

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO**  
**ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra**

**Lisboa**

**2019**





**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO**

**ATIVO E SAUDÁVEL**

*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra**

Orientador: Professora Laura Maria Monteiro Viegas

**Lisboa**

**2019**







*“os enfermeiros podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais valia na saúde pública das populações, dos nossos dias.*

*Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade de cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam”.*

(Declaração de Munique, OMS, 2000: 23)



## **AGRADECIMENTOS**

À Sra. Professora Laura Viegas e Sra. Enfermeira Isabel Nunes pela orientação dedicada, disponibilidade constante, partilha de conhecimentos, positivismo, motivação, colaboração...

Ao Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO): Sr. Presidente Bartolomeu, à Dra. Rita Soares, por me terem permitido desenvolver o projeto na Instituição. À animadora Martinha Fernandes e restantes funcionários com quem privei e trabalhei, pelo acolhimento, disponibilidade e apoio em todos os momentos...

Aos utentes do CURPIO, que participaram no projeto e pela partilha de vida e emoções. Muito grata pelas conversas, gargalhadas, histórias. Foi muito enriquecedor e um privilégio conhecê-los...

À coordenadora da equipa e aos colegas da UCC pela compreensão e esforço acrescido devido às minhas ausências. À Enfermeira Maria do Céu Monteiro pela ajuda no tratamento estatístico e colaboração nas intervenções no CURPIO e à Enfermeira Alexandra pela colaboração nas intervenções no CURPIO.

Aos colegas do 8º Mestrado por terem demonstrado ser uma equipa coesa de lutadores dos quais tenho saudades.

Ao meu marido Nuno, por não me ter deixado desistir...

A todos os que de alguma forma contribuíram para que eu terminasse esta etapa da minha vida, que trilhasse este caminho sinuoso, mas que me levou a bom porto.

A todos o meu sincero e profundo:

**OBRIGADA**



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AF – Atividade Física

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CURPIO - Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMO – Câmara Municipal de Odivelas

DGS – Direção Geral da Saúde

EA – Envelhecimento Ativo

ES – Envelhecimento Saudável

EAS - Envelhecimento Ativo e Saudável

EEECSP – Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde comunitária e Saúde Pública

ENPAF - Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física e do Bem-estar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MPSNP – Modelo de promoção da Saúde Nola Pender

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPAS – Plano Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNPAF – Plano Nacional de Promoção da Atividade Física

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

WHO – World Health Organization

nº - número

% - Percentagem



## RESUMO

O envelhecimento populacional pode ser visto como uma história de sucesso para as políticas públicas de saúde e para o desenvolvimento socioeconómico, mas também desafia a sociedade a se adaptar para maximizar a saúde e a capacidade funcional dos idosos, bem como a sua participação social e segurança (OMS, 2005; OMS, 2015). O projeto de intervenção comunitária que nos propusemos desenvolver e implementar decorreu no Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO) e teve como finalidade contribuir para a mudança de comportamento dos idosos do Centro de modo a capacitá-los para se manterem intelectual e funcionalmente ativos de acordo com as suas potencialidades.

A metodologia do processo de planeamento em saúde segundo Imperatori. & Giraldes (1993) e Tavares (1990), assim como referenciais teóricos como o Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015) e a teoria educacional gerontagógica (Lemieux & Martinez, 2000), serviram de guia.

A população alvo foram os idosos frequentadores do centro em centro de dia e centro de convívio. Como instrumentos para o diagnóstico de situação aplicou-se um questionário com duas partes: Caracterização sociodemográfica e a avaliação geriátrica global (AGG) (Ermida, 2014). A amostra (não probabilística) resultou em 23 idosos, selecionados por conveniência e excluindo participantes por critérios definidos previamente. Identificados os problemas, estes foram priorizados segundo critérios estabelecidos pelos pares. Foi prioritário intervir nos diagnósticos de enfermagem segundo CIPE® (OE, 2016): Cognição comprometida em 56,5%; Autocuidado: Atividade Física (AF) comprometido em 52% e Tristeza demonstrada em 52%. A seleção de estratégias foi dirigida a grupos e alicerçada na Educação para a Saúde, sustentada por métodos e técnicas, focando os domínios da aprendizagem para a capacitação da pessoa idosa, contribuindo para a mudança de comportamento, aumento do seu bem-estar e maximização da sua capacidade funcional. As metas dos indicadores de processo e de atividade foram alcançadas/ultrapassadas. Na avaliação usou-se o mesmo instrumento de recolha de dados e após intervenção os resultados foram no sentido da melhoria na função cognitiva de 34,3%, aumento da prática de AF em 35,5% e diminuição da tristeza em 35,5% (diferenças estatisticamente significativas  $p < 0,05$ ).

O projeto de intervenção descrito neste relatório foi essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências de Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Comunitária essenciais para a prestação de cuidados proficientes. Promovemos a articulação e coordenação de recursos e serviços existentes para a melhor resposta a problemas emergentes e melhoria da qualidade organizacional da UCC e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na comunidade com base na promoção da saúde e o aumento da responsabilidade social, pelo envolvimento dos responsáveis do CURPIO, seus funcionários e outras entidades.

**Palavras-chave:** *Idosos; Envelhecimento Ativo; Envelhecimento; Intervenções de Enfermagem; Centros de idosos.*

## **ABSTRACT**

The aging Population can be seen as a success story for public health policies and socio-economic development, but also challenges society to adapt to maximize the health and functional capacity of older people, as well as their social participation and safety (WHO, 2005, WHO, 2015).

The project of community intervention that we set out to develop and implement took place at the Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO) and had as purpose to contribute to the behavior change of the Center's elderly so as to enable them to remain intellectual and functionally active according to their potentialities.

The Health Planning Process used and the methodology according to Imperatori. & Giraldes (1993) e Tavares (1990), as well as theoretical references such as the Nola Pender Health Promotion Model (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015) and gerontagogical educational model (Lemieux & Martinez, 2000).

The target population was the elderly attending the center in day center and social center. As instruments for the diagnosis of the situation, a questionnaire with two parts was applied: Sociodemographic characterization and the Avaliação Geriátrica Global (AGG) (Ermida, 2014). The sample (non-probabilistic) resulted in 23 elderly people, selected for convenience and excluding participants by previously defined criteria. Once the problems were identified, these were prioritized according to criteria established by the peers. It was a priority to intervene in nursing diagnoses according to CIPE® (OE, 2016): Cognition compromised in 56.5%; Self-care: Physical Activity (PA) compromised in 52% and Sadness demonstrated in 52%.

The selection of strategies was directed to groups and based on Health Education, supported by methods and techniques, focusing on the domains of learning for the empowerment of the elderly, contributing to behavior change, increasing their well-being and maximizing their functional capacity.

The goals of process and activity indicators were achieved / exceeded. In the evaluation, the same data collection instrument was used and after the intervention the results were in the sense of improvement in cognitive function of 34.3%, increase of the practice of PA in 35.5% and decrease of sadness in 35.5% (statistically significant differences  $p < 0.05$ ).

The intervention project described in this report was essential for the personal development and professional promoter skills of Nursing Specialist in Community

Nursing essential for the provision of proficient care. We promote the articulation and coordination of existing resources and services to better respond to emerging problems and to improve the organizational quality of UCC and the quality of nursing care provided in the community based on health promotion and increased social responsibility by involving the responsible for CURPIO, its employees and other entities.

**Keywords:** *Elderly; Active Aging; Healthy Aging; Nursing Interventions; Elderly Centers.*

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
<b>1- ENVELHECIMENTO: PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1- Envelhecimento .....</b>	<b>23</b>
1.1.1- Envelhecimento demográfico .....	23
1.1.2- Envelhecimento individual .....	24
<b>1.2- Envelhecimento Ativo e Saudável.....</b>	<b>26</b>
1.2.1- Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável .....	27
<b>1.3- Intervenções de Enfermagem na Promoção do EAS.....</b>	<b>31</b>
<b>2- REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>35</b>
2.1- Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender .....	35
2.2- Modelo de Educação Competencial.....	37
<b>3- METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1- Diagnóstico de situação de saúde .....</b>	<b>39</b>
3.1.1- Local de intervenção: Contexto .....	40
3.1.2- População-alvo e amostra .....	41
3.1.3- Questões Éticas.....	41
3.1.4-Instrumentos de recolha de informação.....	42
3.1.5-Apresentação e Análise dos resultados.....	43
<b>3.2- Definição de Prioridades .....</b>	<b>48</b>
3.2.1- Diagnósticos de Enfermagem.....	49
<b>3.3- Fixação de Objetivos .....</b>	<b>51</b>
<b>3.4-Seleção de Estratégias .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5- Preparação Operacional.....</b>	<b>55</b>
<b>3.6- Avaliação .....</b>	<b>59</b>
<b>4.-CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>.....</b>
Anexo I: - Quadro de Saúde Pública para <i>Envelhecimento Saudável</i> : oportunidades para a ação de saúde pública durante o curso de vida .....	.....
Anexo II: Autorizações do Centro Unitário de Reformados, Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO).....	.....
Anexo III – Declaração da Diretora Executiva do ACES Loures-Odivelas .....	.....

Anexo IV - Autorização e Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados ....	
Anexo V – Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT .....	
Anexo VI – Certificado do Curso Iniciação ao Yoga do Riso .....	
APÊNDICES .....	
Apêndice I: Diagrama e quadros de apresentação de resultados da Revisão <i>Scoping</i> .....	
Apêndice II – Modelo de Promoção da Saúde De Nola Pender .....	
Apêndice III – Cronograma do Projeto .....	
Apêndice IV – Consentimento Informado .....	
Apêndice V – Declaração de compromisso confidencialidade .....	
Apêndice VI - Declaração do envio de relatório à Comissão de Ética da ARSLVT ...	
Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados .....	
Apêndice VIII – Descrição das dimensões da Avaliação Geriátrica Global (GERMI .	
Apêndice IX – Caracterização da amostra .....	
Apêndice X – Priorização de problemas .....	
Apêndice XI: Cronograma de GANTT- Atividades implementadas .....	
Apêndice XII: Plano Operacional do Projeto .....	
Apêndice XIII: Planos individuais das sessões: .....	
Apêndice XIV: Planos das sessões: .....	
Apêndice XV: Plano de sessão EPS funcionárias do CURPIO: “Promoção do EAS”	
Apêndice XVI: Criação “Comunidade CURPIO” no Sclínico UCC Odivelas .....	
Apêndice XVII- Avaliação individual das Sessões: .....	
Apêndice XVIII: Avaliação das sessões de Atividade Física .....	
Apêndice XIX: Avaliação da sessão EPS funcionárias do CURPIO: .....	

## INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 1-</b> Distribuição dos participantes segundo com quem vive	44
<b>Gráfico 2-</b> Distribuição dos participantes segundo as habilitações literárias	44
<b>Gráfico 3-</b> Distribuição dos participantes segundo à prática de Atividade Física	45
<b>Gráfico 4-</b> Distribuição dos participantes segundo a capacidade de ABVD	46
<b>Gráfico 5-</b> Distribuição dos participantes segundo a capacidade de AIVD	47
<b>Gráfico 6-</b> Distribuição dos participantes segundo o estado nutricional	47

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1-</b> Funções cognitivas e estado afetivo dos participantes	46
<b>Quadro 2-</b> Problemas Identificados no diagnóstico da situação	48
<b>Quadro 3-</b> Ordenação final dos problemas	49
<b>Quadro 4-</b> Problemas e Diagnósticos de Enfermagem	50
<b>Quadro 5-</b> Objetivos específicos, operacionais e indicadores	52
<b>Quadro 6-</b> Comparação das funções cognitivas, estado afetivo e atividade física antes (T1) e após (T2) intervenção comunitária	61
<b>Quadro 7-</b> Comparação da variável estado afetivo após recodificação antes (T1) e após (T2) intervenção comunitária	63
<b>Quadro 8-</b> Comparação da variável ocupação do tempo livre no CURPIO no T1 e noT2	65
<b>Quadro 9-</b> Comparação da variável ocupação do tempo livre fora do CURPIO em T1 e T2	65

## INTRODUÇÃO

A nível mundial assim como em Portugal, tem-se registado nas últimas décadas um aumento ininterrupto do número de idosos que transformou as sociedades desenvolvidas em sociedades envelhecidas. Tal fenómeno deve-se à queda da fecundidade, ao aumento da esperança média de vida, bem como a forte emigração portuguesa registada na década de sessenta (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). Este fenómeno impõe por parte das organizações e sociedade em geral a criação de condições aos mais velhos no sentido da participação, segurança e maximização da capacidade funcional à medida que envelhecem [Organização Mundial da Saúde (OMS), 2015].

As intervenções promotoras de um Envelhecimento Saudável (ES) surgem como uma prioridade face a este fenómeno que emergiu na segunda metade do século XX nos países desenvolvidos (Canhestro & Basto, 2016). Nessa linha a OMS propõe um quadro de ação em saúde pública, com o objetivo de maximizar a capacidade funcional das pessoas à medida que envelhecem (OMS, 2015).

Em Portugal a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS) 2017-2025 (ENEAS) segue esses pressupostos, nesse sentido são elaboradas propostas interministeriais, onde propõem políticas e linhas orientadores multissetoriais face ao envelhecimento (DGS, 2017). Por seu lado a Assembleia da Republica (AR) recomenda ao governo a adoção de medidas para a promoção do envelhecimento com direitos, de forma a adequar a prestação de cuidados de saúde pela promoção da articulação entre as diferentes estruturas de cuidados de saúde primários (CSP) e instituições que acolhem idosos (Resolução da AR nº88/2018).

No âmbito da minha atividade profissional, desempenho funções num Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) - Loures-Odivelas, da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo (ARSLVT) na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - “Saúde a Seu Lado”, do concelho de Odivelas. A UCC tem áreas prioritárias para a população da área de influência desta, das quais destaco “ *a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos nos diferentes settings, na comunidade*” e a “*promoção e proteção da saúde ao longo do ciclo de vida em diferentes momentos e contextos com intervenções a nível de programas de saúde já existentes reforçando a colaboração intersectorial*” (UCC- Plano Ação 2017-2019: 21). Na área do EAS existe um projeto de intervenção comunitária mas direcionado

para utentes idosos da comunidade do Clube Movimento da Câmara de Odivelas (CMO).

O Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO), uma Associação de Reformados e Resposta Social ao idoso, instituição particular da segurança social (IPSS), não tem qualquer projeto de intervenção para a promoção do EAS e de saúde aos idosos e não tem enfermeiro na equipa de prestação de serviços. Surge então como oportunidade única de desenvolver uma intervenção comunitária no CURPIO para prestar cuidados a grupos de idosos que desejam manter-se independentes na sua comunidade (Fletcher, 2011), dando resposta a uma das áreas prioritárias da UCC.

Face ao exposto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) tem um papel fundamental como um dos intervenientes na sociedade. Assim no âmbito 9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) surge o presente relatório de estágio no qual me proponho descrever o projeto: **PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL-*Um Projeto de Intervenção Comunitária***, desenvolvido e implementado no CURPIO a um grupo de idosos que frequenta esta instituição em regime de centro dia/centro de convívio, desde 24 de setembro 2018 a 8 de fevereiro de 2019. Teve como finalidade contribuir para a mudança de comportamento dos idosos do centro de modo a capacita-los para se manterem intelectual e funcionalmente ativos de acordo com as suas potencialidades.

Este relatório teve como outros objetivos descrever atividades para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e das específicas de EEEECSP, nomeadamente: estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico [Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (RCEEEECSP) nº 428/2018, artigo 2º]. A par destes objetivos aprofundar e utilizar estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde, com base na Educação para a Saúde (EpS).

Este caminho implica para além de competências de intervenção em enfermagem comunitária o desenvolvimento de competências de segundo ciclo, no sentido de obtenção de grau de mestre.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos: o primeiro aborda o Envelhecimento Ativo e Saudável e como concretizar a sua promoção, através da revisão de literatura e a Revisão *Scoping*; o segundo capítulo diz respeito ao referencial teórico, onde nos baseámos como o Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015) e o Modelo de Educação Competencial ou Gerontagógico (Lemieux & Martinez, 2000); o terceiro capítulo descreve a metodologia do processo de planeamento em saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1990); o último capítulo tece as considerações finais nas quais se incluíram as competências adquiridas, as limitações e as implicações para a prática clínica do projeto de intervenção desenvolvido.



## **1- ENVELHECIMENTO: PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**

Neste capítulo serão abordados os conceitos estruturantes da temática em estudo com base na revisão bibliográfica e na Revisão *Scoping*, que tendo uma função integradora possibilitam a compreensão do conhecimento atual sobre a matéria a abordar (Polit, Beck & Hungler, 2004).

### **1.1- Envelhecimento**

O envelhecimento humano pode ser visto como uma história de sucesso das políticas públicas de saúde e do desenvolvimento socioeconómico, mas também desafia a sociedade a se adaptar para maximizar a saúde e a capacidade funcional dos idosos, bem como potenciar a participação social e segurança (OMS, 2005; OMS, 2015). O envelhecimento deve ser visto na perspetiva individual e demográfica. O individual determina o aumento da longevidade ou esperança de vida enquanto o demográfico diz respeito ao aumento dos idosos na população geral (Moura, 2006).

#### **1.1.1- Envelhecimento demográfico**

O envelhecimento humano pode ser visto como um dos maiores feitos da humanidade, um grande desafio do mundo atual, uma vez que ganhamos em média 30 anos à vida. No último século assistiu-se a alterações significativas do perfil demográfico e epidemiológico da população mundial, principalmente nos países mais desenvolvidos (OMS, 2015).

A OMS (2002) classifica cronologicamente o idoso como a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. O número de idosos com mais de 65 anos aumentou em analogia com tempos passados O índice de envelhecimento<sup>1</sup>, em Portugal tem aumentado, sendo atualmente de 155,4, este dado coloca o nosso país no 3º lugar dos países da União Europeia (UE) com índice de envelhecimento mais elevado. Na

---

<sup>1</sup> 1 Índice de envelhecimento é entendido como o número de pessoas com 65 e mais anos por 100 jovens menores de 15 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2019)

área metropolitana de Lisboa o índice é de 134, 8 [Instituto Nacional de Estatística (INE), 2018; PORDATA, 2019].

A esperança de vida tem vindo a aumentar continuamente, em 2016 era em média de 81,3 anos. O valor nas mulheres é mais elevado, atingiu os 83,4 anos e nos homens o valor de 77,7 anos (PORDATA, 2019). No entanto essa longevidade nem sempre é acompanhada de boa saúde e sem a prevalência de doenças crónicas (Pinto, 2006), daí que *“com o aumento da esperança de vida que se verifica atualmente, temos de nos esforçar para que esse prolongamento corresponda a um envelhecimento saudável, de modo a que o idoso continue disponível para viver cada dia de um modo independente”* (Santos, 2014:75).

### **1.1.2- Envelhecimento individual**

O envelhecimento individual é um conceito multidimensional que inclui de forma complexa a saúde física, psicológica, nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente. De fato, Fonseca, (2006: 52) afirma *“o envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes”*.

De acordo com Ribeiro & Paúl (2011), no contacto com as pessoas mais velhas constatamos que existem formas distintas de envelhecer. Assim o envelhecimento consiste não só num processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano, um processo que comporta ganhos e perdas, e para a sua adaptação concorrem variáveis de natureza intrínseca e extrínseca ao individuo, condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo se definir como um processo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (OMS, 2005; Fonseca, 2006; OMS, 2015).

Para Ermida (2014:107) *“o envelhecimento ocasiona alterações significativas na cognição”*. A cognição desenvolve-se continuamente desde a infância até à velhice. As alterações de grau variável das diversas componentes do processo cognitivo refletem-se na qualidade de vida do idoso e na sua relação com ambiente social, pelo que a avaliação cognitiva do idoso é obrigatória com vista à otimização

dos cuidados. O fundamental é perceber o que é normal e o que não representa ameaça à integridade física, mental e social, sendo essencial exercitar as capacidades para não enfraquecerem, não deixarem de estar operacionais e não se extinguirem (Portugal & Azevedo, 2011; Paúl, 2017).

Por seu lado, as alterações do estado afetivo no idoso são muito frequentes e muitas vezes negligenciadas, de diversidade e gravidade variável, tais como, alterações simples de humor, ou formas mais ou menos graves de depressão (Ermida, 2014). Com efeito Ribeiro e Paúl (2011: 9) afirmam que *“há sofrimento psicológico provável numa percentagem significativa da população mais velha”*. Fonseca (2006) (citando Paúl, Asys & Ebrahim, 2006) refere que a solidão e mal-estar psicológico, ou sintomas depressivos estarão relacionados e que o casamento surge como a melhor via para atenuar os efeitos da solidão na saúde psicológica da pessoa idosa. De fato Cabral *et al.* (2013) afirmam que a viuvez é apontada como sendo a principal causa do isolamento social e da solidão, já para Fonseca (2006) citando Barreto (1984), estará relacionada com a fraca ou inexistente educação escolar, bem como a falta de experiências anteriores em atividades de ocupação dos tempos livres.

Como sabemos o processo normal do envelhecimento determina em todo o individuo, embora com intensidade e expressão variáveis, uma diminuição física, mental e funcional que condiciona, mais ou menos significativamente a sua autonomia e independência, afetando o seu desempenho e, conseqüentemente, a qualidade da sua vida individual e social que comprometem em certo modo a capacidade para a realização das atividades de vida diária (Ermida, 2014). Para Moraes (2012: 28) *“o humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia do individuo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária”*. A autonomia e a independência podem ser prejudicadas pelas alterações no equilíbrio e da marcha que se agravam com a progressão da idade. As quedas são uma das conseqüências mais frequentes das perturbações do equilíbrio e de marcha senil, causa de maior incapacidade e morte neste grupo etário (Ermida, 2014).

