoção de comportamentos mais saudáveis capacitando o indivíduo e responsabilizando-o pela sua saúde, promovendo um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

O presente capítulo visa proceder a uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante o estágio.

Tendo por base o PNS 2012-2016, a revisão da literatura efetuada e os problemas avaliados aquando do Diagnóstico de Saúde, foi elaborado um projeto de intervenção comunitária que serviu de guia orientador ao longo do estágio. Pela impossibilidade de atuar em todos os problemas identificados, não só pelo seu número elevado mas também pela limitação do tempo para implementação do projeto, foram priorizados os problemas e selecionadas as estratégias. Assim de acordo com os problemas destacados e com tendência a piorar ao longo do tempo, e realçando as doenças ou situações que possam vir a provocar danos irreversíveis, sequelas ou deficiências, a minha intervenção comunitária foi na área da promoção e adoção de estilos de vida saudáveis, prevenção de acidentes domésticos e isolamento social.

Foram programadas 9 intervenções, sendo importante referir que todas estas (reuniões e sessões) foram realizadas.

- Intervenção com vista à prevenção do isolamento e depressão

Numa população onde o isolamento e a depressão foram alguns dos problemas identificados e tendo a GNR um papel muito ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho, esta reunião tornou-se bastante pertinente.

Para Martins (2008) a depressão, atualmente é considerada um problema de saúde significativo que afeta pessoas de todas as idades levando a sentimentos de isolamento e tristeza. Contudo a depressão não pode ser julgada só como sentimento pois pode resultar em doença mental grave e incapacitante que interfere no quotidiano da pessoa. Nos idosos, a depressão muitas vezes por tomar formas atípicas apresenta altos índices de morbilidade e mortalidade sendo difícil de diagnosticar e de tratar. Ainda de acordo com o atual PNS uma das patologias mais frequentes no idoso é a solidão. Um estudo realizado por Baernholdt et

al (2012) evidenciou que nas quatro áreas analisadas: nº de doenças crónicas, autonomia nas AVD, problemas de memória e depressão, são estes dois últimos os mais representativos da população rural, devendo estes ser alvo prioritário dos prestadores de cuidados. Os mesmos autores referem ainda que a depressão está associada a uma pior qualidade de vida e a uma diminuição do seu bem-estar emocional.

Alertou-se para esta problemática à qual a GNR já se encontrava sensibilizada pois integra o Programa Apoio 65- Idoso em Segurança onde é feito um levantamento exaustivo dos idosos a viverem isoladamente, sendo posteriormente referenciados a instituições que os possam apoiar. A GNR desenvolve também anualmente várias ações de sensibilização onde as burlas e a prevenção da criminalidade são temas abordados.

Solicitou-se também a parceria numa Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”, assim como a o empréstimo de material multimédia para esta mesma sessão de Educação e para o Fórum Comunitário.

As propostas foram aceites, espero que a intervenção minimize os riscos que influenciam negativamente a qualidade de vida do idoso.

- Intervenção com vista à assistência e apoio em idosos com risco de isolamento e depressão

Em muitas localidades do nosso país, estes equipamentos fazem parte da rotina diária dos idosos, inculcando-lhes maior segurança e autonomia. Revelando a autarquia da Ponte de Sor especial preocupação com a segurança e o bem-estar do idoso, achamos pertinente requisitar informação sobre equipamentos que poderão ajudar a combater essa insegurança. Assim foi solicitada informação e demonstração sobre os equipamentos e uma parceria na sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”.

O isolamento do idoso pode ser uma das causas da depressão. De acordo com a *World Health Organization* ([WHO]) (2005), a depressão é um dos principais agentes que afeta a qualidade de vida do idoso. Para Baernholtd et al (2012) os idosos no meio rural tem uma atividade social menor o que pode aumentar o isolamento e a depressão podendo haver necessidade de promover intervenções para manter a saúde física e mental. As propostas foram aceites, espero que a intervenção ajude a combater o isolamento, a prevenir a depressão e a promover a sua autonomia e segurança.

- Intervenções com vista à adoção de medidas que permitam maior acessibilidade e participação social aos idosos, melhor qualidade de vida (partindo de necessidades básicas como o saneamento)

No dia 15 de Novembro de 2013 foi efetuada na sala de reuniões do Sr. presidente da CMPS, uma reunião na qual estiveram presentes o Sr. Presidente e o responsável pela área social do Município.

Tal como na anterior intervenção, face aos problemas identificados e priorizados no Diagnostico de Saúde, foram apresentadas à autarquia 8 propostas de intervenção para a minimização/resolução desses mesmos problemas, sendo estas propostas idênticas às apresentadas à União de Freguesias.

O Presidente mostrou-se sensível e recetivo aos problemas identificados referindo que alguns deles eram já preocupação da CMPS assim como da União de Freguesias. As propostas aceites coincidiram com as da União da Freguesias estando estas já em curso, as restantes ficaram para análise.

De acordo com Veras (2000), devem ser estimulados os investimentos em programas preventivos que visam manter a autonomia e a qualidade de vida do idoso, pois possuem efeitos positivos à sua vida. Neste contexto, existem políticas sociais de apoio à velhice, que consistem em ações específicas dirigidas ao grupo da terceira idade para combater as causas do isolamento e prevenir situações de doença. Para Gilbert *et al* (2012) numa época de recursos ilimitados e de evolução científica onde há uma infinidade de informação, a exigência nos cuidados de saúde aumenta sendo fundamental compreender de que forma se pode promover o envelhecimento ativo e saudável. Os mesmos autores alertam para a importância do ambiente e das condições básicas para o envelhecimento ativo e consequente qualidade de vida. Existem ainda muitas barreiras arquitetónicas para cadeiras de rodas em espaços públicos pelo que é fundamental rever a política da saúde e alertar as entidades responsáveis (*ibidem*).

Nota-se a interação entre estas duas entidades (Camara e União de Freguesias) e a sua preocupação em minimizar os problemas da população idosa, contudo face à conjuntura económica em que o país se encontra não é possível intervirem como pretendiam.

A reunião foi produtiva mostrando o presidente disponibilidade em colaborar com o grupo de mestrandas.

- Intervenções com vista à adoção de medidas que permitam maior acessibilidade e participação social aos idosos, melhor qualidade de vida (partindo de necessidades básicas como o saneamento)

Face aos problemas identificados foram apresentadas 8 propostas de intervenção, das quais foram aceites 3: a rede de esgotos para todos, criação de rampas em locais públicos, e criação de rampas nas portas/passeios de acesso às casas dos idosos; e ficaram para análise 5: teleassistência, mesas de jogos - damas/xadrez, funcionário da câmara deslocar-se a freguesia a realizar exercícios, espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos, formação aos idosos para aprender o ensino básico.

Foram também apresentadas 6 propostas de colaboração, as quais foram logo aceites: Integração do “*Atelier da saúde*” no evento das comemorações de São Martinho da freguesia de Tramaga e cedência de espaço (Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural de Tramaga), cedência do Auditório da Junta da Tramaga para o “*Fórum Comunitário*”, cedência do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde “*Segurança do idoso*”, disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras...), disponibilidade de 1 ou 2 funcionários da União de Juntas para ajuda e preparação de espaços, divulgação dos eventos à comunidade através de editais.

De acordo com o atual PNS, o aumento da esperança de vida favorece o aumento da doença crónica e de comorbilidades que se refletem na maior procura de cuidados de saúde; aumento da incapacidade e dependência com carga variável para a família e para o sistema de saúde. A OMS e a Comissão da União Europeia revestem de grande importância todas as medidas políticas e práticas que contribuem para um envelhecimento saudável. Assim achamos ser fundamental o envolvimento e a parceria com entidades locais visando atingir um objetivo comum a todos: melhorar a qualidade de vida do idoso. Um estudo realizado por Gilbert *et al* (2012) comprovou a necessidade de compreender a perceção dos idosos face aos meios facilitadores e às barreiras do envelhecimento, simplificando assim a aquisição de dados não só aos profissionais de saúde mas também às autarquias. Neste contexto Baernholdt *et al* (2012) afirmam que as infraestruturas deviam ser planeadas de forma a colmatar as necessidades dos idosos.

De referir que a sessão foi eficaz mostrando o presidente disponibilidade para colaborar com o grupo de mestrandas, ressaltando contudo que a decisão não dependia exclusivamente da Junta mas também da CMPS.

- Desenvolvimento de um *Atelier da saúde*” associado às comemorações de São Martinho com vista à promoção a adesão a estilos de vida saudáveis

O Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, inserido no PNS 2004 - 2010, segundo a DGS (2004) tem como objetivo obter ganhos de saúde. Evidencia o envelhecimento numa perspetiva preventiva e promotora da saúde e da autonomia, associando fatores, como a prática de atividade física, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social. A promoção destes fatores irá contribuir para reduzir a incapacidade decorrente do processo de envelhecimento, envolvendo não só a própria pessoa, como a família e a comunidade a que pertence, numa perspetiva de responsabilidade partilhada.

Segundo a mesma fonte, o Plano Nacional de Prevenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com Estilos de Vida, inserido no PNS 2004 – 2010, tem como objetivo reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial. Pretende responsabilizar a própria pessoa pela sua saúde, bem como a sua família e comunidade.

Um estudo efetuado por Marutani et al (2010) revela que as doenças associadas ao estilo de vida têm vindo a aumentar e que doenças como a diabetes e a HTA não só afetam a qualidade de vida como representam um aumento nas despesas de saúde nacionais. Assim estes autores alertam para a necessidade de criar medidas preventivas aconselhando adquirir hábitos de vida saudáveis e reconhecem aos enfermeiros a capacidade de promover o *empowerment* através de sessões de educação para a saúde. Os mesmos autores referem que os idosos embora reconheçam a necessidade de alterar hábitos de vida têm relutância à mudança, assim para os incentivar a adquirir hábitos de vida saudáveis, o enfermeiro usa como estratégia a “entrevista motivacional” baseando-se esta em três princípios: mostrar empatia, demonstrar as discrepâncias desfazendo as resistências e potenciando a autonomia.

No seguimento destas diretrizes foi monitorizada a TA e a GC, foram prestadas informações e esclarecidas dúvidas individualmente e entregues panfletos sobre a importância de manter hábitos de vida saudável como forma preventiva da doença e da promoção da saúde.

Foram colocadas 2 questões aos participantes, e destes 88,5% classificaram este evento com muita importância e 88% referiram ter muito interesse em participar no mesmo.

Verificamos que a diabetes, a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares são preocupações dos idosos, contudo estes mostram resistência à mudança mas reconhecem a necessidade de alterar certos hábitos, nós como enfermeiros especialistas temos papel fundamental nesta área.

- Apresentação dos resultados concluídos do Diagnóstico de Saúde da população com mais de 65 anos da Freguesia e Tramaça, com objetivo de induzir a reflexão os problemas vividos pelos idosos com vista à mudança de comportamentos

Portovedo (2012) baseada em Sardinha (2008) refere que o aumento progressivo da população idosa e os diversos tipos de dependência a ela associados desencadeiam implicações sociais, económicas e políticas, e dentro destas encontram-se as implicações na qualidade de vida da população idosa.

É importante dar conta que a qualidade de vida do idoso é influenciada pelo tipo de apoio recebido. Segundo Portovedo (2012) baseada em Fernandes (1997) as políticas de apoio à velhice são importantes para garantir a qualidade de vida dos idosos. São o conjunto das intervenções públicas ou ações coletivas que estruturam de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade. De acordo com Gilbert et al (2012) a investigação em enfermagem pode contribuir para mudar a política da saúde e pode aumentar o conhecimento da enfermagem relativamente às condições básicas de vida dos idosos e ajudar a promover o auto cuidado como forma de manter a integridade e o desenvolvimento humano.

Penso ter sido positivo este fórum pois permitiu informar sensibilizar as várias entidades sobre o nosso estudo efetuado e sensibilizar as mesmas para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa e promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (*empowerment*).

- Realização de uma Sessão de educação para a saúde “segurança do idoso”

O grupo de mestrandas abordou temas sobre comportamentos preventivos de acidentes (quedas e frio) sendo posteriormente distribuídos pelos participantes, panfletos sobre os mesmos: “Prevenir para não cair” e “Inverno em Segurança”.

A GNR falou sobre um tema que muito preocupa a comunidade, principalmente os idosos e a família: as burlas, os roubos e os assaltos que diariamente são notícia.

A Helpphone deu a conhecer à comunidade alguns dispositivos existentes para auxílio ao idoso no apoio e combate ao isolamento.

Segundo a DGS (2004) de acordo com o atual PNS, a depressão é atualmente uma das patologias mais frequentes. As quedas e os acidentes são fatores condicionantes que reduzem a mobilidade e a independência e aumentam o risco de morte prematura, a artrite, a osteoporose e o cancro. As alterações de memória, visão e audição são também fatores de grande vulnerabilidade.

O programa Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, inserido no PNS 2004-2010 aponta os fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos e as soluções para minimizar estes e invoca a importância de melhorar a qualidade de vida e reduzir os gastos dos serviços de saúde devido a lesões nesta faixa etária.

Por tudo o que foi referido e por serem problemas identificados e priorizados no Diagnóstico de Saúde achamos pertinente abordar esta temática. Com esta sessão procuramos contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos proporcionando a aquisição de conhecimentos sobre as temáticas acima referidas, a reflexão sobre as mesmas e ajudar a promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (*empowerment*). Os idosos mostraram interesse e preocupação sobre os temas contudo sentimos que ainda é necessário continuar a investir nesta área para vencer a resistência em mudar alguns comportamentos. Tal é congruente com o estudo realizado por Marutani *et al* (2010) que reconhece que promover um ambiente confortável mostrando empatia e respeito pelos hábitos, crenças e valores do idoso pode ser facilitador para este aceitar a mudança e reconhecer a necessidade de alterar hábitos de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

- Publicação periódica de informação e sensibilização e divulgação no Jornal de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”:
 - **“ Saber mais, viver melhor”;**
 - **“Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”**

O programa Envelhecimento Saudável, inserido no PNS 2004-2010, considera de acordo com o que preconiza a OMS e a UE, a importância de medidas que contribuem para um envelhecimento saudável, valorizando aspetos como a autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e manter-se ativo. Saliencia alguns aspetos relacionados com a prevenção das doenças mais comuns das pessoas idosas, inclusivamente doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral, cancro, solidão, medicação, depressão, funções mentais e cognitivas, e sociabilidade. No estudo efetuado por Gilbert *et al* (2012) é reconhecida a importância para a saúde física e mental de ter uma dieta saudável, praticar exercício físico regularmente, o convívio social e o apoio médico. Os mesmos autores remetem ainda para a importância da capacitação ao autocuidado como forma de promover a saúde e de como uma atitude positiva contribui para a longevidade e para a minimização dos efeitos do envelhecimento.

Esta atividade foi escolhida no sentido de abrangermos o maior número de pessoas e os artigos foram organizados com o objetivo de informar e esclarecer a população idosa com vista a adoção de estilos de vida mais saudáveis e desejáveis; maximizar conhecimentos; capacitar e encorajar os cidadãos a serem responsáveis pela sua própria saúde; minimizar o aparecimento das repercussões da inatividade ou patologias.

As reações aos artigos assim como o comentário elaborado mostrou-nos que mais uma vez atingimos os objetivos a que nos propusemos.

De salientar que o sucesso das intervenções só foi possível devido ao trabalho de efetiva parceria entre mestrandas, professora da ESSP responsável pelo estágio, entidades locais, comunidade, especialmente pessoas com idade ≥ 65 anos. O envolvimento de todos permitiu a promoção da saúde contribuindo para a mudança comportamental dos idosos, capacitando-os e responsabilizando-os sobre a sua saúde.

Este relatório não permite medir os ganhos em saúde decorrente das atividades implementadas, mas penso que deu um importante auxílio para a adoção de estilos de vida saudáveis promovendo um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

Os enfermeiros apresentam uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente no apoio ao idoso e família. É fundamental ensinar e ajudar as pessoas a viver com as suas implicações e limitações promovendo intervenções comunitárias através de sessões de educação para a saúde, assim deixo como sugestão continuar a investir nesta temática do envelhecimento ativo/qualidade de vida.

A realização deste trabalho permitiu um maior conhecimento da população idosa do nosso país, bem como dos problemas que a afeta, da mesma forma permitiu verificar a pertinência das intervenções delineadas, constatando-se a sua eficácia. Desta forma pode-se afirmar que este percurso contribuiu para uma prática especializada refletida e baseada na evidência.

Pode-se ainda salientar que o recurso à revisão sistemática da literatura com metodologia PI[C]O não só validou a pertinência da temática como por outro lado, os resultados dela resultantes, sendo atuais e científicos sustentaram a minha intervenção.

Constata-se a ainda que a aplicação da teoria da organização comunitária pareceu-me ser o mais indicado e que mais se adapta na área da educação e promoção da saúde pois facilitou a capacitação da comunidade à mudança de comportamentos através de estratégias que permitiram identificar problemas e mobilizar os recursos de forma a atingir os objetivos coletivos.

CONCLUSÃO

Os progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular contribuíram para um aumento da esperança média de vida de 30 anos, no decurso do século XX. Este aumento progressivo da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio, causa grande impacto na saúde pública com repercussões sociais e económicas (DGS, 2004).

Fruto do processo de envelhecimento, confirma-se que o número de pessoas com incapacidade funcional está a aumentar o que implica a limitação na sua autonomia comprometendo a realização das suas AVD's e, como tal, aumentando as necessidades de apoio aos idosos.

Atualmente as políticas sociais e de saúde (política de desinstitucionalização e de redução de custos da saúde) recomendam a manutenção dos idosos no seu domicílio pois tal permite ao idoso viver no seu ambiente familiar, ou seja, num ambiente conhecido preservando o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado. O ideal seria que o idoso permaneça no seu domicílio desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais.

Neste âmbito, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária enquanto profissional de saúde e de educação, assume papel de importância vital, pois é detentor de competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública assim como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção visando a capacitação e o *empowerment* da comunidade (OE, 2010).

É importante recordar que este relatório se reporta ao estágio desenvolvido na freguesia de Tramaga. Com este relatório, baseando-me nos objetivos delineados no projeto individual, pretendi descrever o processo de aprendizagem realizado no contexto da prática do estágio.

Assim com base no referencial teórico onde foi abordada a problemática do Envelhecimento, o Planeamento em saúde, a Promoção de saúde e a Teoria da Organização Comunitária, foram desenvolvidas as atividades ao longo do estágio.

De acordo com o indicado pela OE, confirmamos que a Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Comunitária possibilita dar resposta no mínimo a duas das competências definidas como necessárias: Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Da realização do Diagnóstico de Saúde foram identificados problemas e necessidades, seguindo-se da definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional (programação de projetos) e por último a avaliação. Analisando o percurso efetuado considero ter adquirido a competência específica: G1 - Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Por outro lado, ao elaborar e implementar o projeto de intervenção comunitária de forma a combater os problemas e necessidades identificados promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis e capacitando o idoso e família e proporcionando ganhos em saúde, utilizando a Teoria da Organização Comunitária como modelo conceptual nas sessões de promoção e educação para a saúde concretizadas, penso ter atingido a competência específica: G2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

As várias atividades desenvolvidas foram planeadas de acordo com o Diagnóstico de Saúde, tendo em conta os objetivos estratégicos do PNS 2012-2016 e os vários programas de saúde, em especial o Plano Nacional para a Saúde de Pessoas idosa, o Plano Nacional de Prevenção Integrada sobre Determinantes de Saúde relacionados com Estilos de Vida, Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas, Envelhecer com sabedoria, Envelhecimento saudável, Programa Apoio 65 - Idosos em Segurança e Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas.

Considero que ao divulgar o Diagnóstico de Saúde junto das entidades locais permiti que o trabalho desenvolvido pudesse ser considerado na coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS facilitando a obtenção de ganhos em saúde, atingindo assim mais uma competência específica: G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde.

Ao identificar as necessidades e os fatores de risco referenciados com estilos de vida e estando conscientes que a vigilância epidemiológica representa um instrumento importante para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença, cooperamos de forma articulada com outros sectores de intervenção social na vigilância epidemiológica da População alvo do nosso estudo, atingindo assim a competência específica: G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico. A aquisição desta

competência determina uma maior eficácia no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde.

A OE para além das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, define também as competências gerais do Enfermeiro Especialista, as quais estão agrupadas em quatro domínios e que penso ter atingido algumas:

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: Competência A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação, e A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. As decisões tomadas ao longo do estágio basearam-se sempre na responsabilidade ética e legal atendendo aos princípios, valores e normas deontológicas para promover o acesso à informação e promoção da saúde. Nas atividades desenvolvidas defendemos sempre os direitos humanos, respeitando os valores, costumes, crenças e opiniões dos idosos, família e restante grupo.

No domínio da melhoria da qualidade: Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas em programas de melhoria contínua da qualidade e B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. No desenrolar do estágio procuramos desenvolver estratégias de forma a facilitar a melhoria contínua e a gestão de cuidados numa postura de aprendizagem profissional com e para os outros. Ao longo das nossas intervenções atendemos e respeitamos que cada ser humano é um ser único com características e necessidades próprias e procuramos adequar os recursos existentes promovendo um ambiente seguro.

No que diz respeito ao domínio da gestão de cuidados: Competência C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, e C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Envolvermos as entidades locais, a comunidade, em especial os idosos com idade \geq a 65 anos e a professora da ESSP, facultando informação com base na evidência científica como suporte à tomada de decisão. Foram negociados e utilizados recursos existentes para a realização das intervenções comunitárias, desenvolvidas estratégias e foi promovido o trabalho em equipa garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados e conseqüentemente uma maior eficácia nas intervenções.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Penso que todo este trabalho desenvolvido conduziu a contributos organizacionais, pessoais e profissionais. A nível

organizacional de referir a otimização dos recursos através da sua articulação, a capacitação do idoso e família promovendo a redução de custos e o melhoramento da qualidade de cuidados. Em termos pessoais e profissionais, foram desenvolvidas competências técnicas no planeamento em saúde, e na área da comunicação sendo estes ganhos acentuados na assertividade, no respeito pelo outro, na cooperação, na negociação e no reconhecimento pelos nossos limites pessoais e profissionais.

Ao longo do estágio mobilizamos e desenvolvemos competências, mas identificamos outras que deveriam ser desenvolvidas no futuro. É fundamental investir na investigação, na avaliação e na melhoria da qualidade, sendo essencial trabalhar em parceria com outros sistemas. O desenvolvimento de estratégias locais só é viável se houver partilha de conhecimentos, experiências e recursos. Conclui-se que a interação com outras entidades acarreta benefícios para a população, enriquece a prática de enfermagem especializada pela amálgama de diferentes conhecimentos e saberes partilhados, potenciando uma variedade de situações e adaptabilidade às realidades que contribui para um saber fazer mais variado permitindo a intervenção futura adaptada a diferentes contextos.

Chegando ao término deste relatório, penso ter alcançado os objetivos que defini inicialmente. Descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio refletindo criticamente sobre como elas contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e como permitiram adquirir e desenvolver competências com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Penso que as atividades realizadas pelo grupo irão contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis promovendo um Envelhecimento Ativo/Qualidade de Vida e permitindo a obtenção de ganhos em saúde. Assim, posso afirmar ter adquirido as competências que me permitem a prestação de cuidados especializados em enfermagem comunitária e pública.

Tendo em conta a complexidade do trabalho realizado senti algumas dificuldades sendo as maiores em conciliar os horários do estágio com o horário de trabalho e, por sua vez, aliar as responsabilidades familiares com o trabalho e o estudo. Contudo, apesar de todos os obstáculos encontrados, o caminho foi percorrido e sinto-me realizada pela experiência enriquecedora e gratificante que foi frequentar este Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

BIBLIOGRAFIA

1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Carta de Nairobi: Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em: http://who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.htm

Araujo, I. (2010). Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem. *Tese De Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar.

Ariés, P. & Duby, (Dir). (1991). *Histórias da Vida Privada: da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias*. Porto: Edições Afrontamento

Baernholdt, Marianne., Yan Guofen., Hinton, Ivora, Rose, Karen., & Mattos, Meghan. (2012). Quality of Life Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of Rural Health*. 28 (4). 339-347. Acedido em 18 de fevereiro de 2015 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=12&sid=5cec7aaf-7563-4200-ae98-32b24a5b8513%40sessionmgr4001&hid=4214&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=23083080>

Basto, M. (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.

Berger, M. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global. (Processo de Enfermagem por necessidades)*. Lisboa: Lusodidacta

Bonita, R.; Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª edição). São Paulo: Livraria Santos Editora.

Buss P. (2010). Saúde, sociedade e qualidade de vida. In *Reviver espaço: Saúde, sociedade e qualidade de vida*. Acedido a 21 de Abril de 2013 em <http://reviverespaco.blogspot.com/2010/12/saude-sociedade-e-qualidade-de-vida.html>

Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento Hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de Abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia*. Porto: Universidade Lusiana do Porto.

Cardoso, A et al. (2008). *Envelhecer em Matosinhos-Panorama actual e Cenários de Futuro*. Matosinhos: Camara Municipal de Matosinhos.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2005). Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho. Acedido a 15 de Maio de 2013 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>

Castilho, A. (2010). Envelhecimento activo/envelhecimento saudável – opinião dos idosos de Viana do castelo. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima. *Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem*. Acedido em 21 de Maio de 2013 em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1498/4/Mono_AnaCastilho.pdf

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração do Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 26 de Outubro 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, *Carreira de Enfermagem*, Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, Diário da República, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008 Dissertação de Mestrado. In *Biblioteca digital de teses e dissertações da USP*.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gilbert, Catherine., Hagerty, Debra & Taggert, Helen. (2012). Exploring Factors Related to Healthy Ageing. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*. 19 (1). 20-25. Acedido em 18 de fevereiro de 2015 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=5cec7aaf-7563-4200-ae98-32b24a5b8513%40sessionmgr4001&hid=4214&bdata=Jmxhbmc9cHQfYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=2011729377>

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2ª Edição, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (Novembro de 2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. In *Revista de Estudos demográficos* (vol. nº 32). Lisboa: INE, I.P.185-208.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Mangas, A. (2009). Viver aos Bocadinhos, O Papel do cuidador Informal do Idoso em Contexto Domiciliário. *Dissertação de Mestrado em Trabalho Social*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Martins, R. & Santos, A.. (Novembro de 2008). Ser Idoso Hoje. In *Millenium - Revista do ISPV* – (n.º 35). 1-8. Acedido a 03 de Junho de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/default.htm>.

Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. Viseu. Acedido a 25 de Maio de 2013 em www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf

Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. In *Millenium - Revista do ISPV* – (n.º 32). 126-140. Acedido a 25 de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

Marutani, M. & MiYazaki, M. (2010). Culturally sensitive health counseling to prevent lifestyle-related diseases in Japan. *Nursing & Health Sciences*. 12(3). 392-398. Acedido em 18 de fevereiro de 2015 em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=5cec7aaf-7563-4200-ae98-32b24a5b8513%40sessionmgr4001&hid=4214&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=2010763669>

National Institutes of Health (2005). Teory at a Galnce, A Guide for Health Promocion Praticce – US Department of health and human services. In *Nacional Cancer Institute at the Nacional Institutes of Health*. Acedido a 28 de Setembro de 2014 em: <http://cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*, acedido a 01 de Maio 2013 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido a 26 de junho de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de Maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

Organização Mundial de Saúde (2002) - *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Acedido a 18 de Maio de 2013 em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Pinto, A (2010). As potencialidades do agente comunitário de saúde na efectivação da promoção da saúde: Uma análise das suas acções no município de Marília-SP. Dissertação de Mestrado. In *Biblioteca digital de teses e dissertações da USP*. Acedido a 21 de Março de 2012 em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/.../Adriana_Avanzi.pdf

Pinto, M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem*. (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Portovedo, S. (2012). *Qualidade de vida do idoso dependente: O apoio domiciliário*, publicado a 5 de Dezembro em Plataforma Barómetro Social, Coimbra . Acedido a 10 Junho 2013 em: <http://barometro.com.pt/archives/817>

PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de Junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpnv5/vq1515

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria – Alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Direção Geral de Saúde;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria - Atividade física para manter a independência*. Lisboa: Direção Geral de Saúde;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direcção-Geral de Saúde [DGS] (2000). Autocuidados na saúde e na doença. In *Guia para as pessoas idosas*, N.2. Viver após um Acidente Vascular Cerebral. Lisboa

PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de Julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. *Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas*. Acedido a 2 de Junho 2013 em: <http://www4.seg-social.pt/programa-conforto-habitacional-para-pessoas-idosas-pchi>

Ramalho, A. (2005). Redação de estudos e projectos de revisão sistemática. Lousã. Formasau

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011

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

Santos, C., Pimenta, C. e Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*.15 (3). Acedido em 15 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3a23.pdf>

Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paul & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, 137 – 156. Lisboa: Climepsi Editores

Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. (2ª edição). Lisboa. Ambar.

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

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

Veras, R. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio Janeiro: Relume – Duramá.

Veras, R. (2000). *Epidemiologia do envelhecimento na América Latina*. In: Forlenza, Orestes Vicente; Caramelli, Paulo. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Ed. Atheneu, p.07 a 21.

SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Estágio de Grupo



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélla Lourenço
Susana Simões

Outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

Outubro
2013

" (...) o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato "

(Machado, 2000:6)

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

km² – quilómetro quadrado

n^o – número

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e. – por exemplo

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

S. Mamede – São Mamede

S. Martinho – São Martinho

% – por cento

Índice geral

	f
INTRODUÇÃO	8
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	11
1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	11
1.1.1- Freguesia de Tramaga.....	17
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
2.1-DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO	21
2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga.....	22
2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	23
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	25
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATEGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	25
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	26
2.6- AVALIAÇÃO.....	26
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS	30
ANEXO I - Plano de Atividades	31
ANEXO II – Cronograma de Atividades 2013/2014 - Planeamento em Saúde.....	53
ANEXO III – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar..	55

Projeto de Estágio

Índice Figuras

	f
Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	11
Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	16

Índice de Quadros	f.
Quadro n.º 1 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga...	17
Quadro n.º 2 - Problemas diagnosticados e priorizados	24
Quadro n.º 3 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor , Tramaga e Vale de Açor.....	32
Quadro n.º 4 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.....	35
Quadro n.º 5 - Intervenção Comunitária – “Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.....	38
Quadro n.º 6 - Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”	41
Quadro n.º 7 - Intervenção Comunitária - “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.....	45
Quadro n.º 8 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”.....	49
Quadro n.º 9 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.....	51
Quadro n.º 10 - Cronograma de Atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.....	54
Quadro n.º 11 - Cronograma de Atividades 2013/2014 - Intervenções a implementar.....	56

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio enquadra-se no âmbito do 1º semestre do 2º ano do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária e emerge na sequência da realização de um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, tendo decorrido entre maio e setembro de 2013. Este diagnóstico teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Findo o Diagnóstico de Saúde, pretendeu-se definir perfis críticos desta população no sentido de levantar problemas e necessidades, e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Sustenta-se deste modo a evidência da génese deste projeto no sentido de ser criado um instrumento orientador devidamente pensado, estudado e planeado em termos de intervenções na comunidade visada e deste modo permitir efetivar com sucesso o desenvolvimento do inerente estágio. Tem assim como objetivos perspetivar e planejar intervenções na comunidade direcionadas para os principais problemas e necessidades identificadas.

O Estágio de intervenção na comunidade decorrerá no período de 16 de setembro 2013 a 31 de janeiro de 2014 e pretende-se com este a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contiguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer

Projeto de Estágio

articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e importância da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é imperioso perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude a DGS (2004) o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) possui como objetivos: promover um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; aumentar a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso

Projeto de Estágio

o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de "Dar Qualidade de Vida aos Anos".

O enfermeiro possui um largo espaço de atuação nos grupos de idosos, com autonomia, sistematizando através de experiências e criatividade, ações que permitem assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso no que se refere à sua capacidade de gerir a sua própria independência e saúde.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é limitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Ponte de Sor dista de Portalegre (capital de distrito) 62,1 km, sendo o Itinerário Complementar 13 a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido.

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº1).

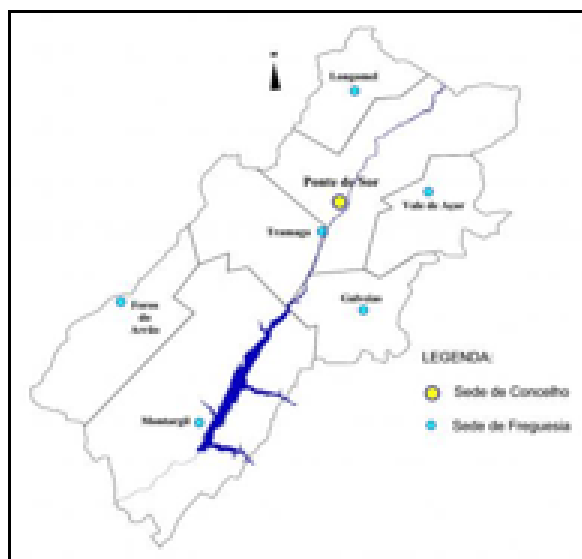


Figura nº 1 – Mapa do concelho de Ponte de Sor.

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, em particular, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social nasceu da vontade de intervir na comunidade ponteossorense, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante.

A missão desta Associação passa por desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

A Associação Caminhar desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, 'Ateliês à medida' para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial destaque é o "Solidão Acompanhada". O principal objetivo deste projeto passa por minimizar a solidão em que muitos dos seniores e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar está a desenvolver o projeto "Solidão Acompanhada", que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações.

No âmbito do projeto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta é sem dúvida uma Associação que com o decorrer dos anos, se afirmou em Ponte de Sor, e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos seniores, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Projeto de Estágio

Para ajudar a ultrapassar estas dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Almoço de Idosos do Concelho; Projeto 'Porta a Porta', Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Almoço de Idosos do concelho é uma atividade já antiga. Trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O Serviço 'Porta a Porta' visa prestar apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de saúde, a população idosa defronta-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço 'Porta a Porta', que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas casas, são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso deverá inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como a substituição de lâmpadas, a reparação de portas e janelas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto CIDADES, projeto criado em torno do conceito 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas', concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto CIDADES, é promovido pela

Projeto de Estágio

Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas' pretende identificar práticas e serviços em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas, propõe soluções, constitui ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edifício, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

Relativamente à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que possui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre a cerca de 60 km.

São inúmeras as instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Relativamente a lares de idosos, podemos contar com várias Instituições em todo o concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor já exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do

Projeto de Estágio

Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar a Magnólia, de carácter privado.

Está também previsto para o presente ano a inauguração de um novo Lar de idosos em Ponte de Sor, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa primeira fase, o serviço de apoio domiciliário ficará em standby uma vez que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias podemos contar com lar de idosos e centro de acamados.

Na Freguesia de Foros de Arrão está também localizado um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, nomeadamente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no intuito de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

Projeto de Estágio

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os interventores, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura nº 2).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).

SECÇÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS



Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.
 Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança - GNR.

1.1.1- Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga dista da sede de concelho cerca de 3 km e apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovens a nível do concelho de Ponte de Sor. O quadro n.º 1 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Quadro n.º1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24 anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o 'Carnaval de Tramaga' e as 'Marchas Populares de Tramaga'. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for possível.

Projeto de Estágio

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária. Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

Uma outra atividade apoiada pela Junta de Freguesia de Tramaga é o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.

Anualmente, é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical. Este é um almoço que ocorre há muitos anos e que é do agrado dos idosos da Freguesia.

Uma vez que existem alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente, fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, tendo entrado em funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente, conta com dezasseis funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. Em regime de centro de dia estão inscritos 37 idosos. É fornecido apoio domiciliário a 49 pessoas, a maioria idosos.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo

Projeto de Estágio

município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, exigindo assim uma “reformulação” na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade Portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, dos governos, das famílias e da sociedade em geral. Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, apesar de nas organizações de saúde ainda sobressair a aleatoriedade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

Perante este panorama podemos dizer que a “chave” para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planejar.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes 1993).

Assim sendo, e nesta linha de pensamento urge várias questões “Porque razão se planeia a saúde? Será possível pensar na ideia de planejar em saúde? Fará sentido um planeamento em Saúde?”

São múltiplas a respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de

Projeto de Estágio

utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano à *priori* definido, permitirá o seu uso. Pela competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de plano; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

E de referir que “a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavres, 1990).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

Neste âmbito, e considerando a abrangência do Diagnóstico de Saúde efetuado apresentamos de forma sucinta respetivo perfil crítico.

2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga

De acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde efetuado constata-se que a população idosa da freguesia de Tramaga é maioritariamente do sexo feminino, com média de 76 anos de idade e revela elevada taxa de iliteracia, são os grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados.

Na sua maioria os idosos têm estado civil casado e coabitam com o cônjuge, no entanto é possível encontrar alguns agregados familiares alargados a filhos e outros. Existem mais mulheres solteiras e viúvas, registando assim o maior número da vulnerabilidade em viver sozinho, contrariamente aos homens que vivem com mais pessoas, e é a estes que o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas está mais associado.

A maioria dos idosos revela que os rendimentos que auferem cobrem com dificuldade as suas necessidades.

Esta população mantém relações sociais com a comunidade local, família e amigos, mas o apoio mais frequente vem dos familiares.