A inatividade física pode ser devido à falta de incentivo e de oportunidades para participar em atividades, assim como a existência de ambientes ou áreas de risco, com barreiras físicas. Menos atividade física e mais problemas de mobilidade podem impedir os idosos de saírem levando ao isolamento e depressão (OMS, 2005; Pender, *et al.*, 2015).

A diminuição da mobilidade, a solidão, a par com as restrições económicas, a medicação e a dependência, colocam o idoso em risco de consumir dietas inadequadas sendo considerado um grupo etário de grande risco nutricional. A malnutrição apresenta neste grupo etário formas que vão desde a obesidade à desnutrição grave, passando pela subnutrição e por carências de vários nutrientes diminuindo a sua capacidade funcional (Ermida, 2014; Santos, 2014; Pender, *et al.*, 2015).

## 1.2- Envelhecimento Ativo e Saudável

Os conceitos de Envelhecimento Ativo (EA) e de Envelhecimento Saudável (ES) têm sido adotados e gerado algumas controvérsias não existindo um consenso nas suas definições, no entanto segundo Ribeiro & Paúl (2011) a OMS em (2002) assumiu o EA como sendo mais abrangente estendendo-se para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional. O EA é então o processo de favorecimento de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, num processo contínuo de bem-estar físico, psíquico e social. Reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência, e autorrealização, em que as pessoas são chamadas a participar (OMS, 2005; Ribeiro & Paúl, 2011). Iniciativas de outros setores como a educação, o emprego, a habitação, a solidariedade entre gerações ou o desenvolvimento rural e urbano, para além dos serviços sociais e de saúde, são necessariamente incluídas.

Relativamente ao conceito de ES, novamente adotado pela OMS, no Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde (2015: 13), é *“o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”*. Não apenas ausência de doença mas a manutenção de habilidades funcionais, reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para que vivenciem aquilo que valorizam.

O conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS) surge recentemente como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem, assim como o processo de

maximização e manutenção da capacidade funcional que contribuí para o bem-estar das pessoas, sendo que a capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas (físicas e mentais) da pessoa com o meio (DGS, 2017).

### **1.2.1- Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável**

A amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade depende de um fator fundamental que é a saúde (Fonseca, 2006). Se as pessoas vivem os anos extra de vida com boa saúde, a sua capacidade em realizar tarefas que valorizam será um pouco diferente e se esses anos são acompanhados de declínio na capacidade física e mental as implicações para as pessoas idosas e para a sociedade é negativa (OMS, 2015). A promoção de saúde surge como um processo de capacitação das pessoas que lhes permite melhorar a saúde pelo controle dos seus determinantes e a possibilidade de envelhecer mantendo a saúde e a autonomia é consonante com as premissas da promoção da saúde defendidas pela OMS (Canhestro & Basto, 2016).

O estado de saúde e bem-estar do idoso depende sobretudo da sua autonomia que resulta da capacidade funcional, que corresponde às suas condições físicas e mentais (Pender, *et al.*, 2015; Branco, 2017). A autonomia pessoal e a capacidade de fazer escolhas são importantes para os idosos, assim como a sua saúde. Para Fonseca (2006:125), *“o estado de ânimo, a competência e o nível de atividade dos idosos variam com o estado de saúde dos indivíduos, quer com a avaliação que os indivíduos idosos dela fazem”*.

São múltiplos os fatores de vária índole e de importância diversa, intrínsecos e extrínsecos que limitam e condicionam a vida do idoso no seu meio familiar e social. No entanto a saúde comportamental coloca o comportamento individual na base de uma cadeia causal de responsabilidades pela saúde /doença de cada pessoa (Fonseca, 2006; Moraes, 2012; Ermida, 2014).

A personalidade, os comportamentos (estilos de vida) e a ação do contexto para além dos efeitos biológicos associados ao envelhecimento, são dimensões que interferem na saúde de cada indivíduo, determinando as respetivas trajetórias de saúde (Fonseca, 2006). Para Ribeiro & Paúl, (2011: 5) *“a par das diferenças genéticas entre os sexos, os comportamentos também determinam as diferenças observadas na esperança de vida e na morbilidade diferencial entre homens e mulheres”*. Para além dos comportamentos individuais, a dimensão relacional

assume um papel importante na promoção da saúde, sobretudo na saúde mental. Citados por Fonseca (2006) autores como Novo (2003), Paúl, (1996, 2001) e Barreto (1984, 1988), destacam a importância das relações sociais significativas na fase do envelhecimento pela sua vulnerabilidade.

Assim as redes sociais, a família, os vizinhos, desempenham aqui um papel essencial para assegurar a autonomia dos idosos. Quando os contextos ao longo da vida mudam (os familiares, os de trabalho, os de vizinhança), assim como, a reforma, a morte dos pares, a mudança de casa alteram profundamente essas redes (Fonseca, 2006). Para Cabral *et al.* (2013: 278) *“as características das redes pessoais em que as pessoas mais velhas se inserem e a forma como ocupam o seu tempo livre são fundamentais, tanto para o seu estado de saúde subjetivo como para o sentimento de felicidade”*.

Os estudos revelam que só cerca de 30% da população sénior portuguesa adota práticas associadas às recomendações do EA (Cabral *et al.*, 2013). Bowling (2008) no sentido de obter informações acerca das próprias perspetivas sobre EA, conduziu um estudo com idosos britânicos e concluiu que o conceito se encontrava associado a saúde física e funcionalidade, às atividades sociais e de lazer, funcionamento e atividade mental e relações sociais e relacionamentos.

A prática de atividade física (AF) e a alimentação saudável estão intimamente ligadas ao ES (Araújo, 2011). O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF, 2016) e a Estratégia Nacional para a Promoção da AF e Bem-Estar (ENPAF, 2017) dão orientações nesse sentido face ao sedentarismo da população. No *Global Action Plan on Physical Activity*, afirmam que o treino da força para manter a massa muscular e boa nutrição podem ajudar a preservar a função cognitiva, retardar a dependência de cuidados e reverter a fragilidade [*World Health Organization (WHO)*, 2018]. Já o Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS, 2018) visa o aumento da literacia e capacitação da população para Alimentação Saudável ao longo da vida.

A OMS recomenda a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir, de forma plena, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável. Um ambiente físico adequado à idade pode representar a diferença entre a independência e a dependência, sobretudo daqueles que estão em processo de envelhecimento (OMS, 2009).

In an age-friendly community, there is a culture of inclusion shared by persons of all ages and ability levels. Policies, services and structures related to the physical and social environment are designed to support and enable older people to "age actively", that is, to live in security, enjoy good health and continue to participate fully in society (WHO, 2017:3).

O paradigma do EAS é um desafio partilhado por todos os países a nível mundial e europeu. Em Portugal registam-se várias iniciativas, de que falaremos a seguir. Contudo há ainda um longo caminho a percorrer para que esta abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas garantindo a realização plena e sua dignidade (DGS, 2017).

Comprometido com estratégias da OMS (2015), com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), o Ministério da Saúde, através da Direção Geral da Saúde (DGS) tem desenvolvido iniciativas e programas como é exemplo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004), que integrado no vigente Plano Nacional de Saúde (PNS), vem dar continuidade ao desenvolvimento de políticas e de estratégias de atuação multidisciplinares e intersectoriais que permitam às pessoas idosas desfrutar de uma vida ativa e saudável, garantindo a sustentabilidade e eficácia a longo prazo dos sistemas de saúde e de proteção social.

A DGS (2006) emana orientações visando a promoção do ES ao longo da vida e para a criação de respostas adequadas às necessidades dos idosos, estimulando as capacidades, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. Os PNS seguintes dão continuidade à visão dos anteriores, na maximização dos ganhos em saúde, salientam o foco na saúde e bem-estar, abordagem pelo ciclo de vida, equidade, nos determinantes sociais, *empowerment* dos cidadãos, elementos fundamentais destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos e reduzir desigualdades em saúde através da promoção da saúde (DGS, 2015).

A proposta do grupo de trabalho interministerial ENEAS 2017-2025, está em linha com o PNS e os diversos Programas de Saúde Prioritários e Estratégias Nacionais, de Ação da EU, assim como da OMS para a promoção do EAS descritas. Em vias de ser assinada, tem como missão: *“promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”* (DGS, 2017: 18). Nesse sentido, propõem

políticas e linhas orientadoras face ao envelhecimento, como resposta às alterações da capacidade funcional ao longo do ciclo vital baseadas no quadro de ação de saúde pública proposto pela OMS (2015) no qual é possível identificar as diversas oportunidades que visam otimizar as trajetórias da capacidade funcional e da capacidade intrínseca (físicas e mentais) de cada (Anexo I).

Por sua vez a AR recomenda ao governo a adoção de medidas para a promoção do envelhecimento com direitos, nomeadamente a *“Promoção de atividades que mantenham (os idosos) intelectual e funcionalmente ativos”* e a (...) *“Promoção da articulação entre as diferentes unidades funcionais dos cuidados de saúde primários e as instituições que acolhem pessoas idosas (estruturas residenciais para idosos e centros de dia) de forma a adequar a prestação de cuidados de saúde a estes utentes”* (Resolução da AR nº 88/2018: 1542).

Assim, o fenómeno do envelhecimento diz respeito e implica a intervenção de todos os setores, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários (CSP), na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária em resposta às necessidades da população idosa (DGS, 2006).

Sabemos que na maioria os idosos vivem sozinhos, necessitam de comunidades seguras e promotoras da saúde bem como de serviços de apoio para os ajudar a continuar atividades cujo foco é a qualidade versus quantidade ou seja aumentar vida aos anos (Cabral *et al.*, 2013). Com apoio adequado de família, amigos, profissionais de saúde e acesso a recursos da comunidade, os idosos podem permanecer na sua própria casa nesta fase da vida (Fletcher, 2011; Pender, *et al.*, 2015). Os centros para idosos são uma resposta polivalente com o objetivo de fornecer atividades sociais e recreativas, tais como, convívio, reeducação, aconselhamento, tratamentos, refeições, gestão de casos, medicação e triagem de problemas de saúde Os centros de dia destinam-se a indivíduos cujo funcionamento mental e físico requer mais cuidados de saúde e maior supervisão, normalmente quem os frequenta regressa a casa no final do dia para junto de seus cuidadores (Fletcher, 2011)

Torna-se imperativa uma mudança na forma como pensamos acerca do envelhecimento e dos idosos, a criação de meios ambientes amigáveis, alinhamento dos sistemas de saúde de acordo com necessidades das pessoas idosas e desenvolvimento dos sistemas de cuidados a longo prazo (WHO, 2017). Então

conseguir viver o mais tempo possível, independentes, no seu meio habitual, tem de ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva (DGS, 2006), tornando-se necessárias parcerias com organizações comunitárias para os idosos no sentido do envolvimento de todos e dos próprios (Pender, *et al.*, 2015).

### **1.3- Intervenções de enfermagem na promoção do EAS**

Cabe à sociedade construir um mundo favorável aos idosos, o que implica a transformação que substitua os modelos curativos baseados na doença, pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades (OMS, 2015). Os enfermeiros que trabalham na comunidade encontram-se numa posição privilegiada para desenvolver intervenções que influenciam resultados ao nível da promoção do EAS, reforçando a importância da adoção de comportamentos saudáveis por parte das pessoas de qualquer idade. No entanto nas idades avançadas deverão ser adotados alguns cuidados com a manutenção da saúde para que as pessoas mais velhas possam viver mais anos com qualidade de vida (Canhestro & Basto, 2016; Branco, 2017).

Devido ao processo de envelhecimento, *“os últimos anos de vida de um idoso são muitas vezes passados com um declínio das funções físicas. Para os enfermeiros um objetivo é ajudar os idosos a maximizar o estado funcional e minimizar o declínio das funções”* [pelo que] *“as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença devem ser enfatizadas nos idosos”* (Fletcher, 2011: 700), tais como atividades promotoras das capacidades cognitivas, como a leitura, os treinos da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, as atividades com as mãos, o convívio com outras pessoas, de preferência de várias gerações. Na perspetiva de promoção da saúde mental, a depressão pode ser evitada ou melhorada com as atividades ao ar livre e de grupo (DGS, 2006).

Canhestro & Basto, (2016: 61), citando William & Kempler (2010) afirmam que *“apesar da inevitável redução da função cognitiva ao longo do processo de envelhecimento é possível preservá-la através da manutenção da atividade cognitiva e de estilos de vida saudáveis. Treino cognitivo, atividade física, compromisso e participação social e nutrição estão todos associados à redução do declínio nas capacidades cognitivas ao longo do processo de envelhecimento”*.

Para além da manutenção de estilos de vida saudáveis, são fundamentais uma alimentação variada e equilibrada, o uso de suplemento alimentar adequado e a prática de atividade física (AF) regular e adaptada às características individuais de cada um, podem ajudar a preservar a função cognitiva, retardar a dependência de cuidados e reverter a fragilidade (Araújo, 2011; Branco, 2017; WHO, 2018). A AF não deve ser confundida com desporto e pode ser realizada de várias formas e inclui atividades diárias como andar, jardinar, caminhar, andar de bicicleta, brincar de forma ativa, envolver-se em atividades recreativas e até atividades de exercício organizado como yoga, dança, entre outros, a caminhada é uma AF privilegiada por ser simples de execução e fácil adaptação (PNPAF, 2016; ENPAF, 2016; WHO, 2018). Relativamente à alimentação, o PNPAS dá orientações para a alimentação saudável e nesta fase da vida é essencial, sendo necessário o aumento da literacia e a capacitação dos idosos para escolhas saudáveis (DGS, 2018).

Sabendo que os comportamentos continuam a ser muito importantes na idade avançada e que cada um é em parte o responsável pela forma como envelhece, como educadores devemos adotar estratégias de promoção de saúde mais participativas e multidisciplinares promotoras de uma saúde positiva, respeitando os ritmos de aprendizagem num processo de crescimento e desenvolvimento (Carvalho & Carvalho, 2006; Canhestro & Basto, 2016). Para tal é necessário uma comunicação eficaz, como afirma Mão-de-Ferro (2011: 49) *“comunicar significa tornar comum, saber transmitir, transferir ideias sentimentos ou experiências de uma pessoa para outra, tendo em vista um determinado comportamento”*. Neste processo de comunicação a escuta ativa, o reforço positivo e incentivo ao diálogo são fundamentais para permitir ao idoso expressar a sua experiência de vida. De facto o profissional de saúde deve mostrar interesse pelas suas histórias de vida, pelo seu passado, pelos seus problemas e inquietações, valorizando as suas opiniões na conversa e no grupo, elogiar suas conquistas do passado e estimular conquistas e/ou tentativas atuais, resolver conflitos e completar tarefas inerentes ao envelhecimento (Fletcher, 2011; Paúl, 2017).

O estímulo do desenvolvimento de uma atitude positiva diante da vida é essencial para o autocuidado e autopromoção do EAS, pelo que encorajar o idoso a manter-se participativo e ligado ao grupo, conhecer as suas habilidades, estimular o fortalecimento da rede de suporte, procurar recursos e estimular a participação de familiares, assim como valorizar um investimento em si, nas relações sociais e

afetivas e em atividades desafiantes no sentido da promoção do bem-estar físico e psicológico (Ribeiro & Paúl, 2011; Moraes, 2012).

O foco da intervenção geriátrica é a melhoria da funcionalidade do indivíduo e não só da sobrevivência, sendo que as intervenções podem prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar, dependendo do idoso (Moraes, 2012). Nessa linha a OMS recomenda para os idosos com declínios significativos na capacidade, ambientes e sistemas integrados de cuidados por forma a garantir que tenham uma vida de dignidade e crescimento pessoal contínuo (WHO, 2017).

A maximização da independência o vigor e a satisfação com a vida são objetivo das intervenções de enfermagem. Segundo a CIPE® versão 2015 da Ordem dos Enfermeiros (OE), intervenções de enfermagem são ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem com o objetivo de alcançar um resultado e visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2016).

Foi efetuada uma revisão *Scoping* para responder à questão “**Quais as intervenções de enfermagem promotoras do envelhecimento ativo e saudável nos idosos em centro de dia?** Esta teve o objetivo de mapear os conceitos chave que sustentam uma área de pesquisa, bem como esclarecer definições de trabalho e/ ou limites conceptuais de um tema (Joanna Briggs Institute – JBI, 2015). A pesquisa fez-se na plataforma EBSCO HOST e foram utilizadas duas bases de dados MEDLINE E CINAHL. Em cada base de dados foram utilizados os mesmos conceitos subjacentes dentro das palavras-chave de acordo com a mnemónica PCC: P de população- elderly; C de conceitos- *Nursing interventions, Health Promotion, Healthy aging*) e C de contexto- *Seniors Centers*. Foram associados termos naturais e indexados (MEDLINE- MeSH; CINAHL – CINAHL Headings). Os termos foram intersetados com os operadores booleanos “OR “e, AND” e obtiveram-se artigos das duas bases de dados. Foram também incluídos artigos da *B-on* e *Google*, que após exclusão dos repetidos e de aplicados critérios de inclusão e exclusão e num limite temporal entre 2008 e 2018, obtiveram-se oito artigos apresentados no diagrama da Revisão *Scoping*, cujos resultados são apresentados em quadro (Apêndice I).

Constata-se que apesar do evidente envelhecimento da população são escassos os artigos/estudos na Europa e em Portugal.

Os artigos selecionados revelam que programas e intervenções educativas têm demonstrado a importância das mesmas para o desenvolvimento de habilidades nos

idosos para a manutenção do EAS. Idealmente, profissionais de saúde tais como enfermeiros que trabalham em centros para idosos prestam cuidados significativos à população, sendo as intervenções no domínio do bem-estar geral, tal evidência demonstra as potenciais influências das intervenções de enfermagem em centros de idosos (Song, Seo, Choi, Choi, Ko & Lee, 2017).

Para os mesmos autores (Song *et al.*, 2017) o impacto e a facilidade do acesso dos idosos a centros de idosos são grandes, pelo que intervenções e serviços de saúde nesses centros devem ser fortalecidos, sendo assim contexto para a enfermagem liderar os programas de intervenção de saúde dos idosos e poderem reduzir incidência de complicações das doenças crónicas e o declínio cognitivo (Lee & Kim, 2016).

Lee & Kim (2016) tal outros autores referenciados, concluíram que incentivar os adultos mais velhos a participarem em várias atividades sociais formais pode ajudar a preservar a função cognitiva da população idosa na comunidade.

O programa *“Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain”* de Coll-Planas, Valle Gómez, Bonilla, Masat, Puig, & Monteserin (2017) pretendia o reforço da rede/parceria dos CSP, centros de idosos e outros na comunidade, no sentido de aliviar a solidão entre idosos. Os seus autores relataram que a intervenção é uma proposta viável para aliviar a solidão pela abordagem e pelo envolvimento em atividades sociais.

De salientar que, a maioria dos programas descritos nos estudos analisados na revisão Scoping foram implementados para idosos durante longos períodos, 12 semanas, 12 meses e até durante anos e pela temporalidade, embora desafiadores poderão ser bem-sucedidos e sustentáveis (Kuczmarksi & Cotugno, 2009).

## 2- REFERENCIAL TEÓRICO

A utilização de modelos e teorias na promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientar nas soluções que respondam às necessidades das pessoas em questão. Para tal será necessário criar condições para que adquiram informação, habilidades e competências para adotarem comportamentos promotores da saúde (Pender, *et al.*, 2015).

A educação do idoso deve potenciar as possibilidades de autorrealização recorrendo à pedagogia, ou seja a gerontagogia no entendimento da pessoa no seu processo de envelhecimento (Lemieux & Martinez, 2000; Chaves & Fragoso, 2012).

Segundo Song *et al.* (2017), há necessidade de se adotar a teoria do comportamento em saúde no desenvolvimento das intervenções de saúde para melhores resultados comportamentais. Os programas de promoção da saúde baseados na comunidade sustentável ao longo do tempo podem ser uma estratégia bem-sucedida para motivar mudança de comportamento em idosos (Kuczmarksi, & Cotugno, 2009).

### 2.1- Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender

Neste sentido o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP) pareceu-nos ser o mais indicado para o desenvolvimento deste projeto como guia no processo de capacitação ao orientar para as intervenções de maximização da capacidade funcional.

O MPSNP surgiu na década de 90 e já sofreu várias alterações, a última revisão em 2015 com a introdução de mais três variáveis. *i)* sentimentos em relação ao comportamento, *ii)* exigências imediatas e preferências e *iii)* comprometimento com o plano de ação. Este fundamenta-se na conceção de promoção de saúde voltada para a manutenção e/ou intensificação do bem-estar (Pender, *et al.*, 2015). Baseado na teoria do valor da expectativa (os indivíduos envolvem-se em ações para atingir metas que são percebidas como possíveis e com resultados) e teoria da aprendizagem social (pensamentos, percepções, comportamentos e interação do

meio ambiente, para modificar o comportamento a alterar e o modo como pensam. Sabendo que cada pessoa é única e irrepetível, todos estes aspetos, contribuem para o seu processo de envelhecimento (Chaves & Fragoso, 2012).

Este modelo permite implementar e avaliar ações de promoção da saúde e avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde pelo estudo da inter-relação entre três pontos principais: as características e experiências individuais; comportamento específico (os sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar) e o comportamento de promoção desejável (Pender, *et al.*, 2015) (Apêndice II).