O apoio institucional e a procura dos serviços sociais tem pouca expressão, possivelmente justificado pela independência da maioria dos idosos em relação à sua capacidade funcional para as AIVD's, mas também pela rede familiar que ajuda e apoia a maioria dos idosos o que parece ser eficaz. Os cuidadores que se destacam são os familiares: os que coabitam com o idoso são mais velhos e ajudam nas AVD's, enquanto os que não coabitam, são mais novos e ajudam nas AIVD's. Os valores obtidos nas questões que avalizam a depressão geriátrica sugerem que os idosos aparentam estar relativamente adaptados e aceitam as suas limitações e dificuldades, associadas à vida e ao envelhecimento, revelando-se, na sua maioria, satisfeitos com a vida, sem achar que os outros passam melhor que os próprios, contudo, a pontuação da escala classifica a maioria com depressão, que é mais marcada no sexo feminino e está associada à qualidade das relações sociais mantidas pelo idoso. Os valores obtidos nas avaliações antropométricas, bem como as patologias mais apresentadas, associadas à obesidade e ao risco de comorbilidades, traduzem os distúrbios de base alimentar que afetam estes idosos.

Assim, é possível apontar os riscos, que se traduzem em problemas e suscitam necessidades nesta população.

Os principais riscos identificados nesta população prendem-se com: existir uma taxa de iliteracia elevada, viver só, apresentar dificuldades económicas, ter banheira em vez de

Projeto de Estágio

políban, a existência de tapetes não antiderrapantes, os principais cuidadores dos idosos nas AVD's serem familiares que coabitam e também eles serem idosos, a presença significativa da classificação de depressão e depressão grave na população, principalmente feminina, associada ao isolamento da habitação, possivelmente não diagnosticada e ou acompanhada, os valores do perímetro abdominal sugerirem um risco elevado e muito elevado de comorbilidade em ambos os sexos, existirem idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I, a obstipação, as quedas, que são mais frequentes nas mulheres e nos mais idosos, os problemas de visão e audição, a polifarmácia, as patologias como a hipertensão arterial, a dislipidemia, as doenças osteoarticulares, a diabetes e a insuficiência cardíaca, a comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson, a procura menos expressiva de alguns cuidados de enfermagem, nomeadamente de monitorização e vigilância e, dos programas de educação para a saúde.

As necessidades de saúde subjacentes aos riscos enunciados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é "o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção" (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que "determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros."

Projeto de Estágio

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para selecionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Neste âmbito, e considerando os vários critérios sugeridos destacamos e agrupamos os seguintes problemas:

Quadro n.º 2 – Problemas diagnosticados e priorizados.

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS E PRIORIZADOS
Viver so
Isolamento da habitação
Classificação de depressão e depressão grave
Idosos classificados com pre-obesidade e obesidade I
Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
Risco elevado e muito elevado de comorbidade
Comorbidade severa atribuída pelo Índice de Comorbidade de Charlson
Quedas: Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição
Acessibilidade; condição habitacional
Polifarmácia
Cuidadores dos idosos: nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos
Iliteracia

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1993).

Apresentamos em anexo inerentes objetivos. (consultar anexo I)

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Apresentamos em anexo respetiva seleção de estratégias. (consultar anexo I)

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”. Deste modo, remetemos à consulta do anexo II e III.

2.6- AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

Neste âmbito, remetemos para consulta de anexo I.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. Apesar de estar disponível muita informação sobre este assunto acreditamos que nunca é demais estudar e abordar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro das necessidades e problemáticas existentes, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de intervenção apresenta o planeamento das intervenções que nos propomos desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para os problemas e necessidades identificados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, e considerando as intervenções a que nos propomos desenvolver é intenção do grupo de trabalho dinamizar e potencializar ao máximo as mesmas.

Convictas que a duração de intervenção em estágio limita seus resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, no entanto, com a nossa passagem por esta região, cuja população não nos ficará indiferente pela receptividade e positividade demonstrada, deixaremos propostas às entidades locais expectantes da sua observância e interferência futura.

BIBLIOGRAFIA

- Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Linhares, L. & Cunha, L. (1999) - *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: Geriatria, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20Publica%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf>
- Páscoa, P. (2008) *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Porto. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde acedido a 8 de maio de 2013 em: <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=24114nzm5_r52rpwv5/vq1515
- PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Projeto de Estágio

ANEXOS

Projeto de Estágio

ANEXO I – Plano de Atividades.

Quadro n.º 3 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	<p style="text-align: center;">REUNIÃO COM PRESIDENTE DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E VALE DE AÇOR</p>
<p style="text-align: center;">PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico); • Iliteracia;
<p style="text-align: center;">OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar junto do Sr.º Presidente responsável pela Freguesia de Tramaga (Presidente de União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.) para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
<p style="text-align: center;">OBJETIVOS ESPECIFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da União de Freguesias (Tramaga); • Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas sensíveis à sua intervenção.
<p style="text-align: center;">META</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30% De propostas aceites; • 40% De propostas para análise;

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis a Intervenção da União de Freguesias: - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; <p>Criação de grupo de caminhadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (Tramaga).
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reuniões do Sr. Presidente da União de Freguesias – na Junta de Freguesia de Tramaga; • Folha de papel e caneta.
<p>INDICADOR AVALIAÇÃO</p>	<p>• Número de propostas aceites <u>X</u> 100 = Número de propostas efetuadas</p>

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Numero de propostas para análise X 100 =</u> Numero de propostas efetuadas • Dia 15 de Novembro de 2013, as 10:30 horas, na sala de reuniões da União de Freguesias – Tramaga com duração prevista de 1:30 horas.
PERIODO DE TEMPO/ LOCAL	

Quadro n.º 4 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA CÂMARA DA PONTE DE SOR, COM A PRESENÇA DA RESPONSÁVEL MUNICIPAL PELA ÁREA SOCIAL.
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver so; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico); • Iliteracia.
OBJETIVO GERAL	• Sensibilizar Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal da área social para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

34

OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da Autarquia. • Apresentar à Autarquia propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas identificados e sensíveis à intervenção da Autarquia.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 30% De Propostas aceites; • 40% De propostas para análise.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis a Intervenção da Autarquia: <ul style="list-style-type: none"> - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer. - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; <p>Criação de grupo de caminhada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esportes para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Câmara Municipal da Ponte de Sor.

RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniões da Câmara Municipal da Ponte de Sor. Folha de papel e caneta. <u>Numero de propostas aceites</u> X 100 = Numero de propostas efetuadas <u>Numero de propostas para análise</u> X 100 = Numero de propostas efetuadas Dia 15 de Novembro de 2013, as 15 horas, na sala de reuniões do Sr.º Presidente da Câmara Municipal da Ponte de Sor, com duração prevista de 1:30 horas.
INDICADOR AVALIAÇÃO	
PERIODO DE TEMPO/ LOCAL	

Quadro n.º 5 – Intervenção Comunitária – “Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	<p>“ATELIER DA SAÚDE” Associado às comemorações de “S. Martinho”</p>
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Risco elevado e muito elevado de comorbidade; Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; Hipertensão arterial; Dislipidémia; Diabetes;

	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência cardíaca; • Comorbidade severa atribuída pelo Índice de Comorbidade de Charlson. • Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva. • Monitorizar e avaliar tensão arterial; • Monitorizar e avaliar glicémia capilar pós-prandial; • Fornecer informação individualizada sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.
OBJETIVO GERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
META	<ul style="list-style-type: none"> • 50% de aderentes ao evento: "Atelier da saúde"; • Distribuição de informação através de panfletos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis a 80% dos aderentes ao evento: "Atelier da saúde"; • 50% de respostas ao questionário com pontuação superior a 4 sobre a importância e interesse do evento.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • "Atelier da Saúde" associado ao evento das comemorações do "S. Martinho"; • Atividades a desenvolver para o "Atelier da Saúde"; <ul style="list-style-type: none"> - Realização e distribuição de panfletos de divulgação do evento associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga, assim como poster de identificação no atelier; - Realização e distribuição de panfletos de informação alusivos aos problemas identificados adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo): <ul style="list-style-type: none"> ➤ " Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável" ➤ " Diabetes, aprender.... corrigir...., melhorar..." - Avaliação e registo da tensão arterial aos participantes aderentes;

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e registo de glicémia capilar aos participantes aderentes; - Fornecer informações e esclarecimentos individualizados. • Recolha, análise e posterior apresentação das avaliações de tensão arterial e glicémia capilar efetuadas no Atelier à Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem do Centro de Saúde Local.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias – Tramaga; • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; • Comunidade da Freguesia que participa no evento, não só idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga – Espaço; • Material adequado ao espaço “Atelier da Saúde” (mesas, cadeiras, cavalete, canetas, folhas); • Material inerente às respetivas avaliações (tensão arterial e glicémias capilares, designadamente: aparelho de tensão arterial, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente depósito de cortantes e resíduos grupo III, pensos).
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{N.º de aderentes ao atelier de saúde}}{\text{N.º de participantes nas comemorações do S. Martinho}} \times 100 =$ • $\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º de aderentes ao atelier de saúde}} \times 100 =$ • Respostas dos participantes quanto à importância e interesse do evento.
PERIODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 16 de Novembro de 2013, as 20 horas no Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com duração prevista de 2-30 horas.

Quadro n.º 6 – Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“FORUM COMUNITARIO”
<p>PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viver so; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Quedas: banheira em vez de polígrafo; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição; • Acessibilidade e condição habitacional; • Polifarmácia; • Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos; • Iliteracia.
<p>OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde realizado a população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga à Comunidade, Entidades e Associações Locais / Concelhias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde a Comunidade, Entidades Locais e Concelhas; • Envolver a Comunidade, Entidades locais e Concelhas no sentido de construir boa relação de cooperação com o grupo de trabalho (mestrandas).
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhas convidadas. • 10% de participação da Comunidade
ESTRATÉGIAS/ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de Fórum para apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; • Fórum destina-se a todos os interessados e envolvidos neste Diagnóstico de Saúde, designadamente: Comunidade, Entidades Locais e Concelhas, IPP- ESSP; • Lanche convívio no encerramento do Fórum.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Fornos do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Fornos do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor; - Segurança Social; - Cruz Vermelha;

	<ul style="list-style-type: none"> - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor, - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, - Associação de Jovens de Tramaga, - Associação de Caçadores de Tramaga, - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar, - Meios Comunicação (Jornal "aponté" e "Ecos do Sor"); - Teleassistência: Helpphone; - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga • Apoio meios audiovisuais – GNR; • Apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte Sor (pastas)
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, caixetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas, com espaço/mesas cedido pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor – Sede Tramaga; • Pasta de apoio para registos no Fórum a distribuir pelos participantes convidados, com o apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte de Sor
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Numero de entidades que participam</u> X 100 = Número de entidades convidadas

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Numero de pessoas da comunidade que participem</u> X 100 = Numero de pessoas da comunidade • Dia 29 de Novembro de 2013, as 14 horas, no Auditório da Junta de Freguesia de Truaiga com duração prevista de 1.30 horas seguido de lanche.
PERIODO DE TEMPO/ LOCAL	

Quadro n.º 7 – Intervenção comunitária – “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“COMBATE AO ISOLAMENTO E INSEGURANÇA DOS IDOSOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS A INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Viver so; • Classificação de depressão e depressão grave; • Isolamento da habitação; • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes); • Problemas de visão e audição; • Polifarmácia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do empowement dos idosos e famílias em formato multidisciplinar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Alertar para os perigos do isolamento. • Capacitar os idosos com informações úteis para o dia-a-dia em segurança; • Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para o apoio à população idosa, em termos de teleassistência.
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação da Comunidade; • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • Entrega de folhetos de informação alusivos às temáticas apresentadas a 95% dos participantes. • Esclarecimento a 95% das questões levantadas pelos participantes.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão de Educação para a Saúde em parceria com GNR e representante da teleassistência – Helpphone; • Temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Segurança do idoso- prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio (Enfermeiras meistradas); - Segurança dos idosos- cuidado com as burlas (GNR); - Teleassistência Domiciliaria, com demonstração de equipamentos (Helpphone). • Construção e distribuição de panfletos de divulgação do evento à população, associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga; • Construção e distribuição de panfletos de informação alusivos às temáticas apresentadas (adequados à baixa literacia diagnosticada).
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • GNR; • Helpphone; • União de Freguesias – Tramaga; • Entidades Convidadas;

<ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor. - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor): - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor; - Segurança Social; - Cruz Vermelha; - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Agua todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal "aponte" e "Ecos do Sor"); - IPPP- ESSP. <ul style="list-style-type: none"> • Converte à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da 	
--	--

	<p>Junta de Freguesia de Tramaga;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio meios audiovisuais – GNR. • Auditório da União de Freguesias – Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, cassetes; • Lanche organizado pelo grupo de mostrandas. • <u>Número de pessoas da comunidade que participam X 100 =</u> Número de pessoas da comunidade • <u>Número de entidades que participam X 100 =</u> Número de entidades convidadas • <u>Número de panfletos entregues X 100 =</u> Número de participantes • <u>Número de questões esclarecidas X 100 =</u> Número de questões de esclarecimento apresentadas pelos participantes
RECURSOS	
INDICADOR AVALIAÇÃO	
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 06 de Dezembro de 2013, as 14 horas no Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga, com duração prevista de 2 horas (incluindo intervalo de 30 minutos com Coffe break).

Quadro n.º 8 – Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “SABER MAIS, VIVER MELHOR!”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS A INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e insuficiência cardíaca; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; • Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Tiragem mínima de 1000 exemplares. • Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no “Jornal aponte”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal “aponte”; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal “aponte”; • Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Nº de Tiragem do Jornal "aponte"; Nº de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERIODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> Publicação periódica mensal Jornal "aponte" – A publicar no mês de dezembro 2013. Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde no mês de dezembro 2013.

Quadro n.º 9 – Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: "DE MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS"
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS A INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Idosos classificados com pre-obesidade e obesidade I; Patologias osteoarticulares; Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida. Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	vida;
	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida. • Tiragem mínima de 1000 exemplares. • Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor. • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos". • Publicação do artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" no "Jornal aponte"; • Publicação do artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte Sor.
META	
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal "aponte"; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
PARCERIAS	
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal "aponte"; • Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de Tiragem do Jornal "aponte"; • Nº de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação periódica mensal Jornal "aponte" – A publicar no mês de janeiro 2014 • Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde mês de janeiro 2014.

Projeto de Estágio

ANEXO II – Cronograma de atividades 2013/2014 – Planeamento em Saúde.

Quadro n.º 10 – Cronograma de atividades – Planeamento em Saúde 2013/2014.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro			novembro			dezembro			janeiro					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Listar problemas e necessidades da população																		
Definir perfis críticos da população																		
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde																		
Definir objetivos de intervenção																		
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis																		
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade																		
Estabelecer parcerias de intervenção																		
Planear programas e projetos de intervenção																		
Preparar execução das intervenções																		
Envolver a população visada nas intervenções a implementar																		
Promoção e implementação das intervenções planeadas																		
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de processo e de resultado previamente definidos																		

Legenda: Fase de Execução Interrupção escolar

Projeto de Estágio

ANEXO III – Cronograma de Atividades 2013 / 2014 – Intervenções a implementar.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 11 – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.

	setembro			outubro			novembro			dezembro			janeiro					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Atividades a desenvolver																		
Reunião com Presidente de União de Freguesias (Tramaga)																		
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																		
"Atelier da Saúde" associado as comemorações de "S. Martinho"																		
"Forum Comunitario"																		
"Combate ao isolamento e insegurança dos idosos"																		
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor!"																		
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos"																		

Legenda: Fase de Preparação, Fase de Execução, Interrupção escolar

Apêndice II - Projeto de Estágio Individual



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

María Rosário Semedo
Nº 77

Outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTAGIO

Maria Rosário Semedo
Nº 77

Outubro
2013

" (...) o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato"

(Machado, 2000:6)

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CMPS – Câmara Municipal de Ponte de Sor

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

km²– quilómetro quadrado

nº – número

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

S. Martinho – São Martinho

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

% – por cento

≥ – maior ou igual

Índice geral

INTRODUÇÃO	9
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	12
1.1 CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	12
1.1.1 - Situação Territorial e Socio – demográfica	12
1.1.2 - Situação Sócio – económica	13
1.1.3 - Infra-estruturas e Rede Social	13
1.1.4 – Recursos de Saúde	15
1.2 – FREGUESIA DE TRAMAGA.....	16
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE	19
2.1-DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO	20
2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga.....	21
2.2-DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	26
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	27
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATEGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	28
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	29
2.6- AVALIAÇÃO.....	32
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
BIBLIOGRAFIA	34
APÊNDICES	
Apêndice I - Agrupamento por temas dos problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga	37
Apêndice II – Comparação por pares, valor final é o número de vezes que o problema foi escolhido	39
Apêndice III - Plano de Atividades	41
Apêndice IV - Estratégias utilizadas em relação aos problemas priorizados.....	55

Projeto de Estágio

|

Índice Figuras

	f
Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	13
Figura nº 2 - Principais etapas no processo de planeamento da saúde	20

Índice de Quadros

	f
Quadro n.º 1 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.....	17
Quadro n.º 2 - Agrupamento por temas dos problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga.....	37
Quadro n.º 3 – Comparação por pares, valor final é o número de vezes que o problema foi escolhido	39
Quadro n.º 4 – Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares.....	28
Quadro n.º 5 – Cronograma de atividades – Planeamento em Saúde 2013/2014.....	31
Quadro n.º 6 – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar	32
Quadro n.º 7 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com a GNR.....	42
Quadro n.º 8 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com representante da Teleassistência Helpphone	43
Quadro n.º 9 - Objectivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à intervenção: Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.....	44
Quadro n.º 10- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município.....	47
Quadro n.º 11 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: <i>Atelier</i> da Saúde associado às comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga.....	48
Quadro n.º 12 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: <i>Fórum</i> Comunitário.....	50
Quadro n.º 13- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”..	51

Projeto de Estágio

Quadro nº 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à actividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor!".....	53
Quadro nº 15 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à actividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".....	55
Quadro n.º 16 - Estratégias utilizadas em relação aos problemas priorizados	56

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, foi-me solicitada a elaboração de um Projecto de Estágio de forma a proporcionar a aquisição e o desenvolvimento de competências inerentes ao perfil de Enfermagem Comunitária descrito pela Ordem dos enfermeiros.

De acordo com as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

- 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 na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico" (artigo 4º, regulamento nº 128/2011: 8667).

O estágio é um momento de aprendizagem privilegiado pois permite operacionalizar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos, assim espero desenvolver as competências acima citadas.

Este projecto refere-se ao estágio que está previsto decorrer no período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014 e irá incidir na área da promoção do Envelhecimento Activo e Qualidade de Vida do Idoso.

A preferência por este tema deve-se a ser um tema actual e interessante onde a tendência para o aumento da população idosa é um dos traços mais patentes da nossa sociedade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contiguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus

Projeto de Estágio

conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é impreterível perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude a DGS (2004) o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) possui como objetivos: promover um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; aumentar a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promover e desenvolver intersetorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Projecto de Estágio

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de "Dar Qualidade de Vida aos Anos".

Este projecto tem como objectivos:

- Definir os objectivos a desenvolver durante o estágio;
- Executar um plano de actividades que sirva de guia orientador ao longo do estágio.

Este projecto encontra-se estruturado em 3 capítulos. No primeiro faço a caracterização do local de estágio. O segundo destina-se ao Planeamento em Saúde, neste descrevo o diagnóstico da situação, defino as prioridades, defino os objectivos, selecciono as estratégias e elaboração de programas e projectos, preparo a execução e por fim a avaliação. O terceiro e último capítulo refere-se às considerações finais.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR.

Para a realização do estudo é importante compreender a população sendo para tal fundamental conhecer o local onde a mesma está inserida e quais os traços mais marcantes desse concelho/freguesia.

1.1.1 - Situação Territorial e Socio - demográfica

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre, na região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo. Localiza-se na margem direita do rio Sor e encontra-se inserida num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é demarcado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Portalegre (capital de distrito) dista de Ponte de Sor 62,1 km, sendo a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido, o Itinerário Complementar 13.

O concelho de Ponte de Sor detém a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo composto por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº1).



Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

1.1.2 - Situação Sócio – económica

A nível económico destaca-se sobretudo a agricultura, agro-pecuária e exploração florestal, indústria agro-alimentar (rações para gado, lagar de azeite, moagem de pimentão seco, transformação de suínos), extracção da cortiça sendo actualmente uma referência para a indústria corticeira mundial, integra ainda empresas ligadas aos ramos aeronáutico, de construção civil, entre outros.

A Barragem de Montargil, pertence à bacia hidrográfica do rio Tejo e situada na ribeira de Sor, mostra as lindas paisagens da lezíria alentejana. A albufeira da barragem é muito utilizada na prática de desportos náuticos e na pesca desportiva, existindo também boas condições (infraestruturas) turísticas.

1.1.3 - Infra-estruturas e Rede Social

A autarquia de Ponte de Sor mostra preocupação em relação às condições de vida dos seus munícipes, especialmente, da população idosa e com recursos financeiros diminutos.

A mesma acha que o período de velhice deve ser considerado de forma positiva e que deve constituir uma oportunidade não só para desenvolver novas atividades, como também

Projeto de Estágio

reconquistar antigos interesses que durante a vida adulta não tiveram oportunidade de desenvolver. Neste sentido menciono as infra-estruturas, associações e actividades existentes/desenvolvidas mas apenas na sede do concelho e na freguesia da Tramaga, e mais vocacionadas para o idoso.

- A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social – a sua missão é desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, em especial as que se encontram mais vulneráveis. Executa varias actividades com idosos, entre as quais *workshops* variados, Universidade Sénior, 'Ateliês à medida' para adultos de todas as idades (onde são tratadas áreas como informática, inglês, alemão). Atualmente esta associação está a desenvolver o projecto "Solidão Acompanhada", que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, os quais fazem voluntariamente visitas regulares a pessoas que precisem.
- Almoço de Idosos do Concelho - Promovido anualmente pelo município de Ponte de Sor para os cidadãos com 65 e mais anos de idade.
- O Serviço 'Porta a Porta' presta apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos - foi criado em colaboração estreita com o município, as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes.
- O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor - tem uma periodicidade trimestral e tem como objetivo divulgar as actividades mais direccionadas para os idosos.
- Projeto CIDADES – foi concebido em torno do conceito "Cidades Amigas das Pessoas Idosas" - visa identificar práticas e serviços que simplifiquem o dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de avaliarem os níveis de satisfação da sua população sénior.
- Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]) - comporta a elaboração de medidas de planeamento físico e estratégico dos municípios e que interfere em diversas áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência.
- Instituições de apoio social - centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, com localização em Ponte de Sor e Tramaga.

Projeto de Estágio

- Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor - com as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.
- Lar a Magnólia - de carácter privado.
- Lar Casa dos Avós – inaugurada em 2013 funcionando em regime de Lar e de centro de dia
- GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho. Este destacamento em termos de seção de programas especiais especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro. Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS), é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas, promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população, ajudar a prevenir e a evitar situações de risco. Segundo o Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, são efetuados anualmente os Censos Sénior, cujo principal objetivo é identificar os idosos que vivem sós e em situação de maior vulnerabilidade. No concelho da Ponte de Sor, em 2013 foram identificadas 450 situações de idosos que vivem sós (sem apoio de familiares).
- Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor, Junta de freguesia, Câmara municipal, Estação de correios, Serviço Local de Segurança Social de Ponte de Sor, Núcleo da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Rancho Folclórico da Casa do Povo, Centro de Convívio dos Reformados e pensionistas da Ponte de Sor, Centro de Artes e Culturas, Teatro, Cinema municipal, Biblioteca, Orquestra Ligeira da CMPS, Piscinas Municipais, Estádio e Pavilhão Municipal.

1.1.4 – Recursos de Saúde

Na necessidade de recorrer aos cuidados hospitalares, os residentes do concelho terão de dirigir-se ao hospital de referência, o Hospital Dr José Maria Grande localizado em Portalegre, a cerca de 60 Km e também pertencente à ULSNA.

Projeto de Estágio

O concelho de Ponte de Sor está abrangido pelo Centro de Saúde de Ponte de Sor pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Possui serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do centro de saúde.

O Centro de Saúde de Ponte de Sor rege-se pelos valores do respeito pela pessoa humana em todas as suas vertentes, pela igualdade na prestação de cuidados, pela acessibilidade aos cuidados de saúde, excelência técnica, ética, integridade e transparência, promoção contínua da qualidade/ melhoria contínua, trabalho em equipa e promoção de parcerias nas áreas da saúde, social e comunitária.

Pretende prestar cuidados de saúde de excelência no atendimento ao cidadão, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, privilegiando o trabalho em equipa multidisciplinar, a permanência do utente na família e na comunidade, dedicando especial atenção aos cidadãos/grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco.

Visando a excelência no atendimento aos utentes, o Centro de Saúde de Ponte de Sor detém um jornal digital, o "Sor Saúde", aberto à comunidade onde são partilhadas informações através da publicação de artigos e informações da área da saúde e onde o cidadão pode divulgar e comentar informações.

1.2 – FREGUESIA DE TRAMAGA

Relativamente aldeia de Tramaga foi elevada a freguesia em 1993. Esta freguesia dista da sede de concelho cerca de 3 km e geograficamente ostenta os seguintes contornos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, alonga-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

De referir que no âmbito da reorganização administrativa do território de freguesias, pela Lei nº 11-A/2013, de 28 de Janeiro foi criada a União das freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Sor a partir da agregação destas mesmas freguesias.

Projeto de Estágio

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor. O quadro nº 1 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
Nº total de pessoas	1542	100%

Quadro nº 1 Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

Especificamente nesta Freguesia, no decorrer de 2013 foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade. O Destacamento Territorial de Ponte de Sor realiza anualmente várias ações de sensibilização, alertando o idoso sobre as burlas, prevenção da criminalidade e prevenção de incêndios florestais. Em situações de risco de vida eminente do Idoso, estas situações são devidamente sinalizadas para as Instituições de Apoio Social do concelho/distrito.

Esta é uma freguesia que muito se preocupa com os idosos o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária:

- Semanalmente, os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado), são acompanhados por um funcionário da Junta de Freguesia e transportados numa carrinha da Junta ate Ponte de Sor para que possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.
- Transporte pela Junta de Freguesia de Tramaga de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.
- Almoço anual do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical
- Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Projeto de Estágio

- Bordados e pintura são actividades que podem frequentar, sendo feitas posteriormente exposições dos trabalhos nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.
- Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.
- A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário). As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade, como tal exige uma “reformulação” na organização social e familiar da sociedade Portuguesa.

A promoção da saúde e a prevenção da doença é actualmente uma preocupação cada vez mais visível, embora nas organizações de saúde ainda se destacar a casualidade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Planejar poderá ser a solução para descobrir a resposta adequada a determinada situação.

Na área da saúde, de acordo com (Tavares, 1990: 37) o planeamento “(...)procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações...”

Imperator & Giraldes (1993) afirmam que o planeamento em saúde deve ser executado tendo sempre em conta os fatores que influenciam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados.

Para os autores supracitados o planeamento deve incluir três fases importantes: a elaboração do plano (que é constituída pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação, tal como se pode ver na figura seguinte (Figura nº 2).

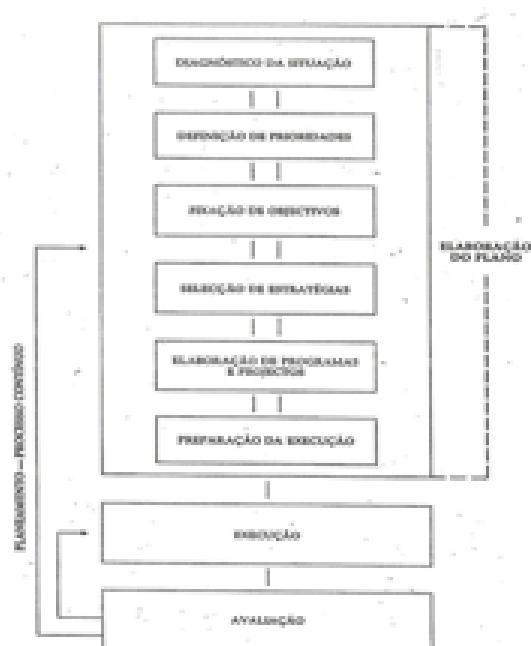


Figura nº 2 - Principais etapas no processo de planeamento da saúde
 Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 29.

2.1- DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a "justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades" (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

É de referir que "a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades" (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

Com a elaboração do diagnóstico pretendeu-se identificar as necessidades de saúde e os factores de risco da população com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga. Assim foi definido como objetivo geral deste estudo:

- Identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

E como objetivos específicos:

Projeto de Estágio

- Caracterizar as condições sociofamiliares, económicas da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga;
- Avaliar física e funcionalmente os idosos inquiridos ao nível das AVD's, AIVD's e risco associado à idade;
- Avaliar sintomas depressivos nos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Neste âmbito, e considerando a abrangência do Diagnóstico de Saúde efetuado apresentamos de forma sucinta respetivo perfil crítico.

2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga

Face aos dados obtidos no diagnóstico de saúde foi então traçado o perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga:

- Predominância do sexo feminino com 60%, relativamente a 40% o masculino;
- Média de idades ronda os 76 anos de idade, moda 74 anos, a idade mínima é 65 anos e o máximo 92 havendo 17,2% de idosos com mais de 83 anos;
- Na sua maioria, 62,1% dos idosos têm estado civil casado e 31% viúvo, existem mais mulheres solteiras e viúvas que homens;
- Constata-se elevada taxa de iliteracia, 37,9% dos inquiridos nunca frequentou a escola, 33,4% não completaram o ensino primário e só um dos inquiridos (0,3%) tem o ensino preparatório e outro o ensino secundário;
- Verifica-se que 96,2% dos inquiridos não tem hábitos tabágicos;
- 76,2% dos idosos refere não ter hábitos alcoólicos;
- Cerca de 25,5% dos idosos vive só, com maior tendência para as mulheres e entre os 78 e os 83 anos de idade;
- Apurou-se que 52,1% dos idosos coabitam com outra pessoa e destes 82,9% é com o respetivo cônjuge, no entanto é possível encontrar alguns agregados familiares alargados a filhos e outros. Nos idosos que vivem acompanhados por uma pessoa a média de idades é 70,45 e a moda 73 anos;
- Verificou-se que 55,5% população mantém relações sociais com a comunidade local, família e amigos, mas o apoio mais frequente vem dos familiares.

Projeto de Estágio

- A maioria dos idosos, 63,1% mencionou nunca ter tido apoio institucional;
- Dos inquiridos, 66,9% revela que os rendimentos que auferem cobrem com dificuldade as suas necessidades;
- Cerca de 5,9% dos inquiridos vivem em locais isolados, sendo que nestes há uma maior frequência de apoio familiar, institucional, de amigos e vizinhos;
- Relativamente a água canalizada e electricidade só um inquirido (0,3%) não possui, e 17,2% não tem rede de esgotos mas sim fossa;
- A maioria dos inquiridos considera ter a habitação adequada (91,7%) embora 48,3% refira ter humidade;
- Ter casa de banho completa é referido por 94,5% dos idosos, contudo 70% tem banheira e 40% poliban. De referir também que 9,7% refere ter a casa de banho fora da habitação;
- Constatou-se que 64,5% das habitações não possui escadas, 91,7% não possui rampas de acesso e 85,2% das habitações não possui corrimões e 87,6% das habitações tem largura adequada à circulação de cadeira de rodas;
- Dos inquiridos 64,8% refere que o piso anti - derrapante é o mais utilizado, contudo só 29,9% utiliza tapetes anti - derrapantes em casa, e 32,8% refere ter obstáculos em casa não permitindo a livre circulação;
- Relativamente à necessidade de recorrer à ajuda de alguém, 9,3% refere nunca precisar de ajuda, 7,6% sempre e a maior percentagem 36,9% refere algumas vezes. Dos inquiridos que sentem esta necessidade de ajuda, só 1,1% referem nunca ter ninguém que ajude e 53,2% ter sempre alguém;
- Verificou-se que quem dá mais ajuda são os familiares que não coabitam (52,3%). A média de idade de quem ajuda é 54,88 anos, de referir que 3,2% tem 80 e mais anos. Quando é necessário ajuda mais frequente esta é prestada pelo familiar que coabita habitualmente o cônjuge;
- Nas Atividades Instrumentais de Vida Diárias há uma maior dependência no género masculino (39,4%) que no género feminino (14,7%). Nos idosos com mais de 83 anos de idade é onde existe maior taxa de indivíduos dependentes (59%);
- Relativamente às Atividades de Vida Diária (índice de Katz) verificou-se que 57,1% dos idosos são independentes em todas as actividades de vida, 4,1% são dependentes

Projeto de Estágio

- só numa actividade e 5,9% são dependentes em todas as actividades de vida. Os valores do Índice de Katz são mais elevados nos idosos com idade mais avançada;
- Quando o idoso necessita de ajuda nas Actividades de Vida Diária, é o familiar que coabita quem mais presta ajuda, apresentando estes habitualmente uma idade mais avançada que os familiares que não coabitam;
 - Através da Escala de Depressão Geriátrica conclui-se que 46,3% revelam-se sem depressão / risco de depressão, 31,9% revela classificação de depressão e 21,8% revelam depressão grave. Verifica-se pontuação mais elevada para a depressão e depressão grave no sexo feminino assim como nos idosos que vivem numa habitação isolada, embora estes últimos tenham maior apoio familiar;
 - Relativamente ao IMC, importa destacar que 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e 23,1% em obesidade classe I (risco moderado de comorbilidade);
 - Em relação ao perímetro abdominal no sexo feminino 93,4% apresenta risco muito elevado de comorbilidade, no sexo masculino 69,7% também apresenta risco muito elevado de comorbilidade;
 - No que respeita ao número de medicamentos que os idosos diariamente tomam varia até 14, só 4,5% não toma nenhum medicamento e 6,2% tomam entre 10 a 14 medicamentos, sendo a média 4,92 e a moda 4 medicamentos por dia. O número de medicamentos é directamente proporcional ao ICC;
 - Dos inquiridos 31,4% referem ter caído nos últimos 6 meses, havendo maior tendência no sexo feminino para as quedas. As quedas podem estar associadas a uma menor capacidade de mobilização;
 - Cerca de 41% dos idosos afirmam já ter tido perdas involuntárias de urina e 35,5% confirmam ter obstipação;
 - Dos idosos inquiridos 37,6% referem ter problemas de audição e 58,6% de visão;
 - Relativamente ao sono, 37,6% dos idosos dizem sentirem-se sonolentos durante o dia e 25,5% não está satisfeito com o seu sono;
 - As patologias mais referidas pelos idosos foram: Hipertensão Arterial com 75,2%, de Dislipidémia com 42,1%, Patologias Osteoarticulares e Reumatológicas e Diabetes ambas com 24,1% e Insuficiência Cardíaca com 23,1%. De salientar que que 11,1% dos idosos hipertensos não faz a monitorização da tensão arterial e que 25,7% dos idosos com a patologia Diabetes, não faz a monitorização da glicémia capilar;

Projeto de Estágio

- O Índice de Comorbilidade de Charlson aumenta com as classes etárias. A classificação final obtida através deste Índice mostra que 89,7% dos idosos apresenta comorbilidade severa e 10,3% comorbilidade moderada;
- Sobre o número de vezes que recorreu ao centro de saúde nos últimos 6 meses, 26,7% dos idosos refere 2 vezes e 12,5% refere zero vezes. No que concerne à procura de serviços de enfermagem, 4,5% dos idosos referem nunca e 45,8% referem algumas vezes. Os cuidados e tratamentos mais solicitados foram a colheita de sangue com 39%, %) e a administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea com 18,8%. Foram vacinados 29,6%. Relativamente à monitorização e vigilância de Enfermagem 86,8% monitorizaram e vigiaram a tensão arterial, 20,2% a glicemia capilar, 11,8% vigilância do pé diabético e só 0,7% o IMC;
- Quanto a participação em programas de educação para a saúde, 15,7% dos inquiridos referem ter participado nos últimos 6 meses;
- Relativamente às terapias de saúde, nos últimos 6 meses 13,8% dos idosos recorreram à fisioterapia e 7,1% ao "endireita";
- Em relação aos serviços sociais 4,2% referem recorrer ao Apoio Domiciliário, 20,5% do Centro de Dia /convívio e 3,2% à igreja.

Apos breve análise do perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga, resume-se e lista-se os problemas diagnosticados nessa mesma população:

- I - Elevada taxa de iliteracia;
- II – Idosos a viver só, predominância do sexo feminino e com idade entre os 78 e 83 anos;
- III- Maioria dos idosos coabita só com uma pessoa sendo esta o respectivo cônjuge. A média de idades é 70,45 e a moda 73 anos;
- IV- Maioria dos idosos vivem com dificuldades económicas;
- V- Cerca de 5,9% dos inquiridos vivem em locais isolados;
- VI - Cerca de 17,2% dos idosos não tem rede de esgotos mas sim fossa;
- VII - Só 40% dos idosos possui poliban, a maioria possui banheira e 9,7% refere ter a casa de banho fora da habitação;

Projeto de Estágio

- VIII - A maioria dos idosos não tem tapetes antiderrapantes, 35,5% não tem piso antiderrapante, e 32,8% refere ter obstáculos em casa não permitindo a livre circulação;
- IX - A maioria dos idosos necessita de ajuda sendo esta prestada pelos familiares que não coabitam. Quando é necessária ajuda mais frequente esta é prestada pelo familiar que coabita, habitualmente o cônjuge;
- X - Nas AIVD há uma maior dependência nos idosos do sexo masculino que nos do sexo feminino. E nos idosos com mais de 83 anos que existe maior taxa de indivíduos dependentes;
- XI - Nas AVD (índice de Katz) a maioria dos idosos são independentes em todas as actividades de vida e 5,9% são dependentes em todas as actividades de vida. Os valores do Índice de Katz aumentam nos idosos com idade mais avançada. Quem mais ajuda é o familiar que coabita, habitualmente o cônjuge;
- XII - Pela Escala de Depressão Geriátrica cerca de 31,9% revelam classificação de depressão e 21,8% revelam depressão grave. Quem apresenta valores mais elevados é o sexo feminino e os idosos que vivem numa habitação isolada;
- XIII - Em relação ao IMC, cerca de 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade (risco aumentado de comorbilidade) e 23,1% em obesidade classe I (risco moderado de comorbilidade);
- XIV - Relativamente ao perímetro abdominal, a maioria dos idosos apresenta risco muito elevado de comorbilidade, sendo este mais acentuado no sexo feminino;
- XV - A maioria dos idosos toma vários medicamentos diariamente, 6,2% tomam entre 10 a 14 medicamentos, sendo a média 4,92 e a moda 4 medicamentos por dia. O número de medicamentos é directamente proporcional ao ICC;
- XVI - Cerca de 31,4% dos idosos referem ter caído nos últimos 6 meses, havendo maior tendência no sexo feminino e nos idosos com menor capacidade de mobilização;
- XVII - Dos inquiridos 37,6% referem ter problemas de audição e 58,6% de visão;
- XVIII - Patologias mais referidas pelos idosos foram: Hipertensão Arterial com 75,2%, de Dislipidémia com 42,1%, Patologias Osteoarticulares e Reumatológicas e Diabetes ambas com 24,1% e Insuficiência Cardíaca com 23,1%;
- XIX - Cerca de que 11,1% dos idosos hipertensos e 25,7% dos idosos com a patologia Diabetes, não fazem a monitorização da tensão arterial e da glicémia capilar respectivamente, nem a vigilância do pé diabético;

- XX – O ICC aumenta com as classes etárias mais elevadas. Este índice mostra que 89,7% dos idosos apresenta comorbilidade severa e 10,3% comorbilidade moderada.

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do Planeamento em Saúde é a definição de prioridades. No diagnóstico foram identificados os problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta fase de escolha de prioridades. Na sua essência, considera-se um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Nutt (1984), referido por Imperatori & Giraldes (1993), diz que se o número de problemas for elevado, ou seja mais de quinze ou vinte, é recomendada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas. Verifica-se que nos problemas diagnosticados existem vários que podem ser agrupados por apresentarem um tema idêntico. Apresento em anexo quadro com respectivo agrupamento por temas dos problemas (Apêndice I)

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Sendo impossível utilizar todos os critérios face ao tempo-limite, optou-se pela vulnerabilidade, a exequibilidade, a gravidade do problema e fatores económicos.

Apos breve análise dos exemplos citados por Imperatori & Giraldes (1993) para a selecção de prioridades foi escolhido o de comparação de pares por ser uma abordagem pratica quando o número de problemas não é muito extenso. Cada problema é comparado regularmente com um dos outros, escolhendo-se o mais importante. A ordenação final é feita a partir do número de que o problema foi escolhido em primeiro lugar (Tavares, 1990).

Apresento em anexo respectiva comparação por pares. (consultar apêndice II)

Apos a comparação de pares, obteve-se a seguinte ordem de prioridades para os primeiros dez problemas:

Projeto de Estágio

Ordem de prioridade	Problemas
1º	Quedas (Banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)
	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC
3º	Classificação de depressão e depressão grave
4º	Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
5º	Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
6º	Polifarmácia
7º	Viver so
8º	Isolamento da habitação
9º	Iliteracia
10º	Sem rede de esgotos

Quadro n.º 4 – Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares (Adaptado com base em Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim de acordo com os os problemas mais mencionados pelos idosos inquiridos e com tendência a piorar ao longo do tempo, dando destaque às doenças ou situações que possam vir a provocar danos irreversíveis, sequelas ou deficiências, e mantendo ainda a nossa linha de pensamento que tivemos na etapa anterior, seguimos o PNS 2012-2016 e consideramos as prioridades por ele definidas atuando nas áreas de promoção e adopção de estilos de vida saudáveis, prevenção de acidentes domésticos e isolamento social.

2.3- FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS

Depois da identificação dos problemas e da respectiva definição de prioridades, é fundamental definir os objetivos relativamente a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Projeto de Estágio

determinado objectivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde " (Imperatori & Geraldés, 1993: 87).

Esta seleção de estratégias não deve ser linear, pelo que devem ser estudadas estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, as quais serão posteriormente submetidas a decisão superior. É indispensável fazer uma avaliação dos recursos a utilizar aquando da seleção de estratégias. Se os recursos forem considerados insuficientes, "haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos" (Imperatori & Geraldés 1993: 30).

Assim, tendo em conta os objectivos anteriormente definidos, foram estabelecidos como critérios de concepção:

- Dar ênfase à área da Promoção da Saúde através da Educação para a Saúde;
- Valorizar a importância de comportamentos e estilos de vida saudáveis de forma a prevenir e controlar as doenças crónicas, assim como promover a independência e a autonomia;
- Envolver entidades locais e concelhias;
- Incentivar comunidade a participar e a colaborar em actividades de lazer e recreativas sem trazer custos desnecessários e acrescidos à população;
- Rentabilizar de forma eficaz e eficiente recursos materiais existentes;

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das actividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Apresentamos em anexo respetiva seleção de estratégias. (consultar apêndice IV)

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução "é a descrição detalhada das actividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação". Deste modo remetemos para os quadros nº X e Y:

Quadro n.º 5 – Cronograma de atividades – Planeamento em Saúde 2013/2014.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro			novembro			dezembro			janeiro					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Listar problemas e necessidades da população																		
Definir perfis críticos da população																		
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde																		
Definir objetivos de intervenção																		
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis																		
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade																		
Estabelecer parcerias de intervenção																		
Planear programas e projetos de intervenção																		
Preparar execução das intervenções																		
Envolver a população visada nas intervenções a implementar																		
Promoção e implementação das intervenções planeadas																		
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de processo e de resultado previamente definidos																		

Legenda: Fase de Execução interrupção escolar

Projeto de Estágio

É importante mencionar que as intervenções foram preparadas de acordo com a Teoria da Organização Comunitária a qual assenta na capacitação da comunidade para a mudança de comportamentos através de estratégias que permitam identificar problemas mobilizando recursos de forma a atingir os objectivos colectivos.

2.6- AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

A avaliação destes objectivos será feita no final do estágio com a elaboração do relatório de estágio. E será feita baseado na avaliação das actividades realizadas, nos resultados obtidos com as intervenções realizadas.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de intervenção apresenta o planeamento das intervenções que me proponho desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para os problemas e necessidades identificados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, e considerando as intervenções que pretendo desenvolver (individualmente ou em grupo) é minha intenção e do restante grupo de trabalho dinamizar e potencializar ao máximo as mesmas.

Convicta que a duração de intervenção em estágio limita os seus resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, no entanto, com a passagem do grupo por esta região, cuja população não me ficará indiferente pela receptividade e positividade demonstrada, deixo (conjuntamente com o grupo) propostas às entidades locais expetante da sua observância e interferência futura.

BIBLIOGRAFIA

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Métodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.

Linhares, L. & Cunha, L. (1999) - *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: Geriatria, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).

Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG 20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf)

Páscoa, P. (2008) *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Porto. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde acedido a 8 de maio de 2013 em: <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR. Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzm5_r52rpuuv5/vq1515

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

Projeto de Estágio

PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011*.

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

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. *Cadernos de Formação n.º 2*. Ministério da Saúde.

Projeto de Estágio

APÊNDICES

Projeto de Estágio

Apêndice I - Agrupamento por temas dos problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga

Projeto de Estágio

Problemas	Correspondência
A - Iliteracia	I
B - Viver so	II
C - Isolamento da habitação	V
D - Dificuldades económicas	IV
E - Quedas (Banheira em vez de poliban; piso e tapetes não antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais...)	VII, VIII, IX, XVI, XVII
F - Sem rede de esgotos	VI
G - Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos.	III, X, XI,
H - Classificação de depressão e depressão grave	XII,
I - Idosos classificados com pre-obesidade e obesidade I	XIII
J - Polifarmácia	XV
K - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC	XIV, XIX
L - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca	XVIII, XIX

Quadro n.º2 - Agrupamento por temas dos problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga

Projeto de Estágio

Apêndice II – Comparação por pares, valor final é o número de vezes que o problema foi escolhido

Projeto de Estágio

Problemas	Comparação por pares	Valor final	Ordem
Iliteracia (A)	A A A A A A A A A A A A -- B C D E F G H I J K L	3	9º
Viver so (B)	B B B B B B B B B B B B -- C D E F G H I J K L	5	7º
Isolamento da habitação (C)	C C C C C C C C C C C C -- D E F G H I J K L	4	8º
Dificuldades económicas (D)	D D D D D D D D D D D D -- E F G H I J K L	0	12º
Quedas (Banheira em vez de poliban; piso e tapetes não antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais) (E)	E E E E E E E E E E E E -- F G H I J K L	10	1º
Sem rede de esgotos (F)	F F F F F F F F F F F F -- G H I J K L	2	10º
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos. (G)	G G G G G G G G G G G G -- H I J K L	1	11º
Classificação de depressão e depressão grave (H)	H H H H H H H H H H H H -- I J K L	9	3º
Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I (I)	I I I I I I I I I I I I -- J K L	7	5º
Polifarmácia (J)	J J J J J J J J J J J J -- K L	6	6º
Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC (K)	K K K K K K K K K K K K -- L	10	1º
Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca (L)	L L L L L L L L L L L L --	8	4º

Quadro n.º 3 – Comparação por pares, valor final é o número de vezes que o problema foi escolhido (Adaptado com base em Tevares 1990 e Imperatori & Giraldes, 1993).

Projeto de Estágio

Apêndice III - Plano de Atividades

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/ execução
<p>Ate a 2ª semana de Novembro de 2013, envolver o Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor nas atividades de intervenção a desenvolver na Tramaga.</p>	<p>- Solicitar colaboração ao Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor apresentando 2 propostas:</p> <p>1- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do idoso";</p> <p>2- Disponibilidade de material multimédia: tela e <i>ómnibus</i> para 2 sessões a realizar na comunidade – <i>Forum</i> Comunitário e Sessão de Educação para a Saúde;</p> <p>- Que o destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor aceite 50% das propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga.</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração aceites}}{\text{N}^\circ \text{ de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 =$</p>

Quadro nº 7- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/ execução relativamente a atividade: Reunião com a GNR.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>Ate a 2ª semana de Novembro de 2013, envolver a Teleassistência Helpphone nas atividades de intervenção a desenvolver na Tramaga.</p>	<p>- Solicitar colaboração à Teleassistência Helpphone apresentando 2 propostas:</p> <p>1- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do idoso";</p> <p>2- Solicitar informação e demonstração sobre Teleassistência;</p> <p>- Que a Teleassistência Helpphone aceite 50% das propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração apresentadas}}{\text{N.º de propostas de colaboração previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração aceites}}{\text{N.º de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 =$</p>

Quadro nº 8- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/ execução relativamente à atividade: Reunião com representante da Teleassistência Helpphone

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>Ate a 2ª semana de Novembro de 2013, sensibilizar a União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor sobre problemas prioritizados no Diagnóstico de saúde realizado na Tramaga e a necessidade de intervir para resolução/minimização dos mesmos</p>	<p>- Apresentar ao Presidente da União de Juntas de Freguesia 8 propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; 2-Funcionário da autarquia com formação desportiva, deslocar-se ao Centro Comunitário para efectuar exercícios aos idosos; 3-Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária e cemitério); 4- Rampas de acesso em casa de idosos com mobilidade reduzida 5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da freguesia; 6- Telessistémia; 7-Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico; 8-Rede municipal de esgotos para todos. <p>- Que a União de Freguesias aceite 30% de propostas de</p>	<p>$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção apresentadas}}{\text{N.º de propostas de intervenção previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção aceites}}{\text{N.º de propostas de intervenção efetuadas}} \times 100 =$</p>

<p>Ate à 2ª semana de Novembro de 2013, envolver a União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga</p>	<p>intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a União de Freguesias aceite para análise 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados; - Apresentar ao Presidente da União de Juntas de Freguesia 6 propostas de colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga: 1-Integração do "Assisr da saúde" no evento das comemorações de São Martinho da freguesia de Tramaga e cedência de espaço (Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural de Tramaga); 2-Cedência do Auditório da Junta da Tramaga para o "Fórum Comunitário"; 3- Cedência do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do idoso"; 4-Disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras...); 5-Disponibilidade de 1 ou 2 funcionários da União de Juntas 	<p><u>N.º de propostas de intervenção apresentadas</u> x 100 = N.º de propostas de intervenção previstas</p> <p><u>N.º de propostas de intervenção aceites</u> x100 = N.º de propostas de intervenção efetuadas</p>
---	--	---

	<p>para ajuda e preparação de espaços;</p> <p>6-Divulgação dos eventos à comunidade através de editais</p> <p>- Que a União de Freguesias aceite 30% de propostas de colaboração nas actividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia de Tramaga.</p>	$\frac{\text{N.º de propostas de colaboração aceites}}{\text{N.º de propostas de colaboração efetuadas}} \times 100 =$
--	--	--

Quadro nº 9 - Objectivos específicos, metas e indicadores de actividade/ execução relativamente à intervenção: Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de actividade/ execução
<p>Ate a 2ª semana de Novembro de 2013, sensibilizar o Presidente da Camara Municipal de Ponte de Sor sobre problemas prioritizados no Diagnóstico de saúde realizado na Tramaga e a necessidade de intervir para resolução/minimização dos mesmos</p>	<p>- Apresentar a Autarquia 8 propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados:</p> <p>1--Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos;</p> <p>2-Funcionario da autarquia com formação desportiva, deslocar-se ao Centro Comunitário para efectuar exercicios aos idosos;</p> <p>3-Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa</p>	$\frac{\text{N.º de propostas de intervenção apresentadas}}{\text{N.º de propostas de intervenção previstas}} \times 100 =$

	<p>mortuária e cemitério);</p> <p>4- Rampas de acesso em casa de idosos com mobilidade reduzida</p> <p>5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da freguesia;</p> <p>6- Teleassistência;</p> <p>7-Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico;</p> <p>8-Rede municipal de esgotos para todos.</p>	<p><u>N.º de propostas de intervenção aceites</u> $\times 100 =$</p> <p><u>N.º de propostas de intervenção efectuadas</u></p>
	<p>- Que a Autarquia aceite 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados;</p> <p>- Que a Autarquia aceite para análise 30% de propostas de intervenção favoráveis à resolução/minimização dos problemas prioritizados</p>	<p><u>N.º de propostas de intervenção para análise</u> $\times 100 =$</p> <p><u>N.º de propostas de intervenção efectuadas</u></p>

Quadro nº 10 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/ execução relativamente à atividade: Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de actividade/ execução
<p>Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos participantes do "Atelier da Saúde" das comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga no dia 16/11/2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que 50% dos participantes das comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga adiram ao "Atelier da Saúde"; - Monitorizar tensão arterial a 95% dos participantes do Atelier da Saúde; - Monitorizar glicémia capilar a 90% dos participantes do Atelier da Saúde; - Facultar informação individualizada a todos os participantes do Atelier da Saúde sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis promovendo a saúde e a qualidade de vida e prevenindo a doença; -Que 80% dos participantes do Atelier da Saúde aceitem os folhetos informativos sobre comportamentos e estilos de vida 	<p>$\frac{\text{N.º de aderentes ao atelier da saúde}}{\text{N.º de participantes nas Comemorações de S. Martinho}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas monitorizadas(TA)}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas monitorizadas (GC)}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p>

	<p>saúde/aveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ "Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável" ➤ "Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar..." <p>- Que 50% dos participantes do <i>Atelier</i> da Saúde atribuíam pontuação superior ou igual a quatro na escala de Likert à questão: Como classifica este evento em termos de importância?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Sem qualquer importância 2- Com pouca importância 3- Indiferente 4- Com razoável importância 5- Com muita importância <p>- Que 50% dos participantes do <i>Atelier</i> da Saúde atribuíam pontuação superior ou igual a quatro na escala de Likert à questão: Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Sem qualquer importância 2- Com pouca importância 	<p><u>N.º de aderentes ao atelier da saúde</u> _____ x100 =</p> <p><u>N.º de participantes nas Comemorações de S. Martinho</u></p> <p><u>N.º de pessoas monitorizadas(TA)</u> _____ x100=</p> <p><u>N.º de participantes no atelier da saúde</u></p> <p><u>N.º de pessoas monitorizadas (GC)</u> _____ x100=</p> <p><u>N.º de participantes no atelier da saúde</u></p> <p><u>N.º de folhetos distribuídos</u> _____ x100=</p> <p><u>N.º de participantes no atelier</u></p>
--	---	--

	3- Indiferente 4- Com razoável importância 5- Com muita importância
--	---

Quadro nº 11 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/ execução relativamente à atividade: *Atelier da Saúde* associado às comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/ execução
Na última semana de Novembro de 2013 sejam apresentados os resultados do Diagnóstico de Saúde, às Entidades Locais/Concelhias e à Comunidade em Geral com especial relevo para a população com 65 ou mais anos de idade	- Convidar Entidades Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Justas de Freguesias; Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; Presidentes das outras Justas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Camiúchar; Meios Comunicação (Jornal "aponte" e "Ecos do Sor"); Teleassistência: Helpphone; IPP- ESSP, (total de 35 convidados);	Nº de entidades convidadas, x 100= Nº de entidades a convocar previstas
	- Convidar a Comunidade em Geral;	

Projeto de Estágio

	<p>- Que 10% das Entidades Locais/Concelhais convidadas participem no evento</p> <p>- Que 10% da população com idade ≥ 65 anos participem no evento</p>	<p>N.º de entidades que participem no Fórum $\times 100 =$ N.º de entidades convidadas</p> <p>N.º de pessoas com idade ≥ 65 anos que participam no Fórum $\times 100 =$ N.º total de pessoas da comunidade com idade ≥ 65anos</p>
--	---	---

Quadro nº 12 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/ execução relativamente à atividade: Fórum Comunitário

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/ execução
<p>- Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes através de Sessão de Educação para a Saúde: "Segurança do idoso", em parceria com GNR e</p>	<p>- Convidar Entidades Locais/Concelhais, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesias; Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga;</p>	<p>N.º de entidades convidadas $\times 100 =$ N.º de entidades a convocar previstas</p>

Teleassistência Helpphone, " , a realizar na 1ª semana de Dezembro de 2013	<p>Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhair; Meios Comunicação (Jornal "aponte" e "Ecos do Sor"); Teleassistência: Helpphone; IPP- ESSP, (total de 35 convidados);</p> <p>- Convidar a Comunidade em Geral;</p> <p>- Que 10% das Entidades Locais/Concelhias convidadas participem no evento</p> <p>- Que 10% da população com idade ≥ 65 anos participem no evento</p> <p>- Que 95% dos participantes com idade ≥ 65anos aceitem os folhetos de informação sobre prevenção de acidentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ "Prevenir para não cair..." ➤ "Inverno em segurança" 	<p>N° de entidades convidadas $\times 100 =$</p> <p>N° de entidades a convocar previstas</p>	<p>N° de entidades que participem na Sessão $\times 100 =$</p> <p>N° de entidades convidadas</p>
			<p>N° de pessoas com idade ≥ 65anos que participam na Sessão $\times 100 =$</p> <p>N° total de pessoas da comunidade com idade ≥ 65anos</p>
			<p>N° de folhetos distribuídos $\times 100 =$</p> <p>N° de pessoas com idade ≥ 65 anos que participam na Sessão</p>

	- Que sejam esclarecidas 95% de questões expostas pelos participantes.	
<p>Quadro nº 13 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do idoso"</p>		
Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis pela publicação do artigo "Saber mais, viver melhor" durante o mês de Dezembro de 2013</p>	<p>-Que o artigo "Saber mais, viver melhor" seja publicado em 2 meios da comunicação social:</p> <p>1- Jornal mensal da região de Ponte de Sor "aponte";</p> <p>2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: "SORSAUDE";</p> <p>- Que o artigo "Saber mais, viver melhor" publicado no jornal "aponte" alcance uma tiragem mínima de 1000 exemplares;</p> <p>- Que o artigo "Saber mais, viver melhor" publicado no jornal digital "SORSAUDE" obtenha no mínimo 100 visualizações após 30 dias da sua publicação</p>	<p>N.º de Publicações concretizadas $\times 100 =$</p> <p>N.º Publicações propostas</p> <p>N.º de tiragem do jornal "aponte"</p> <p>N.º de visualizações no jornal digital "SORSAUDE"</p>
<p>Quadro nº 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor"</p>		

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis pela publicação do artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" durante o mês de Janeiro de 2014</p>	<p>-Que o artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" seja publicado em 2 meios de comunicação social: 1- Jornal mensal da região de Ponte de Sor "aponte"; 2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: "SORSAUDE";</p> <p>- Que o artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" publicado no jornal "aponte" alcance uma tiragem mínima de 1000 exemplares.</p> <p>- Que o artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" publicado no jornal digital "SORSAUDE" obtenha no mínimo 100 visualizações após 30 dias da sua publicação</p>	<p>N.º de Publicações concretizadas _____ X 100 = N.º Publicações propostas</p> <p>Nº de tiragem do jornal "aponte"</p> <p>Nº de visualizações no jornal digital "SORSAUDE"</p>

Quadro nº 15 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à actividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos"

Projeto de Estágio

Apêndice IV - Estratégias utilizadas em relação aos problemas priorizados

Estratégias Realizáveis	Problemas prioritizados associados
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com GNR. - Alertar para os problemas identificados e prioritizados no Diagnóstico, especialmente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações; - Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas referidos, de forma a minimizar riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida: <ul style="list-style-type: none"> . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedir auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só - Isolamento da habitação; - Classificação de depressão e depressão grave
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com representante da Teleassistência Helpphone. - Alertar para os problemas identificados e prioritizados no Diagnóstico, especialmente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações; - Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas referidos, de forma a minimizar riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida; <ul style="list-style-type: none"> - Informar e mostrar dispositivos existentes para auxílio à população idosa no apoio, e combate ao isolamento- teleassistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só - Isolamento da habitação; - Classificação de depressão e depressão grave
<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cusdas (banheira em vez de poliban, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação

<p>- Sensibilizar junto do Sr Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor para os problemas identificados e priorizados no Diagnóstico e para a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa;</p> <p>-Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à intervenção da União de Juntas de Freguesias (Tramaga)</p>	<p>acessibilidade, distúrbios sensoriais);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbidade / Comorbidade severa atribuída pelo ICC; - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; - Viver só; - Isolamento da habitação; - Iliteracia; - Sem rede de esgotos.
<p>• Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município:</p> <p>- Sensibilizar Sr Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município para os problemas identificados e priorizados no Diagnóstico e para a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa;</p> <p>-Apresentar à Autarquia propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à sua intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (bambreira em vez de políbio, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Risco elevado e muito elevado de comorbidade / Comorbidade severa atribuída pelo ICC; - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;

<ul style="list-style-type: none"> - Viver só; - Isolamento da habitação; - Iliteracia; - Sem rede de esgotos 	
<ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbidade / Comorbidade severa atribuída pelo ICC - Classificação de depressão e depressão grave - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Polifarmácia - Viver só - Isolamento da habitação 	<ul style="list-style-type: none"> • “Atelier da Saúde” associado às comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga: - Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis promovendo a saúde e a qualidade de vida e prevenindo a doença, não só dos idosos, mas adultos e mais jovens; - Monitorizar tensão arterial e glicémia capilar; - Distribuição de folhetos e orientação individualizada sobre os problemas identificados; - Promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment).
<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de polítem, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Risco elevado e muito elevado de comorbidade / Comorbidade severa atribuída pelo ICC; - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, 	<ul style="list-style-type: none"> • Fórum Comunitário sobre resultados do Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga a pessoas com 65 e mais anos. - Apresentar Saúde à Comunidade, Entidades Locais e Concelhias os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde, sensibilizando-os para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; - Solicitar a participação e de todos os participantes informando-os sobre a progressão das atividades desenvolvidas e a desenvolver.

<p>- Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de lanche;</p> <p>• Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do idoso”.</p> <p>- Sessão conjunta com GNR e Teleassistência;</p> <p>- Promover informações sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Informações úteis para o dia-a-dia em segurança; . Prevenção de acidentes (queda, frio) . Insegurança: furtos, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. . Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para auxílio à população idosa no apoio, e combate ao isolamento- teleassistência; <p>- Promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment).</p>	<p>patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; - Polifarmácia; - Viver só; - Isolamento da habitação; - Iliteracia; - Sem rede de esgotos.
	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (bambeira em vez de polígon, piso e tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); - Viver só; - Isolamento da habitação.

Projeto de Enérgio

<p>- Distribuição de folhetos sobre os temas abordados;</p> <p>- Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de lanche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicação periódica de informação e sensibilização e divulgação no Jornal de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”: “ Saber mais, viver melhor”. <p>- Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis;</p>	<p>- Risco elevado e muito elevado de comorbidade / Comorbidade severa atribuída pelo ICC;</p> <p>- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca;</p> <p>- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Publicação periódica de informação e sensibilização e divulgação no Jornal de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”. <p>- Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis;</p>	<p>- Risco elevado e muito elevado de comorbidade / Comorbidade severa atribuída pelo ICC;</p> <p>- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca</p> <p>- Classificação de depressão e depressão grave;</p> <p>- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;</p> <p>- Quedas (banheira em vez de polítem, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais);</p> <p>- Isolamento da habitação;</p> <p>- Viver só.</p>

Quadro n.º 16 - Estratégias utilizadas em relação aos problemas priorizados

Apêndice III - **Formulação da questão de investigação**

FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

P Participantes Quem foi estudado?	Idoso com 65 ou mais anos de idade a viver na comunidade	Nurs* Community Health behavior Quality of life
I Intervenções O que foi feito?	Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Pública a adoção de estilos de vida saudáveis	
C Comparação		
O Outcome Resultados/Consequências	Qualidade de vida	

Apêndice IV - Bases de dados e limitadores de pesquisa

BASES DE DADOS E LIMITADORES DE PESQUISA

Bases de dados	Limitadores
MEDLINE with full text	Texto completo Resumo disponível Data de publicação de 01.01.2009 a 31/12/2014 Humano ≥65 anos
CINAHL Complete	Texto completo humano Data de publicação de 01.01.2007 a 28/2/2014 ≥65 anos
Nursing & Allied Health Collection	Texto completo Data de publicação de 01.01.2009 a 31/12/2014

Apêndice V - Resultados da pesquisa nas bases de dados

RESULTADOS DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS

Palavras-chave	Nº de artigos
1 - nurs [*]	69709
2 - Community	35986
3 - Health behavior	47713
4 - Quality of life	19124

Conjugação de palavras-chave	Nº de artigos
1+2 - nurs [*] + Community	10133
1+3 - nurs [*] + Health behavior	1015
1 + 4 - nurs [*] + Quality of life	3664

Conjugação de palavras-chave	Nº de artigos
1+2 + 3 - nurs [*] + Community + Health behavior	261
1 + 4 - nurs [*] + + Community + Quality of life	688

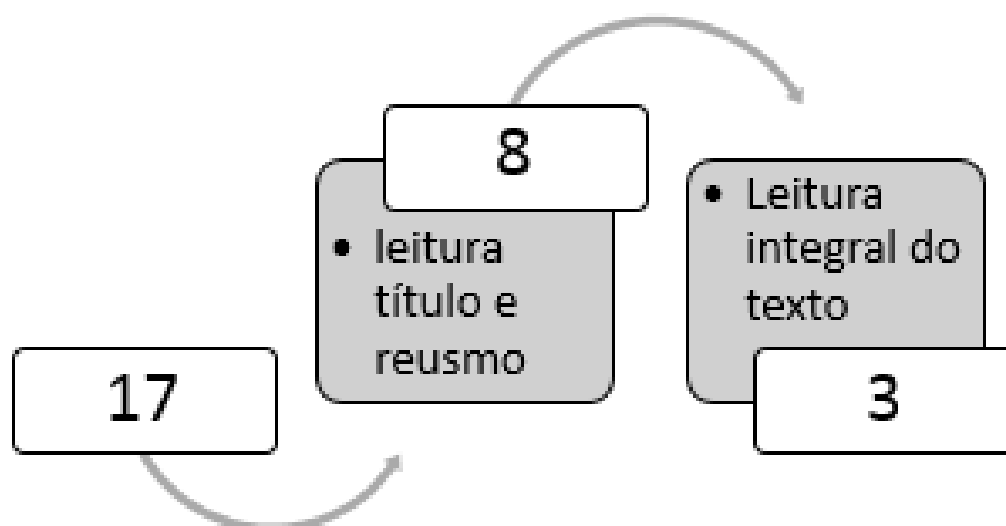
Conjugação de palavras-chave	Nº de artigos
nurs [*] + Community + Health behavior + Quality of life	17

Apêndice VI- **Critérios de inclusão e exclusão**

CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crterios de inclusão	Crterios de exclusão
Artigo em lingua portuguesa, inglesa, espanhola, francesa	Artigos sem metodologia científica
Artigos relacionados com a intervenção do enfermeiro de saúde pública na comunidade	
Estudos que contribuam para a evidencia científica do estudo	

Pesquisa



Apêndice VII - **Análise dos artigos**

ANALISE DOS ARTIGOS

Título	Culturally sensitive health counseling to prevent lifestyle-related diseases in Japan
Autores	Miki Marutani e Misako Miyazaki
Método	Estudo qualitativo
Objetivos	Explorar os métodos que são usados pelas enfermeiras na comunidade em sessões de educação para a saúde, para fazendeiros japoneses idosos a fim de os motivar para a adoção comportamentos saudáveis
Participantes	Enfermeiras com mais de 5 anos de experiência. 41 idosos a viver em meio rural com idades compreendidas entre 65-73 anos: 22 homens e 19 mulheres.
Intervenções	Realizada uma sessão de educação para a saúde. Após 3 meses a 1 ano foi realizado um follow-up da sessão de educação para a saúde ou foram realizadas chamadas de apoio a todos os 41 idosos, verificando-se se o seu estilo de vida melhorou, baseando-se nas suas alterações comportamentais (observadas pelas enfermeiras ou descritas pelo participante).
Resultados	As intervenções foram agrupadas em 5 áreas: respeito e reflexão pelo estilo de vida ou valores dos ancestrais dos participantes; orgulho e reflexão no estilo de vida rural associado à agricultura; Cuidados com o impacto nas futuras gerações; capacidade para manter o seu autocuidado; importância em relações próximas. <ul style="list-style-type: none"> Os hábitos culturais representam grande impacto no que concerne às decisões sobre hábitos alimentares, ainda que as pessoas reconheça a influência na sua saúde, assim pode afirmar-se que as pessoas têm consciência dos erros alimentares que cometem; <ul style="list-style-type: none"> Também as crenças e mitos representam impacto na seleção de alimentos, modo de confeção e formas de ingestão; Uma das formas das enfermeiras serem reconhecidas nos seu saber, pelas populações idosas, passa por demonstrar interesse nas suas crenças e hábitos. A demonstração de empatia leva a que os idosos demonstrem maior

	<p>aceitação pelas sugestões das enfermeiras;</p> <ul style="list-style-type: none"> • As enfermeiras motivam os idosos para mudanças nos estilos de vida ressaltando que eles são o exemplo para gerações mais novas; • As enfermeiras partem de um projeto para o futuro do idoso e ressalta que só o poderá levar a cabo se cuidar de si, trabalhando para um corpo mais saudável; • Quando os idosos não reconhecem que a sua cultura representa impacto nos seus estilos de vida, as enfermeiras recorrem a exemplos práticos e reais; • Quando os idosos finalmente reconhecem que precisam de alterar os seus hábitos de vida, as enfermeiras fornecem informação que os pode ajudar, respeitando as suas crenças e valores <p>Fazer as sessões de educação para a saúde integradas na cultura da pessoa motiva os idosos para a participação nas mesmas.</p>
<p>Discussão</p>	<p>Conclui-se que manter a saúde equivale a manter o orgulho nos idosos.</p> <p>As enfermeiras recorreram a uma estratégia chamada "entrevista motivacional" que consiste em 4 princípios: expressar empatia, demonstrar as discrepâncias, dissolver a resistência e potenciar a autonomia. Esta estratégia demonstrou-se eficaz a convencer idosos a adquirir estilos de vida saudáveis e pessoas com diabetes ou obesidade.</p> <p>Se as propostas para as mudanças de estilos de vida incluírem as crenças, valores e hábitos das pessoas as pessoas sentem-se mais motivadas para a mudança. Também a compreensão do impacto que as suas decisões representam nos estilos de vida das gerações futuras demonstrou ter impacto na aquisição de novos estilos de vida.</p> <p>A chave da mudança nos estilos de vida prende-se com o conforto. A maioria das pessoas reconhece a necessidade das mudanças de estilo de vida, no entanto são relutantes à mudança por lhes causar desconforto. Este estudo demonstrou que as enfermeiras através das sessões de educação para a saúde fizeram as pessoas sentirem-se confortáveis com a mudança.</p>

	<p>A aquisição de hábitos de vida saudáveis constatou-se mais fácil e eficaz sempre que integrada nos hábitos e cultura da pessoa.</p> <p>A intervenção das enfermeiras potenciou a aquisição de estilos de vida saudáveis nas pessoas e consequentemente tornou-a mais centrada na qualidade de vida e adoção de hábitos de saúde.</p>
Nível de Evidência	6 (Galvão, 2006)
Título	Exploring factors related to healthy ageing
Autores	Catherine Gilbert, Debra Hagerly, Helen M. Taggart
Método	Qualitativo
Objetivos	Identificar os facilitadores e barreiras ao envelhecimento saudável, na perceção dos idosos
Participantes	10 pessoas com idades compreendidas entre os 80 e os 85 anos: 7 mulheres e 3 homens.
Intervenções	<p>Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas para identificar a prespetiva dos intervenientes sobre os fatores que facilitam o envelhecimento saudável e os fatores que consideram ser barreira ao mesmo. As entrevistas consistiram em perguntas abertas que providenciavam alguma organização ao entrevistador, facilitando a colheita de dados para a exploração da temática.</p> <p>Todas as entrevistas foram conduzidas na casa dos participantes. Foram efetuadas gravações áudio e transcritas posteriormente.</p> <p>Foi mantida a confidencialidade removendo a identificação dos participantes nas transcrições efetuadas.</p> <p>Foram desenvolvidas 4 questões abertas decorrentes de uma breve revisão bibliográfica. Apesar de todas as questões se dirigirem aos facilitadores e barreiras para o envelhecimento saudável, elas podiam ser modificadas para facilitar a compreensão do participante. AS perguntas foram:</p> <p>1 – O que acha que contribui para a sua longevidade?</p>

	<p>2 – O que faz para se manter saudável?</p> <p>3 – Quais são os fatores que o ajudam a manter-se ativo?</p> <p>4 – Quais são as barreiras a que se mantenha ativo?</p>
<p>Resultados</p> <p>Resultados</p>	<p>Quando o autocuidado é realizado eficazmente, mantém a estrutura de integridade, funcionamento humano contribuindo para o seu desenvolvimento. A capacidade para o autocuidado influencia a saúde.</p> <p>Todos os participantes falaram da capacidade para o autocuidado como tendo impacto na longevidade. Descreveram como fundamentais para a saúde física e emocional: comer uma dieta saudável, prática regular de exercício, convívio social, dar resposta às suas necessidades espirituais e apoio de médico.</p> <p>Todos os participantes concordaram que ter atitude positiva contribui para a longevidade minimizando os efeitos do envelhecimento e contribuindo para a saúde.</p> <p>Transversal a todas as entrevistas, a barreira identificada foi o desistir ou despreocupar-se.</p> <p>Todos os participantes reconheceram ser fundamental participarem em alguma prática regular de atividade física.</p> <p>Muitos participantes descreveram a adaptação às alterações decorrentes do envelhecimento e compensação com medicamentos</p> <p>Muitos participantes falaram da importância do seu ambiente para se manterem ativos e saudáveis e da forma como as limitações ambientais (incluindo barreiras arquitetónicas) podem diminuir a qualidade de vida de cada um.</p>
<p>Discussão</p>	<p>Esta investigação da prática de enfermagem pode contribuir para a mudança de política pública. Pode ainda contribuir para o enriquecimento do conhecimento de enfermagem no que concerne ao autocuidado e condições básicas para os idosos.</p> <p>As políticas públicas relacionadas com a saúde têm de ser revistas. Como demonstrou o estudo, os edifícios e ambientes dirigidos aos idosos falham em muitas áreas</p> <p>Foram identificadas muitas barreiras arquitetónicas para cadeiras de rodas em espaços públicos.</p>

Nível de Evidência	0 (Galvão, 2008)
Título	Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey
Autores	Marianne Baernholdt, Guofen Yan, Ivora Hinton, Karen Rose, Meghan Matto
Método	Quantitativo comparativo randomizado
Objetivos	Analisar a qualidade de vida numa amostra representativa de pessoas com 65 ou mais anos a residir em meio rural, de acordo com a sua localização geográfica. Objetivou-se a comparação em 3 dimensões: Qualidade de vida relacionada com idade; relação entre interação social e bem estar emocional; avaliação das necessidades e comportamentos de saúde.
Participantes	Aproximadamente 5000 indivíduos civis dos EUA (não institucionalizados) pesquisados a cada ano. A amostra é escolhida em 4 estados, começando com identificação dos resultados com base na localização geográfica e então randomizados de entre os 15 estados. A estratificação da amostragem foi é usada para garantir a representação de todas as idades da população dos EUA. No entanto, não há nenhuma estratificação rural e urbana por localização.
Intervenções	O levantamento 2005-2006 National Health and Nutrition Examination estava ligado com os 2007 da área de Recursos do arquivo através do Centro Nacional de Sistema de acesso remoto Estatísticas de Saúde ". Frequências e padrões de distribuição. De acordo com avaliadas foram rural, ao lado, e localidades urbanas. Para comparar os idosos a residir em áreas rurais e urbanas, foram fundidas as variáveis dos dados NCHS (Nacionais de saúde e nutrição) com as do banco de dados da ARF (publicação colhida de mais de 540 fontes e disponível sobre os níveis do país prestação de cuidados de saúde e recursos de saúde nos Estados Unidos da América) para produzir dados estatísticos para a posição rural e urbana.