A promoção da saúde através da educação para a saúde (EPS), recorrendo à demonstração dos benefícios a alcançar com a adoção de um comportamento de saúde, é vista como um processo de capacitação, onde o papel do enfermeiro de saúde comunitária tem um papel fundamental (Carvalho & Carvalho, 2006; Canhestro & Basto, 2016). Para Pender, *et al.* (2015: 252) *“the nurse’s role as collaborator, facilitator, resource, and teacher has become more important than ever, as clients are asked to assume more responsibility for their health. Empowerment for self-care should be considered a priority of all health care professionals”*. Nesse sentido devemos considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua saúde e deverão ser encorajadas a participar nesse processo (Martins, 2003). O importante é que cada idoso seja o “programador” e o alvo, procurando o que faz sentido e o que gostar de fazer, acreditando que é o ator principal, um parceiro no processo educacional em vez de um mero recetor passivo, sendo que as informações devem promover a tomada de decisão e independência informadas (Pender, *et al.*, 2015; Paúl, 2017).

A educação para o autocuidado deve ter em atenção as mudanças físicas, sensoriais, de mobilidade e psicossociais que acompanham o envelhecimento, bem como sentimentos de isolamento, insatisfação e desamparo (Pender, *et al.*, 2015). A competência associada ao envelhecimento é vista *“como a capacidade do individuo para realizar adequadamente aquelas atividades habitualmente consideradas como essenciais para a existência”* (Fonseca, 2006: 93), valorizando preferências individuais, motivações e interesses incluindo atividades de lazer.

## 2.2- Modelo de Educação Competencial

Para que os programas de intervenção sejam eficazes e haja mudança tem de haver aprendizagem que resulta da interação da informação de todas as dimensões do individuo e para haver aprendizagem tem de existir comunicação e vice-versa, ambas inseridas num contexto, só assim a aprendizagem terá significado (Carvalho & Carvalho, 2006). A aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial e pessoal que se traduz na modificação de comportamento (Alarcão & Tavares, 1992).

Recorrendo ao modelo de educação competencial ou gerontagógico, este baseado no conceito de atualização do auto conhecimento, visa uma melhor gestão da vida pessoal e social através da reutilização dos conhecimentos e da problematização do conhecimento de acordo com os contextos (Lemieux & Martinez, 2000). A gerontagogia reforça o MPSNP ao referir que é necessário, conhecer o idoso, incentivando autonomia, sob ponto de vista pessoal e social, capazes de tomar decisões e integrar conhecimentos e criar condições ideais para a sua capacitação e *empowerment*. Trata-se de uma ciência aplicada na intervenção educativa dos idosos, onde a educação é vista como um processo de comunicação, troca de significados, é valorizada a experiência acumulada ao longo da vida, adotando a reflexão ou metacognição para a aquisição da sabedoria (competência geral, conhecimento baseado na experiência e habilidades reflexivas) para melhor gestão pessoal e social. Trata-se de uma abordagem positiva e humanizada com foco no potencial desenvolvimento psicológico e educacional do ser humano que envelhece, sem limite de idade (Lemieux & Martinez, 2000; Chaves & Fragoso, 2012).

A avaliação multidimensional a que nos propusemos para os idosos do CURPIO permitirá um conhecimento e uma abordagem holística respeitando as especificidades inerentes ao processo de envelhecimento e trajetória de cada um, tais como alterações ao nível físico, mental, psicossocial, bem como sentimentos a eles associados, utilizando o MPSNP e o modelo de educação competencial.



### **3- METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Segundo a OE o EEESC “ *estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*” (RCEEEECSP, 2018: 19355). Nesse sentido o projeto de intervenção comunitária “Promoção do EAS” assentou como já referido na metodologia do Planeamento em Saúde. Este consiste num processo dinâmico e contínuo de racionalização de recursos com vista a atingir os objetivos fixados e redução dos problemas de saúde considerados prioritários, para o qual são programadas e previstas decisões, contempla as etapas de diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação de execução e avaliação (Imperatori & Giraldes,1993; Tavares, 1990) (Apêndice III).

De acordo com lo exposto, vamos descrever as atividades realizadas em cada etapa. Começamos pela etapa do diagnóstico de situação de saúde, realizado em outubro 2018, no CURPIO, a partir da aplicação dos questionários, os quais possibilitaram uma avaliação a nível físico, mental, funcional e social dos idosos.

#### **3.1- Diagnóstico de situação de saúde**

O Diagnóstico de situação de saúde deverá corresponder às necessidades da população, ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, assim como facilitar a explicação desses problemas, de fácil leitura e clareza de apreensão, para se seguirem as fases seguintes (Imperatori & Giraldes 1993; Tavares 1990).

Antes de mais, importa proceder a uma caracterização do contexto, definir a população alvo e amostra, abordar os instrumentos e procedimento de recolha de dados e tecer as considerações éticas.

### 3.1.1- Local de intervenção: Contexto

Este percurso decorreu de 24 setembro 2018 a 8 de fevereiro de 2019 como já referido, no ACES Loures/Odivelas, na UCC de Odivelas “Saúde a seu Lado”, local onde exerço funções como enfermeira. A UCC tem na sua área de influência o CURPIO. Trata-se de uma resposta social aos idosos, fundamentada e regulada, sendo que última alteração/ aprovação/revisão dos seus estatutos pela Assembleia Geral se deu em Novembro de 2017, com Escritura Pública de 9 Fevereiro de 1983 DR nº56 III série de 9 de março de 1983, tem acordo de cooperação com Segurança Social (SS) desde 1986. A Associação tem o objetivo de apoiar os reformados, pensionistas e idosos de Odivelas e recebe também utentes adultos com doença psiquiátrica diagnosticada. Como valências: Centro de Dia (CD), Centro de Convívio (CC) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (Estatutos do CURPIO, 2017).

Funciona e localiza-se no piso zero de um prédio urbano em Odivelas de fácil acesso a todos os frequentadores. O espaço comporta várias áreas funcionais, destacando-se uma sala ampla de refeições “polivalente” com pequeno bar e funciona como espaço para outras atividades como: *i)* prática de atividade física, *ii)* cantares e jogos (sócios do CURPIO e utentes), *iii)* bailes ao fim-de-semana, *iv)* pequeno bar (mas obriga à constante adaptação), e ainda *vi)* uma sala de atividades, cujas dimensões reduzidas dificultam a frequência/permanência e desenrolar de algumas atividades.

O contexto de intervenção era um espaço que não conhecia, que não me era familiar, e onde o papel como profissional e como mestranda foi uma estreia. Para o desenvolvimento deste projeto, realizaram-se várias reuniões com os diferentes agentes neste processo: Assistente Social da UCC e Sra. Enfermeira Coordenadora da UCC; Sr. Presidente, Sra. Diretora e Animadora Sociocultural do CURPIO. O objetivo destas foi recolher informação sobre variáveis socioeconómicas e ambientais e identificar necessidades em saúde do grupo de idosos. Na continuidade, as reuniões seguintes tiveram como objetivos não só a apresentação do projeto, como a sensibilização dos intervenientes para a problemática e cooperação dos mesmos, pois tal como Tavares (1990) acrescenta, esta etapa pode servir para sensibilizar e motivar os diversos profissionais.

### 3.1.2- População-alvo e amostra

No presente projeto definiu-se como população alvo os idosos do CURPIO, ou seja um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos (Fortin, 1996). Em outubro 2018 estavam inscritos no CURPIO cinquenta e nove utentes, doze em CC e quarenta e sete em CD. A amostra é não probabilística (amostragem acidental/ conveniência), constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 1996), que foram definidos, esta resultou de uma fração da população presente no CD/ CC do CURPIO, durante o período de colheita de dados. Traçamos como critérios de inclusão: idade superior a 65 anos, sem doença psiquiátrica diagnosticada à data da recolha de dados, sabiam ler e escrever, que se disponibilizaram, deram o seu consentimento livre e informado para participar na recolha de informação e respondendo aos instrumentos de colheita de dados de 1 a 19 de outubro de 2018 (Apêndice IV).

Após a aplicação destes critérios a amostra foi de 23 idosos.

### 3.1.3- Questões Éticas

Para Fortin (1996) os princípios éticos e deontológicos levantam-se na investigação efetuada com seres humanos, estes vão desde a forma como os sujeitos participam, passando pelo método de colheita de informação, bem como a divulgação dos resultados. Estes foram respeitados em todo o processo, como passo indispensável, para o seu desenvolvimento. Foram asseguradas todas as autorizações necessárias: à Direção do CURPIO para aplicação dos questionários e para o desenvolvimento de projeto (Anexo II); à Diretora Executiva do ACES Loures-Odivelas, Dra. Ileine Lopes, para a implementação e avaliação deste projeto na UCC de Odivelas- “Saúde a seu Lado” (Anexo III); à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) -autorização n.º 5859/ 2018, a qual emitiu o parecer (Anexo IV).

Relativamente ao pedido de parecer a Comissão de Ética da ARSLVT, foi emitido em Junho 2018 o parecer final positivo (Anexo V). Processo moroso que impediu a realização do diagnóstico situação de saúde no primeiro estágio, ficando adiado para outubro 2018.

Ao longo do processo foram assegurados o compromisso de honra de anonimato e confidencialidade dos dados no estudo (apêndice V) assim como o envio do relatório final do projeto de intervenção comunitária à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT após término do presente trabalho (apêndice VI).

As intervenções de enfermagem foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e da enfermagem.

### 3.1.4-Instrumentos de recolha de informação

Para a concretização do diagnóstico da situação foi utilizado o questionário como instrumento de recolha de dados. O questionário como método de colheita de dados tem o objetivo de recolher informação relativa a acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos, entre outros (Fortin, 1996).

O questionário integra duas partes: a primeira para caracterização da população e a segunda comporta escalas da Avaliação Geriátrica Global (AGG) do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) (1996) (Ermida, 2014) (Apêndice VII). Estas escalas permitem:

1. Avaliação física: capacidade física, marcha e equilíbrio (Classificação Funcional da Marcha de *Holden*) e estado nutricional (*Mini-Nutritional Assessment* – MNA);
2. Avaliação funcional: autonomia e independência [Atividades de Vida Diária Básicas (ABVD) com o índice de *Katz* e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) com escala de *Lawton e Brody*];
3. Avaliação mental: estado afetivo [Escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage* (GDS 15-versão curta)] e estado cognitivo [*Mini-Mental State Examination* (MMSE) de *Folstein*];
4. Avaliação social: família, habitação, recursos económicos, rede social.

O questionário de caracterização da população contém várias questões socio demográficas, ordem social e funcional com a ajuda de variáveis independentes (sexo, idade, naturalidade, estado civil, onde vive, com quem vive; se tem filhos, entre outras), assim como variáveis dependentes como ocupação dos tempos livres e a prática de AF, entre outras. As dimensões avaliadas através das escalas da AGG encontram-se descritas em apêndice (VIII). Pretendemos atingir um nível de conhecimento que possibilite o desenvolvimento de estratégias e intervenções ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação, de modo a contribuir para a promoção e manutenção intelectual e funcional do idoso numa perspetiva salutogénica e holística.

### 3.1.5-Apresentação e análise dos resultados

Para tratamento dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS®), versão 25.0 do Windows e ferramentas do *Microsoft® Office 2007*.

O recurso à estatística descritiva permite sintetizar e descrever dados, utilizando variáveis quantitativas e qualitativas, com recurso a escalas de medida (nominal, ordinal, de intervalos e de razão), medidas de tendência central (média, mediana, moda) e medidas de dispersão (variância e desvio padrão) tendem a caracterizar o valor da variável em estudo, assim como ao cálculo de frequências absolutas ( $n^0$ ) e relativas (%) (Fortin, 1996; Marôco, 2018).

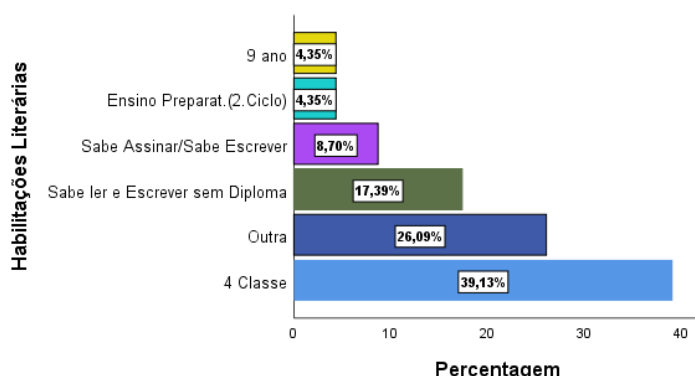
Assim os dados obtidos foram analisados (análise univariada e bivariada) e expostos os mais significativos no decorrer do trabalho recorrendo à utilização de quadros e/ou gráficos, os restantes são apresentados em apêndice (IX).

#### Caracterização da amostra

A amostra é composta por 23 idosos. Relativamente ao **sexo**, 17 são do sexo feminino (74%) e 6 do sexo masculino (26%), cuja média de **idades** é de 78,9% anos que variam entre 65 e 96 anos e desvio padrão de 8,9. Dos inquiridos em relação ao **estado civil**, a maioria são viúvos, 15 idosos (65%), segue-se 3 idosos (13%) casados e 3 idosos (13%) divorciados, são solteiros 2 idosos (8,7%). Quanto à **naturalidade** a maioria, 17 idosos (73,9%) são naturais de outras zonas do país e 6 idosos (26,1%) são de Lisboa (Apêndice IX).

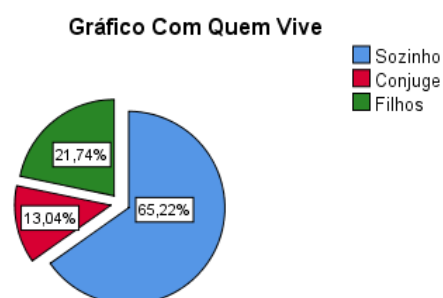
No que concerne às **habilitações literárias**, pelos dados obtidos, a 4ª classe é o grau de escolaridade mais frequente em 9 idosos (39%). Fazendo a análise decrescente podemos concluir que 6 idosos (26%), possuem outras habilitações literárias tais como a 3ª classe e 11º ano, 4 idosos (17,4%) sabem ler e escrever sem diploma, 2 idosos (8,7%) sabe assinar e escrever, 1 idoso (4,3%) o 6º ano e 1 (4,3%) o 9º ano. Numa análise mais detalhada, verifica-se que 25% dos idosos têm no máximo a condição de saber ler e escrever sem diploma (gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos participantes segundo as habilitações literárias



Relativamente à **avaliação social**, a maioria dos idosos vive sozinho, 15 idosos (65,2%), 5 idosos (21,7%) vivem com os filhos e 3 idosos (13%) vivem com o cônjuge (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos participantes segundo com quem vive



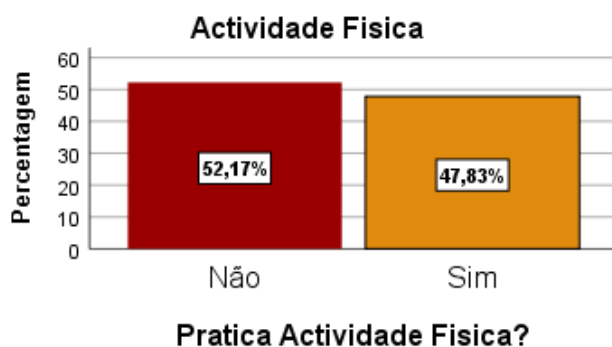
Quanto ao **número de filhos**, 20 idosos (87%) têm filhos e 3 idosos (13%) não têm. Relativamente à habitação 14 idosos (60%) vivem em casa arrendada, 8 idosos (34,8%) têm casa própria e 1 idoso (4,3%) não tem casa. No que se refere ao **relacionamento** entre eles, verifica-se que 9 idosos (39%) estabelecem a relação diariamente, seguindo-se 5 idosos (21,7%) que não se relacionam com os filhos, 3 idosos (13%) referiram que esse contacto é semanal, 2 idosos (8,7%) em dias alternados e 1 idoso (4,3%) em que o contacto é quinzenal (Apêndice IX).

No que concerne ao **rendimento** mensal, 12 idosos (52,2%) auferem rendimento entre 200 a 400 euros, 8 idosos (34,8%) entre 400 a 600 euros, 2 idosos (8,7%), valores superiores a 600 euros e um idoso (4,3%), tem rendimento inferior a 200 euros, podemos concluir que na sua maioria os idosos tem rendimentos muito baixos provenientes da pensão de reforma (Apêndice IX).

Relativamente ao **tempo de frequência**, a maioria dos idosos frequenta o CURPIO há menos de um ano, que corresponde a 8 idosos (34,8%). Como se verifica há grande dispersão, sendo o valor mínimo de menos de um ano e máximo de 31 anos. Quanto à **valência**, 18 idosos (78,3%) em CD e 5 idosos (22%) em CC (Apêndice IX).

No que diz respeito à **ocupação do tempo em atividades** fora do CURPIO, os dados podem ser observados em quadros. Fazendo breve descrição a maioria, 19 idosos (82,6%) ocupa seu tempo a ver televisão, 16 idosos (69,6%) com sopa de letras e ouve rádio, 8 idosos (34,8%) têm o hábito de andar a pé, 6 idosos (26,1%) referem ler e 1 idoso (4,3%) com jogos. Comparativamente, no CURPIO a maioria, 13 idosos (56,5%) ocupam o tempo com jogos, 12 idosos (52,2%) com sopa de letras, 10 idosos (43,5%) a ver televisão, 2 idosos (8,7%) a andar a pé e 1 idoso (4,3%) refere ler. No que concerne à **prática de atividade física**, como se pode observar pelos dados obtidos (gráfico 3), 12 idosos (52%) refere não praticar e 11 idosos (48%) diz praticar. No entanto a percentagem no CURPIO é muito superior chegando a 21 idosos (91%), não tem qualquer AF, o que revela uma alta taxa de inatividade (Apêndice IX).

Gráfico 3: Distribuição dos participantes segundo à prática de Atividade Física



Relativamente à **avaliação mental** que engloba o estado cognitivo e a avaliação simples do estado afetivo. Quanto ao **estado cognitivo** pela aplicação do *MMSE*, os resultados apontam que, 13 idosos (56,5%) apresentam as funções cognitivas comprometidas e 10 idosos (43,5%) apresentam função cognitiva preservada. No entanto temos de ter em consideração que os resultados com este teste podem estar alterados devido a causas que influenciam a capacidade cognitiva, como na depressão, *delirium* e “doença mental”, assim como a idade e escolaridade (Moraes, 2012; Ermida, 2014). Com efeito na **avaliação simples do**

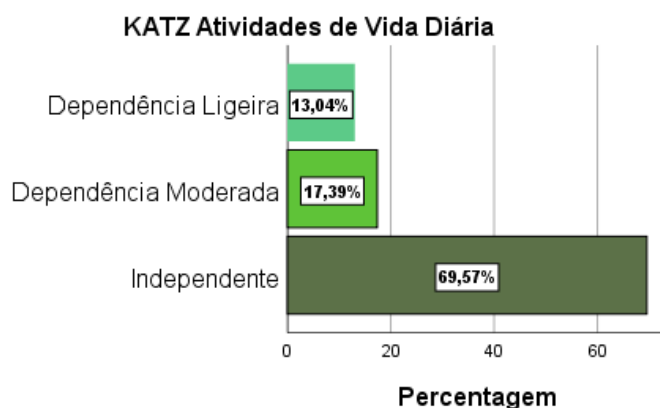
**estado afetivo**, obtido pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS 15-versão curta) ressaltando que esta não faz o diagnóstico de depressão, permitiu verificar que 11 idosos (47,8%) não apresentam depressão, 11 idosos (47,8%) apresentam depressão ligeira e 1 idoso (4,3%) apresenta depressão grave (tabela 1). No entanto cientes que as alterações do estado afetivo no idoso são muito frequentes e de diversidade e gravidade variável, devem evitar-se diagnósticos errôneos de depressão e questionar-nos se será depressão ou tristeza (Ermida, 2014) e embora tenhamos como critério de inclusão a ausência de doença mental diagnosticada (quadro 1).

Quadro 1: Funções cognitivas e estado afetivo dos participantes

Funções cognitivas		
	n	%
Preservadas	10	43,5
Comprometidas	13	56,5
Total	23	100
Estado afetivo		
Sem depressão	11	47,8
Depressão Ligeira	11	47,8
Depressão Grave	1	4,3
Total	23	100

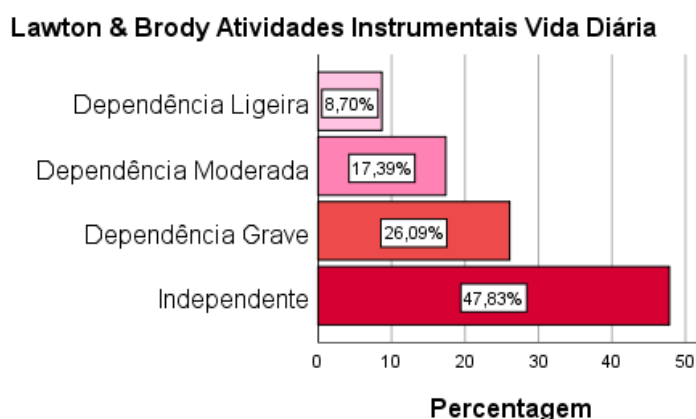
Relativamente à **avaliação funcional**, quanto à **capacidade de realização de ABVD**, pela aplicação escala de Katz, verificamos que cerca 7 idosos (30%) apresentam dependência ligeira a moderada e 16 idosos (69,5%) são independentes (gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição dos participantes segundo a capacidade de ABVD



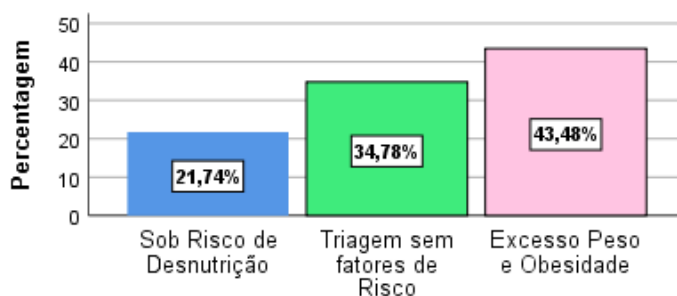
Ainda na avaliação funcional, no que concerne às habilidades e **capacidades de realização das AIVD**, verificamos que 11 idosos (48%) são independentes e 12 idosos (52%), apresentam algum grau de dependência. Numa análise decrescente os restantes 6 idosos (26%) apresentam dependência grave, 4 idosos (17%) dependência moderada e 2 idosos (9,5%) dependência ligeira (gráfico 5).