	<p>AIRF é uma coleção publicamente disponível de dados do nível do condado de mais de 50 fontes com informação sobre a entrega e os recursos do cuidado de saúde na proposta unidade de States.</p> <p>Feita requisição para acesso remoto aos dados da pesquisa de NCHS. Após a aprovação e o pagamento de taxas de usuário, foi fornecido pela NCHS, 2 séries de dados que contém as variáveis extraídas e criadas dos usuários públicos de NHANES e de ARF, e os códigos necessitados fundir as séries de dados.</p> <p>O NCHS ajustou então acima o acesso remoto usando o contato do E-mail a 1 membro da equipa. O membro da equipe submeteu códigos para as análises de planeamento de acordo com as réguas para usos; por exemplo, somente 1 parte das análises poderia correr de cada vez e nenhuma análise poderia demorar mais de 1 hora.</p>
Resultados	<p>De uma forma geral pode concluir-se que em meio rural as pessoas são mais pobres, apresentam mais doenças crónicas, apresentam mais problemas de memória e sentem-se mais deprimidos. No entanto em meio rural as pessoas têm maior atividade física e maior nº de acesso a cuidados de saúde. As pessoas meio rural apresentaram menor "saúde dependente da qualidade de vida". Apresentam menor atividade social, tendo um menor nº de amigos.</p>
Discussão	<p>As pessoas em meio rural apresentaram maiores necessidades nas 4 áreas analisadas: nº de doenças crónicas, autonomia para as AVD, problemas de memória e depressão.</p> <p>Conclui-se que a depressão está associada a uma pior qualidade de vida e a um bem estar emocional inferior</p> <p>Conclui-se que sendo a depressão e a perda de memória os problemas mais significativos da população rural, estes deveriam ser alvo prioritário dos prestadores de cuidados.</p> <p>No meio rural as infraestruturas deveriam ser planeadas de forma a permitir as necessidades dos idosos.</p>
Nível de Evidência	2 (Galvão, 2008)

Apêndice VIII - Pedido de autorização ao Professor Doutor José Ignacio Martin, da Universidade de Aveiro, para uso de Questionário RNAR_75

Exmo. Sr. Professor Doutor Ignacio Martín

No âmbito de 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária lecionado na Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi-nos proposto a elaboração de um Diagnóstico de Saúde através da metodologia de Planeamento em Saúde. É nossa intenção efetuar o Diagnóstico de Saúde numa freguesia do Concelho de Ponte de Sor, na população de idosos com mais de 65 anos.

Neste sentido, e para avaliar as diferentes áreas – cognitiva, funcional, humor, indicadores geriátricos, comorbilidade, abuso e situação sócio-económica do idoso, solicitamos autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados RNAR_75, como base de trabalho para o nosso questionário.

Comprometemo-nos em cumprir todos os aspetos ético-morais na sua utilização.

Estamos recetivas a qualquer sugestão ou consideração que considere pertinente.

Gratas pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos, o grupo de alunas,

Aline Jordão, Maria Helena Pires, Maria Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Apêndice IX - Questionário: necessidades de saúde da população com idade \geq 65 anos de Tramaga



QUESTIONÁRIO

Necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga

A

Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos

A1. Sexo	
<input type="checkbox"/>	1.Feminino <input type="checkbox"/> 2.Masculino
A2. Idade	
	_____ anos
A3. Estado civil	
<input type="checkbox"/>	1.Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Casado(a) <input type="checkbox"/> 3.Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4.Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5.União de Facto
A4. Nível de escolaridade	
<input type="checkbox"/>	1.Nunca frequentou a escola <input type="checkbox"/> 2.Não completou o Ensino Primário <input type="checkbox"/> 3.Ensino Primário
<input type="checkbox"/>	4.Ens. Preparatório <input type="checkbox"/> 5.Ensino Secundário <input type="checkbox"/> 6.Ensino Profissional <input type="checkbox"/> 7.Ensino Universitário
A5. Hábitos tabágicos	
5.1 Fuma?	
<input type="checkbox"/>	1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não
5.2 Quantos cigarros fuma por dia?	
	_____ cigarros
A6. Hábitos alcoólicos	
6.1 Com que frequência semanal costuma consumir bebidas alcoólicas?	
	_____ vezes por semana

B

Dados de Identificação Caracterização Sociofamiliar e Económica do Idoso

B1. Quantas pessoas vivem na mesma casa? (contando com o próprio)	
	_____ pessoas

B2. Com quem vive atualmente?			
	Parentesco	Sexo	Idade
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

B3. Relações Sociais	
<input type="checkbox"/>	1. Relações sociais com a comunidade local
<input type="checkbox"/>	2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos/amigos
<input type="checkbox"/>	3. Relações sociais só com a família
<input type="checkbox"/>	4. Relações sociais só com os vizinhos/amigos
<input type="checkbox"/>	5. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
<input type="checkbox"/>	6. Não sai do domicílio nem recebe visitas

B4. Apoio da Rede Social	
4.1 Com que frequência tem apoio familiar?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4.2 Com que frequência tem apoio de vizinhos/amigos?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4.3 Com que frequência tem apoio institucional?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre

B5. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?	
<input type="checkbox"/>	1. Com dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Razoável <input type="checkbox"/> 3. Muito bem

C	Dados de Identificação Situação Habitacional
C1. Localização	
<input type="checkbox"/>	1. Localizada na povoação
<input type="checkbox"/>	2. Isolada

C2. Tipo de habitação			
<input type="checkbox"/>	1.Casa unifamiliar		
<input type="checkbox"/>	2.Apartamento/andar		
<input type="checkbox"/>	3.Parte de casa		
<input type="checkbox"/>	4.Alojamentos colectivos		
<input type="checkbox"/>	5.Barraca		
<input type="checkbox"/>	6.Tenda/volante		
<input type="checkbox"/>	7.Sem Abrigo		
<input type="checkbox"/>	8.Outros _____		
C3. Número de divisões			
<input type="checkbox"/>	1. Até 2 divisões		
<input type="checkbox"/>	2. 3 divisões		
<input type="checkbox"/>	3. 4 divisões		
<input type="checkbox"/>	4. 5 divisões		
<input type="checkbox"/>	5. Mais de 5 divisões		
C4. Infraestruturas e equipamentos			
<input type="checkbox"/>	1.Electricidade	<input type="checkbox"/>	8.Ar condicionado
<input type="checkbox"/>	2.Água Canalizada	<input type="checkbox"/>	9.Frigo/Freezer
<input type="checkbox"/>	3.Água quente canalizada	<input type="checkbox"/>	10.Fogão
<input type="checkbox"/>	4.Esgotos	<input type="checkbox"/>	11.Máquina de lavar a roupa
<input type="checkbox"/>	5.Fossa	<input type="checkbox"/>	12.Televisor
<input type="checkbox"/>	6.Instalação de gás	<input type="checkbox"/>	13.Telefone / Telemóvel
<input type="checkbox"/>	7.Aquecimento		
C5. Condições de Habitabilidade			
1.Adequada às necessidades?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
2.Habitado com humidade?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
3.Todas as divisões têm janela?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
4.Tem casa de banho completa?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
5.Tem banheiro?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
6.Tem polibem?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
7.Tem sanita?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
8.Localização da casa de banho?	Dentro <input type="checkbox"/>	Fora <input type="checkbox"/>	

C6. Condições de Acessibilidade		
1. Degraus	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Rampas de acesso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Existência de corrimões	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Largura de porta adequada a circulação de cadeira de rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Piso antiderrapante	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tapetes antiderrapantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Iluminação adequada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Circulação sem obstáculos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

D1 Avaliação Funcional Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

	D1.1. Com que frequência sente necessidade de recorrer à ajuda de alguém?
	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
	D1.1.1. Face a essa necessidade, com que frequência tem alguém que o ajude?
	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
	D1.1.2. Face a essa necessidade, quem o/a ajuda com mais frequência? (refeições, cuidar da casa, da roupa, medicação)
	<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita <input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita <input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 4. Instituição <input type="checkbox"/> 5. Outros _____
	D1.1.2.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?
	_____ anos

D1.2. Capacidade para usar o telefone:	
<input type="checkbox"/>	1.Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
<input type="checkbox"/>	2.Marca alguns números que conhece bem
<input type="checkbox"/>	3.Atende o telefone mas não marca números
<input type="checkbox"/>	4.Não usa o telefone
D1.3. Fazer compras:	
<input type="checkbox"/>	1.Faz as compras que necessita sozinho
<input type="checkbox"/>	2.Compra sozinho pequenas coisas
<input type="checkbox"/>	3.Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
<input type="checkbox"/>	4.Incapaz de fazer compras
D1.4. Preparar refeições:	
<input type="checkbox"/>	1.Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
<input type="checkbox"/>	2.Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
<input type="checkbox"/>	3.Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
<input type="checkbox"/>	4.Necessita de refeições preparadas e servidas
D1.5. Cuidar da casa:	
<input type="checkbox"/>	1.Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")
<input type="checkbox"/>	2.Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
<input type="checkbox"/>	3.Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
<input type="checkbox"/>	4.Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
<input type="checkbox"/>	5.Não participa em nenhuma tarefa doméstica
D1.6. Lavar a roupa:	
<input type="checkbox"/>	1.Lava toda a sua roupa
<input type="checkbox"/>	2.Lava pequenas peças de roupa
<input type="checkbox"/>	3.É incapaz de lavar a sua roupa
D1.7. Modo de transporte:	
<input type="checkbox"/>	1.Desloca-se em transportes públicos ou veículo próprio
<input type="checkbox"/>	2.Não usa transportes públicos, exceto táxi
<input type="checkbox"/>	3.Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
<input type="checkbox"/>	4.Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
<input type="checkbox"/>	5.Incapaz de se deslocar
D1.8. Responsabilidade pela própria medicação:	
<input type="checkbox"/>	1.Toma a medicação nas doses e horas corretas
<input type="checkbox"/>	2.Toma a medicação se preparada e separada por outros
<input type="checkbox"/>	3.É incapaz de tomar a medicação

D1.9. Habilidade para lidar com o dinheiro:	
<input type="checkbox"/>	1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
<input type="checkbox"/>	2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores
<input type="checkbox"/>	3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D₂	<h2>Avaliação Funcional</h2> <h3>Escala de Atividades de Vida Diária. Índice de Katz</h3>
----------------------	---

D2.1. Lavar-se	
<input type="checkbox"/>	1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
<input type="checkbox"/>	2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
<input type="checkbox"/>	3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2.1.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____

D2.1.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
_____ anos	

D2.2. Vestir-se	
<input type="checkbox"/>	1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
<input type="checkbox"/>	2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
<input type="checkbox"/>	3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2.2.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____

D2.2.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
_____ anos	

D2.3. Utilizar a sanita	
<input type="checkbox"/>	1.Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda
<input type="checkbox"/>	2.Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
<input type="checkbox"/>	3.Não consegue utilizar a sanita
D2.3.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1.Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2.Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3.Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4.Instituição
<input type="checkbox"/>	5.Outros _____
D2.3.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.4. Mobilizar-se	
<input type="checkbox"/>	1.Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
<input type="checkbox"/>	2.Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
<input type="checkbox"/>	3.Não se levanta da cama
D2.4.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1.Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2.Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3.Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4.Instituição
<input type="checkbox"/>	5.Outros _____
D2.4.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.5. Ser continente	
<input type="checkbox"/>	1.Controla completamente os esfínteres, anal e vesical, não tendo perdas
<input type="checkbox"/>	2.Tem incontinência ocasional
<input type="checkbox"/>	3.É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância
D2.5.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1.Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2.Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3.Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4.Instituição
<input type="checkbox"/>	5.Outros _____

D2.5.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.6. Alimentar-se	
	<input type="checkbox"/> 1. Come sem qualquer ajuda <input type="checkbox"/> 2. Precisa de ajuda só para cortar os alimentos ou para beber o pão <input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda
D2.6.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
	<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita <input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita <input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 4. Instituição <input type="checkbox"/> 5. Outros _____
D2.6.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos

E Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Põe de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Sente-se chelo(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

F Indicadores de Risco Geriátrico	
F1. Distúrbios nutricionais	
1. Tem comido pior por falta de apetite?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2.1. Se sim, quanto?	_____ Kg
3. Avaliação Antropométrica	
1. Peso _____ kg	2. Altura _____ metros
3. IMC _____	4. Perímetro abdominal _____ cm
F2. Polifarmácia	
1. Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento? (Incluindo medicamentos de venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)	

F3. Quedas	
1. Teve alguma queda nos últimos 6 meses?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Tem medo de cair?	
<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. Raramente
<input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes	<input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes
<input type="checkbox"/> 5. Sempre	
3. Deixou de fazer alguma das suas atividades habituais por causa desse medo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F4. Incontinência urinária	
1. Alguma vez teve perda de urina quando não estava a coçar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não conseguiu chegar a tempo ao W.C.?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Alguma vez teve perda de urina quando tocou, ita ou fez algum esforço?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F5. Obstipação	
1. Tem problemas de obstipação (intestino preso)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F6. Distúrbios sensoriais	
1. Acha ou sente que tem algum problema de audição?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Resultado Teste de Sussuro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Acha ou sente que tem algum problema de visão?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4. Resultado Teste de Jaeger	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F7. Distúrbios do sono	
1. Sente-se sonolento durante o dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Está satisfeito com o seu sono?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

G Índice de Comorbilidade de Charlson

<input type="checkbox"/> 1. Infarte do Miocárdio <input type="checkbox"/> 2. Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> 3. Doença Arterial Periférica <input type="checkbox"/> 4. Doença Cerebrovascular <input type="checkbox"/> 5. Demência <input type="checkbox"/> 6. Doença Respiratória Crónica <input type="checkbox"/> 7. Doença do Tecido Conjuntivo <input type="checkbox"/> 8. Úlcera Gastroduodenal <input type="checkbox"/> 9. Hepatopatia Crónica Leve <input type="checkbox"/> 10. Diabetes <input type="checkbox"/> 20. Outros _____	<input type="checkbox"/> 11. Hemiplegia <input type="checkbox"/> 12. Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa <input type="checkbox"/> 13. Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo <input type="checkbox"/> 14. Tumor ou Neoplasia Sólida <input type="checkbox"/> 15. Leucemia <input type="checkbox"/> 16. Linfoma <input type="checkbox"/> 17. Hepatopatia Crónica Moderada/Severa <input type="checkbox"/> 18. Tumor ou Neoplasia <input type="checkbox"/> 19. Sida definida
---	---

H Utilização de Serviços (últimos 6 meses)

H1. Aproximadamente, quantas vezes recorreu ao Centro de Saúde?

_____ vezes

H1.1 Habitualmente, quais os serviços do Centro de Saúde que procura?

1. Serviço Médico

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

2. Serviço de Enfermagem

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

3. Serviço Administrativo

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

4. Serviço de outros Técnicos

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

H1.2 Aproximadamente, quantas vezes recebeu cuidados de Enfermagem?

_____ vezes

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 6 meses e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

H2. Cuidados de Saúde (exercidos por serviço profissional)	
	<p>1. Terapias respiratórias</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Oxigénio <input type="checkbox"/> 2. Nebulizações <input type="checkbox"/> 3. Ventilação não-invasiva (BIPAP/ CPAP)</p> <p>2. Cuidados e tratamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Administração terapêutica intramuscular ou subcutânea <input type="checkbox"/> 2. Administração terapêutica endovenosa</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Úlceras de pressão <input type="checkbox"/> 4. Úlceras de perna <input type="checkbox"/> 5. Feridas cirúrgicas <input type="checkbox"/> 6. Escorrelções</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Mudança de sonda vesical <input type="checkbox"/> 8. Mudança de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> 9. Colheita de sangue</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Outros: _____</p> <p>3. Vacinação <input type="checkbox"/></p> <p>4. Monitorização e vigilância de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diurese <input type="checkbox"/> 2. Tensão Arterial <input type="checkbox"/> 3. IMC <input type="checkbox"/> 4. Glicémia capilar <input type="checkbox"/> 5. Vigilância do pé diabético</p> <p>5. Cuidados de ostomia</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Traqueostomia <input type="checkbox"/> 2. Gastrostomia percutânea <input type="checkbox"/> 3. Colostomias <input type="checkbox"/> 4. Neostomias</p> <p>6. Tratamentos programados</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Diálise <input type="checkbox"/> 2. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 3. Radioterapia</p> <p>7. Programas de tratamento de álcool/drogas <input type="checkbox"/></p> <p>8. Programas de educação para a saúde <input type="checkbox"/></p>
H3. Terapias de Saúde	
	<p><input type="checkbox"/> 1. Fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Outros: _____</p>
H4. Serviços Sociais	
	<p><input type="checkbox"/> 1. Serviço de Apoio Domiciliário</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Centro de Dia/Convívio</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Outros: _____</p>

Notas de Campo

Guião do Questionário

B3.1 – Comunidade local engloba a Junta de Freguesia, Igreja, Associação de Caçadores, Grupo de Bordados.

D1 *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades instrumentais de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

D2 *Índice de Katz* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades básicas de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

E. Escala de Depressão Geriátrica

Corresponde a uma escala de depressão geriátrica numa versão reduzida, de 15 questões.

É utilizada e validada como instrumento de diagnóstico de depressão em idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão. Sendo o score igual ou maior que 11 diagnostica depressão grave.

Todas as respostas que indiquem que a pessoa está insatisfeita com a vida, é atribuída a pontuação 1.

F1.3 Avaliação antropométrica

Peso: apenas com roupa leve (sem sapatos, casacos ou objectos no bolso).

Altura: sem sapatos em posição erecta e pés juntos

IMC: Mede a corpulência e determina-se dividindo o peso em Kg pela altura em metros, elevado ao quadrado.

Perímetro abdominal: corresponde a avaliação em centímetros da circunferência da cintura. A fita métrica deverá ser colocada entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca.

F6.1 Teste de Sussurro

1. O examinador deve ficar atrás das pessoas para evitar que haja leitura de lábios.
2. Colocar-se a uma distância de um braço da pessoa (0,60 cm).
3. Fazer uma expiração profunda e sussurrar uma combinação de 3 números ou letras (ex. 4- A- 6).
4. Se responder correctamente à totalidade da combinação = Positivo.
5. Se responder incorrectamente sussurrar uma segunda combinação com números e letras diferentes.
6. Se responder a 3 das 6 possíveis letras ou números = Negativo

F6.4 Teste de Jaeger (Teste de visão a curta distância)

1. Colocar o cartão a 35 cm da pessoa.
2. Instruir a pessoas para ler uma linha de cada vez.
3. Capacidade para ler até P6; J3; 20/40 (inclusive) = Positivo.
4. Incapacidade de ler linhas anteriores a P6;J3;20/40 =Negativo.

G Índice de Comorbilidade de Charlson

Índice de Comorbilidade de Charlson aplicado de forma hetero-relatada e codificada pelo entrevistador.

1. Enfarte do miocárdio

Deve existir evidência na história clínica, de que o paciente foi hospitalizado por causa dele, ou evidências de que existiram alterações nas enzimas e/ou no ECG - 1

2. Insuficiência cardíaca

Deve existir história de dispneia de esforços e/ou sinais de insuficiência cardíaca na exploração física que responderam bem ao tratamento com digitálicos diuréticos ou vasodilatadores. Os pacientes que estejam a fazer estes tratamentos, mas não pudemos constatar que houve melhoria clínica dos sintomas e/ou sinais, não se incluirão como tal - 1

3. Doença arterial periférica

Inclui falha intermitente, intervencionados com by-pass arterial periférico, isquémia arterial aguda e aqueles com aneurisma da aorta (torácica ou abdominal de mais de 6 cm de diâmetro - 1

4. Doença cerebrovascular

Pacientes com AVC com sequelas mínimas ou AIT (Acidente Isquémico Transitório) - 1

5. Demência

Pacientes com evidência na história clínica de deterioração cognitiva crónica - 1

6. Doença respiratória crónica

Deve existir evidência na história clínica, na exploração física e no exame complementar de qualquer doença respiratória crónica, incluindo DPCO e asma - 1

7. Doença do tecido conjuntivo

Inclui lúpus, pleiomiosite, doença mista, polimialgia reumática, artrite células gigantes e artrite reumatóide - 1

8. Úlcera gastroduodenal

Inclui aqueles que tenham recebido tratamento por úlcera e aqueles que tiveram sangrado por úlceras - 1

9. Hepatopatia crónica leve

Sem evidência de hipertensão portal, inclui pacientes com hepatite crónica - 1

10. Diabetes

Inclui os tratados com insulina ou hipoglicemiantes, mas sem complicações tardias, não se incluirão os tratados unicamente com dieta - 1

11. Hemiplegia

Evidência de hemiplegia ou paraplegia em consequência de um AVC ou outra condição - 2

12. Insuficiência renal crónica moderada/severa

Inclui pacientes em diálise, ou com creatininas superiores a 3mg/dl objectivadas de forma repetida e mantida - 2

13. Diabetes com lesão em órgãos alvo

Evidência de retinopatia incluem-se também antecedentes de cetoacidose ou descompensação hiperosmolar - 2

14. Tumor ou neoplasia sólida

Inclui pacientes com cancro, mas sem metástases documentadas – 2

15. Leucemia

Inclui leucemia mielóide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, outras leucemias crónicas e todas as leucemias agudas - 2

16. Linfoma

Inclui todos os linfomas, waldstrom e mieloma - 2

17. Hepatopatia crónica moderada/severa

Com evidência de hipertensão portal (ascite, varizes esofágicas ou encefalopatia) - 3

18. Tumor ou neoplasia sólida com metástases - 6

19. Sida definida

Não inclui portadores assintomáticos - 6

Cálculos

Para calcular o Índice de Charlson, recorremos ao site <http://www.samiuc.es/index.php/calculadores-medicos/calculadores-de-avaliadores-pronosticos/indice-de-comorbilidade-de-charlson-cci.html>.

H2.8 Programas de Educação para a Saúde

Engloba programas de promoção de saúde no idoso, nomeadamente: HTA, Diabetes, envelhecimento ativo, entre outros.

H3.2 Terapias de Saúde

O item outros engloba terapias como: dentista, nutricionista, acupunctura, homeopatia, terapias termais, mesoterapia, entre outros.

H4.3 Serviços Sociais

O item outros pode englobar instituições como: Banco Alimentar contra a Fome, Cruz Vermelha Portuguesa, Associação Caminhar, Segurança Social, Guarda Nacional Republicana, Serviços Sociais da Câmara Municipal de Ponte de Sor que engloba apoio da Junta de Freguesia de Tramaga para pequenos arranjos domésticos (canalizador e electricista).

Apêndice X - Plano do “Atelier da Saúde”

PLANO DE SESSÃO

<p>TEMA: "Atelier da Saúde" associado ao evento cultural e recreativo das comemorações de S. Martinho.</p>	<p>LOCAL: Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga.</p>	<p>DATA/HORA: 16/11/2013 19:30 Horas</p>
<p>GRUPO DESTINATÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos. 	<p>GRUPO DE TRABALHO: ALINE JORDAO, HELENA PIRES, NELLA LOURENÇO, Rosário Semedo, Susana Simões.</p> <p>PRELETORES: Helena Pires, Nella Lourenço e Susana Simões.</p>	<p>DURAÇÃO: 150 minutos</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida na população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga; • Promover o empowement da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis; • Promover ambiente capacitador da autonomia e independência da população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga. 		
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis não só para os idosos, mas adultos e mais jovens, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença; • Monitorizar tensão arterial e glicémia capilar; • Fornecer informação e aconselhamento personalizado / individualizado/grupo, sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis (oral e escrita – panfletos informativos); • Conviver e partilhar a tradição cultural com a população local. 		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	METODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	10 Minutos	- Apresentação de grupo de trabalho e Preletores; - Apresentação dos objetivos do evento; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação do evento	Interativo	Comunicação	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Desenvolvimento	110 Minutos	- Informação e aconselhamento personalizado 7 Individualizado sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; - Monitorização da tensão arterial; - Monitorização da glicémia capilar; - Entrega de folhetos informativos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> • " Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável" • " Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar..." 	Interativo	Comunicação/ Aparelho de avaliação de tensão arterial e glicómetro/ Registo de parâmetros/ Panfletos Informativos	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Conclusão e Avaliação	30 Minutos	- Apresentação de duas questões: a) Como classifica este evento em termos de importância? 1- Sem qualquer importância 2- Com pouca importância 3- Indiferente 4- Com razoável importância 5- Com muita importância b) Como classifica o interesse em participar nestas	Interativo	Comunicação/ Questionário/ Convívio	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

Apêndice XI - Fotos do evento “Atelier da Saúde”

FOTOS DO EVENTO “ATELIER DA SAÚDE”



Fig. 1 –Foto de alunas mestradas com participante do atelier



Fig. 2 –Alunas mestradas

Apêndice XII - Cartaz de Divulgação do “Atelier da Saúde”

UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E
VALE DE AÇOR

Convite

Comemoração do S. Martinho

A União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, convida toda a população a participar na comemoração do S. Martinho, dia 16 de novembro na sede do Grupo Desportivo de Tramaga.

Programa:

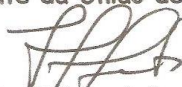
20h - Início da castanhada e prova da água-pé com porco assado no espeto;

20h30 - Início do baile com o organista A.L. Caldeira.

Informa-se ainda que, estará presente um Atelier de Saúde organizado por um grupo de alunas da Escola Superior de Saúde de Portalegre, com o objetivo de avaliar a tensão arterial, glicemia capilar e esclarecimento de dúvidas/informação.

União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, 07 de novembro de 2013.

O Presidente da União de Freguesias,



Dr. José Manuel dos Santos

Apêndice XIII - Panfletos de Informação: “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” e “Diabetes, aprender? corrigir? melhorar?”

O QUE É A DIABETES



É uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicémia).

- Valor de referência em jejum (mg/dl):
 - Normal: 70 a 100
 - Pré-diabetes: 100 a 126
 - Diabetes: superior 126
 - Valor de referência 2 horas após refeição (mg/dl):
 - Normal: 70-140
 - Pré-diabetes: 140-200
 - Diabetes: superior 200
- (<http://portaldadiabetes.pt/index.php/pt/valores-de-referencia>)

QUEM ESTÁ EM RISCO DE SER DIABÉTICO?



Há grupos de risco com maiores probabilidades de se tornarem diabéticos:

- Pessoas com familiares diretos com diabetes;
- Obesidade;
- Hipertensão arterial (tensão arterial elevada);
- Hipercolesterolemia (colesterol elevado);
- Mulheres que tiveram diabetes na gravidez;
- Crianças nascidas com peso superior a 4Kg.
- Doentes com problemas no pâncreas ou doenças endócrinas.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS TÍPICOS DA DIABETES NOS ADULTOS?

Quando existem alterações, podem surgir alguns sintomas:

- Urinar em grande quantidade e muitas mais vezes, especialmente durante a noite;
- Sede constante e intensa;
- Fome constante e difícil de saciar
- Fadiga;
- Comichão no corpo, designadamente nos órgãos genitais;
- Visão turva.

Todas as pessoas em risco devem fazer análises.

COMO SE DIAGNOSTICA A DIABETES?

Se sentir alguns ou vários dos sintomas deve consultar o médico do centro de saúde da sua área de residência.

O Diagnóstico é possível através de análises ao sangue e à urina.

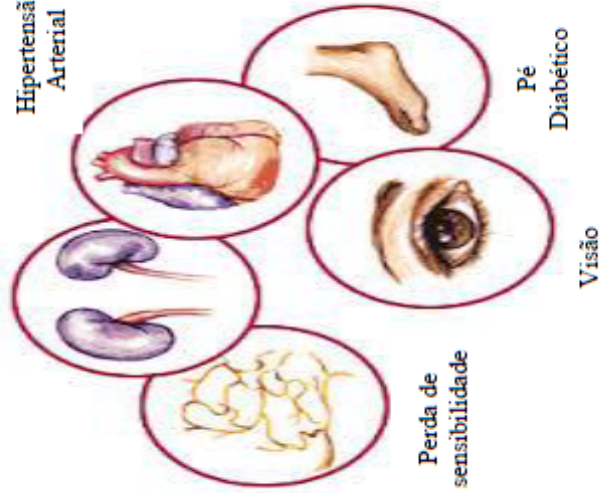


COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIABETES

A diabetes nos adultos é uma doença silenciosa que se pode desenvolver sem sintomas durante muitos anos, motivo pelo qual pode passar despercebida.

Os sintomas surgem com maior intensidade quando a glicémia está muito elevada. E, nestes casos, podem já existir complicações:

- Rins
- Doenças Cardiovasculares
- Hipertensão Arterial





CUIDADOS ESPECIAIS



Cuidados de higiene diária, com especial atenção aos pés e boca
(banho pouco prolongado, com sabão neutro e temperatura de água morna – risco de queimadura por falta de sensibilidade)



Monitorizar com regularidade a glicémia com máquina de leitura individual
(informe-se junto do seu enfermeiro(a) do Centro de Saúde Local)

COMO SE TRATA A DIABETES?



Alimentação Adequada
(efetuar entre 5 e 6 refeições pouco abundantes e repartidas de 3 em 3 horas, evitar mais de 8 horas de jejum noturno)



Exercício Físico regular
(mínimo meia hora por dia)



Medicação
(respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico)



**APRENDER
CORRIGIR
MELHORAR**

Novembro
2013

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^ª Helena Pires
- ☺ M^ª Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>

REDUZIR CONSUMO DO SAL



Reduzir progressivamente o uso de sal e os condimentos que contêm sódio (ketchup, molhos, mostarda, etc.).

Aromatizar os alimentos com ervas aromáticas.

SEGUIR REGIME ALIMENTAR ADEQUADO



Optar por regime alimentar equilibrado:

- Baixo teor de gorduras e colesterol, optar por azeite virgem
- Optar por leite magro, iogurte, queijo fresco e carnes brancas (aves, coelho).

- Evite o consumo de queijos curados, leite gordo, natas, manteigas, carnes gordas, enchidos, fumados.

- Aumente o consumo de peixe (grelhado ou cozido), fruta, verduras, legumes e cereais.

- Beba cerca de 1.5L de água por dia.



MANTER UM PESO CORPORAL ADEQUADO



Reduzir o peso de forma progressiva, combinando o regime alimentar saudável e atividade física regular.



Deve também medir a sua cintura periodicamente, se mulher deve ser inferior a 88 cm, e se homem inferior a 102 cm.

FAZER EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE



É muito importante praticar pelo menos 30 minutos de atividade física diária.

Exercícios mais indicados:

- Caminhar
- Nadar
- Andar de bicicleta
- Frequentar espaços tipo ginásios para prática de exercícios adequados à idade e limitações (grupos).

Movimente-se mais todos os dias, andar a pé, subir e descer escadas, realizar pequenos trabalhos domésticos, dentro das suas possibilidades.

DEIXAR DE FUMAR



A ocorrência de complicações cardiovasculares nos fumadores hipertensos é 2 a 3 vezes superior em relação aos não fumadores.

A cessação tabágica é uma medida muito eficaz na redução do risco de problemas cardiovasculares (AVC, Trombose, enfarte, etc.)

BEBIDAS ALCOÓLICAS COM MODERAÇÃO



As bebidas alcoólicas apenas se devem beber moderadamente, isto é, no máximo um copo por dia (copo de mesa pequeno) e durante as refeições.

A preferência deverá ser bebida de baixo teor alcoólico como é exemplo vinho ou cerveja.

TOMAR CORRETAMENTE OS MEDICAMENTOS PARA A HIPERTENSÃO



Os medicamentos para a hipertensão arterial são eficazes quando tomados com regularidade.

É necessário que não se esqueça de os tomar e de seguir com cuidado as recomendações dadas pelo seu médico.

Pelo fato de tomar os medicamentos para controlar a tensão arterial não significa que não precisa de alterar os hábitos de vida mencionados.

Deve assim começar por desenvolver hábitos de vida saudáveis, e se o seu médico prescrever medicação para a hipertensão arterial aliar ambos para o sucesso de controlo da tensão arterial, e deste modo contribuir para o seu bem-estar e saúde.



Caso tenha dúvidas sobre a toma de medicamentos, deverá pedir informação e orientação a um profissional de saúde (por exemplo no seu Centro de Saúde).



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



CONSELHOS ÚTEIS PARA ENFRENTAR A

HIPERTENSÃO ARTERIAL COM UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Realizado pelas Enfermeiras
mestradas em Enfermagem –
Especialidade em Enfermagem
Comunitária:

☺ Aline Jordão

☺ M^ª Helena Pires

☺ M^ª Rosário Semedo

☺ Nélia Lourenço

☺ Susana Simões



Fonte imagens: <https://www.google.pt/>

Novembro
2013

Apêndice XIV - Folha de registo de dados e movimento do “Atelier da Saúde”



Atelier de Saúde

Folha de registo de dados e movimento



Comemorações de S. Martinho na freguesia de Tramaga
16 de Novembro de 2013

• Sexo

F = Feminino M = Masculino

• Informações (pediu ou recebeu informações/esclarecimentos?)

✓ = Sim

✗ = Não

① - classifique de 1 a 5 a importância que atribui a esta iniciativa:

- 1- Sem importância
- 2- Pouco importante
- 3- Alguma importância
- 4- É importante
- 5- É muito importante

② - Classifique de 1 a 5 o seu interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde:

- 1- Não estou interessado(a)
- 2- Estou pouco interessado(a)
- 3- Tenho algum interesse
- 4- Estou interessado(a)
- 5- Estou muito interessado(a)

Nº	Sexo	Idade	TA (mmHg)	Dx (mg/dl)	Informações	①-Importância	②-Interesse

Apêndice XV - Plano do “Fórum Comunitário”

PLANO DE SESSÃO

<p>TEMA: "Fórum Comunitário"</p>	<p>LOCAL: Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga.</p>	<p>DATA/HORA: 29/11/2013 14:00 Horas</p>
<p>GRUPO DESTINATÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entidades Locais / Concelhias; • Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos 	<p>GRUPO DE TRABALHO: AIME JORDAO, HELENA PIRES, NÉLIA LOURENÇO, ROSÁRIO SEMEDO, SUSANA SIMÕES.</p> <p>PRELETORES: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.</p>	<p>DURAÇÃO: 120 Minutos</p>
<p>OBJETIVO GERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida na população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga. 		
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Diagnóstico de Saúde às Entidades Locais e Concelhias e a toda a Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos; • Envolver, sensibilizar e informar toda a população, poderes locais/concelhias, todos os intervenientes, sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; • Discutir soluções para alguns problemas identificados. 		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	METODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; - Entrega de pastas para apoio a registos; - Apresentação dos objetivos; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão, avaliação do Fórum e convívio com coffee Break 	Expositivo	Datashow Powerpoint/ Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; - Informar sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver apelando à participação de todos no sentido a colaboração e cooperação; 	Expositivo Interativo	Datashow Powerpoint/ Comunicação/ Discussão	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Conclusão e Avaliação	45 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Debate aberto a todos os participantes permitindo deste modo o esclarecimento de todas questões que surjam; - Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de coffee Break 	Interativo	Discussão/ Convívio- coffee Break	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

Apêndice XVI - Fotos do “Fórum Comunitário”

FOTOS DO FORUM



Fig. 1 – Apresentação do diagnóstico de saúde



Fig. 2- Esclarecimento de dúvidas



Fig. 3 – Lanche convívio

Apêndice XVII - Convite e Cartaz para participação no Fórum Comunitário



Convite

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar vossa Excelência a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.



Convite à População

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar toda a população a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.



Apêndice XVIII - ***Powerpoint*** apresentado no Fórum Comunitário




DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS DA FREGUESIA DE TRAMAGA

Elaborado por : Alina Jordão, Maria Helena Pires, Maria Rosário Sampaio, Nélia Lourenço, Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

29 de Novembro de 2013

A Enfermagem e a Comunidade

- 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.

Em Portugal

- 10 047 083 habitantes
- Índice de envelhecimento = 126 por cada 100 jovens (até 15 anos)
- 19% da população tem 65 ou mais anos (21% até 2020)
- 77,38 anos para a esperança média de vida:
 - ↑ 29,2 anos em mulheres
 - ↑ 26,6 anos em homens

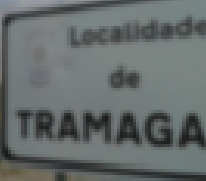
No Alentejo

- 24% tem 65 ou mais anos, em que a maioria tem mais de 75 anos.

(INEC 2012, INE 13)

Porquê aqui?

- Pertence a uma das regiões mais envelhecidas do país, e ao 3º concelho mais populoso do distrito.
- Para desviar as atenções académicas para outra população onde este tipo de estudo não havia sido realizado.
- Foi o nº médio de residentes com 65 ou mais anos (320 pessoas).
- Por ser uma das freguesias mais jovens.
- Dentre aspectos facilitadores.



Objetivo Geral

↓


Identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Objetivos Específicos

- Caracterizar as condições sociofamiliares e económicas da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga;
- Avaliar física e funcionalmente os idosos inquiridos ao nível das Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias, assim como o risco associado à saúde;
- Avaliar sintomas depressivos nos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Metodologia

- Estado Exploratório e Descritivo.
- População Alvo : todos os idosos com 65 ou mais anos pertencentes à Freguesia de Tramaga – 350 pessoas.
- Colheita de dados porta-a-porta, com preenchimento de questionário.



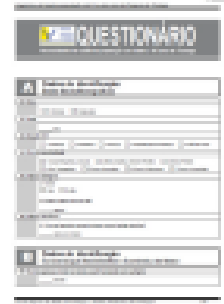
CrITÉrios de Inclusão

terão de ser avaliados apenas aqueles que preencham:

- ser residente no lugar de Tramaga
- estar presente em um momento oportuno a serem avaliados por visitas
- análise prévia de viabilidade

290 idosos – 82,86% da população alvo

Instrumento de Colheita de Dados

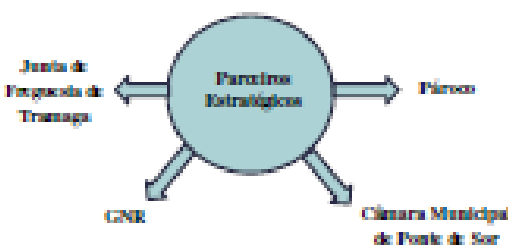


Instrumento de Colheita de Dados



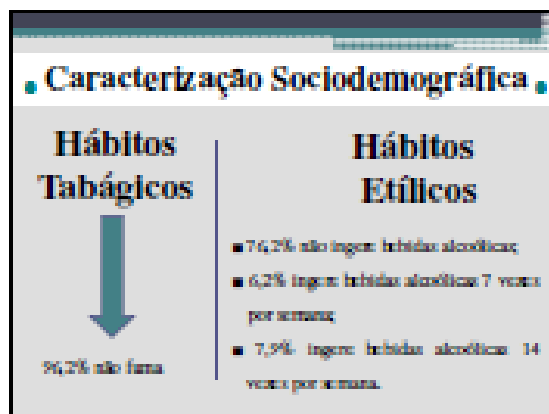
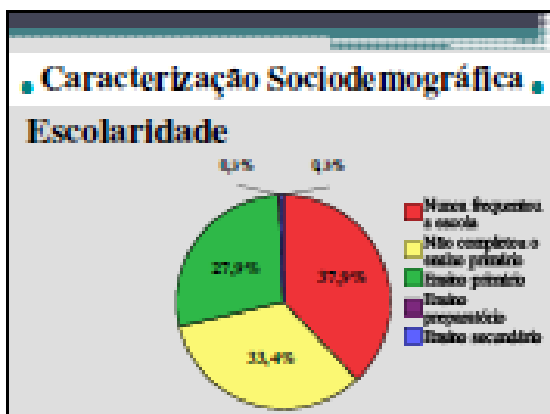
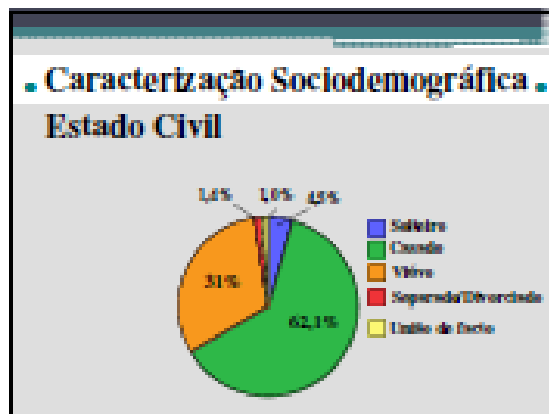
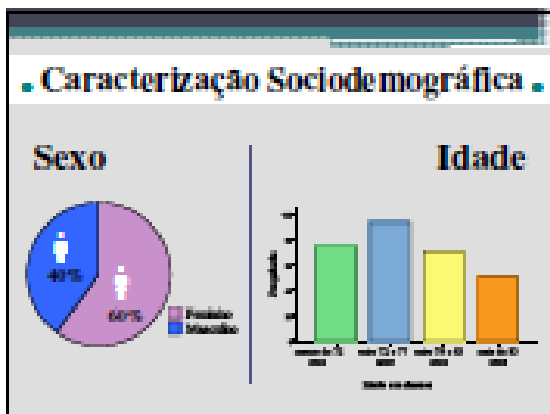
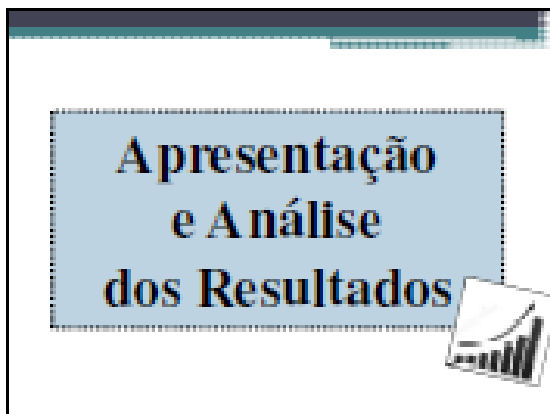
Colheita de dados

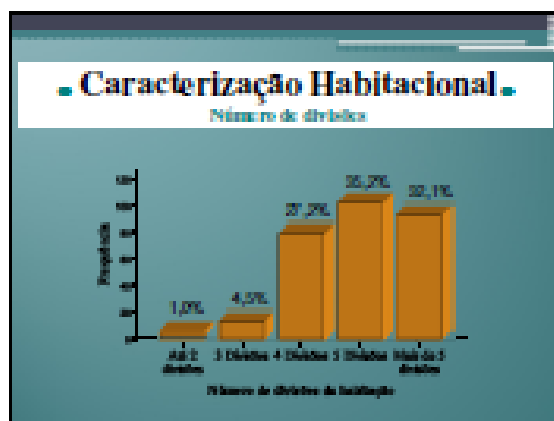
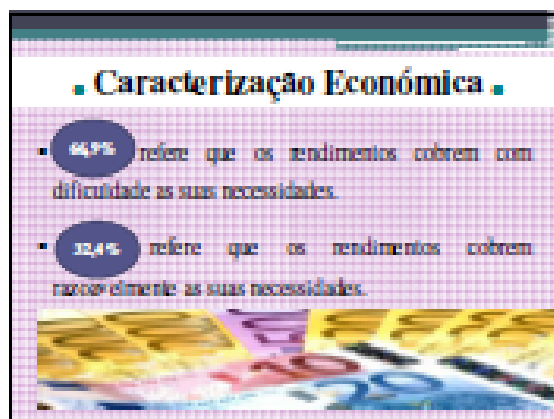
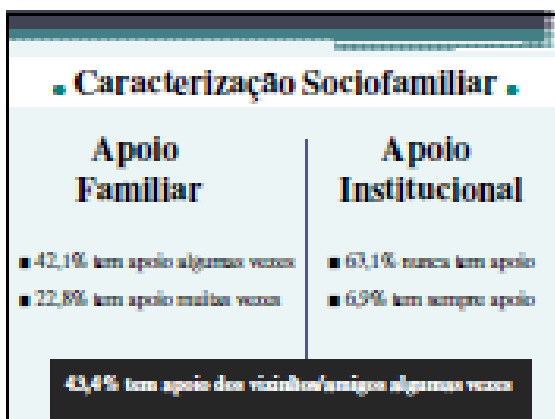
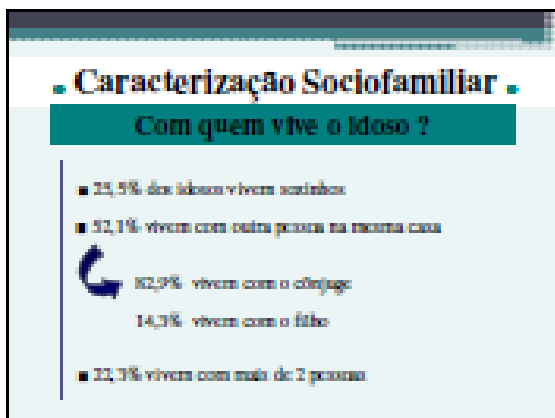
Durante de 27 de Maio a 9 de Junho de 2013



Considerações Éticas

- Anonimato
- Confidencialidade
- Consentimento da pessoa em participar no estudo





Caracterização Habitacional

- 99,7% possui eletricidade e água canalizada
- 17,2% das habitações têm foneça
- 12,4% não tem telefone/internet
- 48,3% das habitações têm humidade
- 40% das habitações têm polícias
- 97% tem casa de banho fora da habitação

Caracterização Habitacional

- 35,5% das habitações têm de graus
- 91,7% das habitações não possui rampas de acesso
- 35,2% não possui piso antiderrapante na habitação
- 32,8% tem obstáculos nas zonas de circulação

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- **Sentem** necessidade de recorrer à ajuda de alguém:
 - Algumas vezes = 36,9% (117)
 - Muitas vezes = 21,4% (62)
 - Sempre = 1,6% (2)
- **Têm** alguém que os ajude:
 - Algumas vezes = 13,3% (33)
 - Muitas vezes = 24,7% (62)
 - Sempre = 53,2% (140)
- **Com a ajuda** com mais frequência:
 - Familiar que coabita = 40,8% (106)
 - Familiar que não coabita = 52,3% (136)
 - Instituição = 3,5% (7)

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- 24,5% são dependentes nas AVID's
- 75,5% são independentes nas AVID's
- Há mais idosos dependentes no sexo masculino (38,4%) do que no sexo feminino (14,7%)
- Os idosos mais independentes são mais jovens
- A partir dos 83 anos os idosos são mais dependentes

Índice de Katz

- 57,1% são independentes em todas as Atividades de Vida Diárias
- 5,9% são dependentes em todas as Atividades de Vida Diárias
- Nas classes etárias mais avançadas observamos valores do Índice de Katz mais elevados
- São os familiares que coabitam com os idosos a grande ajuda em todas as AVID's, seguido-se os familiares que não coabitam e instituições

Escala de Depressão Geriátrica

- 46,3% dos inquiridos não apresenta sinais de depressão/clínico de depressão
- 31,9% revela sinais de depressão
- 21,8% revela sinais de depressão grave


Escala de Depressão Geriátrica

- Sem depressão/risco de depressão
 - 34,3% sexo masculino
 - 41% sexo feminino
- Depressão
 - 37% sexo feminino
 - 34,1% sexo masculino
- Depressão grave
 - 23% sexo feminino
 - 21,4% sexo masculino

Índice de Massa Corporal

- 42,0% encontra-se em pré-obesidade, com risco aumentado de comorbidade;
- 23,8% encontra-se na variação normal, sendo o risco de comorbidade médio;
- 23,1% encontra-se em risco moderado de comorbidade – obesidade classe I;
- 8,2% em risco grave de comorbidade – obesidade classe II;


Perímetro Abdominal



93,4% dos inquiridos do sexo feminino encontra-se em risco muito elevado de comorbidade de acordo com o perímetro abdominal

69,7% dos inquiridos do sexo masculino encontra-se em risco muito elevado de comorbidade de acordo com o perímetro abdominal

Poli-medicação



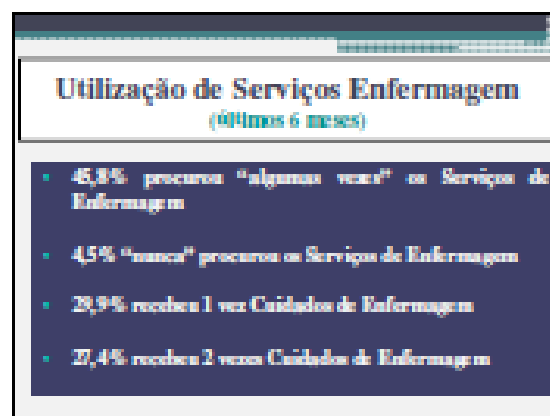
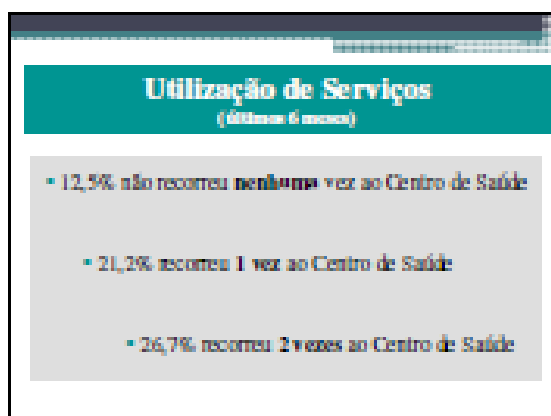
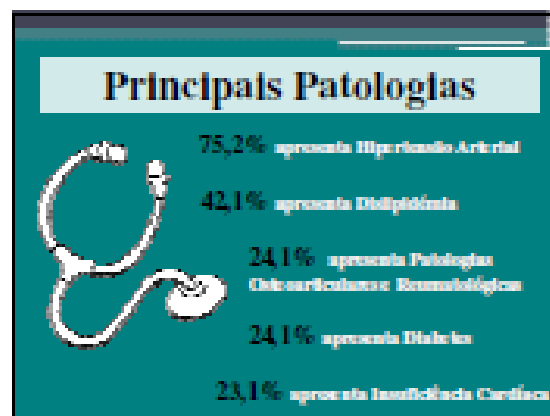
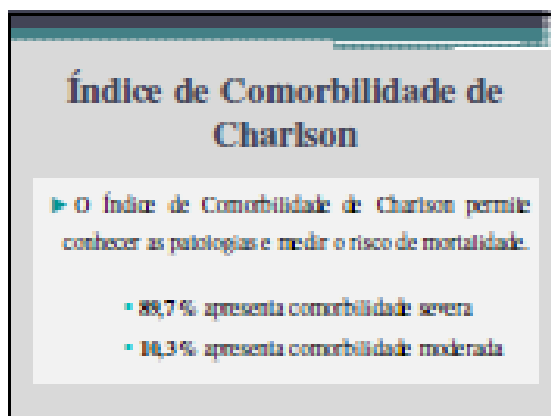
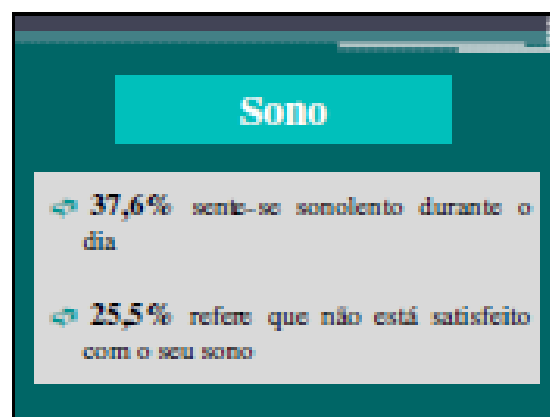
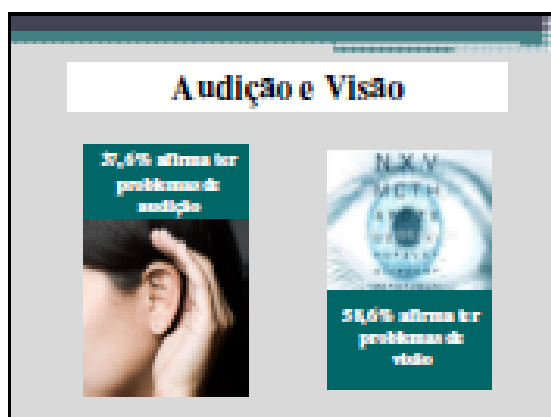
- 4,5% não toma nenhum medicamento
- 6,2% toma entre 10 a 14 medicamentos
- 27,1% precisa de ajuda para preparar, separar e/ou tomar a medicação
- A moda = 4 medicamentos
- A média = 4,92 medicamentos

Quedas


- 31,4% refere ter caído nos últimos 6 meses
- 48,6% dos idosos refere ter deixado de fazer algumas atividades com medo de cair
- Tendência para as mulheres apresentarem mais quedas que os homens
- Uma menor capacidade de mobilização encontra-se associada à existência de quedas

Eliminação Vesical e Intestinal

- 41,0% dos inquiridos referiu que já teve perdas de urina quando não estava a contar
- 35,5% afirmou ter problemas de obstipação



Cuidados de Saúde



- 18,8% recorreu à administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea
- 29,65 % recorreu à vacinação
- 86,8% fez monitorização e vigilância de tensão arterial
- 20,2% fez monitorização de glicémia capilar

Utilização de Serviços Sociais (últimos 6 meses)

- 4,2% recorreu ao apoio domiciliário
- 20,5% recorreu ao Centro de dia/convívio

Conclusões

Conclusões

- Taxa elevada de illiteracia
- Rendimentos cobrem as necessidades com dificuldade
- Solidão do idoso (viver só)
- Idosos com pré-obesidade e obesidade I
- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade nos 2 sexos
- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, diabetes, doenças osteomusculares, diabetes e insuficiência cardíaca

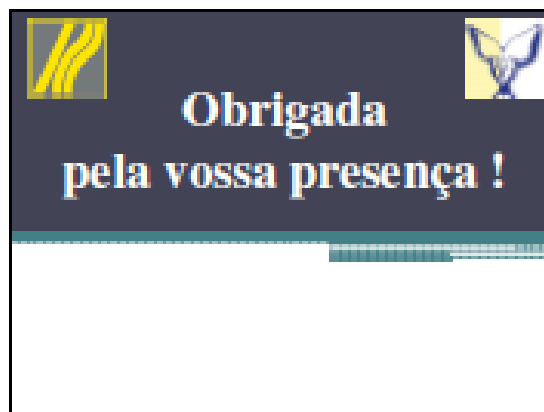
Conclusões

- Depressão e depressão grave
- Maioria afirma ter problemas de visão
- Polimedicação do idoso
- A maioria consegue lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se sozinho
- Os principais cuidadores dos idosos nas AVID's são familiares que cuidam e também eles são idosos



Obrigada
pela
vossa
atenção!





Apêndice XIX - Plano da Sessão “Segurança do Idoso”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: "Segurança do Idoso"	LOCAL: Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga.	DATA/HORA: 06/12/2013 14:00 Horas
GRUPO DESTINATÁRIO: <ul style="list-style-type: none"> • Entidades Locais / Condições convidadas • Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos 	GRUPO DE TRABALHO: AIME JORÃO, HELENA PIRES, NÉLIA LOURENÇO, Rosário Semedo, Susana Simões em parceria com Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor e Teleassistência Helpphone. PRELETORES: Helena Pires, Susana Simões, dois elementos da GNR e representante da Helpphone.	DURAÇÃO: 120 Minutos
OBJETIVOS GERAIS: <ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida na população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga; - Promover ambiente capacitador da autonomia e independência da população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga. 		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de incidentes e acidentes domésticos em parceria com GNR e Teleassistência Helpphone (formato multidisciplinar); - Alertar e educar no âmbito: <ul style="list-style-type: none"> . Prevenção de quedas e acidentes domésticos; . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. - Fornecer informação supracitada através de folhetos informativos; - Promover convívio/envolvimento entre participantes (lanche/coffee break). 		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	METODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; - Entrega de pastas para apoio a registos; - Apresentação dos objetivos da Sessão; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação da Sessão com incentivo ao convívio. 	Expositivo	Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	75 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Informação um para o outro-a-ora em segurança, mas temáticas: <ul style="list-style-type: none"> . Prevenção de acidentes (quedas, fno) . Insegurança: bufias, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedir de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. . Dispositivos existentes para apoio à população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento-teleassistência; - Entrega de folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes: <ul style="list-style-type: none"> • "Prevenir para não cair..." • "Inverno em segurança" - Esclarecimento de questões; 	Expositivo Demonstrativo Interativo	Datashow Powerpoint/ Comunicação/ Demonstração equipamentos/ Discussão	Susana Simões, dois elementos da GNR, Representante da Helphone
Conclusão e Avaliação	30 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Convívio e confraternização entre os participantes através de coffee Break 	Interativo	Discussão/ Convívio - coffee Break	Helena Pires, Susana Simões

Apêndice XX - Fotos da Sessão “Segurança do Idoso”



Fig. 1 – Segurança do idoso – Apresentação por alunas mestrandas



Fig. 2- Segurança dos idosos – Apresentação por elemento da GNR



Fig. 3 –Teleassistência domiciliária –Apresentação por representante da Helpphone

Apêndice XXI - Convite e Cartaz para participação na Sessão “Segurança do Idoso”

CONVITE




Sessão de Esclarecimento

▲▲▲

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.

Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem) / Segurança do idoso (GNR)
Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)






CONVITE

Sessão de Esclarecimento

▲▲▲

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.



Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem)

Segurança do idoso (GNR)

Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)

Apêndice XXII - **Powerpoint** apresentado na Sessão “Segurança do Idoso”

Segurança do Idoso

Elaborado por : Alina Jordão; Maria Helena Pinho; Maria Rómulo Sousa; Nélia Lourenço; Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

6 de Dezembro de 2013



Objetivo Geral

↓

Capacitar os idosos com informações úteis para o dia-a-dia em segurança

Objetivos Específicos

- ➔ Informar idosos sobre cuidados a ter na prevenção da queda;
- ➔ Alertar idosos sobre cuidados a ter com o frio.

Diagnóstico de Saúde

A média de idade da população é de 76 anos;

Das 200 idosas inquiridas, constatámos que 74 vivem sozinhas (37,0 %)

Quedas:

91 idosas (45,5%) caíram nos últimos 6 meses;

87 idosas (43,5%) têm muitas vezes medo de cair.

Quedas

141 idosas (48,6%) debatem de fazer algumas atividades por terem medo de cair;

São as mulheres que apresentam mais quedas;

As pessoas mais idosas têm mais quedas;


Uma menor capacidade de mobilização está associada à ocorrência de quedas.

Características das Habitações

- 85 idosos (32,8%) possuem obstáculos na circulação da sua habitação;
- 266 idosos (81,7%) referiram que as suas habitações têm iluminação adequada;
- 102 inquiridos (35,2%) não têm piso antiderrapante na sua habitação;
- 48,3% das habitações têm humidade.

Fatores de Risco de Queda

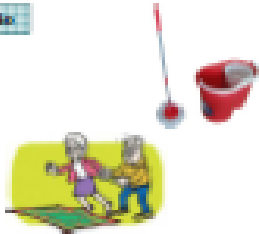
- Viver sozinho;
- Tomar medicamentos, em especial medicamentos com efeito calmante;
- Doenças crónicas tais como artrose, depressão, osteoporose e problemas visuais.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com o chão


- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.



Como evitar as quedas?

No Chão de Banho


- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira, na base do chuveiro e no chão;
- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;
- Usar banco sanitário.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com a mobília

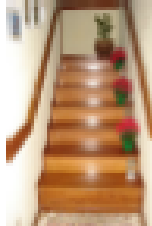
- Evitar móveis com arestas aguçadas;
- Gavetas e portas de armários sempre fechadas.



Como evitar as quedas?



Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados;
- Acostumar o último degrau;
- Manter todos os corredores e escadas livres.



Outras Recomendações

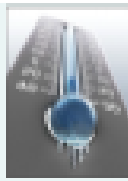
Ambiente mal ventilado	Cargar objetos pesados e volumosos
Usar óculos sem ser aconselhado pelo oftalmologista	Usar chinelos

Cuidados a ter com o frio

Grupos mais vulneráveis ao frio


- Crianças
- Idosos
- Os sem-abrigo
- Pessoas cuja habitação tenha um isolamento térmico
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares



Recomendações da DGS

Cuidados a ter no domicílio


- Antes do inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;
- Se tiver lareira mande limpar a chaminé, se necessário;
- No caso de prever-se a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa;



Recomendações da DGS

Cuidados a ter no domicílio


- Verifique ainda a necessidade de bolhas de gás suplementares;
- Verifique se tem medicamentos suficientes;
- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;
- NÃO use fogareiro a carvão.



Recomendações da DGS


Cuidados a ter no domicílio

- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura.




Vestuário

- Tapar as extremidades (mãos, pés, cabeça);
- Usar roupas folgadas e calçado adequados à temperatura ambiente, protegendo as extremidades;
- Usar várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa;




Cuidados de Higiene

- Manter a higiene pessoal;
- Tomar banho com água morna: água muito quente remove a camada protetora natural da pele;
- Manter a pele hidratada: hidratar todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou toalha a sala aquecida.




Alimentação

- Ingerir bebidas e alimentos quentes;
- Comer alimentos ricos em vitaminas e sais que protegem contra infecções.




E os que vivem sós?

- Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacto pelo menos uma vez por dia com pessoas sózinhas;
- Certifique-se que ele se encontra de boa saúde e em condições de conforto.



Viagem de automóvel

- No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado;
- Previna-se leve roupas quentes, mantas e roupa para trocas bem como comida e bebidas quentes para beber;
- Tenha um mapa à mão;
- Evite viajar sozinho de automóvel;
- Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e lubrifique os vidros uns milímetros para arjar.



Outras Recomendações

- Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular, a gripe;
- Evite o contacto com outras pessoas doentes.



Apêndice XXIII- **Panfletos de informação: "Prevenir para não cair" e "Inverno em segurança"**

SABIA QUE ...

- A queda em idosos pode causar sérios prejuízos à sua qualidade de vida, podendo levar à imobilidade, dependência de familiares, podendo nos casos mais graves levar à morte.



- A queda em pessoas idosas está muito associada à dificuldade de visão, de audição; uso inadequado de medicamentos, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva de força nos membros inferiores, dificuldade de mobilização, osteoporose, entre outras situações clínicas mais frequentes nos idosos.

- As pessoas mais idosas têm assim mais quedas; e este risco aumenta progressivamente com a idade.



- São as mulheres que apresentam mais quedas.

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

- As consequências de quedas podem ser graves:
 - As fraturas ósseas (principalmente bacia, perna e punho);
 - Traumas cranianos;
 - Ferimentos vários.
- Mesmo quando os ferimentos são leves, as consequências psíquicas podem gerar sentimentos de nervosismo, fragilidade, vergonha e depressão, medo de andar e cair novamente, podendo levar o idoso a restringir a sua mobilidade.

FATORES DE RISCO DE QUEDAS

- Viver sozinho;
- A maioria das quedas ocorre dentro do próprio ambiente doméstico, causadas por exemplo por tapetes, piso molhado, uso inadequado de chinelos, animais de estimação...
- Tomar medicamentos, especialmente com efeito calmante;
- Doenças crónicas tais como artroses, depressão, osteoporose, vertigem, assim como dificuldades de visão e auditivas.

COMO EVITAR AS QUEDAS

Cuidados a ter com o chão

- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.



Na Casa de Banho

- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira e na base do chuveiro;
- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;
- Usar tapetes anti-derrapantes no chão;
- Usar banco sanitário



COMO EVITAR AS QUEDAS

Cuidados a ter com a mobília

- Evitar móveis com arestas aguçadas;
- Gavetas e portas de armários sempre fechados.



Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados,
- Assinalar o último degrau,
- Manter todos os corredores e escadas livres.



OUTROS CONSELHOS ÚTEIS PARA PREVENIR QUEDAS

- Use roupas confortáveis, de acordo com o clima e sempre sapatos antiderrapantes, evite chinelos,
- Evite ambientes mal iluminados, deixe sempre uma fonte de luz de fácil acesso,
- Facilite o acesso a objetos de uso frequente,
- Não deixe objetos ou fios no chão;
- Não carregue objetos pesados e volumosos, cuide da sua coluna,
- Mantenha postura adequada / pratique exercícios de alongamento,
- Fique atento a efeitos colaterais de medicamentos,
- Usar óculos apenas receitados pela oftalmologista.

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE

PREVENIR PARA NÃO CAIR...



Dezembro
2013



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



CUIDADOS DE HIGIENE



- Mantenha a higiene pessoal;
- Tome banho com água morna: água muito quente remove a camada protetora natural da pele;

- Mantenha a pele hidratada: hidrate todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou tenha a sala aquecida.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO



- Ingira bebidas e alimentos quentes;
- Ingira 1,5L de líquidos por dia (com o frio os idosos tendem a beber pouca água, o que pode levar desidratação);

- Coma alimentos ricos em vitaminas (frutas) protegem contra infeções.

CUIDADOS AOS QUE VIVEM SÓS

- Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;
- Certifique-se que se encontram de boa saúde e em condições de conforto.

CUIDADOS EM VIAGEM DE AUTOMÓVEL

- No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado, previna-se: leve roupas quentes, mantas e roupa para troca bem como comida e bebidas quentes num termo;

- Tenha um mapa à mão;
- Evite viajar sozinho de automóvel;
- Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e baixe os vidros uns milímetros para arejar.



OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular a gripe;
- Evite o contacto com outras pessoas doentes.

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>

INVERNO EM

SEGURANÇA



Dezembro
2013

O TEMPO FRIO E CHUVOSO PROPICIA...

- A ocorrência de acidentes específicos, quer dentro da habitação (intoxicações, queimaduras), quer na rua (quedas, acidentes de viação);



- Ao aparecimento de doenças, em especial do foro respiratório (constipação, gripe, e outras complicações), assim como hipotermia (baixa temperatura corporal), desidratação (por baixa ingestão de líquidos).

GRUPOS MAIS VULNERÁVEIS AO FRIO

- Crianças;
- Idosos;
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares;
- Pessoas cuja habitação tenha mau isolamento térmico;
- Os sem-abrigo.



CUIDADOS A TER NO DOMICILIO

- Antes do Inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;

- Se tiver lareira mande limpar (se necessário);

- Se utilizar lareiras, braseiras, salamandras ou equipamentos a gás (esquentador) mantenha a correta ventilação das divisões de forma a evitar a acumulação de gases nocivos à saúde;

- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;

- Não use fogareiro a carvão;

- Verifique ainda a necessidade de botijas de gás suplementares e se se encontram em segurança;

- No caso de se prever a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa.



CUIDADOS A TER NO DOMICILIO

- Verifique também se tem medicamentos suficientes;

- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura;

- Proteger os sacos com bolsa de pano para evitar o contacto direto com a pele;

- Ter atenção na colocação da água dentro do saco. Os tremores e os problemas visuais podem dificultar, aumentando o risco de queimadura.



CUIDADOS A TER COM VESTUÁRIO

- Tape as extremidades (mãos, pés, cabeça);

- Use roupas folgadas e adequadas à temperatura ambiente;

- Use calçado adequado, confortável, quente e anti-derrapante;

- Use várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa.



Apêndice XXIV - **Publicação do artigo: “Saber mais, Viver melhor” no Jornal “aporte”**

Granada encontrada no Cano



No passado dia 19 de Janeiro, foi encontrada uma granada ofensiva numa habitação no Cano, freguesia do concelho de Souzã.

O achado, nada habitual pela zona, registou logo lugar numa dependência de uma habitação. Quando alguém foi arrumar uma dependência da casa onde antes tinham habitado familiares, deparou-se com uma granada.

A Guarda Nacional Republicana (GNR), foi alertada, e de imediato se deslocou ao local e procedeu ao isolamento do local de forma a garantir um perímetro de segurança, até à chegada de uma brigada de instrução de engenheiros explosivos do Comando Territorial de Évora, que recolheu o engenho e o levou para ser analisado, classificado e destruído.

A análise revelou tratar-se de uma granada ofensiva ainda com cartilha, provavelmente proveniente das Forças Armadas Portuguesas, trazida por alguém que cumpria serviço militar, também concluiu que o engenho estava desprovido de carga explosiva sendo desta forma inofensivo.

Segundo nos foi possível agarrar alguns antigos militares, quando encontravam um engenho que não detonava, removiam toda a sua carga explosiva e tratam o engenho de recuperação.

Saber mais, viver melhor!



Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou atenuadas.

Os hábitos menos saudáveis, relacionados a inflação e a fase adulta, relacionados em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dismetilidemia) e o excesso de peso (obesidade), o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Estes hábitos ganham pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela falta regular de alimentos protetores como as frutas e hortícolas e pelo sedentarismo, afetando adultos mas também crianças, que crescem doentes. As refeições rígidas e apalativas, a publicidade, o excesso das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comecemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal para o aparecimento destas doenças. Saiba que até se não quiser mudar estas coisas? É verdade! Se agarrar um estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informa-

ção e conhecimento. Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e isto é o bom, mais preciso que temos para preservar. Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, destacamos-lhe algumas sugestões:

Faça um pouco para si há por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender o significado e o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares. Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir. Procure comer frutas e hortícolas da época, em todas as refeições. Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária. Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os cozidos com muita gordura. Evite as gorduras de origem animal, refinadas e o consumo de carne e aumentado o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados. Evite

as gorduras hidrogenadas (trans), como bolachas, pastilhas e confeitaria, pilas de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, snacks, aperitivos e baratas fitas de pacote. Reduza o consumo de sal, até 5g/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, salgados, enlatados, fumados, marinadas, refeições prontas, e em. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menor sódio, sendo melhor no controlo da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aguarde nos cozidos, salta, origãos, leure, manjerico, bom como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos. Faça exercício diariamente. Crie o hábito de consultar os rótulos. Confira e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos. Como profissional de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Alina Jordão, Helena Pêças, Nélia Lourenço, Ricardo Mendes, Juliana Steifer - Grupo de alunos de Especialização em Esportes da Universidade de Évora

Criança atropelada na passadeira



No dia 29 de Janeiro, Nicoló Gonçalo de 10 anos de idade, efetuou o percurso habitual da escola [1] [2] João Pedro de Andrade para a rodoviária, local de onde parte o autocarro que o leva até à Ervideira, localidade onde reside.

Ao que tudo indica Nicoló des-

locou-se até à passadeira na Rua Via Monteiro, próximo da Rua de St.º António (local onde em Abril de 2013 ocorreu um atropelamento fatal para uma mulher) e seguiu pelo momento indicado para iniciar a travessia. Aproximou-se um veículo (paga reformar) que afrouxou e levou a jovem a iniciar a travessia, contudo este não parou e acabou por embater contra a travessia.

O condutor não parou e Nicoló foi pedir ajuda à casa de familiares que residem próximo do

local e a levaram ao Serviço de Urgência Médico (SUM) do Posto de Soc.

A jovem regressou a casa ainda no mesmo dia, com alguns hematomas e bastante assustada.

Segundo a mãe da jovem, até à data em que falamos ainda não tinha sido apresentada queixa, mas este tipo de situações, como mais ou menos gravidade devem ser reportadas às autoridades competentes, para que possam ser adotadas medidas preventivas e corretivas.

Apêndice XXV - **Publicação do artigo: “Saber mais, Viver melhor” no Jornal Digital “SORSAÚDE”**

Centro de Saúde de Ponte de Sor: SABER MAIS, VIVER MELHOR!

Centro de Saúde de Ponte de Sor: SABER MAIS, VIVER MELHOR!

"Sor Saúde" é o primeiro jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sôr. Este é o espaço em que partilhamos os nossos conhecimentos. Sejam muito bem-vindos e estejam à vontade para comentar e divulgar!

INICIO OBJECTIVOS MISSÃO VISÃO VALORES GABINETE DO UTENTE ECCI
JUNTE-SE A NÓS CONTACTOS



terça-feira, 21 de Janeiro de 2014

SABER MAIS, VIVER MELHOR!

Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas. Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, traduzindo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidémia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pela sedentarismo, afectando adultos mas também crianças, que crescem doentes. As refeições rápidas e apelativas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal para o aparecimento destas doenças. Sabia que está na suas mãos mudar estes dados? É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informação e conhecimento. Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar. Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja



GABINETE DO CIDADÃO/UTENTE

<http://comsaude.blogspot.pt/2014/01/saber-mais-viver-melhor.html> [26-02-2014 22:56:12]

Centro de Saúde de Ponte de Sor: SAIBER MAIS, VIVER MELHOR!



EUREKA!

Finalmente concretiza-se um sonho e, como dizia António Gedeão, "sempre que o Homem sonha, o mundo pula e avança".

"SOR SAÚDE" é o primeiro jornal do Centro de Saúde e tudo faremos para que tenha continuidade. É um projecto ambicioso, sabemos-lo bem! Mas o que seria de nós sem ambição, sem a vontade continua de irmos mais além?

Este jornal pretende:

- Informar/divulgar
- das actividades do Centro de Saúde
- das actividades da ULSNA e da ARSA
- das actividades dos Centros de Saúde que nos rodeiam e que, connosco queiram colaborar
- das actividades da comunidade, que possam, de algum modo, ter interesse na área da saúde

- Formar/Educar

Teremos sempre alguns artigos que visem a transmissão de conhecimentos, sobre assuntos variados, mas do interesse de todos, quer colaboradores, quer da comunidade.