Gráfico 5: Distribuição dos participantes segundo a capacidade de AIVD



Relativamente à **avaliação física**, esta engloba a **marcha e equilíbrio**, avaliada pela Classificação Funcional da Marcha de *Holden*), 13 idosos (56,5%) são independentes e não necessitam qualquer tipo de ajuda física, 2 idosos (8,7%) são independentes em superfície plana, 6 idosos (26%) necessitam de supervisão e 2 idosos (8,7%) são dependentes de ajuda física. Necessitam de ajuda de 1 bengala ou muleta 4 idosos (16,5%), e 3 idosos (13%) de apoio de 2 muletas ou bengalas (Apêndice IX). Também integrada na avaliação física o **estado nutricional**, pelos dados obtidos do *MNA* e pela avaliação do IMC concluímos que 10 idosos (43%) têm excesso de peso, entre os quais 7 (30%) são obesos, 5 idosos (22%) sob risco de desnutrição e 8 idosos (35%) sugerem ter estado nutricional normal (gráfico 6).

Gráfico 6: Distribuição dos participantes segundo o estado nutricional



Dos resultados obtidos nas respetivas avaliações do questionário foram identificados os problemas que se encontram representados no quadro 2.

Quadro 2: Problemas Identificados no diagnóstico da situação

<b>Problemas Identificados</b>	
<b>Avaliação social</b>	65% vivem sozinhos
	22% não se relacionam com os filhos
	52% têm rendimento baixo
<b>Avaliação mental</b>	56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas
	52% apresentam depressão
<b>Avaliação física</b>	52% não praticam atividade física
	35% dependentes de supervisão/ajuda na marcha
<b>Avaliação funcional</b>	30% apresentam dependência nas ABVD
	26% apresentam dependência grave AIVD
	17% apresentam dependência moderada AIVD
	43% apresentam excesso peso
	22%% sob risco de desnutrição

Perante os problemas identificados, urge seleccioná-los pelo que passamos à etapa de definição de prioridades

### 3.2- Definição de Prioridades

Nesta etapa são selecionados os problemas de saúde prioritários ou que serão resolvidos (Imperatori & Giraldes 1993) de modo a cumprir com a segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde, a definição de prioridades.

Em conjunto com a Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária (orientadora da UCC), parceiros e responsáveis do CURPIO (Sr. Presidente, Diretora e Animadora Sociocultural), foram estabelecidas as prioridades numa abordagem colaborativa com a população. Foram apresentados os resultados em forma de problemas identificados na fase de diagnóstico de situação e perante os mesmos foi necessária uma triagem prévia ou pré seleção, excluindo os menos importantes (Imperatori & Giraldes 1993). Procedeu-se então à eliminação dos problemas que atingiam menos de 30% dos idosos (Apêndice X). Recorreu-se à priorização por pares, onde critérios como a magnitude do problema (dimensão), a transcendência (gravidade) e a vulnerabilidade (possibilidade de intervenção) estiveram na base da priorização selecionada, assim como a relação dos problemas

e a pertinência da implementação do projeto para a Instituição e para a população (Tavares,1990; Imperatori & Giraldes 1993).

A técnica de comparação por pares permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros, para cada par indicando o mais importante, e no final a partir da contagem do número de vezes que o problema foi selecionado obteve-se a ordenação final (Tavares, 1990). Segundo a técnica utilizada a ordenação final dos problemas pode ser verificada no quadro seguinte.

Quadro 3: Ordenação final dos problemas

<b>Problemas</b>	
<b>1º</b>	56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas
<b>2º</b>	52% não praticam atividade física
<b>3º</b>	52% apresentam depressão
<b>4º</b>	65% vivem sozinhos
<b>5º</b>	43% apresentam excesso peso
<b>6º</b>	35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha
<b>7º</b>	52% têm rendimento baixo

Os problemas identificados são basilares na definição dos diagnósticos de enfermagem, sob os quais se erguerão as atividades (Intervenções de enfermagem) e a sua avaliação.

### **3.2.1- Diagnósticos de Enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem, sendo o fenómeno um aspeto da saúde relevante para a prática de enfermagem (OE, 2016).

Os problemas e respetivos diagnósticos de enfermagem, foram formulados com base na taxonomia CIPE® versão 2015, traduzida pela OE (2016) e no Sistema Informático de Registo – SCLÍNICO (2019), na qual este se baseia e por nós utilizado na nossa prática, encontram-se discriminados no quadro 4.

Quadro 4: Problemas e Diagnósticos de Enfermagem

<b>Problemas</b>	<b>Diagnósticos de Enfermagem CIPE (2016)</b>
56,5% apresenta funções cognitivas comprometidas	Cognição comprometida em 56,5% dos idosos
52% não pratica atividade física	Autocuidado: Atividade física comprometido em 52% dos idosos
52% apresenta depressão	Tristeza demonstrada em 52% dos idosos
65% vive sozinho	Solidão demonstrada em 65% dos idosos
43% apresenta excesso peso	Estado nutricional comprometido em 43% dos idosos
35% dependente de supervisão/ajuda na marcha	Risco de queda em 35% dos idosos
52% tem rendimento baixo	Rendimento inadequado em 52% dos idosos

Tendo em conta a limitação temporal de estágio e de forma a realizar uma intervenção direcionada, continua e sistemática decidiu-se em conjunto (os mesmos elementos da UCC e CURPIO) a otimização de recursos pelo que foi necessário seleccionar os três diagnósticos de enfermagem prioritários, o primeiro e o terceiro ao nível do funcionamento mental e o segundo ao nível físico.

Diagnóstico 1: **Cognição comprometida em 56,5% dos idosos do CURPIO:** *“Cognição é um tipo de Auto-Conhecimento com as características específicas: Aptidões para manter e abandonar ações tendo em conta o conhecimento da pessoa, processo intelectual envolvendo todos os aspetos da percepção, pensamento, raciocínio e recordação”* (Sclínico, 2019);

Diagnóstico 2: **Autocuidado: Atividade Física comprometido em 52% dos idosos do CURPIO:** *“Auto Cuidado: Atividade Física é um tipo de Auto Cuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de atividade física, assegurar local e oportunidade para praticar exercício na vida diária”* (Sclínico, 2019);

Diagnóstico 3: **Tristeza demonstrada em 52% dos idosos do CURPIO:** *“Tristeza é um tipo Emoção com as características específicas: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia”* (Sclínico, 2019).

Sobre o diagnóstico, estado nutricional comprometido em 43% dos idosos, foi assumido pelos responsáveis do CURPIO, o recurso à nutricionista da empresa

externa fornecedora das refeições para verificação das ementas, numa primeira fase e posteriormente também alvo de intervenção no âmbito do projeto da UCC “Envelhecimento Ativo e Saudável”, dando continuidade ao presente projeto, tal como irá acontecer aos outros diagnósticos de enfermagem.

### **3.3- Fixação de Objetivos**

Após o diagnóstico de situação e a definição de prioridades é fundamental uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada problema num determinado período de tempo, pois só mediante uma adequada definição de objetivos é possível proceder à avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes 1993).

A formulação dos objetivos a atingir em conjunto com os nossos parceiros do CURPIO deverão ser, pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Terão ainda de ser específicos, relevantes, que permitem medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde da população e atingíveis na dimensão temporal que nos propusemos no projeto (Tavares, 1990).

Assim definiu-se como objetivo principal do projeto de intervenção comunitária: Capacitar os idosos do CURPIO para o EAS na mudança de comportamento no domínio físico e mental em pelo menos 25% dos idosos até 31 de janeiro de 2019.

Os resultados obtidos permitiram identificar e sistematizar problemas no que concerne essencialmente às características, sentimentos e comportamentos dos idosos, seguindo o MPSNP. Com efeito os comportamentos com maior significância motivacional, serão o centro de intervenção de enfermagem, sendo que apresentam maior possibilidade de mudança (Pender, *et al.*, 2015). Os resultados a par com os dados e estudos da revisão da literatura podem ser analisados sob o ponto de vista conceptual e estrutural do MPSNP. Nesse sentido procedeu-se ao enquadramento no modelo, no sentido de facilitar a compreensão e análise como também orientar as intervenções.

Nesta etapa de definição de objetivos deverão ainda ser definidos os objetivos operacionais ou metas e os indicadores dos problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes 1993). Importa também definir os indicadores, podendo estes ser de atividade ou execução (medem a atividade desenvolvida em adesão e participação) ou de resultado ou impacto (medem as alterações verificadas num

problema) (Tavares, 1990). A satisfação pode estar integrada nos indicadores de resultado segundo (Imperatori & Giraldes 1993).

Para o projeto de intervenção comunitária, foram elaborados para cada um dos três diagnósticos de enfermagem, os respetivos objetivos específicos e operacionais ou metas que se encontram espelhados no quadro 5.

Quadro 5: Objetivos específicos, operacionais e indicadores

<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Cognição comprometida em 56,5% dos idosos do CURPIO		
<b>Objetivo específico</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicadores</b>
Preservar ou aumentar competências cognitivas (orientação, memória, raciocínio, linguagem, criatividade...)	Proporcionar a 50% dos idosos atividades de estimulação cognitiva; Aumentar em 20% a participação dos idosos em atividades de ocupação de tempos livres.	Taxa de adesão às atividades de EpS; Taxa de adesão às atividades; Taxa de participação nas atividades de estimulação cognitiva.
<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Autocuidado: Atividade Física comprometido em 52% dos idosos do CURPIO		
<b>Objetivo específico</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicadores</b>
Desenvolver o Autocuidado: no domínio da Atividade física	Aumentar a adesão e participação em pelo menos 50% dos idosos à prática de atividade física.	Taxa de participantes nas sessões EpS; Taxa de adesão às atividades AF.
<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Tristeza demonstrada em 52% dos idosos do CURPIO		
<b>Objetivo específico</b>	<b>Objetivo operacional</b>	<b>Indicadores</b>
Melhorar competências de interação social com outros idosos	Aumentar em 50% a participação dos idosos em atividades de grupo; Diminuir a tristeza em 10% dos idosos do CURPIO.	Taxa de adesão às atividades;  Taxa de participantes nas sessões.

Para avaliar a globalidade do programa optou-se por avaliar cada sessão de EpS individualmente. Como indicador de atividade ou de execução é definido o número de sessões realizadas, em relação ao número de sessões programadas, conforme se demonstra na seguinte relação:

$$\frac{\text{Nº de sessões realizadas}}{\text{Nº de sessões programadas}} \times 100$$

Como forma de avaliar a adesão às sessões e participação:

**Nº de presentes na sessão x100**

**Nº de participantes na sessão**

Definiu-se para todas as atividades ainda como indicador de resultado, a satisfação dos participantes nas sessões de EpS expressa através da seguinte relação:

**Nº de participantes que avaliam satisfatoriamente x 100**

**Nº de participantes na sessão**

### **3.4-Seleção de Estratégias**

Nesta etapa definem-se quais as melhores estratégias atendendo aos referenciais teóricos já referidos para atingir os objetivos delineados para a redução dos problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares 1990).

O EEEECSP (RCEEEECSP, 2018) deverá promover o trabalho em parceria/rede de forma a garantir uma maior eficácia das intervenções e deve demonstrar habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial. Nesse sentido, em reuniões com os responsáveis do CURPIO, com equipa de Projetos da UCC, foram planeadas atividades sob supervisão da orientadora clínica (Sr<sup>a</sup> Enfermeira Isabel Fonseca da UCC e Sr<sup>a</sup> Professora Laura Viegas da ESEL), recorrendo a recursos da instituição CURPIO: Direção da instituição, Diretora técnica, animadora sociocultural, assistentes operacionais; Da UCC: Enfermeiras Especialista em Saúde Comunitária e em Saúde Mental e Fisioterapeuta.

Segundo Laverack (2008) as ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e alianças para a saúde e demonstram a capacidade de trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações interdependentes e podem levar a um maior nível de empoderamento do grupo.

Para atingir os objetivos, a par com o estabelecimento de parcerias interdisciplinares, baseadas na comunicação eficaz e negociação, a principal estratégia para a mudança de comportamento foi a EpS, cujas atividades se situaram no domínio da promoção da saúde física e da saúde mental, integrando-as na dinâmica do CURPIO, com a colaboração dos vários intervenientes.

A EpS é definida pela combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes (WHO, 2018). Carvalho & Carvalho, (2006) citando, Lash (1990), salienta que como educadores

para a saúde precisamos através do estabelecimento da relação de ajuda, escutar os indivíduos, criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar das pessoas, participar com os formandos na aprendizagem da tomada de decisões, ajudar a tornar claras as escolhas à disposição, desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento, conferir autoridade em si próprios e ter em atenção às influências sociais e obstáculos à saúde e levar a que consigam responder e se adaptar aos desafios e obstáculos que encontrem.

Como sabemos a intervenção com pessoas idosas, pela heterogeneidade destas, exige uma abordagem interdisciplinar, pelo que o recurso a outros profissionais e em especial na área da saúde mental tornou-se imperativo na promoção de estratégias para melhorar/preservar o funcionamento cognitivo, sentimentos negativos dos idosos e tristeza demonstrada, partilhando valores e princípios semelhantes num trabalho em equipa (Portugal & Azevedo, 2011).

Na base do cuidar de enfermagem está a relação de ajuda e empatia. A relação de ajuda é um poderoso meio de intervenção, pelo seu carácter de respeito, e confiança assente numa visão holística, tendo em conta as características da pessoa, pelo que a comunicação verbal e não-verbal permite criar um clima para que esta encontre a sua coragem, se torne autónoma e evolua para um melhor bem-estar (Phaneuf, 2005).

Para Teixeira, Nunes, Ribeiro, Arbinaga & Vasconcelos-Raposo (2016) as atividades a realizar pelos idosos, deverão ser atrativas, motivantes e variadas, simples e de fácil compreensão. São recomendados os exercícios em grupo pois estes promovem a socialização, pela comunicação e a interação entre os participantes, fator este fundamental de dignidade e crescimento pessoal contínuo (WHO, 2017). Os idosos no sentido de aumentar e preservar a sua capacidade cognitiva, deverão realizar atividades pela participação em programas de estimulação cognitiva organizados, com exercícios pensados para estimular os vários aspetos da cognição, ou pelo enriquecimento do dia-a-dia com atividades significativas, que estimulem os mesmos processos, ou pela combinação de ambos. Sendo que o importante é manter-se mentalmente ativo, enquanto sujeitos com um passado, presente e futuro, sendo este o centro do exercício cognitivo (Paúl, 2017).

A implementação de atividades físicas, seguindo as recomendações da evidência científica, para além de manter a capacidade funcional e atenuar os efeitos negativos inerentes ao envelhecimento (lentificação psicomotora,

imobilidade, sensação de incapacidade, sentimentos de isolamento e solidão), proporciona também o desenvolvimento de relações sociais salutaras e a estimulação de funções cognitivas (Teixeira *et al.*,2016).

As atividades promotoras da saúde e do EAS neste grupo de idosos do CURPIO permitem também o desenvolvimento de competências específicas de EEECS, como contribuir para a capacitação de grupos e comunidades (RCEEECS nº 428/ 2018).

### 3.5- Preparação Operacional

Para Tavares (1990) esta etapa do Planeamento em Saúde deve iniciar-se com a especificação das atividades constituintes do projeto, definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos. A discriminação detalhada das atividades a realizar, consiste em definir os resultados a obter, a preparar um conjunto de atividades e especificar como cada uma delas deve ser executada, determinar as necessidades em recursos ao longo do tempo e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto (Imperatori & Giraldes 1993).

As atividades procuraram dar respostas aos objetivos delineados. Assim foram planeadas atividades de *EpS*, de estimulação cognitiva, AF e interação social para a capacitação e desenvolvimento de comportamentos dos idosos no domínio mental e atividade física desde 27 de novembro 2018 até 31 de janeiro de 2019. Para possibilitar a compreensão da relação temporal com as atividades a desenvolver foi elaborado um cronograma de Gantt (Apêndice XI), como sendo a programação que correlaciona duas variáveis, o tempo e as atividades (Tavares, 1990). As atividades delineadas e alicerçadas na revisão da literatura e no referencial teórico e métodos e técnicas de acordo com pretendido e grupo. Para melhor visualização geral, as atividades encontram-se descritas no plano operacional do projeto (Apêndice XII).

O MPSNP de Pender *et al.* (2015) permite implementar e avaliar o comportamento do grupo de idosos ao longo da intervenção, pela interligação de três pontos principais: *i) as características e experiências individuais* (comportamento anterior; comportamento a mudar e aspetos pessoais), *ii) os sentimentos sobre o comportamento desejável* (perceção dos benefícios e barreiras

à ação, influências interpessoais e situacionais e o *iii*) resultado do comportamento (compromisso com plano de ação, exigências e preferências e o comportamento de promoção de saúde). Para a ocorrência do processo de implementação, recorreremos a estratégias e métodos específicos para esta população, como já referidos. Relativamente aos benefícios de ação percebidos, as estratégias foram no sentido levar à participação/adesão de atividades de estimulação cognitiva e de prática de atividades físicas regular para reforço das capacidades intrínsecas assim como desenvolver capacidades de interação social e deste modo diminuir a solidão e o isolamento, para aumentar o bem-estar. Fez-se o reforço da autoeficácia levando os idosos olhar para si, no sentido da perceção das suas capacidades e maximizar as suas potencialidades, no sentido do comportamento promotor de saúde. Neste contexto, dada a limitação temporal de execução do projeto apenas foi possível a ação das influências interpessoais e situacionais do meio- CURPIO de modo a cultivar um sentimento harmonioso e amigo do idoso, promotor de saúde, envolvendo os vários parceiros.

Passamos a descrever as sessões efetuadas, cujos planos individuais de sessão se encontram em apêndice XIII.

As “**Conversas com a Enfermeira**”- ações educativas individuais/grupo aos idosos, no sentido de esclarecimento e incentivar a participação e adesão às atividades, assim como sessões de aconselhamento individual/grupo, no sentido de desenvolver competências a nível da expressão de emoções e social, através da relação de ajuda, escuta e valorização. A confiança estabelecida com a mestrande e enfermeiras especialistas em saúde mental, aliada ao estímulo e motivação constantes, surgem como resultado da relação terapêutica que se concretizou através do processo de promoção da relação em todas as sessões. Assim os idosos puderam contar com a compreensão da vivência do que estavam a passar no seu processo de envelhecimento, através de técnicas de escuta ativa para os ajudar a valorizar a sua experiência de vida, resolver conflitos e completar tarefas de envelhecimento e diminuir sentimentos de solidão (Lopes, 2006; Fletcher, 2011). Nesta linha a perspetiva de Chaves & Fragoso (2012) é de que o profissional educador sénior para além de habilidades e competências técnicas, terá que possuir capacidades humanas de “escutar”, ajudar e inculcar confiança na pessoa idosa.

Para Canhestro & Basto (2016), os enfermeiros estão numa posição única, para aconselhar os idosos sobre estilos de vida promotores da saúde e também para

prescrever exercícios específicos de reabilitação cognitiva. Nesse sentido foram planeadas reuniões com as colaboradoras da UCC e Animadora Sociocultural e com a colaboração de Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental e delineadas atividades de estimulação cognitiva com base na EpS como: **“Jornal Clube”**, **“Artes”**, **“Tarde de cinema”**, **“Expressões populares e provérbios”**, **“Passeio ao Senhor Roubado”**. Seguimos orientações de acordo com evidência científica, onde treino da memória, da linguagem, da capacidade de tomar decisões são aspetos a preservar e valorizar, onde as atividades devem ser diversificadas, pois há sempre percursos alternativos, como escrever cartas de relatos de vida, receitas, pensamentos profundos, juntar letras, dando-lhe significado, ver filmes, resumi-los em conversa com os outros, fazer puzzles, palavras cruzadas, sudoku, jogos de recordações e partilha de memórias (Fletcher, 2011; Lee & Kim, 2016; Paúl, 2017). Incluímos exercícios de leitura, treinos da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, expressão de vivências, atividades com as mãos, entre outros, assim como orientação para a realidade, esta utilizada sistematicamente em todas as sessões.

No sentido da mudança de comportamento dado o grupo de idosos no CURPIO não praticar AF, foram planeadas sessões fundamentadas na evidência científica. Projetaram-se inicialmente duas sessões educativas aos idosos sobre **“Benefícios da Atividade Física”** cujo objetivo era a motivação, a consciencialização, informação sobre: os conceitos, os benefícios, as precauções nesta fase da vida e promover o incentivo à prática de AF. Posteriormente realizaram-se sessões de treino de competências de AF orientados - **Sessões de Atividade Física - “toca a mexer”**, com recurso a música e técnicas de risoterapia, com apoio da Animadora Sociocultural do CURPIO (Apêndice XIV).

No sentido a manter e incrementar com sucesso as atividades de AF, foram usadas estratégias das quais, saliento a dinâmica de grupo, atividades de visualização de imagens, entrega de folhetos, música e técnicas de risoterapia. Para adquirir competências básicas para dinamizar da melhor forma as sessões para e com os idosos do CURPIO, integrei um curso de iniciação em Yoga do Riso no dia 15 de dezembro 2018 (anexo VI). A utilização do riso, para além de aumentar o bem-estar, contribuí para o relaxamento e redução do *stress*, da dor, melhorando a oxigenação cerebral, melhora a função imunológica e reduz a tensão muscular (Azevedo & Teles, 2011).