- Divertir, porque "tristezas não pagam dívidas" e "rir é o melhor remédio". Em todas as suas edições, "SOR SAÚDE" terá um espaço lúdico, feito com a colaboração de todos e que pretende funcionar como válvula de escape para o stress da vida.

Mas, fundamentalmente, pretende:

- Constituir-se como um espaço de partilha de ideias onde todos possam participar, possam expor

são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

- Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares.
- Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir.
- Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições.
- Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária.
- Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura.
- Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados.
- Evite as gorduras hidrogenadas (*trans*), como bolachas, pasteleria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, *snacks*, aperitivos e batatas fritas de pacote.
- Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal

<http://icmsaude.blogspot.pt/2014/01/saibermas-viver-melhor.html>[26-02-2014 22:56:12]

Centro de Saúde de Ponte de Sôr: SABER MAIS, VIVER MELHOR!

os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das Instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessam à comunidade.

- Ser a argamassa, o cimento, que une os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coesa, que pretendemos ser.

Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Director do Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Outubro de 2008

MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr é parte integrante da ULSNA EPE, portanto, de uma forma geral, partilha com esta valores e objectivos, contribuindo para o seu bom desempenho. Mas, porque se situa num contexto com características próprias, a **MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS**, têm características que se diferenciam.

BLOGUES

- B Montargil Saudável
Comemoração do Dia Mundial da Diabetes
Há 3 meses
- B Geração Inconformada
Há 1 ano
- B Gabinete de Saúde e Bem Viver
Há 1 ano
- B Pallium Centro de Saúde de Nisa
Registar TV- «Condição humana»
Há 2 anos
- B UCC AMMAYA
Dia de Inauguração da UCC AMMAYA

para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro, manjeriço, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos.

- **Faça exercício diariamente.**
- **Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos.**

Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões

Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Publicada por **SÔR SAÚDE** às(s) **01:58**

Reacções: divertido () Interessante e fantástico ()

1 comentário:

Rui Martins disse...

Parabéns pelo trabalho, sem dúvida que se deve apostar na prevenção de doença e promoção da saúde! E para isso cada vez mais é necessário termos colegas especializados nessa área! Bom trabalho. Rui Martins

21 de Janeiro de 2014 às 22:54

[Enviar um comentário](#)

[Mensagem mais recente](#)
[Página inicial](#)
[Mensagem antiga](#)

Subscriver: [Enviar comentários \(Atom\)](#)

http://sorsaude.blogspot.pt/2014/01/saber-mais-viver-melhor.html[26-02-2014 22:56:12]

Apêndice XXVI - Publicação do artigo: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal “aponte”

Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade. Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida conosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar. A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados. Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designa-



damente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).
- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas

fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.

- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.
- Em pé ande o mais direito(a) possível.
- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.
- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e costas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.
- A comodidade do calçado é fundamental – sapato

cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, e evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser muito cuidadoso, e como condutor deve evitar manobras perigosas e excesso de velocidade. Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo. Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^{te} Helena Pires, M^{te} Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Apêndice XXVII - Publicação do artigo: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal Digital “SORSAÚDE”

Centro de Saúde de Ponte de Sor: DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!

Centro de Saúde de Ponte de Sor

"Sor Saúde" é o primeiro jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor. Este é o espaço em que partilhamos os nossos conhecimentos. Sejam muito bem-vindos e estejam à vontade para comentar e divulgar!

INICIO OBJECTIVOS MISSÃO VISÃO VALORES GABINETE DO UTENTE ECCI
JUNTE-SE A NÓS CONTACTOS

terça-feira, 21 de Janeiro de 2014

DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade.

Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida connosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar.

A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar

GABINETE DO CIDADÃO/UTENTE

<http://vonsaude.blogspot.pt/2014/01/de-mais-anos-sua-vida-e-mais-vida-aos.html>[26-02-2014 22:57:56]

Centro de Saúde de Ponte de Sor: DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!



EUREKA!

Finalmente concretiza-se um sonho e, como dizia António Gedeão, " sempre que o Homem sonha, o mundo pula e avança".

"BOR SAÚDE" é o primeiro jornal do Centro de Saúde e tudo faremos para que tenha continuidade.

É um projecto ambicioso, sabemos-lo bem! Mas o que seria de nós sem ambição, sem a vontade contínua de irmos mais além?

Este jornal pretende:

- Informar/divulgar
- das actividades do Centro de Saúde
- das actividades da ULSNA e da ARSA
- das actividades dos Centros de Saúde que nos rodeiam e que, connosco queiram colaborar
- das actividades da comunidade, que possam, de algum modo, ter interesse na área da saúde

- Formar/Educar

Teremos sempre alguns artigos que visem a transmissão de conhecimentos, sobre assuntos variados, mas do interesse de todos, quer colaboradores, quer da comunidade.

- Divertir, porque "Irazeiras não pagam dívidas" e "rir é o melhor remédio". Em todas as suas edições, "BOR SAÚDE" terá um espaço lúdico, feito com a colaboração de todos e que pretende funcionar como válvula de escape para o stress da vida.

Mas, fundamentalmente, pretende:

- Constituir-se como um espaço de partilha de ideias onde todos possam participar, possam expor

escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados.

Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designadamente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).

- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.

- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.

- Em pé ande o mais direito possível.

- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.

- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.

- A comodidade do calçado é fundamental – sapato cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar

<http://sorsaude.blogspot.pt/2014/01/de-mais-anos-sua-vida-e-mais-vida-aos.html> [26-02-2014 22:57:56]

Centro de Saúde de Ponte de Sor: DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!

os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das Instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessam à comunidade.

- Ser a argamassa, o cimento, que une os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coesa, que pretendemos ser.






Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Director do Centro de Saúde de Ponte de Sor
Outubro de 2008

MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS

O Centro de Saúde de Ponte de Sor é parte integrante da ULSNA EPE, portanto, de uma forma geral, partilha com esta valores e objectivos, contribuindo para o seu bom desempenho. Mas, porque se situa num contexto com características próprias, a MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS, têm características que se diferenciam.

BLOGUES

-  **Montargil Saudável**
Comemoração do Dia Mundial de Diabetes
Há 3 meses
-  **Geração Inconformada**
Há 1 ano
-  **Gabinete de Saúde e Bem Viver**
Há 1 ano
-  **Palição Centro de Saúde de Nisa**
Repórter TVI - «Condição humana»
Há 2 anos
-  **UCC AMMAYA**
Dia de Inauguração de UCC AMMAYA


calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor evitar manobras perigosas e excesso de velocidade.

Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo.

Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Publicada por SÓR SAÚDE 4(x) 02-03

 +1 Recomendar este URL no Google

Reacções: divertido () Interessante e fantástico ()

Sem comentários:

[Enviar um comentário](#)

[Página inicial](#)

[Mensagem antiga](#)

Subscriver: [Enviar comentários \(Atom\)](#)

http://vossauze.blogspot.pt/2014/01/de-mais-anos-a-sua-vida-e-mais-vida-aos.html[26-03-2014 22:57:56]

ANEXOS

Anexo I - Artigos selecionados

Research Article

Culturally sensitive health counseling to prevent lifestyle-related diseases in Japan

Miki Marutani, *m, phd, msc, dnm* and Mitsuaki Miyazaki, *m, phd, msc, dnm**

School of Nursing, Chiba Prefectural University of Health Sciences, Graduate School, Ina-cho, Ina, Chiba, Japan

Abstract

This study explored the methods that are used by public health nurses to provide culturally sensitive health counseling to elderly Japanese farmers in order to motivate them to adopt healthy behaviors. Fourteen elderly farmers (eight men and six women) from three rural communities underwent health counseling and then changed their habits to prevent lifestyle-related diseases. Qualitative and inductive analysis was conducted to determine the effects of the culturally sensitive counseling. Five methods for providing culturally sensitive counseling were identified: (i) showing an interest in, and respect for, the local culture; (ii) stimulating the participants' awareness of the health risks inherited in their local cultural practices through the use of familiar examples; (iii) accepting and understanding the participants' ambivalence about their local culture; (iv) connecting the reasons for the participants to change their lifestyle with their local culture; and (v) adjusting the health-promoting behaviors of the participants to fit their local culture. Public health nurses should consider the points that elderly farmers have in their background and their resistance to change and use these factors to point out the discrepancies in their lifestyle and promote more quality-of-life-oriented and practical self-care behaviors.

Keywords

culturally sensitive care, health counseling, prevention of lifestyle-related diseases, public health nursing.

INTRODUCTION

In Japan, public health nurses (PHNs) are traditionally employed by local governments. Each PHN is in charge of a specific geographical area and provides community residents with various health services, such as health counseling and home visits. Through their work, PHNs learn about local culture, including dietary habits and relationships with neighbors, as well as residents' sense of value and beliefs. The PHNs then can use this knowledge to provide culturally sensitive care (Marutani, 2005).

The number of lifestyle-related diseases, including diabetes mellitus, has been increasing in Japan. One in every ten men and one in every ten women aged 40–74 years either has metabolic syndrome or has a high risk for developing metabolic syndrome (Ministry of Health, Labor and Welfare, 2004). Lifestyle-related diseases, such as diabetes and hypertension, not only affect people's quality of life, but also create a national financial burden. Therefore, the government has obligated medical insurers to implement preventive measures, such as health counseling, for the prevention of lifestyle-related diseases.

It is widely recognized that lifestyle is influenced by local culture, so it is necessary for PHNs to be sensitive to the local culture of patients who require health counseling.

LITERATURE REVIEW

Cultural sensitivity is an important issue in providing appropriate and effective nursing (Florescu, 2000; Berry et al., 2000). Various studies have examined cultural meanings. Annet et al. (2004) found that, based on 'local' wisdom, many elderly in Thailand believed that some foods had medicinal properties, even increasing cholesterol levels. Mallin-Dixon and Waudel (2005) identified Pakistani immigrant women with diabetes type 2 who ingested oil in hot water and Harvey (2007) noted that a spiritual connection to the land gives rural Australian women inner peace. Other studies found that the understanding of various diseases was based on cultural beliefs. For example, African Americans (Alexander et al., 2008) and Appalachians (Towers et al., 2005) tend to fear that diabetes will be a burden on their family and that diabetes is stigmatized because it is perceived as a self-induced disease.

Moreover, some studies have identified cultural factors, such as language connections with family, that help high-risk populations to undertake health-promoting behaviors and to improve their health. For example, in China, the use of speech instructors and the desire of older Chinese to help

*Correspondence address: Miki Marutani, School of Nursing, Chiba Prefectural University of Health Sciences, 2-101 Ina-cho, Ina-ku, Chiba-shi, Chiba 271-8510, Japan. Tel: +81 43 852 6011 ext. 3040.
E-mail address: marutani@chiba-uhs.ac.jp
© 2010 Blackwell Publishing Asia Pty Ltd

take care of family members can help Chinese participants to focus on healthy behaviors (Chiang *et al.*, 2010). In addition, Brown *et al.* (2002) showed that considering typical Mexican American dietary preferences and making shifts to the local grocery stores with dieticians can lead to healthy habits among Mexican Americans. Cultural factors also can be applied to help low-risk populations. For example, schools and local stores can work together to improve a population's eating habits, such as providing low-fat and high-fiber foods (Kinghorn *et al.*, 2011; Winehall *et al.*, 2011).

A few studies have explored PHNs' skills during health counseling for lifestyle-related diseases. Miyazaki (2001) developed a health counseling procedure for lifestyle-related diseases, based on interviews with PHNs. Poikiparts *et al.* (2011) analyzed nurses' needs during health counseling sessions and found that the nurses empowered the patients by making use of the patients' knowledge. Dressenhorst *et al.* (2011) found that most of the nurses' advice to hypertensive Swedish patients concerned the somatic aspects of health promotion. These studies all discussed the need for cultural sensitivity when motivating patients to change their lifestyle.

In our previous study, we found that the residents were motivated to change their habits when the PHNs understood the residents' generation and work style and explained the cultural reasons for why one's lifestyle could be a factor in lifestyle-related diseases (Marutani & Miyazaki, 2011). However, the manner in which the PHNs motivated the participants was not clarified. Moreover, age and employment are probable important factors regarding individuals' willingness to change. Thus, we should explore how PHNs motivate individuals of a particular age and employment status.

AIM

As a first step to elaborate on our previous findings, in this study we focused on the process of motivating elderly farmers. The purpose of this study was to explore the methods that are used by PHNs in Japan to provide culturally sensitive health counseling for elderly Japanese farmers in order to motivate them to adopt healthy behaviors. For this study, we defined "culture" as the sense of values, beliefs, and lifestyles that are common in a region (Lattimore, 2006).

METHODS

Study design and participants

This study was conducted by using qualitative methods. The procedure for selecting the participants is described in Figure 1. From 18 July to 18 November 2010, health counseling, designed to prevent lifestyle-related diseases, was provided by the PHNs to 41 elderly farmers in three small communities. These farmers included 22 men and 19 women with a mean age of 68 years (range 55–73 years). All the PHNs were women, had worked as a PHN for >5 years (mean: 18 years), and were recommended by scholars and other PHNs as having adequate knowledge about the local culture of the community. From 3 months to 3 year after the first health counseling session, the PHNs provided follow-up health counseling or support calls to all 41 elderly farmers and assessed whether their lifestyle had improved, based on changes in their behaviors as seen by the PHNs or as described by the participant. Fourteen of the 41 farmers showed behavioral changes and were selected as participants in this study. The participants included eight men and six women with a mean age of 67 years (range: 65–72 years). All are married and their children lived in the same house or nearby.

Data collection

The authors and two research assistants observed the health counseling sessions that were provided by the PHNs to the elderly farmers. After each health counseling session, the PHNs were immediately interviewed by the authors regarding their thoughts on the dialog. Both the counseling sessions and the PHNs' interviews were recorded. Each researcher covered one town throughout the study and participated in other health-care programs in that town, such as health screening for adults or infants or health education for new parents. This allowed the researchers from out of town to develop an understanding of the local cultural norms in order to help guide their interpretation of the study's findings.

Data analysis

Transcripts of the dialog between the PHNs and the participants, as well as the researcher's interview with the PHNs,



Figure 3. Procedure for selecting the participants. PHN, public health nurse.

were made after each counseling session. Based on these transcripts, situations in which the PHNs had provided counseling that was sensitive to the local culture were extracted and codes were created. The codes were categorized according to two research questions: (i) 'Which cultural themes did the PHNs consider while providing health counselling?'; and (ii) 'How did the PHNs use these cultural themes to motivate the elderly farmers while providing health counselling?' All the transcripts were reviewed by the PHNs and checked for accuracy.

Ethical considerations

The study's protocol was approved by the Committee for Research Ethics of Chiba College of Health Sciences, Japan. In addition, informed consent was obtained from the PHNs and all the elderly farmers before participant observation by the authors. The informed consent process included an explanation of the purpose of the study, voluntary terms of participation, potential risks and benefits of the study, security of individual information, as well as how the results would be used.

RESULTS

Cultural themes

Based on the research question, 'Which cultural themes did the PHNs consider while providing health counselling?', the codes related to local culture were categorized into five cultural themes:

1. Respect for, and reflection on, the lifestyle or values of the participants' parents.
2. Pride in, and reflection on, the farming style and/or lifestyle.
3. Careful attention to subsequent generations.
4. Self-care behavior by generation.
5. The importance and burden of maintaining close relationships.

These cultural themes are explained below, followed by an explanation of how the PHNs used these cultural themes in their counseling efforts.

The PHNs understood the elderly farmers' pride in their parents and farming style and/or lifestyle. In category 1, the PHNs grasped the elderly farmers' respect for their parents as models of diligence and tried to preserve their parents' principles. For example, one PHN explained:

The subject had been working hard in the intense heat because he believed that leaving his family *salida* overgrown was embarrassing for his parents and was his responsibility. Even when he felt sick under the hot sun, continuing farming *shid* him with pride as a farmer.

In addition, the PHNs understood the elderly farmers' pride in their farming style and/or lifestyle in category 2. For example:

The subject said she loved and was proud of recipes she inherited from her mother, such as those made from

stewed vegetables grown on their farm, although she knew the recipes contained too much salt and sugar to keep her blood pressure and body weight appropriate.

The PHNs grasped the elderly farmers' attention to subsequent generations in category 3. For example:

The subject tended to buy too many snacks for his grandchildren so that they were not hungry because he had eaten simple meals and had always lacked sufficient food when he was a child. Eating snacks with his grandchildren was his pleasure even though he gained too much weight.

In category 4, the PHNs grasped self-care behavior by generation. In the era when the participants were brought up, people were less well-off than today and there were fewer health-care resources. Therefore, they had their own self-care methods. For example:

The subject has maintained his father's belief that eating salty dishes was necessary for maintaining energy when farming in the hot summer. This belief was passed down from his grandfather.

Though the elderly farmers were proud of their family, farming, and lifestyle, the PHNs also understood some of the contrary feelings that they experienced. For example, in category 1, the PHNs heard reflections regarding the participants' parents:

The mother of the subject had a heart attack and couldn't return to farming. The mother never found a new reason to live because she only felt pleasure from farming or housework. The subject thought this was very sad and didn't want the same situation to occur; however, the subject also thought this might be inevitable.

In category 2, the PHNs grasped the elderly farmers' reflection on their farming style. For example:

The subject said she really feels happy and healthy during farming, but sometimes she worries about what would be left for her when she can't farm anymore; however, she feels guilty if she pursues any outside interests.

Moreover, the PHNs understood the importance and burden of close relationships, owing to a small population, in category 5. For example:

The subject tried to attend the event held by the town, even though he was exhausted by caregiving and farming, because he valued the relationships with his neighbors more than his personal well-being or health status.

Methods for using the cultural themes

Based on the research question, 'How did the PHNs use these cultural themes to motivate the elderly farmers while providing health counselling?', codes were created to describe how the PHNs used the cultural themes that had been identified to motivate their participants. These codes

also were classified into five categories: (i) showing an interest in, and respect for, the local culture; (ii) stimulating the participants' awareness of the health risks inherited in their local cultural practices through the use of familiar examples; (iii) accepting and understanding the participants' ambivalence about their local culture; (iv) connecting the reasons for the participants to change their lifestyle with their local culture; and (v) adjusting the health-promoting behaviors of the participants to fit their local culture.

Showing an interest in, and respect for, the local culture

At first, the PHNs showed an interest in the elderly farmers' beliefs and respect for their pride in farming because they thought such interventions were important to build trust. For example:

The PHN listened carefully to the elderly farmer's beliefs, such as eating salty dishes in the hot summer, even though it would increase the risk for hypertension. This careful listening led the subject to smile at the PHN and change his attitude about listening to the PHN.

The PHNs also empathized with the pleasure and pride in the community's dietary habits and locally harvested food. For example:

The PHN agreed that corn harvested in the area was especially delicious, perhaps the best in the world, so the subject couldn't help but eat too much corn between meals. After this reaction, a relieved look came over the subject's face.

Stimulating the participants' awareness of the health risks inherited in their local cultural practices through the use of familiar examples

When the participants failed to recognize that their local culture was potentially responsible for lifestyle-related diseases, the PHNs pointed out risky behaviors by using familiar examples and stimulated risk recognition. For example:

The subject, whose blood pressure was slightly higher than standard, said that his wife always made healthy dishes without too much salt. But, after the PHN asked him to compare the flavor of the dishes he tended to eat at home with the noodle soup served by a familiar restaurant in the town, he recognized his home-made noodle soup included too much salt to maintain normal blood pressure.

Understanding and accepting the participants' ambivalence about their local culture

Many of the participants were aware of the risk of their traditional lifestyle or farming style, but they felt attachments to them. The PHNs showed understanding and tried to accept the participants' ambivalence about changing their behaviors, as well as to share this ambivalence. For example:

The PHN felt that the subject needed to take a rest for a while, but she didn't force him to do this because she knew he was caught between the necessity of having rest to maintain his health status and the responsibility to keep the *fazenda* and his family farm tidy. The subject actually said he wanted to take a rest and he wondered how he could rest without feeling guilty.

The subject tried to reduce the amount of sugar that she mixed with the coffee with milk, but sometimes she wanted to have the traditional style with a lot of sugar. The PHN told her that it was no wonder that she felt that way, as she must have enjoyed this treat during childhood, as sugar was a luxury when the subject was young. The subject was grateful for the PHN's understanding.

Connecting the reasons for the participants to change their lifestyle with their local culture

The PHNs connected the reasons for the participants to change their eating habits or working style to their consideration of the subsequent generation or their pride in farming. For example:

The subject had too many snacks with his grandchildren. The PHN advised him to control the amount of snacks to encourage his grandchildren to develop healthy eating habits, discussing the recent prevalence of lifestyle-related diseases among young people. He said he recognized the need to control the amount of snacks for his grandchildren's health.

In terms of work style, the PHN gave the following advice:

The subject's mother couldn't continue farming because of a heart attack. The PHN said that, if he wanted to continue farming without experiencing the same health condition, he should take care of his own body, as well as his *fazenda*. He said that he understood that, if he wanted to avoid the situation where he could not continue farming, he had to take better care of himself.

Adjusting the health-promoting behaviors of the participants to fit their local culture

When the participants understood the need to change their behavior, the PHNs offered advice that could help them to change their behavior without involving large changes to their daily life or families. For example:

The PHN suggested reducing the consumption of sweet canned coffee instead of rice. The PHN considered it difficult for the subject to reduce his rice consumption because the subject preferred to satisfy his appetite with rice, owing to his poor background. He said that reducing his sweet canned coffee consumption would be ... less burdensome than reducing his rice consumption.

Another hypertensive participant farmed in the intensive heat. In response:

The PHN suggested that the subject wear his *hats* in the early morning or in the late afternoon, instead of the hottest part of the day, in order to avoid placing a physical burden on his body that could lead to unhealthy conditions, such as heat stroke. He said if that was the recommended method, he might be able to do so without feeling guilty.

DISCUSSION

Local cultural themes

Some of our findings were similar to the results of previous studies, whereas other findings, such as negotiating rural norms, ethnic identity, and religion (Harney, 2007; Alexander et al., 2010), were not similar. The lack of ethnic concerns would be explained by the fact that our participants were not Japanese immigrants. The lack of religious themes might have occurred because Japanese people tend to not mention religion, although they are strongly influenced by their reverence of elders and by Shintoism. However, these traits appear naturally in their daily behavior or customs and are not necessarily considered as religious behaviors. The PHNs in our study seemed to consider the local culture from a dual perspective: the elderly farmers' pride, based on their background, and the elderly farmers' resistance to change because of layered cultural transitions.

In terms of pride, it is said that maintaining health status equates to maintaining pride for Japanese elderly in a rural community and, in order to maintain pride in themselves, they attempt to do everything on their own, continuing to work in farming and being helpful to their family (Omor, 2004; Nomura & Okubada, 2005). The elderly farmers who were our participants also tried to maintain their pride. In the era in which these elderly farmers grew up, people respected the elderly because there were few academic procedures in relation to farming or child-rearing and knowledge was based on wisdom that was inherited from the elderly (Lubart, 1994). The elderly farmers who were our participants respected their parents and preserved their parents' principles, in that they tried to continue to work in farming and maintain their pride as farmers through their diligence. They were also proud of their locally grown products and homemade dishes that were made by using these products. They also paid attention to subsequent generations, in that they tried to be helpful to their family, even if such behavior could lead to unhealthy habits, such as eating too many snacks. In addition, if their health deteriorated and they could not continue farming and doing everything on their own, they took care of their medical needs by using self-care methods, such as eating salty dishes that had been handed down from generation to generation, as described in our results and Walkström's (2007) observations.

The elderly farmers' resistance to change resulted from layered cultural transitions. It is helpful to compare the Japanese cultural transfer style with the Western style. Culture is said to develop in phases in Western countries, whereas it appears in layers in Japan, with new values or lifestyles intermingling with, or piled on top of, former values (Oguchi,

2007). In particular, around World War II, there was tremendous change in Japan. Western practices and lifestyle choices, such as striving to live a meaningful life, were introduced. This practice was intermingled with the former heteronymous and shame-sensitive society (Nomura & Okubada, 2005). As a result, the elderly farmers had many conflicting feelings, including pride in the old ways and respect for the diligence of their parents, fear of ill-health due to overwork, and a sense of belonging to a close-knit rural community. Though they recognized the necessity of new cultural values, such as having interests outside of farming or eating a less salty diet, the elderly farmers felt resistance to accepting these new behaviors.

Methods used for providing culturally sensitive health counseling

By collating our results with the standardized counseling methods in Japan (Miyazaki, 2007), we were able to identify the factors that could help to motivate the farmers included in this study in order to improve their health. The PHNs used the cultural themes identified above to motivate and make their participants feel comfortable. Miller and Rollnick (2002) provided a framework in which this style can be examined. They referred to a technique called "motivational interviewing" that consists of four principles: expressing empathy, developing discrepancies, rolling with resistance, and supporting self-efficacy. Undergoing training in motivational interviewing and using these skills has been shown to help nurses to convince their patients to change their behaviors related to diabetes or obesity (Francis et al., 2008; Labaree et al., 2008).

In our study, the PHNs did not undergo specific training; instead, they developed an interview style similar to motivational interviewing. The PHNs showed an interest in the participants' cultural practices, such as consuming salty dishes or eating locally harvested corn, even though continuing such habits could increase the health risk to the participants. This is because the PHNs knew that these practices gave the participants a great deal of energy and were part of their cultural identity. The actions by the PHNs correspond to "expressing empathy", as described by Miller and Rollnick (2002). Next, the PHNs helped the participants to compare their daily lifestyle with desirable lifestyles to prevent lifestyle-related diseases and encouraged them to be aware of the potential risks in local cultural practices. This corresponds to the "developing discrepancies" principle of Miller and Rollnick (2002). The PHNs empathized with the participants' ambivalence between the benefits of accepting and shifting to a new style and their attachment to the old style, which became the basis for their identity. This corresponds to "rolling with resistance". Finally, the PHNs connected the participants' reasons for changing their behavior with their goals in life and examined more practical self-care methods that did not involve increased mental and societal burden. For example, if the participants in this study avoided their neighbors in order to be healthier, they would feel isolated or excluded from their community. The PHNs addressed this concern by using the skill of "supporting self-efficacy".

This motivational process corresponds with the concept of "cultural sensitivity" that was analyzed by Foronda (2008: 218), who defined cultural sensitivity as "employing one's knowledge, consideration, understanding, respect, and tailoring after realizing awareness of self and others and encountering a diverse group or individual". The PHNs respected what the participants found to be precious, such as farming, understood their conflict between changes and their attachment to old ways, and considered the way to make changes with minimal social, emotional, and physical barriers.

The PHNs used features of the local culture to enhance the participants' ability to change their habits, as these habits were seen not simply as repeated actions but as part of a cultural identity. Kolcaba (2005) identified the core nursing conceptual 'comfort' and developed the 'comfort theory'. The key factor in this theory is that, once individuals feel comfortable, they start to pursue health-changing behaviors. It is said that most people already understand the necessary lifestyle changes that are needed to prevent lifestyle-related diseases. However, as Levin (1998) observed, individuals seem to find it difficult when they attempt to change their habits or values. In contrast, when individuals feel comfortable, they can overcome these difficulties (Schim et al., 2004; Kolcaba et al., 2006). In a previous study, we found that the PHNs made their participants feel comfortable at health counseling sessions through consideration of the local culture (Maratani et al., 2008). In order to make the participants feel at ease, the PHNs habitually accepted the participants' lifestyles and values, including their family and historical background. Furthermore, when the participants could connect the purpose of changing their behavior with their cultural values, they could transcend the hardships associated with the change. Finally, they could show the will to change their own behavior. In this study, the PHNs made their participants feel comfortable by respecting, considering, and understanding their local culture, which is similar to motivational interviewing.

One limitation of this study is the small sample of PHNs from whom the data were collected, making it difficult to predict how reliably the findings can be transferred to a wider population. Furthermore, long-term monitoring of behavioral modification would be desirable.

CONCLUSION

During health counseling to prevent lifestyle-related diseases in rural communities, PHNs should consider elderly farmers' pride in farming and resistance to change caused by layered cultural transitions. Public health nurses should use these factors to empathize with their patients, develop discrepancies between a healthy lifestyle and the current lifestyle, accept the patients' resistance, and provide a connection to a more quality-of-life-oriented and practical self-care style. Understanding cultural issues might help to increase the efficacy of health counseling; this understanding also might help in the development of educational programs for newly hired PHNs or outsourced PHNs (Japan Nursing Association, 2008).

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank the participants and PHNs who took part in this study. This study was subsidized by a Grant-in-Aid for Scientific Research from the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan.

REFERENCES

- Alexander CB, Liu Sharan W, Hinton L, Williams J, Innes C. Cultural-linguistic strategies in diabetes education. *Public Health Nurs.* 2004;28:463-476.
- Arin E, Tompkins M V, Satharoged M, Kavanagh B. Getting behaviors of elderly persons with hypertension in a rural China. *Int. J. Nurs. Health Sci.* 2004;2:51-57.
- Berry J, Lewis W, Street L, Gump B. Listening to voices about type 2 diabetes in a Native American community. *J. Cult. Divers.* 2004;1:56-62.
- Brown SA, Curtis AR, Kuczmarski RJ, Banks EL. Cultural competency diabetes self-management education for Hispanic diabetes: the Starr County border health initiative. *J. Diabetes Care* 2002; 25:1059-1066.
- Chiang H, Imanai I, Waka K, Tsujii H. 'This is our family': experiences of ethnic older adults in a group-based exercise program. *Prev. Chronic Dis.* 2006; 9. [Epub 13 Jul 2006.] Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480663/pdf/PCDS2006047.pdf>.
- Erve Shara E, Hahnemann A, Petermann K. Counseling hypertensive patients - an observational study of 13 public health nurses. *Chin. Nurs.* 2001;26:168-169.
- Foronda CL. A conceptual model of cultural sensitivity. *J. Transcult. Nurs.* 2008;23:187-213.
- Frances GA, Bialacki GJ, Bowles WJ et al. The development of a minimal intervention strategy to address racism and identity in adult primary care patients in The Netherlands. *Fam. Pract.* 2004; 28 (Suppl.1):i102-i114.
- Harvey DL. Understanding Australia's rural men's ways of achieving health and wellbeing - a methodology at the Borders. *Prev. Chronic Dis.* 2007; 8:R22-R25.
- Japan Nursing Association. [Website for Public Health Nurses] Tokyo: Japan Nursing Association, 2008a [Japanese].
- Kolcaba S. *Comfort Theory and Practice - A Guide for Health Health Care and Research*. New York: Springer, 2002.
- Kolcaba S, Schim M, Steiner K. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr. Nurs.* 2004;29:85-93.
- Lakerveld J, Bak SD, Chinapau M et al. Primary prevention of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases using cognitive-behavioral program aimed at lifestyle changes in people at risk: design of a randomized controlled trial. *BMC Diabetes* 2006; 5:6. [Epub 12 Jul 2006.] Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496286/pdf/1471-2825-5-6.pdf>.
- Leininger MM, McElduff ME. *Culture Care Diversity and Universality: A Transcultural Nursing Theory (2nd Edn)*. London, UK: Jones and Bartlett, 2006.
- Levin K. Group decisions and social change. In: Beaman ST, Hasty TM, Maccoby BL, eds. *Handbook of Social Psychology* (2nd edn). New York: Holt, Rinehart and Winston, 1958.
- Magraw R, Lindquist K, Perrow L, Bergstrom T, Lauer L. Evaluation of 'Be for life', a health promotion programme in the county of Skaraborg, Sweden. *J. Epidemiol. Community Health* 2001;55:117-122.
- Maratani M. [Procedures employed by public health nurses based on community characteristics in the context of cultural background.]

- J. Jpn. Acad. Commun. Health Nurs. 2005; 11: 73-80 [in Japanese with English abstract].
- Yamamoto M, Miyazaki M. Culturally sensitive health counseling provided by public health nurses for preventing lifestyle-related diseases and enhancing health promoting behavior in rural communities. *J. Jpn. Acad. Commun. Health Nurs.* 2006; 11: 38-45.
- Yamamoto M, Kawasumi Y, Takahashi H. 2008 'Comfort zone' provided by PHNs in health counseling for preventing life-style related diseases - qualitative study of four cases in rural Japanese communities. Abstract presented at The 12th East Asian Forum of Nursing Institute; 23-24 Mar 2008; Tokyo, Japan.
- Wells-Bell T, Wandell M. Changes in food habits among Palestinian immigrants in Oslo, Norway. *Int. Health* 2001; 20: 211-214.
- Wilder WB, Ballal S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd edn). New York: Guilford, 2002.
- Ministry of Health, Labor and Welfare. The National Health and Nutrition Survey in Japan. Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare, 2006.
- Miyazaki M. [Effective Counseling Skills for Preventing Lifestyle-related Diseases: The Report of Grant-in-Aid for Scientific Research Funded by the Ministry of Health, Labor and Welfare.] Tokyo: Ministry of Health, Labor and Welfare, 2007 [in Japanese].
- Nomura H, Ohnishi H. [Seniors with early dementia and their spouses living in a rural community - the overall picture of the characteristics of their lives.] *J. Jpn. Geriatr. Res.* 2005; 20: 61-100 [in Japanese with English abstract].
- Ogino M. [Culture and Psychology Development] Tokyo: Nihon Hoshoin Gakai, 1987 [in Japanese].
- Omori I. [Older's perception of their own health: "Obtaining their pride". Ethnography of the elderly people living in a rural community.] *J. Jpn. Acad. Nurs. Sci.* 2004; 26: 12-20 [in Japanese with English abstract].
- Pediparta M, Elmstam L, Eriksson T, Eriksson R. From nurse-centered health counseling to empowerment health counseling. *Patient Educ. Coun.* 2001; 46: 69-74.
- Shim K, Baumgartner J, David T, Sengul S, Kalra S. Development of a healthy bladder education program for older adults. *Geriatr. Nurs.* 2004; 20: 101-106.
- Takata T. [Nurse's Welfare in Japan.] Tokyo: Gakko Shoin, 1999 [in Japanese].
- Terasa I, Im M S. Eye-knowledge and perceptions of diabetes in a Japanese population. *Prev. Chronic Dis.* 2005; 2:e22.
- Wakatsuki T. [Wife's Welfare in Ashikawa - The Improving of Rural Medicine.] Tokyo: Hokusai Shuppan, 2007 [in Japanese].
- Wahlberg K, Bellsten G, Renin R, Balhman G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Swedish community intervention programme - motives, methods and intervention components. *Scand. J. Public Health Suppl.* 2001; 26: 13-20.

Exploring Factors Related to Healthy Ageing

Catherine Gilbert, EdD, RN

Debra Hagerty, DNP, RN

Helen M. Taggart, DSN, RN

Abstract

As the population in the world ages, knowledge of healthy ageing is becoming more important. The April 2012 World Health Day, recognizes the importance of knowledge of healthy behaviors. This knowledge can support successful ageing and identify strategies to facilitate older adults leading productive lives in their homes and communities. Therefore, this phenomenological study exploring factors related to healthy ageing is timely. Using a qualitative methodology, elders were interviewed to discover perceptions of facilitators and barriers to healthy ageing. The following facilitators of successful ageing were revealed: taking care of self, positive attitude and meaningful activity. The barriers of successful ageing revealed were: giving up and giving in, ageing process and environmental limitations. Findings from this study can help guide nursing and supportive interventions to foster healthy ageing. Assumptions for this study are as follows: (a) People may indicate and explain their views in a one on one interview in ways that are less likely to occur in a focus group format, (b) individual interviews may give a sense of security and encourage sharing to those who may be anxious about participating in a group experience, and (c) Elderly persons living independently are more healthy than elderly persons living in a dependent situation. The results revealed a number of limitations related to the methodology: small convenience sample size; the disproportionate percentage of female to male participants; participants from one geographical location. This research will inform nursing practice, influence public policy, and facilitate development of nursing curriculum in the care of older adults. Specifically, this research provided credible evidence necessitating future investigation regarding the self care barriers experienced by elders and heard through their voices. Basic conditioning factors related to environmental obstacles in healthy ageing were significant. Findings will be shared with policy makers and agencies supportive of community self care.

Keywords: Ageing, Barriers, Facilitators, Self-Care

Introduction

Successful healthy ageing is impacted by a healthy lifestyle and is positively related to a reduced mortality risk and a delay in health deterioration (Merrill, et al., 2008). Healthy ageing is not limited to absence of disease and disability, "but as the reflection of the lived experience of

daily life, as a capacity to engage meaningfully with and respond to the contingencies of daily life regardless of afflictions and disabilities" (Bryant et al., 2001).

Understanding the older adult's perception of facilitators and barriers to healthy ageing is important to the practice of nursing and informs strategic planning that influences public policy, nursing curriculum, and nursing practice identifying self-care and meaningful activities supportive to elders in independent living.

The aim of this study was to explore the factors associated with healthy ageing through personal interviews. This phenomenological study utilizing Dorothea Orem's Self Care Nursing Theory (Orem, 1971), investigated older adults' (aged 80-95 years old) perceptions of facilitators and barriers to healthy ageing. Utilizing researcher led interviews and thematic outcome data evaluation, facilitators and barriers to healthy could be identified. This research format provides an important contribution to the body of knowledge. The research answered the knowledge gap giving voice to the elders regarding their impression of facilitators and barriers to healthy ageing. There is a paucity of research identifying facilitators and barriers to healthy ageing from the perspective of the elders.