Os espaços de convívio ou “vida em conjunto” permitem o conhecimento de si, do outro e do mundo, sendo que é na relação que nos construímos e reconstruímos. O grupo e a sua convivência possibilitam que o participante e quem esteja a seu lado cresçam, enriquecendo a vida do idoso, levando-os a aprender, tendo em consideração as suas peculiaridades e particularidades. A atividade social é outra dimensão essencial em todo o processo, em contexto grupal e comunitário, a partilha de opiniões, conversas, de alegrias, mas também de preocupações. (Chaves & Fragoso; 2012; Paúl, 2017). No sentido de diversificação e em jeito de “encerramento” das atividades, tivemos a colaboração o envolvimento da professora do Centro de Yoga de Odivelas que se disponibilizou para a última sessão de AF.

De forma a dar continuidade, otimizar recursos e permitir uma linha orientadora de convergência de ideias, o desenvolvimento de um trabalho em parceria é fundamental. Nesse sentido a **sessão de EpS** delineada dirigida aos funcionários do CURPIO procurou sensibilizar os intervenientes para a promoção do EAS, sedimentar ideias e reforçar comportamentos e motivação para atividades promotoras do EAS. O recurso a técnicas como o brainstorming e discussão facilitaram a informalidade, complementaridade e valorização do papel das Assistentes Operacionais no CURPIO. Sabemos que as pessoas são o capital social da organização, e por forma a oferecer uma resposta adequada que possa potenciar e qualificar cada um dos membros, exige-se uma observação das suas capacidades, assim como dificuldades. O plano, a apresentação efetuada, o folheto informativo encontram-se em apêndice (XV).

Teixeira *et al.* (2016) recomendam que devem ser desenvolvidos esforços no sentido de implementar a prática diária de atividades físicas em centros de dia ou outras instituições de acolhimento a idosos. Efetivamente o CURPIO dispõe de uma professora de educação física, com conhecimentos na área de gerontomotricidade, às terças e quintas entre as 9 e as 9:45H, no âmbito do projeto da Câmara Municipal de Odivelas – Clube Movimento (CMO) para dar aula de ginástica para idosos sócios que se inscrevem para a mesma, mas os idosos do centro de dia na sua maioria não a frequentam, apenas duas idosas o fazem. Numa reunião com a professora, esta, demonstrou não ter disponibilidade no momento para assegurar os idosos no CD, mas mostrou-se disponível para colaborar na elaboração de programa e dar apoio se necessário. Face ao exposto, foram tomadas diligências no sentido da continuidade das atividades, reunindo com responsáveis do centro, tendo

estes assumido o compromisso de contratar professor externo para o efeito, e assim seguir as recomendações da evidência científica.

Os registos de enfermagem assumem elevada importância na enfermagem uma vez que existe um défice de evidência sobre os ganhos em saúde associados à prática de enfermagem no contexto comunitário (Sclínico, 2019). Atualmente o Sistema de Informação- Registos de Enfermagem em utilização Sclínico com base na CIPE® versão 2015 traduzida pela OE (2016), permite uma série de opções e evidenciar as intervenções de enfermagem relativamente aos diagnósticos de enfermagem do utente, família e comunidade, assim como as intervenções no âmbito dos projetos e programas que constituem o plano de ação da UCC. Sendo que é pré-requisito para cuidados eficazes de alta qualidade a disponibilidade de boa informação, no sentido de gerar dados fiáveis e válidos do trabalho de enfermagem, permitindo que os resultados dos cuidados sejam avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem (OE, 2016).

Face ao exposto procedeu-se à criação da “**Comunidade CURPIO**”- grupo de idosos em centro de dia/centro de convívio, alvo de intervenção do projeto de intervenção comunitária – promoção do EAS, inserida do projeto da UCC- “Envelhecimento Ativo e Saudável” (apêndice XVI), assim iniciou-se a continuidade da implementação das intervenções e seu registo.

### **3.6- Avaliação**

Como última etapa do processo de planeamento em saúde, constitui um momento fundamental porque legitima o que se realizou e identifica caminhos de melhoria (Imperatori & Giraldes,1993). A determinação do grau de sucesso na consecução de um objetivo é a função principal da avaliação (Tavares, 1990), sendo que a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores de atividade e de resultado. Tendo em conta os objetivos delineados a avaliação de cada sessão pretende demonstrar a obtenção dos objetivos operacionais a nível quantitativo como qualitativo (Apêndice XVII).

No que concerne aos indicadores de processo ou atividade, verifica-se que foram atingidos tendo-se atingido a meta proposta na medida em que a razão entre o número de sessões realizadas e o número de sessões programadas nomeadamente: i) sessões individuais/grupo “Conversas com a Enfermeira” 10/10

$x100=100\%$ ; *ii*) sessão de EpS aos idosos para a prática de Atividade Física  $2/2=100\%$ ; *iii*) sessões EPS dirigidas às funcionárias do CURPIO  $2/2x100= 100\%$ ; *iv*) sessões de estimulação cognitiva  $16/15x100=93,7\%$ , *v*) sessões de Atividade Física – “toca a mexer”  $4/4= 100\%$ .

Relativamente à adesão e participação, os presentes participaram nas atividades, cujos resultados estão discriminados individualmente tendo sido superadas/ alcançadas as metas propostas (Apêndice XVII).

Na avaliação das **“Conversas com a Enfermeira”** foi tido em conta o número de presentes em cada espaço físico do CURPIO. Viveram-se momentos de grande intensidade emocional, resultantes da proximidade da relação estabelecida onde a comunicação e presença persistente da mestranda com os idosos, pela satisfação demonstrada, foram muito enriquecedoras e gratificantes. A abordagem aos idosos/utentes/ parceiros ao longo do estágio, que se mantém e sempre que lá me deslocava e pelo feedback da Diretora do CURPIO ao me confidenciar que os idosos “ficam muito felizes e queriam cá a enfermeira sempre” (sic). Relativamente ao passeio ao Sr. Roubado este não se concretizou devido às condições climatéricas que se faziam sentir no dia programado.

Quanto aos indicadores de impacto ou resultados obtidos com a intervenção ressaltando o curto espaço de tempo e a noção que este tipo de intervenções e programas carecem de persistência e requerem *Follow Up*, tal como mencionado nos estudos analisados na revisão *Scoping* e restante bibliografia consultada. A partir dos indicadores de saúde formulados na etapa de diagnóstico de situação avaliamos se ocorreram mudanças e medimos esse diferencial entre os *Input* e os *Output*, conforme o definido nos objetivos operacionais do projeto.

Após a intervenção comunitária procedeu-se à aplicação de novo do *MMSE* e da GDS 15 e das perguntas sobre a ocupação dos tempos livres e a prática de AF (utilizadas na fase de diagnóstico) de modo a identificar a evolução registada ao nível dos problemas definidos como prioritários desde o momento da recolha de dados até ao momento pós intervenção comunitária, decorreu na semana de 4 a 8 de fevereiro de 2019. A amostra no após intervenção é constituída por 18 idosos, encontrando-se ausentes no período referido 5 idosos (por doença ou motivo desconhecido).

A avaliação pode fornecer informações valiosas para o desenvolvimento de estratégias de aconselhamento para ajudar os clientes a mudar o comportamento

negativo ou adotar um novo comportamento saudável (Pender *et al.*, 2015). No entanto a literatura científica é pobre em evidências de eficácia de intervenções aplicadas a idosos e muito idosos (> 80 anos) ou portadores de co morbilidades (Moraes, 2012).

No quadro seguinte os resultados apresentados em forma de variável advêm dos três diagnósticos de enfermagem resultantes dos problemas prioritários de saúde antes da intervenção comunitária (T1) comparados com os resultados após esta (T2). Esta visualização permite avaliar as intervenções realizadas no domínio mental (funções cognitivas, estado afetivo, avaliadas pelo construto depressão) e no domínio físico (atividade física).

Quadro 6: Comparação das funções cognitivas, estado afetivo e atividade física antes (T1) e após (T2) intervenção comunitária

Variáveis	Antes intervenção (T1) n= 23	Após Intervenção (T2) n= 18	Estatística de Teste <sup>2</sup>
<b>Funções cognitivas</b>			
<b>Preservadas</b>	10 (43,5%)	14 (77,8%)	$\chi^2=4.894$ $p = 0, 027$ ; $V^$ cramer=.346
<b>Comprometidas</b>	13 (56,5%)	4 (22,2%)	
<b>Estado Afetivo</b>			
<b>Sem depressão</b>	11 (47,8%)	15 (83,3%)	3
<b>Depressão ligeira</b>	11 (47,8%)	3 (16,7%)	
<b>Depressão grave</b>	1 (4,3%)	0	
<b>Atividade Física</b>			
<b>Sim</b>	11 (47,8%)	15 (83,3%)	$\chi^2 =5.487$ $p = 0,019$ $V^$ cramer=.366
<b>Não</b>	12 (52,2%)	3 (16,7%)	

Como se verifica pela análise dos dados houve melhoria nas variáveis estudadas (Funções cognitivas, Estado afetivo e Atividade Física) entre o momento T1 para T2. Utilizaram-se testes não paramétricos pelas características da amostra

<sup>2</sup> Interpretação pelo  $\chi^2$  (Qui quadrado). Testes de independência (não-paramétricos), calculados a partir das tabelas de contingência, servem como base de decisão sobre a significância estatística da relação detetada entre as duas variáveis (nominais). Assume-se p valor 0,05. O Coeficiente V Cramer (coeficiente de associação, permite ver a intensidade da relação entre variáveis. Em todas as variáveis avaliadas o V Cramer (era aproximadamente) 0,4 em média entre as variáveis em causa (antes e depois da intervenção e as outras variáveis).

<sup>3</sup> Não é possível utilizar este teste. O valor deste teste para medir a intensidade (ou grau) da relação entre as duas variáveis na amostra. **Não deve ser utilizada** se mais de 20% das frequências esperadas forem inferiores a 5 ou alguma for menor que a Unidade; Houve necessidade de recodificação: [**recEstadoAfetivo** (1=1 e 2 thru 3=2) (Sem depressão e Com depressão)].

já referidas (dimensão, não probabilística), inviabilizando a realização de testes mais robustos e a inferência (Marôco, 2008). Observou-se diferenças estatisticamente significativas tendo como referência o  $p$  valor 0,05, para duas das três variáveis nomeadamente a variável funções cognitivas e atividade física ( $p < 0,05$ ) (quadro 6).

Assim em relação:

1- Às **funções cognitivas**, o número de idosos com funções cognitivas preservadas aumentou de 10 idosos para 14 idosos, correspondendo a um aumento global de 34,3%. O número de idosos com funções cognitivas comprometidas diminuiu de 13 idosos para 4 idosos, correspondendo a uma diminuição de 34,3%. Os resultados apontam para melhoria das funções cognitivas, revelando a importância da estimulação cognitiva para manter/ preservar estas funções embora saibamos que o declínio cognitivo e da memória são característicos durante o processo de envelhecimento (Portugal & Azevedo, 2011).

Ainda em relação à função cognitiva importa ressaltar que os participantes (idosos do CURPIO) na sua maioria tinham um nível relativamente baixo de escolaridade (menos que o ensino básico) e como tal as atividades intelectuais desenvolvidas como leitura foram pouco desenvolvidas ao longo da vida o que pode influenciar os resultados e estes não serem vistos imediatamente, assim como requer da parte destes idosos um esforço acrescido, tal como afirmam os autores do programa "*I am active*" tendo chegado à mesma conclusão (Mendoza-Ruvalcaba, & Arias-Merino, 2015).

No estudo conduzido por Lee & Kim (2016), ao longo de 6 anos, (2006/2008/2012), referiram que não valorizaram os valores do MMSE na primeira avaliação devido à possibilidade de medições imprecisas causadas por *stress* ou um efeito de aprendizagem da primeira pesquisa. Os mesmos autores referem que o conhecimento sobre os efeitos no declínio cognitivo de diferentes tipos de atividades sociais em pessoas idosas é limitado e devido à diferente natureza das várias atividades sociais, estas podem não ter um efeito benéfico na função cognitiva entre os idosos e efeitos na cognição e no humor podem não ser observados.

2- Ao **estado afetivo** avaliado pelo constructo da depressão, revela que o número de idosos sem depressão aumentou de 11 idosos para 15 idosos, correspondendo a um aumento global de 35,5%. O número de idosos com

depressão ligeira diminuiu de 11 para 3 idosos, correspondendo a uma diminuição global de 31,5%. O número de idosos com depressão grave diminuiu de 1 idoso para nenhum, não se verificou depressão grave em nenhum dos idosos avaliados em T2. Atendendo aos pressupostos para a realização do teste estatístico utilizado, no estado afetivo houve necessidade de recodificação (depressão ligeira e grave) e passamos a ter duas variáveis **sem depressão** e **com depressão** possibilitando a realização do teste (quadro 7).

Quadro 7: Comparação da variável estado afetivo após recodificação antes (T1) e após (T2) intervenção comunitária

Variáveis	T1 n= 23	T2 n= 18	Estatística de Teste
<b>RecEstado Afetivo</b>			
<b>Sem depressão</b>	11 (47,8%)	15 (83,3%)	$\chi^2 = 5.487$ $p = 0,019$ ; $V \text{ cramer} = .366$
<b>Com depressão</b>	12 (52,2%)	3 (16,7%)	

Assim o número de idosos sem depressão manteve o aumento de 11 para 15 idosos (aumento de 35,5%), em relação ao número de idosos com depressão diminuiu de 12 idosos para 3 idosos, correspondendo a uma diminuição de 35,5%. Pelos resultados podemos afirmar pelo que as diferenças são estatisticamente significativas pelo valor  $p < 0,05$  ( $p = 0,019$ ), houve melhoria no estado afetivo dos idosos. No entanto cientes como já o afirmamos que, as alterações do estado afetivo no idoso são muito frequentes e de diversidade e gravidade variável, devemos evitar diagnósticos erróneos de depressão e questionar-nos se será depressão ou tristeza, (Ermida, 2014).

3- À **prática de AF**, os dados refletem mudança no comportamento para a prática de atividade física. O número de idosos que praticam AF aumentou de 11 para 15 idosos, correspondendo a um aumento global de 35,5%. O número de idosos que não praticam AF diminuiu de 12 para 3 idosos, correspondendo a um aumento global igual ao grupo dos idosos que aumentaram essa atividade.

As sessões de AF permitiram não só o treino e movimento, como a adaptação ao esforço, o jogo, a flexibilidade, a força e o equilíbrio, assim como o convívio, o

estabelecimento e reforço de laços e amizade, diminuição do isolamento, para tal decidimos não separar os idosos e utentes por grau de dependência e das salas, mantendo-os juntos conforme se pode verificar pelo número de participantes e na avaliação das sessões e foto de sessão de Yoga (Apêndice XVIII).

Como aspeto negativo salientamos as instalações não serem destinadas para o efeito, terem de ser modificadas antes e após a realização das sessões e serem local de passagem limitando a disposição e o tempo para a participação, e por tal poderiam ter condicionado os resultados. De qualquer forma a adaptação e satisfação estiveram sempre presentes o que motivou a continuidade.

Os dados do estudo de Teixeira *et al.* (2016) demonstraram os benefícios psicológicos que a atividade física pode ter nos idosos. Quando estes não podem fazer as quantidades recomendadas de atividade física devido a condições de saúde, devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas habilidades e condições o permitem (WHO, 2011).

Parece-nos que as sessões individuais e em grupo de esclarecimento do projeto, do paradigma do EAS, de esclarecimento e incentivo à AF, com benefícios da mesma contribuíram para a adesão dos participantes. Os autores Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino (2015) no seu estudo referem que a intervenção na dimensão AF foi imposta, o que fez com que os participantes não seguissem o planeado, assim como as atividades devem ser realizadas com outras pessoas.

A realização de atividade física em grupo e sobretudo se aliadas às sessões, o aconselhamento e a educação para a saúde, contribui para aumentar a satisfação e a adesão (Canhestro & Basto, 2016, cit Hooker *et al.*, 2005, Park *et al.*, 2011). Os idosos do CURPIO ao participarem demonstraram a capacidade de realizar AF, ao experienciar pessoalmente as sessões sem imposição e respeito pela decisão. A modalidade de grupo utilizada permitiu que os participantes observassem os exercícios e os restantes com limitações a fazerem esforços e conseguirem participar.

Outra variável que engloba atividades relacionadas com a AF é a **ocupação do tempo livre**, verificamos mudança do comportamento dos idosos sobretudo no aumento da percentagem nas atividades **no CURPIO** principalmente no andar a pé. Destacamos também a mudança relativa ao comportamento de leitura (quadro 8).

Quadro 8: Comparação da variável ocupação do tempo livre no CURPIO no T1 e noT2

Variável Ocupação dos tempos livres	Antes intervenção (T1) n=23		Após Intervenção (T2) n=18	
	Sim	Não	Sim	Não
Ver Televisão	10 (43,5%)	13 (56,5%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)
Ler	1 (4,3%)	22 (95,7%)	9 (50%)	9 (50%)
Andar a pé	2 (8,7%)	21 (91,3%)	3 (16,7%)	15 (83,3%)
Jogos	13 (56,5%)	10 (43,5%)	13 (72,2%)	5 (27,9%)
Renda / Bordados	0	23 (100%)	0	23 (100%)
Outros	12 (52,2%)	11 (47,8%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)

Pela observação do quadro 8, a estatística descritiva dos dados revela que na generalidade houve melhoria da percentagem de idosos que participaram nas atividades da ocupação dos tempos livres: andar a pé aumentou de 2 idosos para 3 idosos, correspondendo a aumento apenas de 8% o que atendendo às temperaturas da altura do ano em que decorreu a intervenção comunitária, podemos afirmar ser um ganho. O destaque da melhoria recai na atividade de leitura nos tempos livres que aumentou de 1 idoso para 9 idosos correspondendo a um aumento global de 45,7% provavelmente devido à contribuição da atividade “ jornal club”.

Vejamos os mesmos itens da variável **ocupação do tempo livre fora do CURPIO** (quadro 9).

Quadro 9: Comparação da variável ocupação dos tempos livres fora do CURPIO em T1 e T2

Variável Ocupação dos tempos livres	Antes intervenção (T1) n=23		Após Intervenção (T2) n=18	
	Sim	Não	Sim	Não
Ver Televisão	19 (82,6%)	4 (17,4%)	16 (88,6%)	2 (11,4%)
Ler	6 (26,1%)	17 (73,9%)	5 (27,8%)	13 (72,2%)
Andar a pé	8 (34,8%)	15 (65,2%)	9 (50,0%)	9 (50,0%)
Jogos	1 (4,3%)	22 (95,7%)	3 (16,7%)	15 (83,3%)
Renda / Bordados	0	23 (100%)	0	23 (100%)
Outros	16 (69,6%)	7 (30,4%)	13 (44,4%)	10 (55,6%)

Relativamente à **ocupação do tempo fora do CURPIO**, verificou-se ligeira alteração no número de idosos a “andar a pé”, passou de 8 idosos (34,8%) para 9 idosos (50%), um aumento de apenas 15,2%, assim como nas restantes atividades. De facto achamos que o incentivo e motivação constantes são importantes e influenciadores do comportamento, como estratégias na gestão de sentimentos de insegurança por vezes verbalizados no início das atividades. Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino (2015) salientam a promoção do humor positivo durante a intervenção como fator influenciador do julgamento dos participantes, tal como sucedeu no projeto de intervenção comunitária por nós delineado ao utilizarmos a conjugação de vários métodos e técnicas assim como a diversificação das sessões.

Sabemos que as mudanças no comportamento são complexas e envolvem um processo elaborado de tomada de decisão, que nesta população, dadas as características e o contexto CURPIO onde os idosos eram na sua maioria pessoas inativas, o recurso a estratégias motivacionais foi essencial, levando-os a aceitar novas atividades e a ter uma atitude gradual de colaboração. Salientamos progressos importantes no relacionamento social e nos seus esforços de ocupação útil no CURPIO. Canhestros & Basto (2016) referem que, em presença física ou através de chamadas telefónicas com recurso a estratégias motivacionais (suporte social, estímulo, educação para a saúde, fixação de metas, gestão das dificuldades, compromisso, reforço,...) são essenciais no sentido de aumentar e manter com sucesso as atividades a longo prazo. Acreditamos que será o que vai acontecer. Face ao exposto, as intervenções deste tipo devem ser mantidas e acompanhadas ao longo do tempo. Vários estudos corroboram esta ideia por exemplo o estudo de Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino (2015) a avaliação fez-se no início, no pós-intervenção e após 6 meses de acompanhamento.

Partilhamos a opinião de Mendoza-Ruvalcaba & Arias-Merino (2015) que os objetivos não são fáceis de alcançar e que construir um estilo de vida é um processo e não um evento no qual a motivação e o compromisso são essenciais ou seja os participantes seguem os seus próprios objetivos e sentimento de capacidade ou autoeficácia. Pender, *at al.* (2015) alertam para a necessidade do enfermeiro ser realista sobre o ensino e a aprendizagem e aceitar os bons e os maus dias dos clientes de todas as idades e que por vezes os clientes e o enfermeiro desanimam com os resultados.

A avaliação de um projeto desta natureza não se deverá esgotar em indicadores quantitativos, sendo que a avaliação qualitativa das atividades pelos intervenientes, idosos e Assistentes Operacionais e a perceção do educador ao longo da intervenção como fator de análise e reflexão para a melhoria de projetos futuros. Destaco os sentimentos de gratidão, alegria, participação demonstrada por todos e expressas em cada sessão e na convivência com os mesmos. Relativamente ao indicador de resultado obtido através da satisfação dos participantes, verifica-se que a totalidade avaliou satisfatoriamente ou muito satisfatoriamente as sessões de *EpS*.