The research identified three themes as facilitators to healthy ageing: taking care of self; meaningful activity; and positive attitude. Barriers to healthy ageing identified were: giving up or giving in; environmental limitations; and the ageing process. These findings are important in the development of supportive programs and elder services, specific to the themes identified, as well as to assessments of elders' current state of well-being and self-care agency. Programs and services that incorporate mechanisms for minimizing the barriers and supporting facilitators will promote improved care for community dwelling elders. A limitation of this study is the small sample

From Bulletin luxembourgeois des questions sociales 2012, 29 (1), 155-168. Copyright © 2012, by Association Luxembourgeois des Organismes de Sécurité Sociale (ALOSS). Reprinted with permission of ALOSS.

size of 10 older adults living in an urban area in the southeastern United States. Thus, the findings may not be generalizable.

Background

According to the World Health Organization (WHO) the world's population of people 60 years of age and older has doubled since 1980 and is forecast to reach 2 billion by 2050 (WHO, 2012). Healthy older people are integral members of family and society making important contributions within the fabric of life. Determinants of facilitators and barriers to healthy ageing may ensure elders are supported in both community and alternate living environments. The WHO recognizes the benefits of potential contributions elders make, yet ageing begets special health challenges for the 21st century. In an era of budget constraints, limited resources, and increased demands on health care and social resources, understanding how to support healthy ageing for elders is crucial. Importantly, health providers and communities must be prepared to meet the specific needs of older populations. This includes but is not limited to "training for health professionals on old-age care; preventing and managing age-associated chronic diseases; designing sustainable policies on long-term and palliative care; and developing age-friendly services and settings" (WHO, 2012, para 2).

The importance of healthy ageing is also reflected in the mission of the Center for Disease Control and Prevention (CDC) CDC Healthy Ageing Research Network (CDC-HAN, ND) and the European Union Active and Healthy Ageing partnership (ND). The mission of the CDC Healthy Ageing Research Network is "To better understand the determinants of healthy ageing in diverse populations and settings; to identify, develop, and evaluate programs and policies that promote healthy ageing; and to translate and disseminate research into effective and sustainable public health programs and policies throughout the nation (CDC, para. 4). Regions that utilize research to guide the development of programs, which support healthy ageing, can expect significant social and economic benefits. Understanding the facilitators and barriers of healthy ageing may engender global transformations, one community at a time.

The aim of the European Union Innovative Partnership (EUIP) is to "bring together key stakeholders to define a positive vision for ageing well, establish common priorities for innovation, to identify and address the barriers to innovation and to accelerate and scale up the introduction of relevant innovative solutions across Europe" (EUIP, 2010 – para 1). The EUIP has supported research into the factors associated with healthy

ageing. One project is the EU-Integrated Project GEHA (Franceschi, et al., 2008). The conclusion is that genetics play a vital role in healthy ageing. Studies of centenarians support the role of genetics (Frisard et al., 2007; Oswald, et al., 2010). Other factors that have been identified include nutrition (Atlantis, et al., 2008; Halvorsrud et al., 2012; Hughes, Bennett, & Hetherington, 2007), physical activity (Stuart, Chard, Benvenuti, and Steinwachs, 2009), and environment (Halvorsrud et al., 2012; Iwarsson et al., 2007; Oswald, et al., 2010). There is a paucity of qualitative research into the facilitators and barriers to healthy ageing examining the perceptions of the ageing individual.

Research Methodology

Sample and Setting

This phenomenological study was designed to examine perceptions of the elderly on the facilitators and barriers of healthy ageing. Phenomenological methodology is best suited to research that is looking at uncovering a deep understanding of the lived experience of everyday experiences (Burns & Grove, 2009; Fain, 2009). Semistructured interviews were conducted with elderly persons aged 80 years and above to explore participants' perspective on factors that facilitate healthy ageing and factors considered as barriers to healthy ageing. Semi-structured interviews using open-ended questions provide some organization for the researcher that aids in the collection of narrative experiences that explore a particular phenomenon of interest (Fawcett & Garity, 2009). The participants consisted of 10 persons ranging in age from 80 to 95; there were 7 women and 3 men. Qualitative research, by its nature, requires a small sample size to support the process of extracting thick, rich data (Lincoln & Guba, 1985). All interviews were conducted in the participants' home and were audiotaped and transcribed verbatim. Confidentiality was guaranteed by removing participants' last names from the transcripts.

Data Collection

Institutional Review Board (IRB) approval was obtained through the host institution. A purposive sample of 10 elderly persons agreed to participate in the study. Purposive sampling is appropriate when the researcher has knowledge of the population and can select participants that are living the phenomenon of interest (LoBlundo-Wood & Haber, 2006). Each participant was known to the researchers either through colleagues or sharing common interests such as church. The interviewer

met each participant in his or her home and explained the purpose of the research. Participants were given a verbal and written explanation of the research reviewing the purpose of the study, outlining the risks and benefits of participation and, assurance of privacy and confidentiality. The interviewer answered any questions or concerns voiced at that time and participants were given the opportunity to withdraw from the study at this point. Participants wishing to proceed signed an informed consent to participate.

There was no time limit placed on the length of each interview. The interviewer continued until the participant felt they had nothing further to add related to the subject area. The times for each interview ranged from approximately 20 minutes to 30 minutes. Confidentiality was maintained throughout the study. The interviews were transcribed with last names eliminated and participant's transcription was labeled using their first name.

Interview Questions

Four semi-structured open-ended questions developed from a brief review of literature were used to generate discussion to clarify perceptions of healthy ageing. Although all questions addressed facilitators and barriers to healthy ageing, the questions were modified for appropriateness depending on whether the participant understood the nature of the question.

1. The interview questions were: What do you think has contributed to your longevity?
2. What do you do to stay healthy?
3. What are the factors that help you remain active?
4. What are the barriers to remaining active?

Data Analysis

For this study, a modified method of Patton's (1987) analysis and interpretation of qualitative data was utilized. Patton recognized that the analysis brings order to the data, and interpretation involves attaching meaning and significance to the analysis. A typist transcribed the ten audiotapes verbatim. The researchers reviewed the research and interview questions generated during the conceptual phase of the qualitative process. The transcripts were read and reread independently by two of the researchers to obtain a feeling of familiarity for each participant's expressed meaning, to get a sense of the whole, and to provide interrater reliability.

Patton (1987) recommended using a case approach in analyzing the data. All data from

each case (interview) were organized and a case study was developed. The first participant's written transcript was reread with significant statements and thematic descriptions extracted and labeled. Patterns and themes were identified as they emerged from the data. For this study, DeSantis and Ugarriza's (2000) definition of theme was utilized. The researchers defined a theme as an abstract entity that brings meaning and identity to a recurrent experience and its variant manifestations. As such, a theme captures and unifies the nature or basis of an experience into a meaningful whole. Significant statements, thematic descriptions, and verbatim quotes were organized around each theme. This procedure was repeated for each interview.

Content analysis, the next step in Patton's (1987) approach, involved identifying coherent and important examples, themes, and patterns in the data. The data were labeled and a data index was established. Common themes emerged from the data as each interview was compared and contrasted.

Findings and Discussions

The participants did not differ significantly with regards to perceptions of facilitators and barriers to healthy ageing. Three themes emerged across interviews relating to facilitators to healthy ageing.

Taking Care of Self

According to Orem (1995), when self-care is effectively performed, it maintains structural integrity and human functioning and contributes to human development. The person's ability to care for self requires "deliberate and purposive action" (Orem et al., 2001) that culminates in health. Self-care agency is the power to care for self (Orem, 1971). All participants spoke of caring for self as a contributing factor to their longevity. They described eating a healthy diet, participating in regular exercise, socializing with others, meeting their spiritual needs, and, availing themselves of medical interventions as needed as important factors in remaining physically and emotionally healthy. Dottie stated, "I think just staying active does it because the less active I am, the less I can do." Francis noted that she "watched my diet, my whole life I have watched my diet." Mary talked about daily exercise and keeping busy, "you have to be up and going ... I work six days a week, I walk six miles almost every day ... If you can keep doing that, you're OK." Willie stated, "You have to keep active and keep your mind stimulated. We take the medicines we are supposed to ... and intercourse with other people."

Positive Attitude

Orem identified three types of self-care requisites that provide the basis for self-care. Developmental self-care requisites bring about living conditions that support life and promote human progress toward maturity. Coping with developmental milestones like ageing can prevent damaging effects of human growth or mitigate its negative effects (Orem, Taylor & Renspenning, 2001). All participants discussed having a positive attitude as contributing to their longevity, mitigating effects of ageing, and contributing to health. Tom talked about "keeping a good state of mental health" and "becoming aware of how easy it is to get into trouble" as helping him to stay healthy and remain active. Francis noted that "not sitting around feeling sorry for myself" helped her to remain active. She discussed the importance of being responsible for oneself saying, "I don't have anybody saying you can't do this or you can't do that, so that's me."

Meaningful Activity

Universal self-care requisites are present in all human beings and are those things related to life processes. They include one's ability to maintain a sufficient intake of air, water and food, prevent hazards, and to achieve a balance of activity and rest (Orem, 1995). All participants discussed the need to take part in some type of meaningful activity. Some discussed the role employment plays in their ability to remain healthy. Martha talked about her years of hard work holding down two jobs simultaneously: "I did a lot of hard work ... I worked for X and then I came home ... (we) had a laundry store and after supper I would go over there and clean it up." Betty discussed the importance of activity in her life, "I go to Bible study ... I go to meetings for the women's society and I go to the circle. I volunteer at the lighthouse ... Its fun and you are doing something worthwhile." Alfred stated, "I go to work. I go fishing. I do what I want. I have a garden. I stay busy." Many of the participants discussed how important doing something they enjoyed contributed to their sense of health and well-being and contributed meaning to their lives. Willie discussed being active and doing the things that keep him healthy and active. "Mentally I feel like I can do them." Francis noted, "I have to have something to get me up out of bed in the morning. I have a Monday card group ... Tuesday night we go down to the beach and play cards ... my biggest thing that I do is my tennis." Three themes emerged across interviews relating to barriers to healthy ageing.

Giving In and Giving Up

Throughout the majority of interviews the one barrier identified as a concern was doing whatever they could to keep going and not to give up. Dottie stated, "I want to do it, but sometimes a lazy streak comes in there every once in a while. I like to do things but, sometimes I just want to vegetate and do nothing. It's all about attitude." Mary stated "I don't mind working. It gets me out of the house. It gets me with people all day long. I told the kids I might retire when I'm 85, but I have to have something to do. I have to have something else." A narrower social world is not satisfactory for Mary. Mary also stated, "I think you just have to get up and go or sit down and die. Nobody pushes you to do anything at my age and I think people would say not to do this or that, but that is the wrong attitude. You have to get up and go." Francis enjoyed the fact that, "I don't have to worry about another soul, except I have a son. But other than that I don't have anybody saying you can't do this or you can't do that." The ability of these participants to not give in or give up supported the Orem universal self-care requisites found in every human being across all stages of life, and involved with maintenance of both structure and function and general well-being (Orem, 1995). Willie summarizes this well by saying "I do think as you go through life anyway you have to have the fortitude or whatever, you have to be willing to get up and go again if something knocks you down, I learned that early on to get back up and keep going."

Ageing Process

Several of the participants discussed the importance of living with the deleterious effects of ageing and compensatory medical treatment. According to Orem (1995), health deviations and resulting self-care requisites include not only effectively carrying out medically prescribed treatments as well as learning to live with the effects of illness and medical treatment. Tom stated, "I had a heart valve replacement and a stroke and while I got over it, I consequently had several bouts of congestive heart failure and dehydration put me in the hospital. I think that becoming very aware of how easy it is to get into trouble is probably one of the things that has made me able to live longer because I feel better than I had felt in a long time. I eat better; I watch my fluid because I have kidney failure, not serious so I would say that the period of illness that I had made me aware of what I needed to do to take care of myself and that probably has helped in getting me to last longer." Willie stated, "that being a natural chemistry that comes from

the fact that my mother, she lived till she was 86 years old, so part of it is inheritance, I think. And we are fortunately able to afford the drugs that the doctors prescribe for us, and I honestly believe that chemistry is keeping all of us alive a lot longer than our previous generations because we take medicines we are suppose to and that wards off the other things that might come about".

Dottie stated, "My body betrays me sometimes, I guess by 81, you kind of slow down. You do just have to stay with it. If you don't stay with it, boy you are lost". Martha noted, "I've got a bad leg, and it doesn't keep me from walking but it keeps me from walking far." Although many of the participants spoke about slowing down with age or having medical conditions which require medications and physician treatment, they stressed the need to persevere.

Environmental Limitations

Many of the participants talked about the importance of their environment to remaining active and healthy and how environmental limitations can decrease one's quality of life. Tom was very articulate about the need for environmental modifications that support the lifestyles of the elderly. "To be active, means to be able to travel and do things. Unfortunately, when we travel, the people who claim to have handicap rooms have had the worst advice in the world. Numerous times I have been placed in situations where you can't sit down in the shower or if you get in the tub, you can't get out. Carpets are too deep for wheelchairs or electric carts to get through. Outlets are too low and there are never enough of them. If you have a clock and a light by the bed they take up all the outlets usually and you need a Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) machine, humidifier and so forth. When they talk about handicap they really have no idea." Betty stated, "I am blessed to be living in this environment. Everything is so close, food is next door and there are no stairs." Similarly, Martha stated, "Everything is convenient. I don't have to climb stairs; there is room for my walker." Ann stated: "I cannot walk in the neighborhood because I am afraid of the dogs."

The themes and facilitators revealed in this research coincide with the Healthy People 2020 (2012) leading health indicators. The importance of taking care of self through medication and health care practitioner interventions was evidenced in the group interviewed. The positive attitude suggests support of previous research reporting longevity increased by positive perceptions of aging (Levy et al., 2002). Meaningful activity, or going and doing something meaningful (Bryant et al., 2001) does contribute and is important to healthy aging.

Conclusions and Further Research

The aim of this study was to examine the perceptions of the elderly on the facilitators and barriers of healthy aging. Interviews with seven women and three men revealed both. While the sample size was small (n = 10) and represented a limited segment of the population in one area of the United States, several themes were identified. Thematic analysis of the guided interviews revealed facilitators and barriers to healthy aging. The facilitator themes were; Taking Care of Self, Positive Attitude, and Meaningful Activity. Barriers to healthy aging were; Giving In and Giving Up, Aging Process, and Environmental Limitations. These themes build foundational evidence for future research related to healthy aging.

This research informs nursing practice, may influence public policy, and facilitate development of nursing curriculum in the self-care and basic conditioning factors of older adults. Specifically, this research provided credible evidence necessitating future investigation regarding the self care barriers experienced by elders and heard through their voices. Basic conditioning factors related to environmental obstacles in healthy aging were significant. Findings will be shared with policy makers and agencies supportive of community self care.

Further research is needed to identify interventions tailored to fostering healthy aging. Nursing interventions in the educative-supportive realm must include consideration of the individual, family, environment and health care system. Nursing care must include the recognition and assessment of self-care capabilities, the need for positive attitude and meaningful activities.

Public policies related to healthy aging need to be addressed. As noted in the research and heard through the voices of the participants, the buildings and environments alleged to be in support of healthy aging fail in many areas. In the United States, the Americans with Disabilities Act of 1990 requires that all public buildings meet code to allow for individuals with mobility limitations (Americans with Disabilities Act of 1990). Yet, these interviews revealed severe limitations for individuals in wheelchairs to go to public spaces such as hotels and restaurants. Creating public policy and implementing changes to follow the ADA guidelines are needed in all public places to facilitate health aging. Further research is needed to identify methods to foster public policies and creation of supportive environments.

Orem's (1995) Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDNT) can provide the framework for further investigation and development of nursing interventions. According to the SCDNT,

Individuals will perform activities necessary to care for themselves. Persons have the ability for deliberate self-care, a goal-directed activity that is learned. The capacity to care for self is self-care agency (SCA). Interventions that will enhance SCA will facilitate healthy ageing and ameliorate barriers. ■

References

- Americans with Disabilities Act of 1990, 42 W.S.C.A. § 12101 et seq. (West 1993).
- Atlanta, E., Barnes, E.H., and Bell, K. (2008). 'Weight status and perception barriers to healthy physical activity and diet behavior', *International Journal of Obesity*, 32, 343-352.
- Bryant, L., Corbett, K. K., and Kutner, J. S., (2001). 'In their own words: A model of healthy aging', *Social Sciences & Medicine*, 53, 927-941.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention, April 12, 2012. CDC's Prevention Research Centers Healthy Aging Research Network (CDC-HAN). Retrieved from <http://www.cdc.gov/oln/han/>. Retrieved 24 February 2012.
- DeSantis, L., and Ugarriza, D. M. (2010). 'The concept of theme as used in qualitative nursing research', *Western Journal of Nursing Research*, 22, 351-373.
- European Innovation Partnerships for Active and Healthy Ageing (2010). http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing. Retrieved 24 February 2012.
- Fain, J.A. (2009). *Reading, understanding, and applying nursing research* (3rd ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Fawcett, J., and Garity, J. (2009). *Evaluating research for evidence-based nursing practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Francheschi, C., et al. (2008). Genetics of healthy aging in Europe. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1100, *Biogerontology: Mechanisms and Interventions*, 21-45.
- Frisard, M.L., Broussard, A., Davies, S.B., Roberts, L.J. II, et al. (2007). Aging, resting metabolic rate, and oxidative damage: Results from the Louisiana Healthy Aging Study. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 62A(7), 752-759.
- Halkorsud, L., et al. (2012). 'Quality of life in older Norwegian adults living at home: A cross-sectional survey', *Journal of Research in Nursing*, 17(1), 12-29.
- Healthy People 2020, (March 29, 2012). Leading health indicators 2020. Retrieved from www.healthypeople.gov/2020/LHI/default.aspx. Retrieved 24 February 2012.
- Hughes, G., Bennett, K.M., and Hetherington, M.M. (2007). 'Old and alone: Barriers to healthy eating in older men living on their own', *Appetite*, 24(3), 269-276.
- Iwarsson, et al. (2007). Importance of the home environment for healthy aging: Conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist*, 47(1), 78-84.
- LoBlundo-Wood, G. & Haber, J. (2006). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., and Kasl, S. V., (2002). 'Longevity increased by positive self perceptions of aging', *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Merrill, S.J., Myklebust, B., Myklebust, J., Reynolds, M., and Duthie, E. (2008). A poisson-like model of sub-clinical signs from the examination of healthy aging subjects. *Aging Clinics/ & Experimental Research*, 20(4), 368-375.
- Orem, D.E. (1971). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw Hill.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Orem, D.R., Denjes, M., & Beckel, G. (1998, August.) *Deliberately produces systems of controlling care of self*. Unpublished manuscript.
- Orem, D.E., Taylor, S. G., & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing: Concepts and practice*. (6th ed.) St. Louis: Mosby.
- Oswald, F., et al., (2007). 'Relationships between housing and healthy aging in very old age', *The Gerontologist*, 47(1), 96-107.
- Oswald, F., Jopp, D., Rott, C., & Wehl, H. W. (2010). 'Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction?' *The Gerontologist*, 51(2), 238-250.
- Patton, M. Q. (1997). *How to use qualitative methods in evaluation*. Newberry Park, CA: Sage Publications.
- Stuart, M., Chand, S., Benvenuti, F., and Steinwachs, S. (2009). Community exercise: A vital component to healthy aging. *Healthcare Papers*, 10(1), 23-28.
- World Health Organization. (nd.) *Aging and Life-Course*. Retrieved from <http://www.who.int/whosis/en/>. Retrieved 24 February 2012.

ORIGINAL ARTICLE

Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey

Marianne Baernholdt, PhD, MPH, RN,^{1,2} Guofen Yan, PhD,¹ Ivora Hinton, PhD,¹ Karen Rose, PhD, RN,¹ & Meghan Mattos, MSN, CNL, RN¹

¹ School of Nursing, University of Virginia, Charlottesville, Virginia

² Department of Public Health Sciences, University of Virginia, Charlottesville, Virginia

This research was supported by an individual training grant (K12NR013555) and a grant from the Rural Health Care Research Center (R3P25NR003028-05S1), both from the National Institute of Nursing Research, and a grant from the Jeanette Lancaster Fund, School of Nursing, University of Virginia. The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of the National Institute of Nursing Research or the National Institute of Health.

For further information, contact: Marianne Baernholdt, PhD, MPH, RN, Assistant Professor, School of Nursing and Department of Public Health Sciences, University of Virginia, P.O. Box 800782, 202 Jeanette Lancaster Way, Charlottesville, VA 22903; e-mail: baernholdt@virginia.edu.

doi:10.1111/j.1748-0361.2011.00408.x

Abstract

Purpose: The proportion of people over 65 years of age is higher in rural areas than in urban areas, and their numbers are expected to increase in the next decade. This study used Andersen's behavioral model to examine quality of life (QOL) in a nationally representative sample of community-dwelling adults 65 years and older according to geographic location. **Specifically,** associations between 3 dimensions of QOL (health-related QOL [HRQL], social functioning, and emotional well-being) and needs and health behaviors were examined.

Methods: The 2005-2006 National Health and Nutrition Examination Survey was linked with the 2007 Area Resources File via the National Center for Health Statistics' remote access system. Frequencies and distribution patterns were assessed according to rural, adjacent, and urban locations.

Findings: Older adults reported high levels of QOL; however, rural older adults had lower social functioning than their urban counterparts. Older blacks and Hispanics had lower scores than whites on 2 dimensions of QOL. Associations between QOL and needs and health behaviors varied. Although activities of daily living were associated with all 3 dimensions, others were associated with 1 or 2 dimensions.

Conclusions: The lower scores on social functioning in rural areas suggest that rural older adults may be socially isolated. Older rural adults may need interventions to maintain physical and mental health, strengthen social relationships and support, and increase their participation in the community to promote QOL. In addition, older blacks and Hispanics seem more vulnerable than whites and may need more assistance.

Key words: NHANES, older adults, quality of life, rural, urban.

The percentage of older adults is higher in rural areas than in the rest of the United States.¹ Although a sharp increase in adults 65 years and older is expected in the US population as a whole, rural areas are going to see the greatest surge in this age group.² Many rural counties are becoming naturally occurring retirement communities (NORCs), or geographically defined communities with a large proportion of older persons.³ Unlike planned housing communities for the elderly such as retirement communities and assisted living, NORCs are not designed **specifically** for older residents. Rather,

they have evolved over time due to "aging-in-place" and migration patterns in which older people have moved in and younger residents have moved out.⁴ Although Americans in their 20s are more apt to move than people close to or at retirement age, older Americans are more likely to choose rural and small-town destinations when they do move.⁵ If the aging baby boomers (those born from 1946 to 1964) follow past migration patterns, the rural and small-town population of 55- to 75-year olds will increase from 8.6 million in 2000 to 14.2 million in 2020.

Many older adults move to rural areas or stay there because of quality of life (QOL) considerations. The scenic landscape and feeling of connectedness to the land, as well as the sharing and helping that are common among people in rural areas, are among the reasons why older people feel their QOL may be better in rural areas.^{1,2} Whether older people in rural areas actually report better QOL, however, needs further exploration.

The World Health Organization has defined QOL as a concept with several domains, including physical and mental health, social functioning, and emotional well-being.³ Previous studies have found that physical health is worse in the rural population than in the urban population, and worse in the elderly.⁴⁻⁷ Findings on mental health have been mixed: some studies report poorer mental health in rural areas, whereas others report no difference from urban residents.^{8,9} Social functioning has also been found to be poorer in rural elderly.⁸ Finally, emotional well-being has been shown to be worse in rural elderly than in their urban counterparts.⁸ No study, however, has compared older people in rural and urban areas on the separate dimensions of QOL. It is important to determine whether the various dimensions of QOL differ between elderly in rural and urban communities to predict health and social needs for older adults in these communities and design appropriate interventions to maintain or improve QOL in the older population.

Methods

Conceptual Model

In the study reported here, Andersen's behavioral model¹⁰ was adapted to assess factors associated with QOL in rural and urban community-dwelling adults 65 years and older. The model depicts how contextual characteristics, individual characteristics, and health behaviors influence QOL. Contextual and individual characteristics are categorized as predisposing factors, enabling factors, and needs factors. Predisposing factors are demographic variables (gender, age, and race/ethnicity). Enabling factors are social resources (number of people in family and marital status), human resources (education), and material resources (poverty index). Needs factors are number of chronic illnesses, activities of daily living (ADL) function, and mental status (memory problems and depression). Health behaviors include physical activity and health care utilization.

Previous studies have found associations between all the concepts in the model and the 3 dimensions of QOL: health-related QOL (HQOL), social functioning, and emotional well-being. For example, QOL has been associated with predisposing and enabling factors,

including age, gender, ethnicity, education, income, marital status, and family size.¹¹⁻¹⁷ Further, HQOL has been shown to be affected by needs such as severity and number of chronic diseases, though social functioning was less affected by those needs.^{11,18} Moreover, needs factors such as lower ADL function, depression, and memory problems have been linked to poorer QOL.^{11,19-21} Finally, health behaviors such as physical activity and health care utilization have been associated with QOL.²²⁻²⁵ However, it is not clear whether the 3 dimensions of QOL and various contextual and individual characteristics and health behaviors differ in rural and urban elderly adults. Therefore, this study assessed the different dimensions of QOL and factors associated with QOL in rural and urban community-dwelling adults 65 years and older.

Data Sources

The 2005-2006 National Health and Nutrition Examination survey (NHANES) and the 2007 Area Resource File (ARF) were used. The NHANES is used by the National Center for Health and Human Services to assess the health and nutritional states of adults and children in the United States.²⁶ A nationally representative sample of approximately 5,000 individuals from the civilian, noninstitutionalized US population is surveyed each year. The sample is chosen in 4 stages, beginning with identification of strata based on geographic location and then random sampling of 15 US counties within the strata. Stratified sampling is used to ensure representation of all ages of the US population. However, there is no stratification by rural and urban location. To produce reliable statistics, NHANES oversamples persons 60 years and older, African Americans and Hispanics. The data are released for public use in 2-year increments. Some variables are restricted because they are possible indirect identifiers, such as geography, genetic data, details on race/ethnicity, and specific dates. Together, these indirect identifiers could compromise the confidentiality of survey respondents. Therefore, any researcher wishing to access restricted variables or restricted data linkage products must submit a proposal to the National Center for Health Statistics (NCHS) Research Data Center requesting direct or remote access to files that contain this sensitive information.²⁶

Study Design

To compare rural and urban older adults, we merged variables from the nonpublic NHANES state and county files with the ARF database's variable on geographic designation to produce designations for rural and urban location. ARF is a publicly available collection of county level data from more than 50 sources with information about

health care delivery and resources in the United States.²⁰ A proposal requesting remote access was submitted to the NCHS research data center.²¹ After approval and payment of user fees, we provided MCHS, the 2 datasets containing variables extracted and created from the public user files of both MHANES and ARF, the restricted MHANES variable names, and the codes needed to merge the datasets. The MCHS then set up remote access using e-mail contact to 1 team member. The team member submitted codes for the planned analyses according to the rules for usages; for example, only 1 set of analyses could be run at a time and no analysis could take more than 1 hour.²²

Eligibility Criteria

All community-dwelling adults 65 years and older with data in MHANES on the 18 variables described below were included in the study.

Location

Location was broken down into rural, adjacent, and urban location using the rural-urban continuum codes from the United States Department of Agriculture.²³ Rural counties were defined as counties with no adjacent metro areas (continuum codes 5, 7, and 9). Adjacent counties were those adjacent to metro counties (continuum codes 4, 6, and 8) and urban counties were metro counties (continuum codes 1, 2, and 3).

Dependent Variables.

HQOL. HQOL was a composite score of the total number of physically and mentally unhealthy days in the past month. Over half (56.6%) of the sample reported no physically or mentally unhealthy days (HQOL = 0), but 12% reported 30 unhealthy days (HQOL = 30). We therefore revised the HQOL variable to create 6 levels, with 0 = no unhealthy days, 1 = 1-5 unhealthy days, 2 = 6-10 unhealthy days, 3 = 11-15 unhealthy days, 4 = 16-20 unhealthy days, and 5 = 30 unhealthy days.

Social functioning. Social functioning was measured as a 2-item index. Previous studies have used an index with 4 items and this has shown a high level of predictability of the social functioning dimension of QOL.¹² However, only 2 items were available in MHANES 2005-2006: number of close friends and frequency with which a person attended church or other religious services. After examining distributions, we assigned a value of 0 for no close friends, 1 for 1 close friend, 2 for 2 close friends, 3 for 3 close friends, and 4 for 4 or more close friends. For yearly church attendance/other religious services, we assigned a value of 0 to never, 1 to once, 2 to twice, and

a value of 3 for 3 or more times. Thus, scores for social functioning ranged from 0 to 7, with higher scores representing better social functioning.

Emotional well-being. Emotional well-being was also scored using an index with 2 items. The 2 items were chosen because they reflected whether individuals felt they had support and therefore experienced a sense of emotional well-being,²⁴ and because the items did not overlap with other measures of QOL. The first item asked whether there was anyone to help with emotional support and was assigned a value of 1 if a person answered yes and 0 if a person answered no. The second item asked whether more emotional support was needed in the last year and was assigned a value of 1 if the person answered no and a value of 0 if the person answered yes. The index had a possible score range of 0-2, with higher scores indicating better emotional well-being.

Independent Variables.

Following Andersen's behavioral model, we selected or created the following 17 variables.

Predisposing factors. Predisposing factors were demographic variables such as age, gender, and race/ethnicity. Age was a continuous variable starting at age 65 and ending at 85 or above. Race/ethnicity was classified as Hispanic, non-Hispanic white, non-Hispanic black, or other.

Enabling factors. Enabling factors were social, human, and material resources. Social resources were operationalized as the number of people in the family and marital status. The number of related people included the respondent. This item was scored from 1 to 6 people or 7 for 7 or more people. Marital status was categorized as married or not (widowed, divorced, separated, or never married). Human resources were operationalized as education, then dichotomized as high school education or more and less than a high school degree. Material resources were based on the ratio of the family income to the poverty threshold. A lower number represented fewer resources.

Need factors. Need factors were the number of chronic illnesses, ADL function, and mental status. The number of chronic conditions was created using 13 pulmonary, cardiovascular, cancer, stroke, kidney, diabetes, liver, and arthritis conditions for a score range of 0-13. ADL function was the sum of 16 items on the ADL scale, which measures constructs associated with locomotion and transfers, household productivity, social integration, and manipulation of surroundings. Items are scored from 1 to 4, where 1 = no difficulty and 4 = unable to do. Previously, Cronbach's alpha coefficient was 0.94.¹⁶ In our study, the coefficient was 0.73. Mental status was measured using memory problems and depression.

Memory problems were dichotomized according to whether they were present or not. Depression was measured using the 9-item depression module (PHQ-9) from the Patient Health Questionnaire, a self-administered version of the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) diagnostic instrument for common mental disorders. Respondents indicate whether they have been bothered by feeling down, depressed or hopeless in the last 2 weeks, using ratings from 0 = not at all to 3 = nearly every day, for a total score of 0-27. In previous studies, alpha coefficients ranged from 0.79 to 0.89.^{26,27} In our study the coefficient was 0.82.

Health behaviors. Health behaviors were measured using physical activity and health care utilization. Physical activity was the level of physical activity performed on average each day. Scores on this 4-level MHANES item ranged from 1 = sits during the day and does not walk about very much, to 2 = stands or walks about a lot during the day but does not have to carry or lift things very often, to 3 = lifts loads or has to climb stairs or hills often, to 4 = does heavy work or carries heavy loads. Health care utilization was coded in MHANES as the number of times a respondent had received any type of health care in the last year. The range was 0-5: no health care utilization was assigned a 0; 1 visit to a doctor or other health care professional at a doctor's office, clinic, hospital emergency room, at home or some other place (not including hospitalizations overnight) was assigned a 1; 2-3 visits a 2; 4-9 visits a 3; 10-12 visits a 4; and 13 or more visits a 5.

Statistical Analysis

For descriptive summaries, we used means and standard errors for continuous data, taking into account NHANES sampling weights. For categorical data, using sample weights was not possible, because cross-tabulation according to urban/adjacent/rural areas produced a number of cells with counts too small to be released under the current NCHS confidentiality policy. Similarly, for race/ethnicity subgroups the cell counts were too small using urban/adjacent/rural areas. Therefore, race/ethnicity is reported as white and all other race/ethnicities in our summary descriptions (Table 1). The associations between dependent and independent variables were examined using a design-based regression technique which took into account sampling weights.²⁸ In regression models, estimates for all 4 race/ethnicity subgroups are included (Table 2). SAS 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina) was used for all analyses.

Results

The merged dataset contained 911 adults 65 years and older with data on all variables listed in Table 1. There

were more females in urban areas than in rural and adjacent areas (49% versus 42.3% and 46%, respectively), and the adults in urban areas were slightly older (73.83 vs 72.57 and 73.60 years, respectively); also, fewer adults in urban areas were white (57.5% vs 80.8% and 86.5%, respectively). In urban areas, the mean family size was 1.9, and 53.1% of respondents were married. In rural areas, family size was 1.96 and 60% were married, and in adjacent areas, family size was 1.82 and 64.9% were married. More people in rural areas had a high school education or more (65.4%) than in adjacent (54.7%) and urban areas (64.3%). However, more people were below the poverty threshold in rural (poverty index of 2.48) and adjacent areas (poverty index of 2.45) than in urban areas (poverty index of 2.79). People in rural areas also had more chronic conditions (2.94) than people in adjacent (2.35) and urban areas (2.38), and ADL function was lower in people living in rural areas (21.63) than in those in adjacent (20.65) and urban areas (21.36). People in rural areas reported having more memory problems (16.2%) and feeling more depressed (2.32) than people in adjacent (12.2% and 2.21) and urban areas (16% and 2.20). The average level of physical activity was higher in rural (2.00) and adjacent (2.13) areas than in urban areas (1.90). On average, people in rural areas received more health care (2.78) than people in adjacent (2.62) and urban areas (2.76). However, in all 3 areas, people received health care 4-12 times a year.

People in rural areas had lower H QOL (1.31) than people in adjacent (1.25) and urban (1.18) areas. On average, people in all 3 areas had experienced more than 5 but less than 10 unhealthy days in the last 30 days. People in rural areas also had significantly lower social functioning (4.75) than people in adjacent areas (5.65, $P < .001$) and urban areas (5.40, $P = .002$), indicating that fewer people in rural areas had at least 2 close friends and had attended church or other religious services more than once in the last year. The emotional well-being score was 1.74 in rural areas (of a possible 2), 1.71 in adjacent areas, and 1.76 in urban areas, indicating that most people had someone to help with emotional support and they had received all the emotional support they needed in the past year. The 3 QOL variables showed little association to each other with correlations ranging from -0.12 to 0.18.

Multivariate Analysis

Multiple regression (Table 2) showed that poorer H QOL was associated with being Hispanic, having a high school education or more, having lower ADL function, and being more depressed. Social functioning was lower in people living in rural areas, but it was higher among people who were female, black, had a high school

Table 2. Characteristics of Adults in the US Population 65 Years or Older in Rural, Adjacent, and Urban Areas, NHANES 2006–2008

	All (N = 911)	Rural (n = 133)	Adjacent (n = 1,480)	Urban (n = 633)	Range
Contextual and individual characteristics					
Predisposing					
Demographics					
Gender (female)	47.3%	42.1%	46.2%	49.2%	-
Age (years)	73.54(3.14)	73.57(3.14)	73.63(3.14)	73.63(3.23)	(65–85)
Race (white)	65.3%	80.8%	61.5%	57.5%	-
Enabling					
Social resources					
Number of people in family	1.90(0.04)	1.96(0.05) ^a	1.82(0.05)	1.80(0.05)	(1–7)
Marital status (yes)	55.3%	60.0%	64.8%	52.1%	-
Human resources					
Education (> high school)	61.9%	65.4%	54.7%	64.9%	-
Material resources					
Poverty index	1.67(0.10)	1.48(0.09)	2.45(0.14)	2.70(0.12)	(0.08–5)
Need					
Number of chronic illnesses	1.46(0.09)	1.54(0.09)	2.35(0.14)	2.30(0.09)	(0–13)
Activities of daily living (ADL)	21.27(0.15)	21.63(0.61)	20.65(0.02)	21.30(0.34)	(10–34)
Mental status					
Memory problems (yes)	15.4%	16.2%	12.2%	16.2%	-
Depression	1.22(0.14)	1.32(0.30)	2.21(0.17)	2.20(0.15)	(0–17)
Health behavior					
Physical activity	1.96(0.05)	1.00(0.08)	2.19(0.13)	1.80(0.06)	(1–4)
Health care utilization	1.74(0.03)	1.78(0.03)	2.62(0.15)	2.76(0.09)	(0–8)
Quality of life					
Health-related quality of life	1.22(0.07)	1.31(0.12)	1.25(0.08)	1.18(0.08)	(0–5)
Social functioning	5.34(0.12)	4.75(1.15) ^a	5.65(0.08)	5.40(0.12)	(0–7)
Emotional well-being	1.74(0.03)	1.74(0.04)	1.71(0.03)	1.71(0.04)	(0–3)

Continuous data are presented as means (SE), accounting for sampling weights; categorical variables are raw percentages.

Numbers in bold significant at $P < .05$.

^aResult significantly different from adjacent.

^bResult significantly different from urban.

education or more, had better ADL function, had no memory problems, and who had greater health care utilization. Emotional well-being was lower in people who were Hispanic or black, had lower ADL function, and were more depressed.

Discussion

Older people living in rural areas rated the social functioning dimension of QOL differently from their counterparts in urban and adjacent areas. However, when all the independent variables were added together only rural-urban differences remained. This is similar to previous findings that people in rural communities often experience isolation.^{6,18,40} Older adults unable to drive may be forced to stay at home isolated from others when there are limited publicly funded transportation services and few housing opportunities tailored to the elderly.⁴¹

Our finding that there were no differences between rural, adjacent and urban older adults in HQOL is similar

to Borders and associates' findings in urban, rural, and frontier (fewer than 7 people per square mile) areas.²² Other studies, however, have found differences based on rural/urban location. For example, multiple sclerosis patients residing in rural areas have reported worse physical HQOL than those in urban areas.⁴² Also, veterans residing in rural areas have reported worse physical HQOL than their urban counterparts, though reports on mental HQOL are mixed.^{43,44} These results suggest that HQOL may be too broad a measure. For example, possible differences in mental and physical health in inverse directions cannot be detected in a combined score. Future studies with further subdivisions of QOL and HQOL are warranted.

In all 3 QOL dimensions, we found differences based on race. Other studies that examined overall QOL have also found that Hispanics and African Americans reported worse overall QOL.^{11,16} In our study, being Hispanic was associated with poorer HQOL, and being Hispanic or black was associated with lower emotional well-being.

Table 2 Multivariate Regression Results for Health-Related Quality of Life, Social Functioning, and Emotional Well-Being, in Rural, Adjacent, and Urban US Adults (65 Years and Older) (n = 811)

Variable	Health-Related Quality of Life			Social Functioning			Emotional Well-Being		
	Estimate	SE	P value	Estimate	SE	P value	Estimate	SE	P value
Rural (vs urban)	0.130	0.09	.189	-.388	.20	.083	-0.222	0.26	.382
Adjacent (vs urban)	0.201	0.14	.180	0.236	0.16	.152	-0.261	0.25	.291
Age	-0.022	0.01	.087	0.271	0.12	.058	0.004	0.20	.246
Female	0.192	0.13	.166	.489	.11	<.001	0.071	0.24	.211
Hispanic (vs white)	.309	.13	.028	-0.235	0.18	.083	-.183	.26	.289
Black (vs white)	0.112	0.11	.313	.460	.16	.013	-.242	.24	.085
Other (vs white)	0.404	0.31	.456	-1.26	0.63	.129	-0.082	0.17	.324
Family size	0.041	0.04	.330	0.076	0.07	.323	0.091	0.18	.287
Marital status (married)	-0.235	0.11	.040	0.434	0.21	.058	0.065	0.24	.242
Education (>high school)	.269	.10	.014	.347	.21	.019	-0.256	0.25	.283
Poverty index	-0.224	0.03	.000	0.065	0.04	.081	0.027	0.21	.271
Number of chronic illnesses	-0.224	0.03	.000	-0.224	0.04	.156	0.020	0.22	.262
Activities of daily living (ADL)	.034	.01	<.001	-.324	.01	.010	-.289	.21	.003
Memory problems (yes)	0.175	0.29	.552	-0.235	0.28	<.001	-0.265	0.24	.173
Depressed	.265	.02	<.001	-0.242	0.02	.077	-.248	.28	<.001
Health care utilization	0.045	0.05	.364	.120	.060	.041	0.028	0.22	.281
Physical activity	-0.240	0.08	.023	0.203	0.12	.028	-0.247	0.23	.152

SE, Standard error.

Results in bold significant at $P < .05$.

However, being black was associated with higher social functioning. These findings suggest that race/ethnicity linkages to QOL may vary depending on the dimension of QOL examined. Similarly, gender was associated with social functioning in our study. Women reported higher social functioning, though previously, women have reported lower overall QOL than men.^{13,14} In addition, we found that higher education was associated with better social functioning but poorer HQOL. Previously, higher education has been associated with better HQOL.^{12,24} Further work is needed on the connections between being black, female, or better educated and higher social functioning.

None of the needs variables differed in rural, adjacent, and urban areas, but people in rural areas reported higher needs in all 4 areas examined (number of chronic conditions, ADL function, memory problems, and depression). In the full regression models, only ADL function was associated with all 3 dimensions of QOL. In other studies, ADL or physical function has been associated with social functioning in older women,¹⁵ and the link between ADL and social functioning was also found in a longitudinal study of urban community-dwelling older adults: those who stayed socially active had better ADL functioning over 12 years.¹⁶ Although the mechanism behind this linkage is unknown, health care providers can use this knowledge to advise older adults to stay socially active. Because rural residents reported both worse social func-

tioning and lower ADL functioning, it is especially important to offer meaningful social programs and volunteering opportunities for older adults in rural communities.^{46,47}

Our finding that being depressed was associated with poorer HQOL and lower emotional well-being is consistent with other findings on HQOL in the general population and in rural areas.^{22,23} In our study, memory problems were linked only to lower social functioning, raising a question about whether memory problems affect all the dimensions of QOL. Surprisingly, we found no relationship between the number of chronic conditions and any of the dimensions of QOL, although other studies of both older adults in general and those with chronic conditions have found that a greater number of diseases was associated with poorer HQOL.^{24,25,48} Because both depression and memory problems were associated with at least 1 QOL dimension, interventions aimed at identifying and treating depressive symptoms and memory problems in older adults should be a priority for health care providers. This is especially important in rural areas where older adults reported more depression and memory problems.

We found only 1 relationship between health care behaviors and QOL: greater health care utilization was associated with higher social functioning. Because we did not measure the types of health care services used and we examined only community-dwelling older adults, this positive relationship may reflect the use of preventive health care services. Our finding that health care

utilization did not differ in rural, adjacent, and urban groups is in contrast to studies which reported that rural older adults had more emergency department visits than their urban counterparts, and rural Medicare beneficiaries had more surgical procedures than urban beneficiaries.^{16,22} However, both of those studies measured specific areas of health care utilization, whereas our study used a broad measure, simply asking participants about use of any health care in the past year. More studies are clearly needed to examine utilization patterns in different geographical areas and for different health care services, as well as factors influencing health-care utilization.

There were several limitations to our study. First, there are different ways of measuring rurality. The often-used dichotomization of rural and urban geographic location produces different results from our 3 categories, yet many of the studies we refer to use this geographic dichotomization. This may explain some of the differences in findings. In addition, our findings are based on respondents for which we had complete data on all variables, and the findings may be biased if data were not missing at random.

Also, our measures were adapted from a population-based survey. We chose variables that best represented our conceptual model and the general population of older adults, but some variables were computed with less than ideal measures. For all 3 QOL variables, we used short indexes instead of validated scales. For social functioning, it would have been preferable to use all 4 domains of the Berkman-Syme Social Network Index²³ instead of the 2-item social index we computed. In fact, even more items may be needed to adequately measure social functioning. A recent study of community-dwelling older adults found robust estimates in both cross-sectional and longitudinal analyses using an 11-item index.²⁴ Emotional well-being was also a 2-item index in this study and it has not been validated against much longer measurements used in other studies.²⁵ However, the 2-item HQDL has been validated against longer HQDL measures,^{16,21} though our transformations into 6 categories have not been validated.

There were several limitations to our explanatory variables. The ADL scale had a lower Cronbach's alpha than previous studies,²⁶ suggesting that the underlying construct may not be well represented in the scale's items or that our sample was more heterogeneous than those in previous studies.²⁷ In the NHAMES survey, memory problems were measured by self-report with a yes or no answer. It is possible that older adults underreported or were unaware of their memory problems, which may have led to measurement error. Finally, the NHAMES database also limited the response choices for categorization of age. The final category was 85 years and older, so

it is possible that the oldest-old (persons over the age of 85 years) were not adequately represented in our findings. Nevertheless, we have concluded that the NHAMES had a sufficient sample of older adults in rural, adjacent, and urban locations to examine factors that influence QOL based on geographic location.

Our findings represent older people's perceptions of different dimensions of their QOL, not a health care provider's or other caregiver's observations. If QOL is a measure of successful aging as suggested by Cleary and Howell,² then the high scores on all 3 QOL dimensions in this sample of community-dwelling older adults are encouraging. The 3 dimension of QOL were not correlated, and they were associated with different factors, underscoring the need to measure QOL as a multidimensional construct.¹⁷

We found differences in self-reported QOL in rural and urban locations and with different contextual and individual characteristics and health behaviors. Although more exploration is needed to determine why older rural residents have lower social functioning, infrastructures should be planned so that rural older adults are not isolated.⁴ Rural communities need to be better suited to older people's needs, with road maintenance and public transportation to remote areas.⁴ Offering home visits and transportation to special events geared to older adults, and teaching older adults to use online forums are other ways rural communities can increase older adults' social functioning. For rural health care providers, it is especially important to perform routine medical and cognitive assessments for depression, memory problems, and ADL function in the elderly. Finally, blacks and Hispanics are vulnerable older adults who need special attention. They had worse HQDL and/or emotional well-being than whites. Health care providers and policy makers should therefore consider race when addressing QOL in older adults.

References

1. Institute of Medicine (IOM). *Rebuilding the Unity of Health and the Environment in Rural America*. Washington, DC: The National Academies Press; 2006.
2. Cromartie J, Nelson F. *Baby Boom Migration and Its Impact on Rural America*. United States Department of Agriculture, Economic Research Service, Economic Research Report 79. Available at: <http://www.ers.usda.gov/Publications/ERR79/ERR79.pdf>. Updated 2009. Accessed March 11, 2011.
3. Hunt M, Gunter-Hunt G. Naturally occurring retirement communities. *J Hous Elderly*. 1985;3(3/4):3-21.
4. Colville EJ. Supportive Services Programs to Naturally Occurring Retirement Communities. Available at:

- <http://aging.senate.gov/records/aging15.pdf>. Updated 2007. Accessed February 10, 2010.
- World Health Organization (WHO). Measuring quality of life: the World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL). 1997.
 - Cleary KK, Howell DM. Using the SF-36 to determine perceived health-related quality of life in rural Idaho seniors. *J Allied Health*. 2006;35(3):156-161.
 - Laditka JM, Laditka SE, Olatosi B, Elder KT. The health trade-off of rural residence for impaired older adults: longer life, more impairment. *J Rural Health*. 2007;23(2):124-132.
 - Oguzurk D. Differences in quality of life in rural and urban populations. *Clin Invest Med*. 2008;31(6):E346-E350.
 - Kirk AB, Alessi HD. Rural senior service centers: a study of the impact of life issues. *Activities, Adaptation & Aging*. 2002;26(3):51-64.
 - Andersen RM. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Med Care Res Rev*. 2008;46(7):647-653.
 - Bandiera FC, Pereira DB, Arif AA, Dodge B, Asai M. Race/ethnicity, income, chronic asthma, and mental health: a cross-sectional study using the behavioral risk factor surveillance system. *Psychosom Med*. 2008; 70(1):77-84.
 - Benders TF, Adley LA, Xu ET. Factors associated with health related quality of life among aged older population in a largely rural Western region. *J Rural Health*. 2004;20(1):67-75.
 - Fryback DG, Dunham NC, Pala M, et al. US norms for six generic health-related quality-of-life indexes from the National Health Measurement study. *Med Care*. 2007; 45:1162-1170.
 - Hopman WM, Harrison MB, Cox H, Friedberg E, Buchanan M, VanDenKerkhof EG. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Dis Com*. 2009;29(2):108-116.
 - Skarupski KA, Mendes de Leon CF, Bierias J, et al. Black-white differences in health related quality of life among older adults. *Qual Life Res*. 2007;16:287-296.
 - Zahrn HS, Kobau R, Moriarty DG, Zack MM, Holt L, Doolahoo R. Health-related quality of life surveillance—United States, 1993–2002. *MMWR Surveill Summ*. 2005;54(4):1-35.
 - Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Aging. *Qual Life Res*. 2009;18(10):1301-1309.
 - Fortin M, Bravo G, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, Vanasse A. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res*. 2006;15(1):83-90.
 - Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntefu AL, Maltais D. Relationship between multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2(51). Available at: <http://www.hqlo.com/content/2/1/51>. Accessed March 2, 2010.
 - Davis JC, Warr CA, Hajjtabadeh M, Liu-Ambrose T. The independent contribution of executive functions to health related quality of life in older women. *BMC Geriatr*. 2010;10:16.
 - Larson CD, Belue B, Schlundt DG, McClellan L. Relationship between symptoms of depression, functional health status, and chronic disease among a residential sample of African Americans. *J Affect Disord*. 2006;29(2):133-140.
 - Lima MG, Barros MBA, Cesar CSG, Goldbaum M, Carandina I, Cicconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of sao Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):314-321.
 - Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. *Older Americans 2008: Key Indicators of Well-Being*. Washington, DC: US Government Printing Office; 2008.
 - Gallejos-Carrillo K, Garcia-Pena C, Duran-Munoz C, Medgal J, Duran-Arenas L, Salmeron-Castro J. Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: A study of the Mexican social security institute. *Salud Publica Mex*. 2008;50(3):207-217.
 - Rust G, Fryer GE, Phillips RL, Daniels E, Strothers H, Satcher D. *Modifiable* determinants of healthcare utilization within the African-American population. *J Natl Med Assoc*. 2004;96(9):1169-1177.
 - Simmons LA, Anderson EA, Braun B. Health needs and health care utilization among rural, low-income women. *Women Health*. 2008;47(4):53-69.
 - Williams SA, Wagner S, Kannan H, Belge SC. The association between asthma control and health care utilization, work productivity loss and health-related quality of life. *J Occup Environ Med*. 2009;51(7):780-785.
 - Center for Disease Control and Prevention (CDC). National Health and Nutrition Examination Survey. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about/nhanes.htm>. Accessed September 21, 2009.
 - National Center for Health Statistics (NCHS). Data Access. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data-access/ftp-gata.htm>. Accessed March 2, 2010.
 - Area research File (ARF). Available at: <http://arfi.hrsa.gov/>. Accessed March 2, 2010.
 - National Center for Health Statistics (NCHS). Research Data Center. Rate for Usage. Available at: <http://www.cdc.gov/rdc/B2AccessMod/Acc231.htm>. Accessed March 2, 2010.
 - United States Department of Agriculture (USDA). Measuring Rural-Urban Continuum Codes. Available at: <http://www.ers.usda.gov/Briefing/Rurality/RuralUrbanCont/>. Accessed March 4, 2010.

33. Ford ES, Merritt RK, Heath GW, et al. Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations. *Am J Epidemiol*. 1991;133(12):1246-1256.
34. Abbey A, Abramis DJ, Caplan RD. Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic Appl Soc Psych*. 1985; 6(2):110-129.
35. Cook CE, Richardson JK, Petrobon E, Braga L, Silva HM, Turner D. Validation of the NHANES ADL scale in a sample of patients with report of cervical pain: Factor analysis, item response theory analysis, and line item validity. *Disabil Rehabil*. 2006;28(15):929-935.
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.
37. Huang PY, Chung H, Kroenke K, Delacchi RL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):547-552.
38. Lehr SL. *Sampling: Design and Analysis* (2nd ed.). Pacific Grove, California: Duxbury Press; 2009.
39. Findholt M. The culture of rural communities: an examination of rural nursing concepts at the community level. In: Winters CA, Lee H, eds. *Rural Nursing: Concepts, Theory, and Practice* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company; 2010:373-383.
40. Winters CA, Sullivan T. The chronic illness experience of isolated rural women: use of an online support group intervention. In: Winters CA, Lee H, eds. *Rural Nursing: Concepts, Theory, and Practice* (3rd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company; 2010:179-192.
41. MacKenzie F. Aging people in aging places: addressing the needs of older adults in rural Saskatchewan. *Rural Social Work, Special Australian/Canadian Issue*. 2001;6(3):74-83.
42. Buchanan RI, Zhu L, Schiffer R, Radin D, James W. Rural-urban analyses of health-related quality of life among people with multiple sclerosis. *J Rural Health*. 2008;24(3):244-252.
43. Wallace AE, Lee R, MacKenzie TA, et al. A longitudinal analysis of rural and urban veterans' health-related quality of life. *J Rural Health*. 2010;26:156-163.
44. Weeks WB, Wallace AE, Wang S, Lee AL, Kazis LE. Rural-urban disparities in health-related quality of life within disease categories of veterans. *J Rural Health*. 2006;22(3):204-211.
45. Michael YL, Colditz GA, Coakley E, Kawachi I. Health behaviors, social networks, and healthy aging: Cross-sectional evidence from the nurses' health study. *Qual Life Res*. 1999;8(8):711-721.
46. James BD, Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *J Gerontol*. 2011;66(4):467-473. [Epub 2011 Feb 7].
47. Morrow-Howell N, Hintarlong J, Rozario PA, Tang F. Effects of volunteering on the well-being of older adults. *J Gerontol*. 2003;58(3):S137-S145.
48. Nebrega TCM, Jalui O, Machado AN, Paschoal SM, Jacob Filho W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 2009;64(1):45-50.
49. Fan L, Shah MN, Yeagle FJ, Friedman E. Factors associated with emergency department use among the rural elderly. *J Rural Health*. 2011;27(1):39-49.
50. Francis ML, Scalfi SL, Zahed WE. Rural-urban difference in surgical procedures for medical benefits. *Arch Surg*. 2011;146(5):579-583.
51. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol*. 1979;109(2):186-204.
52. Glass TA, De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *J Aging Health*. 2006;18(4):604-628.
53. Costa PT, McCrae RR, Zonderman AB. Environmental and disposition influences on well-being: longitudinal follow-up of an American national sample. *Brit J Psychol*. 1987;78:299-306.
54. Merlanti DG, Zack MM, Kobau R. The Centers for Disease Control and Prevention's healthy days measures—population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(37):1-8.
55. Teet J, Raat H, van Ameijden EJ. Validation of the Dutch version of the CDC core healthy days measures in a community sample. *Qual Life Res*. 2006;15(1):179-184.
56. Fain JA. *Reading, Understanding, and Applying Nursing Research* (2nd ed.). Philadelphia, Pennsylvania: FA. Davis Company; 2004:123-141.
57. Hambleton R, Keeling S. The jungle of quality of life: mapping measures and meanings for elders. *Australas J Aging*. 2008;28(1):3-6.

Anexo II - Questionário RNAR_75 (Rastreamento de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos)

A	Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos
A1. Sexo	
<input type="checkbox"/>	1. Feminino 2. Masculino
A2. Idade	
 anos
A3. Estado Civil	
<input type="checkbox"/>	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Viúvo 4. Separ/Divorc. 5. União de Facto
A4. Nível de Escolaridade	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca frequentou a escola 2. Não completou o Ensino Primário 3. Ensino Primário 4. Ensino Preparatório 5. Ensino Secundário 6. Ensino Profissional 7. Ensino Universitário
A5. Naturalidade (Concelho)	

A6. Residência (Concelho)	

B	Dados de Identificação Caracterização Sócio/Económica do Idoso
B1. Refira os seus familiares mais directos	
	Cônjuge <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> n.º Netos <input type="checkbox"/> n.º Irmãos <input type="checkbox"/> n.º Sobrinhos <input type="checkbox"/> n.º Outros (especificar) n.º Outros (especificar) n.º
B2. Se tem filhos (residência)	
	Na mesma freguesia n.º No mesmo concelho n.º No mesmo distrito n.º Na mesma casa n.º
B3. Com quem vive actualmente?	
<input type="checkbox"/>	1. Vive só 2. Irmãos 3. Cônjuge 4. Sobrinhos/Parentes próximos 5. Filhos 6. Vizinhos/amigos 7. Genros/Noras 8. Netos 9. Outros (especificar)
Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?	
..... (COORDENAÇÃO RESPOSTA)	
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Poucas vezes existem discussões entre os membros da família
<input type="checkbox"/>	Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas da pessoa idosa; existindo um clima de estabilidade entre os membros da família

B	Dados de Identificação Caracterização Sócio/Económica do Idoso	
Tem conhecimento de que alguém próximo de si, consuma álcool em excesso ou drogas?		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? álcool <input type="checkbox"/> drogas <input type="checkbox"/>		
B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?		
..... pessoas		
B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?		
.....		
B6. Origem dos rendimentos (Valor Aproximado) (Ver caixa - Rendimentos do agregado familiar - considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação) (Ver Respostas B3 e B4) (Se não tem rendimentos colocar 0 €)		
Grau de Parentesco		
<input type="checkbox"/>	Própria pessoa	
	Pensão de reforma€
	Pensão social€
	Rendimentos próprios€
	Trabalho€
	Subsídios€
	Seguro€
	Outro (especificar	Montante (aproximado)
<input type="checkbox"/>	Cônjuge	
	Pensão de reforma€
	Pensão social€
	Rendimentos próprios€
	Trabalho€
	Subsídios€
	Seguro€
	Outro (especificar	Montante (aproximado)
<input type="checkbox"/>	Filhos	
	Pensão de reforma€
	Pensão social€
	Rendimentos próprios€
	Trabalho€
	Subsídios€
	Seguro€
	Outro (especificar	Montante (aproximado)
<input type="checkbox"/>	Outros	
	Pensão de reforma€
	Pensão social€
	Rendimentos próprios€
	Trabalho€
	Subsídios€
	Seguro€
	Outro (especificar	Montante (aproximado)
<input type="checkbox"/>	Outros	
	Pensão de reforma€
	Pensão social€
	Rendimentos próprios€
	Trabalho€
	Subsídios€
	Seguro€
	Outro (especificar	Montante (aproximado)

C		Dados de Identificação Situação Habitacional	
C1. Localização			
<input type="checkbox"/>	1. Localizada na povoação		
<input type="checkbox"/>	2. Isolada		
C2. Tipo de habitação			
<input type="checkbox"/>	1. Casa unifamiliar		
<input type="checkbox"/>	2. Apartamento/andar		
<input type="checkbox"/>	3. Parte de casa		
<input type="checkbox"/>	4. Alojamentos colectivos e casas de Dormidas		
<input type="checkbox"/>	5. Barracas		
<input type="checkbox"/>	6. Tendas/trouços		
<input type="checkbox"/>	7. Sem Abrigo		
<input type="checkbox"/>	8. Outras		
C3. Regime de Ocupação			
<input type="checkbox"/>	1. Própria		
<input type="checkbox"/>	2. Arrendada		
<input type="checkbox"/>	3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa		
<input type="checkbox"/>	4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa		
<input type="checkbox"/>	5. "Ocupada"		
<input type="checkbox"/>	6. Outra		
C4. Ano de construção			
<input type="checkbox"/>	1. Antes de 1901		
<input type="checkbox"/>	2. 1901 a 1950		
<input type="checkbox"/>	3. 1951 a 1980		
<input type="checkbox"/>	4. 1980 a 2000		
<input type="checkbox"/>	5. Depois de 2001		
C5. Número de divisões			
<input type="checkbox"/>	1. Até 2 divisões		
<input type="checkbox"/>	2. 3 divisões		
<input type="checkbox"/>	3. 4 divisões		
<input type="checkbox"/>	4. 5 divisões		
<input type="checkbox"/>	5. Mais de 5 divisões		
C6. Infraestruturas			
<input type="checkbox"/>	Electricidade		
<input type="checkbox"/>	Ar condicionado		
<input type="checkbox"/>	Instalação de gás		
<input type="checkbox"/>	Frigorífico		
<input type="checkbox"/>	Água Canalizada		
<input type="checkbox"/>	Fogão		
<input type="checkbox"/>	Água quente		
<input type="checkbox"/>	Televisor		
<input type="checkbox"/>	Aquecimento		
<input type="checkbox"/>	Máquinas de lavar a roupa		
<input type="checkbox"/>	Telefone		
C7. Condições de Acessibilidade			
<input type="checkbox"/>	Barreiras Arquitectónicas		
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de acessibilidade Quais?		

D₁	Avaliação Funcional Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody ¹
D1a. Capacidade para usar o telefone:	
<input type="checkbox"/> 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc. <input type="checkbox"/> 2. Marca alguns números que conhece bem <input type="checkbox"/> 3. Atende o telefone mas não marca números <input type="checkbox"/> 4. Não usa o telefone	
D1b. Fazer compras:	
<input type="checkbox"/> 1. Faz as compras que necessita sozinho <input type="checkbox"/> 2. Compra sozinho pequenas coisas <input type="checkbox"/> 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra <input type="checkbox"/> 4. Incapaz de fazer compras	
D1c. Preparar refeições:	
<input type="checkbox"/> 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho <input type="checkbox"/> 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários <input type="checkbox"/> 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada <input type="checkbox"/> 4. Necessita de refeições preparadas e servidas	
D1d. Cuidar da casa:	
<input type="checkbox"/> 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado") <input type="checkbox"/> 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama <input type="checkbox"/> 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza <input type="checkbox"/> 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas <input type="checkbox"/> 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	
D1e. Lavar a roupa:	
<input type="checkbox"/> 1. Lava toda a sua roupa <input type="checkbox"/> 2. Lava pequenas peças de roupa <input type="checkbox"/> 3. É incapaz de lavar a sua roupa	
D1f. Modo de transporte:	
<input type="checkbox"/> 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria <input type="checkbox"/> 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi <input type="checkbox"/> 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado <input type="checkbox"/> 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro <input type="checkbox"/> 5. Incapaz de se deslocar	
D1g. Responsabilidade pela própria medicação:	
<input type="checkbox"/> 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas <input type="checkbox"/> 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros <input type="checkbox"/> 3. É incapaz de tomar a medicação	
D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:	
<input type="checkbox"/> 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda <input type="checkbox"/> 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores <input type="checkbox"/> 3. Incapaz de lidar com o dinheiro	

D₂	Avaliação Funcional Escala de Actividades de Vida Diária - Índice de Katz ²
D2a. Lavar-se	
<input type="checkbox"/> 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda <input type="checkbox"/> 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo <input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho	
D2b. Vestir-se	
<input type="checkbox"/> 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda <input type="checkbox"/> 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos <input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo	
D2c. Utilizar a sanita	
<input type="checkbox"/> 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda <input type="checkbox"/> 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite <input type="checkbox"/> 3. Não consegue utilizar a sanita	
D2d. Mobilizar-se	
<input type="checkbox"/> 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda <input type="checkbox"/> 3. Não se levanta da cama	
D2e. Ser continente	
<input type="checkbox"/> 1. Controla completamente os esfínteres, anal e vesical, não tendo perdas <input type="checkbox"/> 2. Tem incontinência ocasional <input type="checkbox"/> 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância	
D2f. Alimentar-se	
<input type="checkbox"/> 1. Come sem qualquer ajuda <input type="checkbox"/> 2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão <input type="checkbox"/> 3. Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa	

E Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Põe de lado muitas das suas actividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Pensa que a maioria das pessoas pensa melhor do que o (a) senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

F Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)
 Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registre todas as respostas. Apenas faça o teste se se a pessoa não tiver telefone.

1. Qual é a data de hoje? (mês . dia . ano)
2. Que dia da semana é hoje?
3. Qual é o nome deste lugar?
4. Qual é o seu número de telefone?
- 4a. Qual é a sua morada
5. Quantos anos tem?
6. Quando nasceu?
7. Quem é o Presidente da República actualmente?
8. Quem foi o Presidente anterior?
9. Qual o nome completo da sua mãe?
10. Subtraia 3 a 20 e continue a subtrair menos 3 a cada número novo, até ao mais baixo.

G		Indicadores de Risco Geriátrico	
A. Distúrbios Nutricionais			
Tem comido pior por falta de apetite?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Peso _____ kg	Altura _____ metros	IMC _____	
Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se sim, quanto? _____ Kg			
Avaliação Antropométrica¹			
Peso _____ kg	Altura _____ metros	IMC _____	
B. Polifarmácia			
Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento? (Incluindo medicamentos venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)			
.....			
C. Quedas			
Teve alguma queda nos últimos 6 meses?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tem medo de cair?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se Sim, deixou de fazer alguma das suas actividades habituais por causa desse medo?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
D. Incontinência urinária			
Alguma vez teve perda de urina quando não estava a coçar?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se Sim, alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não conseguiu chegar a tempo ao W.C?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
E. Obstipação			
Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F. Distúrbios sensoriais			
Acha ou sente que tem algum problema de audição?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Resultado Teste de Suzuro ²		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acha ou sente que tem algum problema de visão?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Resultado Teste de Jaeger ³		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F. Distúrbios de Sono			
Sente-se sonolento durante o dia?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Está satisfeito com o seu sono?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

H Índice de Comorbilidade de Charlson*

<input type="checkbox"/> Enfarte do Miocárdio
<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca
<input type="checkbox"/> Doença Arterial Periférica
<input type="checkbox"/> Doença Cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Demência
<input type="checkbox"/> Doença Respiratória Crónica
<input type="checkbox"/> Doença do Tecido Conjuntivo
<input type="checkbox"/> Úlcera Gastroduodenal
<input type="checkbox"/> Hepatopatia Crónica Leve
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hemiplegia
<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa
<input type="checkbox"/> Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
<input type="checkbox"/> Tumor ou Neoplasia Sólida
<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Linfoma
<input type="checkbox"/> Hepatopatia Crónica Moderada/Severa
<input type="checkbox"/> Tumor ou Neoplasia
<input type="checkbox"/> Sida definida
<input type="checkbox"/>

I Escala de Depressão Geriatria (GDS-4)

Instruções: Coloque as questões de 1-10 de 0 a 4 e registre todas as respostas. Apenas faça a questão 10 se a pessoa não tiver telefone.

1. Está satisfeito com sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

J Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

Terapias Respiratórias

<input type="checkbox"/> Oxigénio
<input type="checkbox"/> Nebulizações
<input type="checkbox"/> Ventilação Não-Invasiva (BIPAP/CPAP)

Cuidados e Tratamentos

<input type="checkbox"/> Úlceras de Pressão
<input type="checkbox"/> Úlceras de Perna

J	Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias) <small>Tratamentos especiais/terapias/Programas</small>	<small>continuação</small>
<p>Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.</p>		
A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)		
<input type="checkbox"/> Feridas Cirúrgicas <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Mudança de sonda vesical <input type="checkbox"/> Mudança de sonda nasogástrica Monitorização e Vigilância de Enfermagem <input type="checkbox"/> Diurese <input type="checkbox"/> Tensão Arterial <input type="checkbox"/> Glicemia Capilar Cuidados de Ostomia <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia Percutânea <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Nefrostomias <input type="checkbox"/> Tratamentos Intravenosos <input type="checkbox"/> Transfusões de Sangue <input type="checkbox"/> Tratamentos Programados <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Programas tratamento álcool/drogas <input type="checkbox"/> Outros _____		
B. Terapias de saúde		
<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Outros _____		
C. Serviços Sociais		
<input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Domiciliário Nº de horas por semana = _____h <input type="checkbox"/> Centro de Dia / Convívio <input type="checkbox"/> Outros _____		
L	Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa	
<p>1. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>3. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>		

M	Escala “Gijón” de Avaliação Sócio-familiar no Idoso
A. Situação familiar	
<input type="checkbox"/> 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica <input type="checkbox"/> 2. Vive com o cônjuge de similar idade <input type="checkbox"/> 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência. <input type="checkbox"/> 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos <input type="checkbox"/> 5. Vive sozinho sem filhos	
B. Situação económica?	
<input type="checkbox"/> 1. Mais de 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo <input type="checkbox"/> 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social <input type="checkbox"/> 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados	
C. Habitação	
<input type="checkbox"/> 1. Adequada às necessidades <input type="checkbox"/> 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...) <input type="checkbox"/> 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento) <input type="checkbox"/> 4. Ausência de elevador, telefone <input type="checkbox"/> 5. Habitação inadequada (barracos, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)	
D. Relações sociais	
<input type="checkbox"/> 1. Relações sociais <input type="checkbox"/> 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos <input type="checkbox"/> 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos <input type="checkbox"/> 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas <input type="checkbox"/> 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas	
E. Apoio da Rede Social	
<input type="checkbox"/> 1. Com apoio familiar ou de vizinhos <input type="checkbox"/> 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária <input type="checkbox"/> 3. Não tem apoio <input type="checkbox"/> 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica <input type="checkbox"/> 5. Tem cuidados permanentes	

N

Outros Itens

Aparência Física

Aspecto descuidado

Sim Não

Equimoses em diferentes fases de evolução

Sim Não

Contacto Serviços de Saúde

Quantas consultas tem por ano com o seu médico?

.....(vezes)

Obstipação

As suas fezes são duras a maior parte das vezes?

Sim Não

Faz muito esforço quando está a defecar?

Sim Não

Problemas de sono

Tem dificuldade em adormecer ou fica muito tempo acordado durante a noite?

Sim Não

Se Sim, quanto tempo?

.....(hours)

Tem esta dificuldade quantos dias por semana?

.....(dias)

Tem esta dificuldade à mais de seis meses?

Sim Não

Anexo III - Consentimento autorizado pelo Professor Doutor José Ignacio Martin, da Universidade de Aveiro, para uso do Questionário RNAR_75

Exma Sra. Helena Pires,

No seguimento do pedido que fizeram ao Prof. Doutor Ignacio Martín para a autorização de utilização da RNAR_75 no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária lecionado na Escola Superior de Saúde de Portalegre, informo que têm essa autorização.

Os meus melhores cumprimentos,
Daniela Brandão

De: Lena Pires <lenapires.82@gmail.com>
Data: 24 de Abril de 2013 15:00:29 WEST
Para: <jmartin@ua.pt>
Assunto: Pedido de Autorização

Boa tarde

Envio em anexo, pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados.

Agradeço resposta o mais rápido possível, de forma a conseguirmos cumprir calendário escolar

Obrigada desde já pela sua disponibilidade.

Para qualquer esclarecimento contacte sem hesitar lenapires.82@gmail.com ou 96 64 74 36

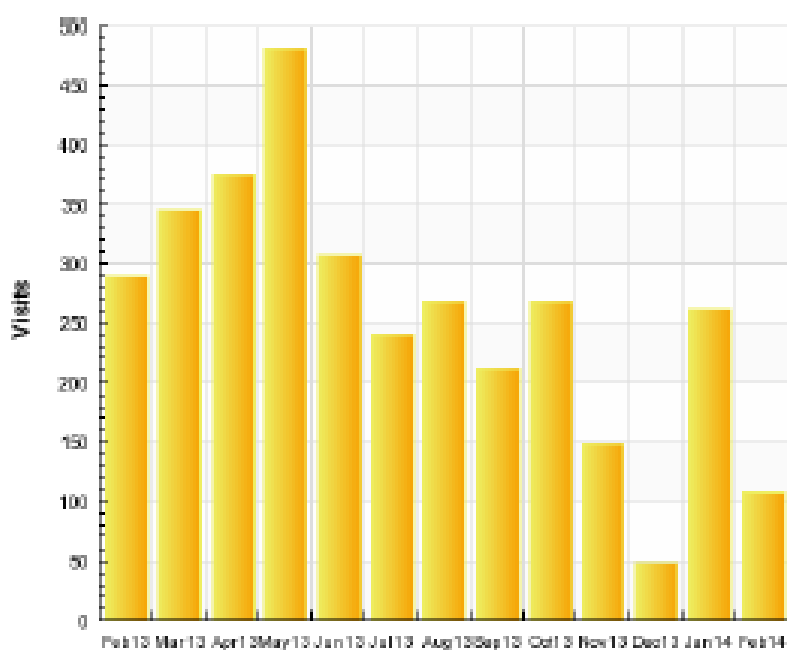
Helena Pires (em nome do grupo)

Anexo IV - Publicação de notícia no Jornal “Ecos Sor” sobre a Sessão” Segurança do Idoso”

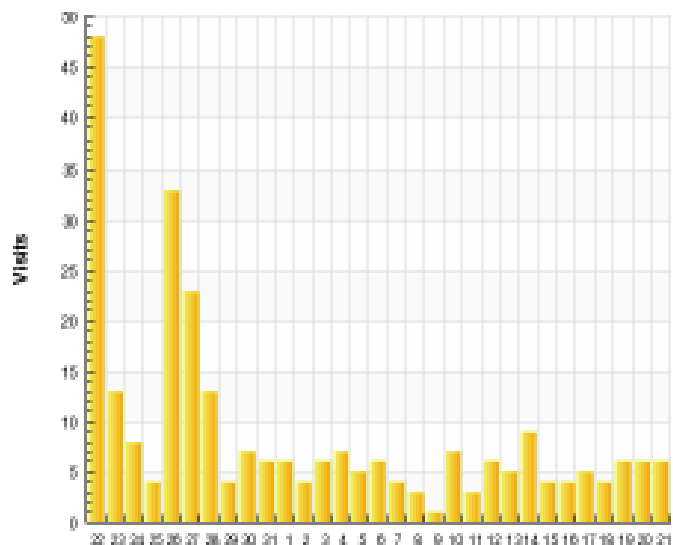
Texto sobre a sessão “Segurança do Idoso” publicado no Jornal “Ecos do Sor” a 10 de Dezembro de 2013



**Anexo V- Monitorização de visualizações dos artigos publicados no Jornal Digital
“SORSAÚDE”**



Month of the Year	Visits
Feb14	107
Jan14	262
Dec13	46
Nov13	148
Oct13	266
Sep13	212
Aug13	268
Jul13	239
Jun13	307
May13	481
Apr13	375
Mar13	346
Feb13	289



Day of the Month	Visits
21	6
20	6
19	6
18	4
17	5
16	4
15	4
14	9
13	5
12	6
11	3
10	7
9	1
8	3
7	4
6	6
5	5
4	7
3	6
2	4
1	6
31	6
30	7
29	4
28	13
27	23
26	33
25	4
24	8
23	13
22	48