Pela avaliação da sessão de *EpS* dirigida às funcionárias do CURPIO, podemos afirmar e como conclusão o compromisso das mesmas em continuar a promover o EAS, a manter uma relação harmoniosa com os idosos, assim como participar em ações de formação no âmbito da UCC para a melhoria da prestação de cuidados (Apêndice XIX).

Importa referir que os constrangimentos temporais na implementação do projeto não possibilitaram a avaliação dos resultados a longo prazo. De qualquer forma a adesão e participação nas atividades de promoção do EAS, revelou a mudança do comportamento dos idosos do CURPIO, capacitando-os para se manterem intelectual e funcionalmente ativos de acordo com as suas potencialidades, permitindo o atingir do objetivo proposto para a intervenção comunitária. Acreditamos que posteriormente com a continuidade do projeto no âmbito da UCC serão conseguidas a longo prazo, se mantiverem o comportamento incutido no grupo, promovido e continuado, então a evolução na nossa opinião será ainda mais visível. A integração deste projeto já existente na UCC será uma mais-valia para a continuidade da parceria e de cuidados e acompanhamento dos idosos no CURPIO e outros Centros comunitários de apoio a esta população.

Perante o exposto a avaliação global do projeto é positiva e podemos concluir que os dados apontam na obtenção de ganhos em saúde pela mudança de comportamento por parte dos idosos no CURPIO e pelo atingimento e ultrapassagem das metas delineadas para esta intervenção comunitária.



#### 4.-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importa nesta altura analisar e refletir sobre esta trajetória. O percurso desenvolvido, tecendo considerações sobre a avaliação do mesmo, sobre as competências adquiridas, assim como as limitações e implicações para a prática.

Como defendem Pender, *at al.* (2015), os cuidados prestados aos idosos terão necessariamente de ser de qualidade e dirigidas respostas às suas reais necessidades. Efetivamente a qualidade do atendimento tem sido uma preocupação constante para a enfermagem, em que a eficácia (resultados) representa um desafio para os enfermeiros.

Os cuidados de saúde devem produzir efetivamente ganhos em saúde, a partir da implementação de projetos que proporcionem oportunidades de aprendizagem, que estimulem e incentivem a participação nas diversas dimensões da vida em sociedade, que valorizam os fatores protetores da saúde, designadamente o desenvolvimento de redes de suporte, de estilos de vida saudáveis, a criação de ambientes físicos saudáveis, promoção da saúde física e mental, entre outros. Importa uma abordagem multisectorial que intervenha nos determinantes de saúde, com a implementação de medidas promotoras de um EAS efetivo (DGS, 2017).

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve por base problemas identificados num grupo de idosos num centro de idosos, procurou potenciar ganhos em saúde. Alicerçado na metodologia do planeamento em saúde permitiu uma coerência na tomada de decisão para resultados efetivos e eficientes. O modelo de promoção da saúde (Pender, *at al.*, 2015) mobilizado, assim como o recurso a métodos e técnicas alicerçadas na gerontologia (Lemieux & Martinez, 2000) e EpS foram fundamentais para estruturar conceptualmente, no contexto de promoção da saúde para a mudança de comportamento, as necessidades identificadas e o caminho a percorrer.

Pensamos ter desenvolvido um projeto de intervenção comunitária de prestação de cuidados eticamente e socialmente aceites, integrados, cientificamente válidos e sustentados, adequados às necessidades dos idosos do CURPIO. Como sabemos a saúde do idoso depende de abordagens multisectoriais, abordagens

multidisciplinares fundamentadas em evidência científica, estabelecendo parcerias no sentido da maximização da sua capacidade funcional (OMS, 2015; DGS, 2017).

Assim o projeto “**Promoção do EAS**” tornou-se um grande desafio e responsabilidade na implementação de estratégias de intervenção mobilizando recursos da UCC, tais como Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental, Enfermeira EEEEC, assim como envolvimento dos responsáveis do CURPIO, Animadora Socio cultural e Assistentes Operacionais na promoção do EAS.

A realização deste projeto permitiu-me desenvolver competências específicas de EEEECSP, nomeadamente o estabelecimento com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (grupo de idosos do CURPIO) (RCEEEECSP, 2018). Como resultado contribui para o processo de capacitação do grupo, integrei e coordenei um programa de saúde dirigido à manutenção/maximização das capacidades, seguindo orientações da evidência científica, da OMS, DGS para a consecução dos objetivos dos PNS, fomentando parcerias na promoção do EAS.

A competência profissional não corresponde a um simples acumular de conhecimento ou habilidades, mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que o sujeito e contexto se enriquecem mutuamente. Para tal contribuíram os conhecimentos adquiridos na componente teórica das unidades curriculares deste Curso de Mestrado, a autoformação com pesquisa assente na evidência científica e o facto de ter desenvolvido este projeto na UCC onde exerço funções desde outubro de 2017.

Enquadrando o modelo de Benner (2001: 51), neste momento penso poder afirmar que me encontro a caminhar no sentido do nível de perita, onde *“a enfermeira tem um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências onde são evidenciadas as suas competências”*, no entanto até ao momento apreendi a situação como a globalidade e não em termos de aspetos isolados considerando-me no nível proficiente.

Este projeto de intervenção comunitária foi então decisivo para a aquisição e mobilização de novos saberes e competências, imprescindíveis para o cuidar especializado a indivíduos, grupos e comunidades no âmbito da enfermagem comunitária; saliento a utilização de técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação de medidas (RCEEEECSP, 2018) com recurso ao SPSS, assim como

para o desenvolvimento de aptidões de 2º ciclo correspondentes ao grau de mestre, mobilizando os descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior- DGES, 2016) na reflexão sobre os conhecimentos e competências adquiridos neste percurso. Face ao exposto considero ter adquirido as competências do 2º ciclo uma vez que, constituí a base de desenvolvimento de aplicações originais em contexto de investigação; apliquei conhecimentos e desenvolvi capacidade de compreensão e resolução de problemas e contextos alargados e multidisciplinares, estabelecendo parcerias e integrando vários elementos; considerei as implicações éticas e sociais, tendo por base o respeito pelos valores éticos dos intervenientes (consentimento livre e informado, pedidos de autorização). Desenvolvi competências de autoaprendizagem, essencialmente auto-orientada e autónoma, no que respeita à capacidade de comunicação de resultados de investigação, durante as sessões e várias reuniões durante o estágio e por fim num futuro próximo a um júri, na arguição do relatório em provas públicas.

### **Implicações para a prática**

A consecução de um projeto de intervenção comunitária deste cariz trás inevitavelmente implicações a vários níveis.

O desenvolvimento de competências específicas ao longo da prossecução deste projeto implica a melhoria da qualidade organizacional da UCC e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na comunidade com base nas políticas de saúde e assente na evidência de estudos e investigação, pois o enfermeiro especialista baseia a sua práxis clinica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento (OE, 2011).

A promoção da articulação e coordenação de recursos e serviços existentes para a melhor resposta a problemas emergentes e a contribuição para o aumento da responsabilidade social, pelo envolvimento dos responsáveis do CURPIO e seus funcionários, tendo assumido compromissos em promover o EAS, em contratar professor de educação física e melhorar aspetos relacionados com a alimentação dos idosos, assuntos que se concretizaram e que a nós nos alegraram.

O desenvolvimento e fortalecimento de parcerias entre equipas multidisciplinares e multisectoriais é indubitavelmente uma mais-valia para a continuidade da articulação entre estruturas da saúde e da ação social.

Demonstramos então que é possível trabalhar em parceria com outros setores da comunidade, nomeadamente uma IPSS e Centro de Yoga em prol da promoção do EAS.

Para que o projeto tenha continuidade e mantenha ou continue num processo de melhoria recomendamos aos responsáveis pelo CURPIO a manutenção e desenvolveremos estratégias de *Follow Up* com periodicidade considerada desejável no âmbito da parceria construída com a UCC Odivelas. O agendamento de reuniões e visitas mensais programadas para a continuidade das atividades como são exemplo o passeio ao Sr. Roubado, assim como a contratação do professor de educação física (que entretanto já se concretizaram). De salientar neste percurso ter conseguido o envolvimento da professora do Centro de Yoga de Odivelas que se disponibilizou para proporcionar momento de Yoga aos utentes e a título de voluntariado manter esta atividade mensalmente, assim como a articulação com o grupo de voluntariado sénior de Odivelas (Coração Aberto) que poderão acompanhar os idosos que o desejem e assim atenuar os seus sentimentos de solidão.

Achamos ser essencial manter e continuar o trabalho implementado com a criação de dinâmicas que permitam a continuidade de cuidados para que efetivamente se traduzam em ganhos em saúde. Os registos iniciados no SCLÍNICO – “**Comunidade CURPIO**”, integrado no projeto “Envelhecimento Ativo e Saudável” da UCC, permitindo a continuidade e avaliação posterior.

É nossa pretensão divulgar em congressos, publicar o trabalho desenvolvido, a avaliação e resultados obtidos nesta população que está em franca progressão e como futura EEECSPP contribuir para uma prática de cuidados holísticos, humanizados, integrados baseados em evidência e adequados às necessidades dos idosos. Assim como o envio do relatório final do projeto de intervenção comunitária à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT após término do presente trabalho.

### **Limitações do projeto**

Este percurso foi-se desenvolvendo no entanto o processo de pedidos de autorizações foi moroso. Assim a limitação temporal curta para a concretização deste estágio condicionou o delinear de atividades e o facto de ter decorrido no outono/inverno o que provavelmente influenciou a adesão e resultados do mesmo e

não tornando possível planejar intervenções ao ar livre como por exemplo passeios e caminhadas, assim como influenciar o número de participantes nas atividades por motivos de doença (gripe) se encontravam ausentes.

O tamanho da amostra ser muito reduzida e não probabilística impede a generalização dos dados para a população geral. No entanto, podemos afirmar pela mudança ocorrida a todos os níveis que, com a implementação deste projeto promovemos o EAS dos idosos do CURPIO.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Tavares, J. (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. (13-43). In: Ribeiro, O. e Paúl, C. *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel
- Azevedo, M. J., Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In: Ribeiro, O., Paúl, C. (Eds). *Manual de Envelhecimento Ativo* (77-112). Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing?. *Aging & Mental Health*.12 (3): 293-301.
- Branco, J. C. (2017). Tenha saúde e bem-estar. (24-29). In: Rodrigues, A., Canhão, H., Branco, J.C., Gregório, M. J., Sousa, R. (2017). *Viver com saúde depois dos 60 anos*. Direção Geral da Saúde. Acedido em 12 de abril 2019. Disponível em:  
[http://www.saudepontocome.pt/files/Livro\\_SaudePontoCome\\_20dezembro2017.pdf](http://www.saudepontocome.pt/files/Livro_SaudePontoCome_20dezembro2017.pdf)
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canhestro, S. A. & Basto, L. M. (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*. 20. (27-51).
- Canhestro, S. A. & Basto, L. M. (2016). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem na Promoção de Envelhecimento Saudável: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. 20 (1), 48-71.
- Carvalho, A., Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa. Lusociência. Acedido em: 20 de março 2019. Disponível em:  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396?mode=full>

- Coll-Planas, L., Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., & Monteserin, R. (2017). Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. (145-157). *Health & Social Care In The Community*, 25 (1). Acedido 10 de março 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26427604>
- Chaves, M., Fragoso, V. (2012) *Educação Emocional para Seniores*. Viseu: Psicosoma
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional Para a Saúde da Pessoa Idosa*. Acedido em 27 de junho 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2006). *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em 28 de novembro 2018. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Saúde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Acedido em: 23 de junho de 2018. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Acedido em 27 dezembro 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5534>
- Direção Geral da Saúde (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da saúde e Bem- Estar*. Acedido em 13 de abril 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ms/14/pagina.aspx?ur=1&id=5534>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS)*. Acedido em 20 de abril de 2019. Disponível em: [https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files\\_mf/1507564169PNPAS\\_DGS2017.pdf](https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf)
- Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2016-2025* (Despacho nº 12427/2016).

- Acedido em: 12 abril 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *Descritores de Dublin*. Acedido em: 16 de abril 2019. Disponível em: [https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_ensino\\_superior\\_portugal\\_qq-eees\\_0.pdf](https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf)
- Ermida, J. G. (2014). Avaliação Geriátrica Global. (103-117). In: Veríssimo, M. T (coord.) *Geriatría Fundamental - saber e praticar*. Lisboa: Lidel
- Fletcher, K. R. (2011). *Saúde dos idosos*. In: Stanhope, M e Lancaster, J. (697-716). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na população*. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento- uma abordagem psicológica*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fortin, M-F. (1996). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Obras a Vulso. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). Anuário Estatístico de Portugal 2017. Acedido em 20 de março de 2019, disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=320469310&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320469310&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Índice de envelhecimento por sexo. Estimativas anuais da população residente. Acedido em 4 de abril 2019. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2.IDEM](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2.IDEM)
- Kuczmarksi, M. F. & Cotugno, N. (2009). Outcome evaluation of a 3-year senior health and wellness initiative. (33-39). *Journal Of Community Health*, 34(1), Acedido em 10 de março 2018. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/18821002>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

- Lee, S. H., & Kim, Y. B. (2016). Which type of social activities may reduce cognitive decline in the elderly?: a longitudinal population-based study. *BMC Geriatrics*, 16 (1), 165. Acedido em 10 de março 2018. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0343-x>
- Lemieux, A. & Martinez, M. S. (2000). Gerontagogy Beyond Words: A Reality. *Educational Gerontology*. (475-498). Acedido a 30 de outubro 2018, disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.378.7225&rep=rep1&type=pdf>
- Lopes, M. J. (2006). A relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.
- Mão de Ferro, A. (2011). Na rota da pedagogia. Lisboa: Edições Colibri.
- Marôco, João (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7ª ed.). acedido em 15 de abril 2019, Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=Ki5gDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_vpt\\_buy#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=Ki5gDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_vpt_buy#v=onepage&q&f=false)
- Martins, M. C. A. (2005). *A Promoção da Saúde: percurso e paradigma*. Acedido em 23 junho 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>.
- Martins, R. M. L. (2003). Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente. In: *Millenium*. (67-73), Acedido em 31 outubro 2018, disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20sa%C3%BAde.pdf>
- Mendonza- Ruvalcaba, N. M & Arias-Merino, E. D. (2015). "I am active": effects of a program to promote active aging. *Clinical Interventions in Aging*. *Dove Press Journal*. (829-837). Acedido em 10 de março 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427596/>
- Moura, Cláudia (2006). *Seculo XXI-Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Moraes, E. N. (2012). ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: Aspetos Conceituais. Organização Pan Americana da Saúde. OMS. Acedido em fevereiro 2019. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). (2017). *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2017*. Acedido em :1 de abril 2018. Disponível em:  
<http://www.gep.msess.gov.pt/cartasocial/pdf/csosocial2017.pdf>
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade de Medicina Interna (GERMI), Avaliação Geriátrica Global, acedido em março 2018, disponível em:  
[https://www.spmi.pt/docs\\_nucleos/GERMI\\_36.pdf](https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2011) - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. OE. Acedido em 30 de março 2018. Disponível em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEECOmunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015. Lusodidacta. Sociedade Portuguesa de Material Didático. Acedido em 25 de outubro 2018. Disponível em:  
[https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid. Acedido em: 27 de junho 2018. Disponível em:  
<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde (2005). Brasil. *Envelhecimento Ativo: uma de Política de Saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). Guia Global das cidades Amigas dos Idosos. Acedido em 29 de abril 2019. Disponível em:  
<https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. OMS. Acedido em 12 de abril 2019. Disponível em:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6)
- Pender, N. Murdaugh, C. & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion In: Nursing Practice*. (7ª ed.). Boston: Parsons Education.
- Phaneuf, M (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência.
- Paúl, C (2017). Como manter a sua mente saudável? (48-53). In: Rodrigues, A., Canhão, H., Branco, J.C., Gregório, M. J., Sousa, R. (2017). *Viver com*

saúde depois dos 60 anos. Direção Geral da Saúde. Acedido em 12 de abril 2019. Disponível em:

[http://www.saudepontocome.pt/files/Livro\\_SaudePontoCome\\_20dezembr\\_o2017.pdf](http://www.saudepontocome.pt/files/Livro_SaudePontoCome_20dezembr_o2017.pdf)

Pinto, A. M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics* 2(11): (74-86).

Polít, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Pordata. (2019). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em: 12 abril de 2019. Disponível em: [www.pordat.pt](http://www.pordat.pt)

Portugal, J. e Azevedo, M. J. (2011). Otimize o seu bem-estar. (205-238). In: Ribeiro, O. e Paúl, C. *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel

Ribeiro, O., Paúl, C (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.

Regulamento nº 428/2018 (2018). Ordem dos Enfermeiros. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária. Diário da República, Série II (nº 135.16/07/2018). (19354-19359).

Regulamento e Estatutos do Centro Unitário de Reformados Pensionistas e Idosos de Odivelas (2017). Odivelas: CURPIO.

Resolução da Assembleia da Republica nº 88/2018 (2018). Recomenda ao Governo Medidas para a promoção do envelhecimento com direitos. Diário da República Série I (nº 66.4/04/2018). (1542-1542).

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel

Rodrigues, A., Canhão, H., Branco, J.C., Gregório, M. J., Sousa, R. (2017). VIVER COM SAÚDE DEPOIS DOS 60 ANOS. Direção Geral da Saúde. Acedido em 12 de abril 2019. Disponível em:

[http://www.saudepontocome.pt/files/Livro\\_SaudePontoCome\\_20dezembr\\_o2017.pdf](http://www.saudepontocome.pt/files/Livro_SaudePontoCome_20dezembr_o2017.pdf)

Santos, F. (2014). Nutrição e envelhecimento. (75-87). In: Veríssimo, M. T (coord.) *Geriatría Fundamental - saber e praticar*. Lisboa: Lidel

Sistema Informático Registos de Enfermagem (SCLínico). Acedido em: 12 de abril 2019. Disponível em:

<http://10.17.225.12:7778/forms90/f90servlet?config=sclinico>

- Song, M., Seo, K., Choi, S., Choi, J., Ko, H., & Lee, S. J. (2017). Seniors Centre-based health intervention programmes in the United States and South Korea: A systematic review. *International Journal Of Nursing Practice*. 23 (5).
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011) - *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7.ªEd.) Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F. e Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 16 (3) 55-66. Universidad de Murcia. Acedido em: 19 dezembro de 2018. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-84232016000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews*. Acedido em 20 de outubro 2018. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org).
- Unidade de Cuidados Comunidade (UCC) (2017). *Plano de Ação Triénio 2017-2019*. Odivelas: UCC de Odivelas.
- World Health Organization *Global Recommendations on Physical Activity for Health* (2011). Acedido em: 17 de março 2019. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf?ua=1> e <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recommendations65yearsold/en/>
- World Health Organization. (2018) *Ageing and health*. WHO. Acedido em: 6 outubro. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2018). *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030*. Acedido em: 12 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/normas-e-orientacoes.aspx>
- World Health Organization. (2019). *Health education*. Acedido em: 8 de abril 2019. Disponível em: [https://www.who.int/topics/health\\_education/en/](https://www.who.int/topics/health_education/en/)



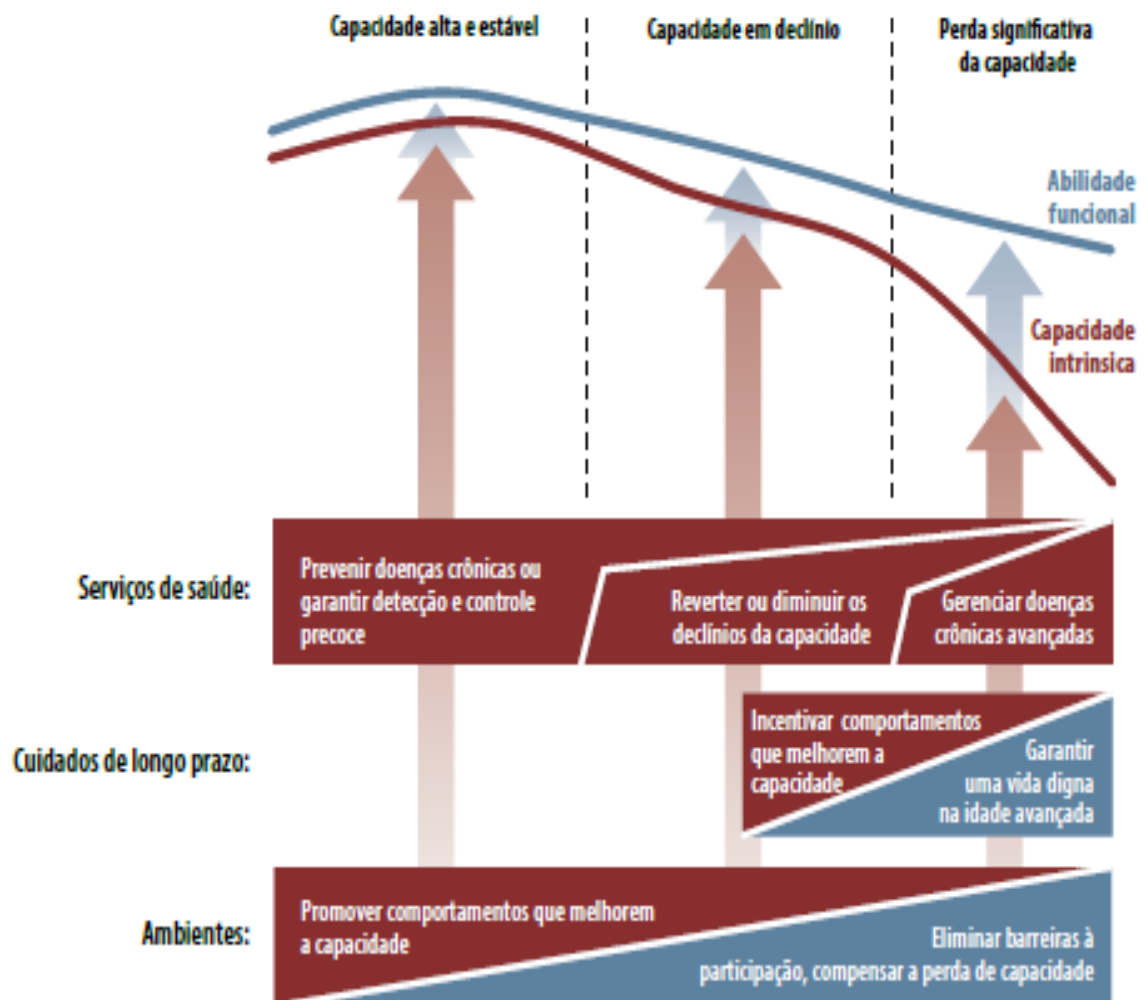
## **ANEXOS**



**Anexo I: - Quadro de Saúde Pública para *Envelhecimento Saudável*:  
oportunidades para a ação de saúde pública durante o curso de vida**



## Quadro de Saúde Pública para *Envelhecimento Saudável*: oportunidades para a ação de saúde pública durante o curso de vida



**Fonte:** Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS (2015: 15).



**Anexo II: Autorizações do Centro Unitário de Reformados, Pensionistas Idosos  
de Odivelas (CURPIO)**





**CURPIO**

CENTRO UNITÁRIO DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE ODIVELAS  
Fundado a 09 de Fevereiro de 1983 (D.R. III série nº 56 de 9/03/1983)

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos da interessada Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra, declara-se que o Centro Unitário de Reformados e Pensionistas de Odivelas (CURPIO) apresenta disponibilidade para a realização do estudo: "Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável", nomeadamente ao que concerne às condições estruturais e de logísticas para a sua realização e disponibilidade da equipa para colaborar nas atividades decorrentes da investigação realizada.

Odivelas, 16 de Abril de 2018

Pela direção do CURPIO

CENTRO UNITÁRIO DE REFORMADOS,  
PENSIONISTAS E IDOSOS DE ODIVELAS  
Rua Rainha D. Estefânia Nº 4 - A  
2675 - 347 Odivelas  
IPSS e Associação de Utilidade Pública  
N.I.F. 501 685 049



**CURPIO**

CENTRO UNITÁRIO DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE ODIVELAS

Fundado a 09 de Fevereiro de 1983 (D.R. III série nº 56 de 9/03/1983)

À Escola Superior de Enfermagem  
de Lisboa

### AUTORIZAÇÃO

A direção do **Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO)**, autoriza a implementação do projeto de intervenção comunitária- "Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável", nesta instituição através da colheita e utilização de dados (questionários).

Odivelas, 16 de Abril de 2018

Pela Direção

**CENTRO UNITÁRIO DE REFORMADOS,  
PENSIONISTAS E IDOSOS DE ODIVELAS**  
Rua Rainha D. Estefânia Nº 4 - A  
2675 - 347 Odivelas  
IPSS e Associação de Utilidade Pública  
N.I.F. 501 685 049



**CURPIO**

CENTRO UNITÁRIO DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE ODIVELAS  
Fundado a 09 de Fevereiro de 1983 (D.R. III série nº 56 de 9/03/1983)

## AUTORIZAÇÃO

A direção do **Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO)**, autoriza a divulgação do nome desta instituição no âmbito do projeto de intervenção comunitária- "Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável".

Com os melhores cumprimentos,

Odivelas, 16 de Abril de 2018

Pela Direção

CENTRO UNITÁRIO DE REFORMADOS,  
PENSIONISTAS E IDOSOS DE ODIVELAS  
Rua Rainha D. Estefânia Nº 4 - A  
2675 - 347 Odivelas  
IPSS e Associação de Utilidade Pública  
N.I.F. 501 685 049



**Anexo III – Declaração da Diretora Executiva do ACES Loures-Odivelas**





AGRUPAMENTO LOURES - ODIVELAS

## DECLARAÇÃO

Ileine Maria Noronha Lopes, Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odiveias (ACES) Loures - Odiveias, declara nada ter nada a opor quanto à realização do projeto "Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável", tendo como investigadora a enfermeira Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra, a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Encontra-se o processo em causa em avaliação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo .IP, tendo o ACES Loures Odiveias condições logísticas e humanas que asseguram a respetiva investigação em condições éticas adequadas, dado que não acarreta despesas para o Serviço.

Por ser verdade e me ter sido pedida, se passa declaração, que vai ser por mim assinada.

Sacavém, 08 de Maio de 2018

**A Diretora Executiva do ACES Loures – Odiveias**

Ileine Lopes (Dr.<sup>a</sup>)



**Anexo IV - Autorização e Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados**





### Autorização n.º 5859/ 2018

Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável .

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra

**Finalidade** – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; sinais vitais; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados de qualidade de vida/efeitos psicológicos; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, presencialmente

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 01-05-2018

**Anexo V – Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT**





Exma. Senhora

Dr.ª Olívia Elisabete Serra

[oserra@campus.esel.pt](mailto:oserra@campus.esel.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		6607/CES/2018	06.07.2018


**Assunto: Promoção do envelhecimento ativo e saudável – um projeto de intervenção comunitária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, do dia 06.07.2018, tendo sido emitido um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

1º  
O Conselho Directivo  
  
Luis Figueira  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.



### Parecer

Proc.037/CES/INV/2018

**Título:** Promoção do envelhecimento ativo e saudável – um projeto de intervenção comunitária.

**Autora:** Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra

**Local de realização:** Centro Unitário Reformados, Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)

#### **Objetivo:**

O objetivo deste projeto é contribuir para a mudança de comportamentos dos idosos que frequentam o CURPIO de modo a capacitá-los para se manterem intelectual e funcionalmente ativos de acordo com as suas potencialidades.

#### **Metodologia**

Para responder a este objetivo começaremos por realizar o diagnóstico da situação a partir da aplicação de um questionário, o qual possibilita uma avaliação a nível físico, mental, funcional e social para posteriormente planear e implementar ou executar atividades de acordo com as necessidades sentidas pelos idosos e os problemas identificados na etapa de diagnóstico de situação de saúde.

Com base nos resultados obtidos na etapa de diagnóstico de situação de saúde, iremos mobilizar os recursos disponíveis, para planear intervenções que promovam mudanças de comportamentos nos idosos capacitando-os para maximizar as suas potencialidades.

#### **População e amostra do estudo**

Como população alvo os idosos que frequentam o CURPIO sendo que é frequentado num total de 79 utentes, dos quais, 68 utentes em Centro de dia, 11 utentes em Centro de Convívio. O centro apoia também 65 utentes em SAD.

Para a seleção da amostra o método utilizado é o não probabilístico, no qual a amostragem é feita por conveniência, ou seja, os disponíveis no período de visitas programadas em junho- início de julho 2018.

#### **Critérios de inclusão:**

- 1.- Idosos com idade superior a 65 anos, sem alterações cognitivas (de acordo com os pontos de score para a população portuguesa no Mini-Mental State)
- 2.- Frequentadores do CURPIO em Centro de Dia/ Centro de Convívio;
  
- 3.- Aceitem participar no estudo;
- 4.- Saibam ler e escrever Português.

#### **Instrumento de recolha de informação**

Questionário com duas partes: uma parte para caracterização sociodemográfica da amostra e outra parte com Avaliação Geriátrica Global (AGG). Esta permite a avaliação multidisciplinar do idoso a nível físico,



mental, funcional e social. Contempla várias escalas de avaliação geriátrica do Núcleo de Estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) (Anexo III) nomeadamente:

- 1- Estado funcional-Atividades de Vida Diária Básicas - Índice de Katz;
- 2- Estado funcional-Atividades Instrumentais de Vida Diária – Escala de Lawton e Brody;
- 3- Marcha – Classificação Funcional da Marcha de Holden;
- 4- Estado Afetivo – Escala de depressão Geriátrica de Yesavage-versão curta;
- 5- Estado cognitivo- Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein;
- 6- Estado Nutricional- Mini-Nutritional Assessment.

#### Apreciação:

- Trata-se de um estudo que, aparentemente, pretende obter um diagnóstico de situação do estado funcional físico e mental de uma população de idosos frequentadores de uma instituição denominada Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas (CURPIO);
- Este diagnóstico de situação dos idosos será efetuado através da aplicação de um conjunto de escalas de avaliação geriátrica;
- De acordo com o diagnóstico estabelecido, serão propostas intervenções potencialmente indutoras de melhoria;
- Assim sendo, coloco as seguintes questões à proponente:
  - Gostaria de ver explicitada a diferenciação que assumem entre população e amostra, uma vez que o trabalho não visa efetuar alguma pesquisa em que “de uma amostra de realidade” se poderiam inferir conclusões para o todo (não há qualquer hipótese de trabalho nesse sentido), mas apenas selecionar, dentre os frequentadores do CURPIO, aqueles que serão alvo de uma intervenção. É a esse grupo de *selecionados* que chamam amostra?
  - De acordo com a metodologia, a partir do diagnóstico de situação serão implementadas intervenções promotoras de melhoria e mobilizados recursos
    - Parece-me necessário que sejam explicitadas essas medidas e esses recursos
  - Tendo em conta que é um trabalho em que, através de determinadas intervenções, vai ser pretendida melhoria qualitativa dos sujeitos em causa, como vai ser avaliada essa melhoria?

A Comissão propõe o envio das objecções ao investigador.  
Lisboa, 8 de junho de 2018

#### Conclusão:

As respostas da investigadora clarificam os objetivos do trabalho, nomeadamente quanto ao facto de que não se tratar de um trabalho de investigação, nomeadamente quantitativa, mas sim de uma intervenção, guiada pelas hipóteses de necessidades dos idosos frequentadores do CURPIO, identificadas através de um conjunto de escalas de avaliação.

Face ao teor do parecer a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável a este estudo.

6 de julho de 2018

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar



## **Anexo VI – Certificado do Curso Iniciação ao Yoga do Riso**

# Laughter Yoga International University



## Basic Learning Course Certificate

*This is to certify that OLÍVIA SERRA  
has successfully completed the Basic Learning Course under my guidance by understanding  
the concept, philosophy and practices of Laughter Yoga developed by Dr. Madan Kataria*

*Place LIBRA*

*Date 15.12.2018*

*Sabrina Taccovi*  
Laughter Yoga Trainer



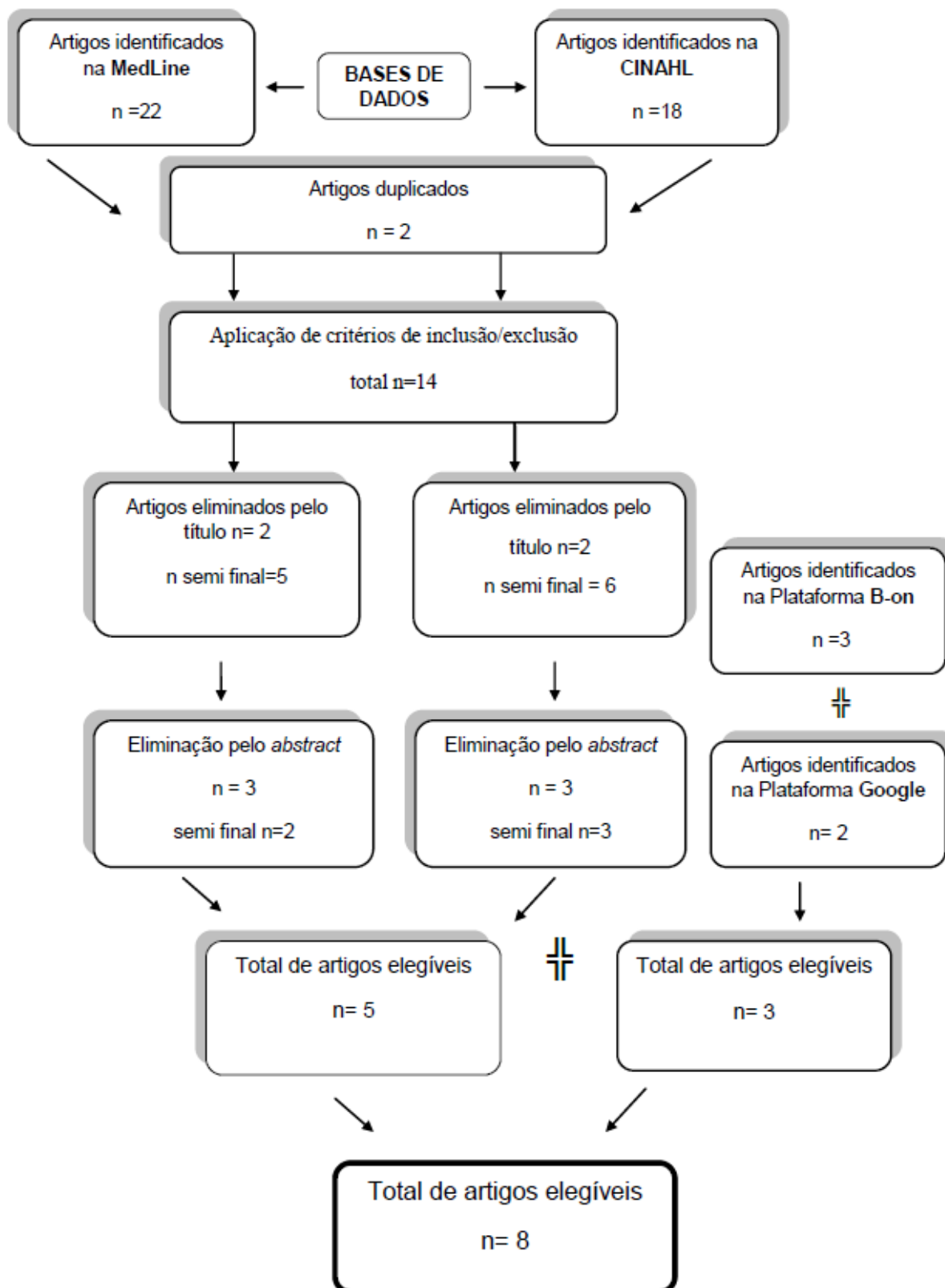
## **APÊNDICES**



**Apêndice I: Diagrama e quadros de apresentação de resultados da  
Revisão *Scoping***



### Diagrama da SCOPING REVIEW



<b>Quadro de Apresentação dos Resultados da Scoping</b>	
<b>Autor</b> <b>Ano Publicação</b>	<b>Mendoza-Ruvalcaba, N. M., &amp; Arias-Merino, E. D.</b> <b>2015</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	México Estudo randomizado controlado-Experimental
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: 64 adultos saudáveis com 60 anos ou mais frequentadores de centros de idosos; Instrumentos: Mini Mental Assessment State e Escala de depressão; Avaliação do Estado nutricional
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	"I AM ACTIVE": EFFECTS OF A PROGRAM TO PROMOTE ACTIVE AGING. Programa projetado para promover o envelhecimento ativo por meio do aumento da atividade física, hábitos nutricionais saudáveis e funcionamento cognitivo, com finalidade de promover melhor qualidade de vida, objetivos específicos: estimular e melhorar a atividade física, incentivar e promover comportamentos alimentares saudáveis e melhorar o trabalho memória e velocidade de processamento. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia deste programa. Sessões de grupo durante 2 meses- 16 sessões teóricas e práticas- tópicos nutricionais e funcionamento cognitivo (técnicas de orientação da realidade e atividade física, exercícios para trabalhar força muscular, equilíbrio e mobilidade).
<b>Resultados /Conclusão</b>	Na conclusão do programa, o grupo experimental apresentou melhora significativa em comparação ao grupo controle nos seguintes domínios: atividade física (risco de quedas, equilíbrio, flexibilidade, autoeficácia), nutrição (autoeficácia e estado nutricional), desempenho cognitivo (velocidade de processamento e autoeficácia) e qualidade de vida (geral, saúde e funcionalidade, status social e económico). O programa promove melhorias nos domínios do envelhecimento ativo, principalmente nas crenças de autoeficácia, bem como na qualidade de vida.
<b>Autor</b> <b>Ano Publicação</b>	<b>Mendoza-Ruvalcaba, N. M., &amp; Fernández-Ballesteros, R</b> <b>2016</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	México Quasi-Experimental
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: 79 idosos com 60 anos e mais em centros de idosos, alfabetizados. Instrumentos. Sessões onde gerontologista aplicou Versão VS_FF Avaliação de: Domínio intelectual; Domínio social; Domínio doméstico. Questões sobre envelhecimento.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	EFFECTIVENESS OF THE VITAL AGING PROGRAM TO PROMOTE ACTIVE AGING IN MEXICAN OLDER ADULTS Conhecer a efetividade do programa <i>Vital-Aging</i> para promover o envelhecimento ativo em idosos mexicanos- 10 semanas. Sessões TV, Vídeo e sessões presenciais 2xsemana Domínio intelectual: resolver palavras cruzadas, estudar, canto, tocar instrumento; Domínio social: cuidar de outra pessoas, visitar amigos; Domínio doméstico: cuidar da casa, assistir TV; sessões sobre envelhecimento; Exercício físico; Relações sociais; Satisfação com a vida; Auto-eficácia.
<b>Resultados /Conclusão</b>	No final do estudo, os participantes mostraram melhorias nas medidas de resultado do envelhecimento ativo. Efeitos positivos foram observados na frequência de atividades intelectuais, culturais - artísticas e sociais, percepções de envelhecimento, satisfação com relações sociais e auto - eficácia para o envelhecimento. Aumento de atividades ou vida ativa em idosos que participam do programa. Estes resultados são em geral semelhantes aos encontrados em edições realizadas em Espanha, revelando a sua consistência como uma iniciativa prática transcultural para promover o envelhecimento ativo.

Apresentação dos Resultados da <i>Scoping</i> (Cont.)	
<b>Autor</b> <b>Ano Publicação</b>	<b>Moura, M. A. V., Ramos, G., Fernandes e Silva, G., Barros, R. R., Carvalho, M. C. M. P, Queiroz, A. B. A.</b> <b>2016</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	Rio de Janeiro Qualitativo- pesquisa descritiva
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: 20 mulheres com idades 60-81 anos  Dados obtidos por técnica grupal, questões abertas. Entrevistas.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	LA MUJER ANTE EL ENVEJECIMIENTO: EN UN CENTRO PARA ADULTOS MAYORES Descrever a visão da mulher idosa sobre o envelhecimento saudável e analisar sua experiência sobre a assistência recebida em um Centro Comunitário do Idoso. Programa de atenção integral ao idoso- Brasil- atividades do Centro, integradas com vista a promoção e prevenção da saúde e com o apoio social, proporcionam uma fase saudável no processo de envelhecimento. Atividades educativas, atividades de entretenimento e terapias ocupacionais e lazer.
<b>Resultados /Conclusão</b>	A maioria das idosas entende o envelhecimento como um processo saudável com experiências boas e proveitosas. As idosas referem que o atendimento recebido no Centro de Convivência, configurando-se como suporte e apoio social aos idosos para a promoção e prevenção da saúde. Essas mulheres expressaram importância de sua participação neste Grupo de Coexistência e como o grupo contribuiu para a melhoria de suas condições de vida e saúde.
<b>Autor</b> <b>Ano Publicação</b>	<b>Kuczmarksi, M. F., &amp; Cotugno, N.</b> <b>2009</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	Estados Unidos - Wilmington  Qualitativo/Quantitativo
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: idosos com idade 66-84 anos (50 pessoas a 300). Questionário com 16 itens: dados sociodemográficos; índice de percepção Saúde física e mental, atividade física, Consumo de frutas e vegetais.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	OUTCOME EVALUATION OF A 3-YEAR SENIOR HEALTH AND WELLNESS INITIATIVE. Programa de 3 a 10 anos. Promover o envelhecimento saudável para participantes que frequentam centros seniores de todo o país. O objetivo deste artigo é descrever o desenvolvimento e implementação da metodologia de avaliação e resultados deste projeto sênior de saúde e bem-estar. Os objetivos da série de fóruns: aumentar conhecimento, fornecer aos participantes recursos para os ajudar a tomar decisões informadas sobre saúde e motivar a adoção ou manutenção de um estilo de vida saudável. Fóruns: Mudança de comportamento e compromisso para a mudança, gestão do dinheiro, medicamentos, como manter-se ativos e aptos, e mentalmente alerta; atividade física, leitura e quebra-cabeças; revisão de resposta, Uso de cartão para motivar comportamento, Demonstrações de cozinha saudável, EPS longo prazo.
<b>Resultados /Conclusão</b>	Os resultados indicam que o programa cumpriu objetivos de aumentar o conhecimento e motivar a adoção ou a manutenção de um estilo de vida saudável. Os idosos eram incentivados tomada de decisão. A avaliação de programas de educação de seniores a longo prazo, embora desafiadora, pode ser um formato bem-sucedido e sustentável para profissionais de saúde.

Apresentação dos Resultados da <i>Scoping</i> (Cont.)	
<b>Autor Ano Publicação</b>	<b>Coll-Planas, L., Valle Gómez, G., Bonilla, P., Masat, T., Puig, T., &amp; Monteserin, R. 2017</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	Espanha Exploratório- Experimental Misto
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: Cuidados de saúde primários- profissionais de saúde e habitantes com mais de 60 anos. Questionário dirigido aos profissionais, dados sociodemográficos dos participantes, morbilidade e medicação; avaliação do impacto de aspetos psicossociais e <i>status</i> da saúde; intensidade da solidão.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	PROMOTING SOCIAL CAPITAL TO ALLEVIATE LONELINESS AND IMPROVE HEALTH AMONG OLDER PEOPLE IN SPAIN. Programa utilizado por profissionais de saúde- avaliar solidão e encaminhar os utentes. Explorar a viabilidade da intervenção e seus efeitos de curto e longo prazo. Foi conduzido em uma comunidade rural áreas urbanas e duas áreas urbanas de diversos níveis socioeconômicos de 2011 a2012. Construir e reforçar a rede CSP, centros de idosos e outros na comunidade onde os idosos podem participar na comunidade. Intervenção complexa para aliviar a solidão entre os idosos. Dinâmica de grupo, idosos voluntários dos centros de dia; 6 meses, sessões de 1,5 horas durante 15 semanas, coesão social, Estratégias de mudança de comportamento. Dois anos depois, contato telefónico para avaliar evolução.
<b>Resultados /Conclusão</b>	Depois de intervenção, a solidão diminuiu enquanto a participação social e apoio aumentou e além disso, o número de visitas aos enfermeiros aumentou. A intervenção contribui para uma nova e viável abordagem para aliviar a solidão entre os adultos mais velhos, e provocando mudanças significativas nas suas vidas. Capital social é adquirido através do envolvimento em atividades sociais e os aspetos estrutural e cognitivo do capital social, reforçam-se mutuamente.
<b>Autor Ano Publicação</b>	<b>Song, M., Seo, K., Choi, S., Choi, J., Ko, H., &amp; Lee, S. J. 2017</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	Estados Unidos e Sul da Coreia RSL- Qualitativo/Quantitativo
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	RSL 22 estudos sobre programas de intervenção promoção de saúde em centros de idosos.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	SENIORS CENTRE-BASED HEALTH INTERVENTION PROGRAMMES IN THE UNITED STATES AND SOUTH KOREA: A SYSTEMATIC REVIEW Fornecer aos enfermeiros e profissionais de saúde informações integradas sobre os tipos de intervenções e resultados de saúde baseados em centros de idosos. RSL para localizar programas de saúde em centros de idosos, e conhecer as Intervenções eficazes e viáveis para os participantes do centro de idosos. No domínio da promoção da saúde: intervenções relacionadas com a saúde física, imunização, nutrição e saúde cognitivo-psicológica, Intervenções de atividade física, como exercícios e dança.
<b>Resultados /Conclusão</b>	Considerando o impacto e a facilidade de acesso a idosos em centros de idosos, as intervenções e serviços de saúde nos centros de idosos devem ser fortalecidos. Há potencial para a enfermagem liderar os programas de intervenção de saúde dos idosos para melhorar o envelhecimento ativo dos participantes. Necessidade de se adotar teoria do comportamento em saúde no desenvolvimento das intervenções de saúde para melhores resultados comportamentais.

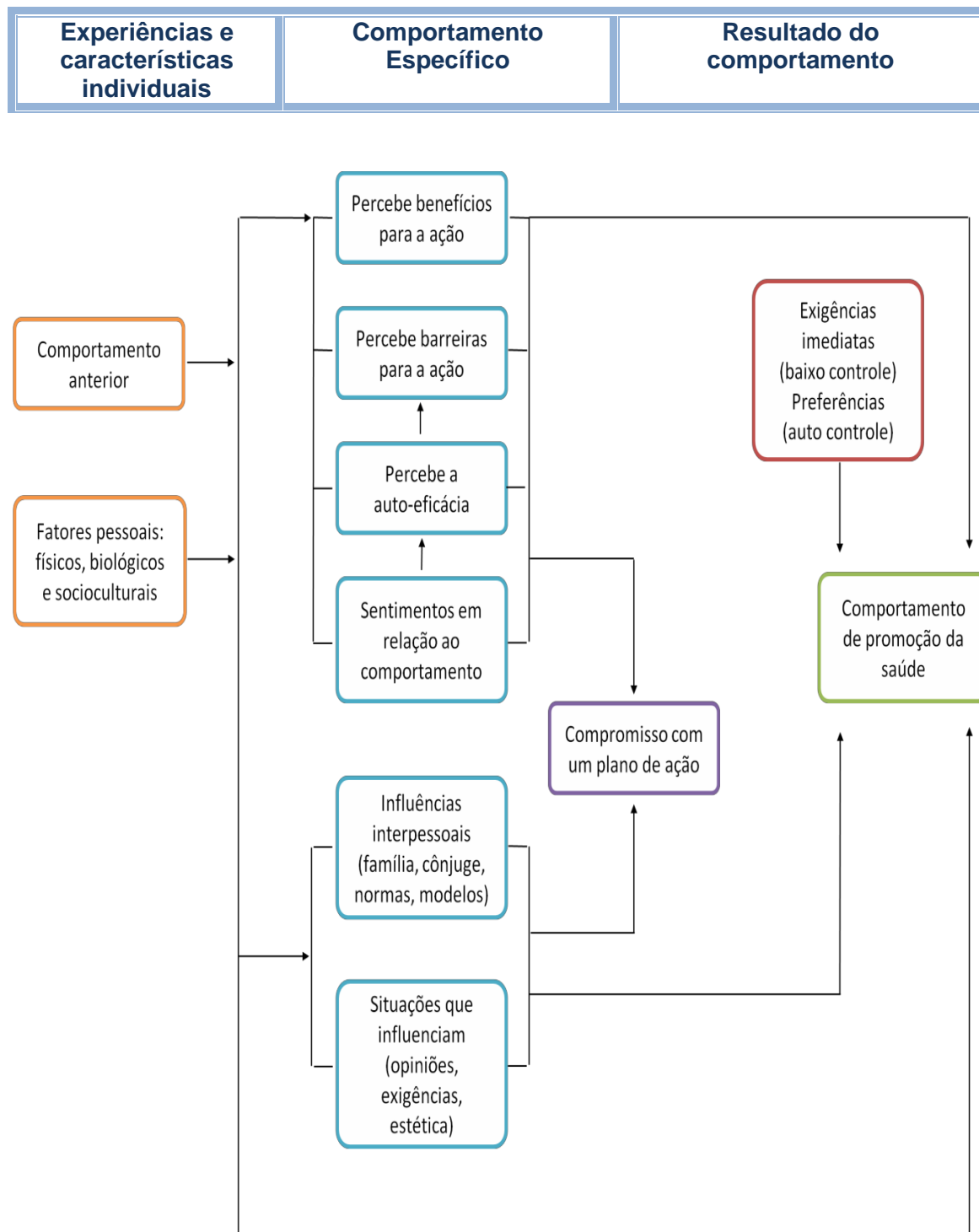
Apresentação dos Resultados da <i>Scoping</i> (Cont.)	
<b>Autor Ano Publicação</b>	<b>Wilbur, J., Marquez, D. X., Fogg, L., Wilson, R. S., Staffileno, B. A., Hoyem, R. L., &amp; ... Manning, A. F. 2012</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	CHICAGO Estudo Experimental Longitudinal
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: 174 pessoas com idades entre 50-84 anos; Instrumento: Dados demográficos, <i>Mini Mental Assessment State</i> ; atividade física.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY AND COGNITION IN OLDER LATINOS  O objetivo deste estudo longitudinal foi explorar a relação entre a atividade física (AF) e declínio cognitivo (DC) em latinos mais velhos. Realização de atividades de intensidade leves (trabalho, atividades de lazer, trabalhos em casa, caminhar para o transporte.
<b>Resultados /Conclusão</b>	Os achados sugerem que a manutenção da AF durante o envelhecimento pode prevenir o declínio cognitivo. Este trabalho pode informar desenvolvimento de intervenção futura que visa manter a AF, a fim de prevenir o declínio cognitivo. A atividade física é considerada um meio atenuante do declínio cognitivo e melhorar a capacidade cognitiva. São necessários mais estudos.
<b>Autor Ano Publicação</b>	<b>Lee, S. H., &amp; Kim, Y. B. 2016</b>
<b>Local do Estudo/tipo de Estudo</b>	Coreia Estudo Experimental Longitudinal
<b>Amostra/ Instrumentos de Avaliação</b>	Amostra: 1568 Pessoas, amostra representativa da população geral, frequentadoras de centros de idosos com mais de 65 anos de idade; <i>Mini mental Assessment State</i> ; AVDS; AIVD.
<b>Título do Estudo/ Finalidade/Intervenções/</b>	WHICH TYPE OF SOCIAL ACTIVITIES MAY REDUCE COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY?: A LONGITUDINAL POPULATION-BASED STUDY  O objetivo deste estudo é investigar quais os tipos de atividade social que reduz declínio cognitivo 4 anos depois entre jovens de idade (Y-O) (idade 65-74 anos) e velhice (O-O) (idade ≥ 75 anos) adultos usando dados de uma estudo de uma população coreana que vive na comunidade. Explorar tipos de atividades sociais que podem reduzir o declínio cognitivo (DC). Contacto com crianças e participação em atividades Sociais
<b>Resultados /Conclusão</b>	Os indivíduos que participaram em centros de idosos no início do estudo tiveram um menor risco de DC. O contacto com os filhos via telefone, por carta ou cara-a-cara foi positivamente associado à redução de DC, assim como participar em duas ou mais atividades sociais formais. Concluíram que encorajar a participação em centros/clubes de idosos e contactos frequentes com crianças e a participação em formalidades sociais podem ter um efeito benéfico na prevenção do DC em idosos.



## **Apêndice II – Modelo de Promoção da Saúde De Nola Pender**



## Diagrama do Modelo Promoção da Saúde de Nola Pender



Adaptado e traduzido de: Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. A. (2015: 35). Health Promotion Model (Revised)



## **Apêndice III – Cronograma do Projeto**



### CRONOGRAMA DO PROJETO

Mês \ Atividades	Set. 2018	Out. 2018	Nov. 2018	Dez. 2018	Jan. 2019	Fev. 2019	Março 2019
<b>Preparação</b>							
<b>Diagnóstico Situação</b>							
<b>Definição de Prioridades</b>							
<b>Fixação de Objetivos</b>							
<b>Seleção de Estratégias</b>							
<b>Preparação operacional</b>							
<b>Implementação do Projeto</b>							
<b>Avaliação do Projeto</b>							
<b>Revisão Literatura</b>							
<b>Estágio com Relatório</b>		24				08	11
<b>Elaboração do Relatório de Estágio</b>							01



## **Apêndice IV – Consentimento Informado**



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO  
De acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável- Um Projeto de Intervenção Comunitária.

**Enquadramento:** Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Sra. Professora Laura Viegas e Sra. Enfermeira Isabel Nunes. A realização deste estudo tem a finalidade de contribuir para a promoção de atividades para manter os idosos que frequentam o Centro, intelectual e funcionalmente ativos.

**Explicação do estudo:** Para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de questionários, caracterização socio demográfica e avaliação geriátrica do Núcleo que serão preenchidos pelo investigador na presença do participante. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativas necessidades. O preenchimento dos mesmos demorará 30 a 45 minutos. A seleção dos participantes é por conveniência, sendo que têm que ter idade igual ou superior a 65 anos e frequentarem o centro.

**Condições e financiamento:** A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer influência no atendimento deste Centro de Dia e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

**Confidencialidade e anonimato:** Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de carácter científico mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.  
Olívia Serra; 968497053; oserra@campus.esel.pt

**Assinatura do investigador:** .....

**Assinatura do participante:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

<b>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE</b>
NOME: .....
BI/CD N°: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....
ASSINATURA .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



## **Apêndice V – Declaração de compromisso confidencialidade**



## DECLARAÇÃO

Eu, Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra, mestranda em Enfermagem – Área de especialização Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projeto de intervenção comunitária no Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas - Unidade de Cuidados Continuados de Odivelas, no Centro Unitário de Reformados e Pensionistas de Odivelas, declaro, por minha honra, que os dados obtidos neste estudo são confidenciais e usados apenas para a consecução do mesmo.

Odivelas, 2 de maio de 2018

Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra





**Apêndice VI - Declaração do envio de relatório à Comissão de Ética  
da ARSLVT**



## DECLARAÇÃO

Eu, Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra, mestranda em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projeto de intervenção Comunitária no Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas - Unidade de Cuidados Continuados de Odivelas, no Centro Unitário de Reformados e Pensionistas de Odivelas, comprometo-me após término do presente estudo a enviar um relatório final à Comissão de Ética da ARSLVT.

Odivelas, 2 de maio de 2018

Olívia Elisabete Carreço da Cunha Serra

*Olívia Serra*



**Apêndice VII – Instrumento de colheita de dados**  
**Questionários:**

Parte 1: Caracterização socioeconómica

Parte 2: Avaliação Geriátrica Global (GERMI)



## QUESTIONÁRIO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

nº \_\_\_

### I Caracterização da amostra

1 – Sexo:  Masculino  Feminino

2 - Naturalidade \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_

3 - Data de nascimento: (Ano) \_\_\_\_\_ ou idade \_\_\_\_\_ anos.

4 – Estado civil? \_\_\_\_\_ Tem filhos?

5 Qual sua morada? \_\_\_\_\_

### II Caracterização socioeconómica

6 Onde vive?

1.  Casa própria

2.  Casa arrendada

3.  Casa de outros familiares

4.  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

7 Com quem vive?

1.  Sozinho

2.  Cônjuge

3.  Filhos

4.  Outros familiares

5.  Outra. Especifique \_\_\_\_\_

8 Relações familiares

Relaciona-se com seus filhos?

1.  Diariamente

2.  Dias alternados

3.  Dois dias por semana

4.  Semanalmente

5.  Quinzenalmente

6.  Mensalmente

7.  Outro período? Especifique \_\_\_\_\_

9 Habilitações literárias

1.  Analfabeto
2.  Sabe assinar/sabe escrever
3.  Sabe ler e escrever sem diploma
4.  4ª Classe
5.  Ensino preparatório (2º ciclo)
6.  9º Ano
7.  Outra. Especifique \_\_\_\_\_

10 – Qual foi sua profissão? \_\_\_\_\_

11 Qual a principal origem do seu rendimento mensal?

1.  Trabalho
2.  Pensão. Qual? \_\_\_\_\_
3.  Está a cargo de familiares
4.  Rendimentos próprios \_\_\_\_\_
5.  Outro. Especifique \_\_\_\_\_
6.  Sem rendimento
7.  Outra. Especifique \_\_\_\_\_
8. Valor da Pensão \_\_\_\_\_

12 Religião \_\_\_\_\_

**III Recursos Comunitários**

13 Há quanto tempo frequenta o Centro? \_\_\_\_\_ Valencia : Centro dia

Centro convívio

Porque veio? \_\_\_\_\_

14 Ocupação tempos livres fora do CURPIO

1.  Ver televisão
2.  Ler
3.  Andar a pé
4.  Fazer renda e bordados
5.  Jogos
6.  Outros. Quais? \_\_\_\_\_

15 Ocupação tempos livres no CURPIO

1.  Ver televisão
2.  Ler
3.  Andar a pé
4.  Fazer renda e bordados
5.  Jogos
6.  Outros. Quais? \_\_\_\_\_

16 Habitualmente pratica alguma atividade física? Sim  Não   
Qual? \_\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA!**

## Estado cognitivo- Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

**I. ORIENTAÇÃO** "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz."  
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos? \_\_\_\_\_
  2. Em que mês estamos? \_\_\_\_\_
  3. Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?) \_\_\_\_\_
  4. Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_
  5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) \_\_\_\_\_
  6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) \_\_\_\_\_
  7. Em que Distrito vive? \_\_\_\_\_
  8. Em que Terra vive? \_\_\_\_\_
  9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) \_\_\_\_\_
  10. Em que andar estamos? \_\_\_\_\_
- Nota: \_\_\_\_\_

**II. RETENÇÃO** "Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

**III. ATENÇÃO E CÁLCULO** "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar." (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro conta-se como um único erro.)

30 \_\_\_\_\_ 27 \_\_\_\_\_ 24 \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_ 15 \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

Se o sujeito não conseguir executar esta tarefa, faz-se em alternativa, uma outra: "Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra letra por letra mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio."

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida.)

A \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

**IV. EVOCAÇÃO** (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova da retenção.)

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

**V. LINGUAGEM** (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

b) Mostrar o lápis.

"Como se chama isto?" \_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha."

\_\_\_\_\_ Nota: \_\_\_\_\_

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão." (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

- Pega no papel com a mão direita
- Dobra o papel ao meio
- Coloca o papel no chão



Nota:

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."

(Mostrar cartão com frase: "FECHOU OS OLHOS". Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.)  
(Dar 1 ponto por cada realização correcta.)

Fechou os olhos



Nota:

f) "Escreva uma frase." (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

Nota:

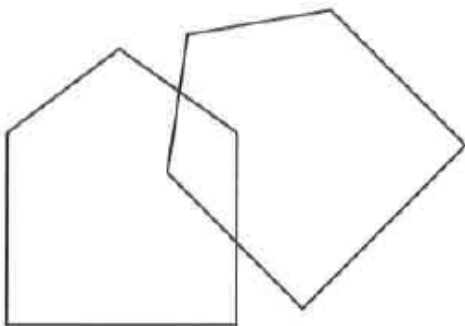
VI. HABILIDADE CONSTRUTIVA "Copie o desenho que lhe vou mostrar." (Mostrar desenho.)

(Os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota:

DESENHO

CÓPIA



Nota Total:

AVALIAÇÃO (Folstein, et al. 1975)		AVALIAÇÃO (Guerreiro, et al. 1994)		Interpretação de valores	Valor Normal se
▶ Normal:	≥ 26 ≥ 20 se analfabeto	<b>Tem défice cognitivo se:</b>		Analfabeto	> 16
▶ Défice cognitivo moderado:	21 a 25 15 a 19 se analfabeto	* Analfabeto:	≤ 15	1 a 11 anos escolaridade	> 23
▶ *Défice cognitivo grave:	≤ 20 ≤ 14 se analfabeto	* 1 a 11 anos de escolaridade:	≤ 22	Mais de 11 anos escolaridade	> 28
		* > 11anos de escolaridade:	≤ 27		

Adaptado de: Ermida (2014) *Avaliação Geriátrica Global*. In: Veríssimo (coord.). *Geriatría Fundamental – saber e praticar*. Lisboa. Lidel

## Estado funcional-Atividades de Vida Diária Básicas - Índice de Katz

### 1- BANHO

- 1** **Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- 0** **Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

### 2- VESTIR

- 1** **Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- 0** **Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

### 3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- 1** **Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- 0** **Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

### 4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- 1** **Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- 0** **Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

### 5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- 1** **Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- 0** **Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

### 6- ALIMENTAÇÃO

- 1** **Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- 0** **Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

### Pontuação de Katz

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Independência total	6

Adaptado de: Ermida (2014) *Avaliação Geriátrica Global*. In: Veríssimo (coord.). *Geriatría Fundamental – saber e praticar*. Lisboa. Lidel

## Estado funcional-Atividades Instrumentais de Vida Diária – Escala de Lawton e Brody

### 1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0 Não é capaz de usar o telefone

### 2- FAZER COMPRAS

- 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0 Realiza independentemente pequenas compras
- 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0 É totalmente incapaz de comprar

### 3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

### 4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

### 5- LAVAGEM DA ROUPA

- 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

### 6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0 Não viaja

### 7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

### 8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0 Incapaz de manusear o dinheiro

## Pontuação Lawton e Brody

	Homens	Mulheres
Dependência total	0	0-1
Dependência grave	1	2-3
Dependência moderada	2-3	4-5
Dependência ligeira	4	6-7
Independência total	5	8

Adaptado de: Ermida (2014) *Avaliação Geriátrica Global*. In: Veríssimo (coord.) *Geriatría Fundamental – saber e praticar*. Lisboa. Lidel

## Avaliação funcional – Classificação Funcional da Marcha de Holden

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
<b>0</b> <b>Marcha ineficaz</b>	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
<b>1</b> <b>Marcha dependente</b> <b>Nível II</b>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
<b>2</b> <b>Marcha dependente</b> <b>Nível I</b>	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
<b>3</b> <b>Marcha dependente com</b> <b>supervisão</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
<b>4</b> <b>Marcha independente</b> <b>(superfície plana)</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
<b>5</b> <b>Marcha independente</b>	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

**Nota:** assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

## Estado Afetivo – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS 15-versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

### Pontuação GDS 15-versão curta

	Pontos
Sem depressão	0 - 5
Depressão ligeira ou moderada	6 - 10
Depressão grave	11 - 15

Adaptado de: Ermida (2014) *Avaliação Geriátrica Global*. In: Veríssimo (coord.). *Geriatría Fundamental – saber e praticar*. Lisboa. Lidel

## Estado Nutricional- Mini-Nutritional Assessment MNA

### Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".  
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

#### Triagem

**A** Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?  
0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

**B** Perda de peso nos últimos 3 meses  
0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

**C** Mobilidade  
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa  
2 = normal

**D** Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?  
0 = sim      2 = não

**E** Problemas neuropsicológicos  
0 = demência ou depressão graves  
1 = demência ligeira  
2 = sem problemas psicológicos

**F** Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m]<sup>2</sup>)  
0 = IMC < 19  
1 = 19    IMC < 21  
2 = 21    IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)   
12-14 pontos: estado nutricional normal  
8-11 pontos: sob risco de desnutrição  
0-7 pontos: desnutrido  
Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

#### Avaliação global

**G** O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)  
1 = sim      0 = não

**H** Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?  
0 = sim      1 = não

**I** Lesões de pele ou escaras?  
0 = sim      1 = não

#### Referências

1. Velias B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:468-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Velias B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
3. Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

#### J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições

#### K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim  não
  - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim  não
  - carne, peixe ou aves todos os dias? sim  não
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
0.5 = duas respostas «sim»  
1.0 = três respostas «sim»

#### L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não      1 = sim

#### M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos  
0.5 = três a cinco copos  
1.0 = mais de cinco copos

#### N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

#### O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter um problema nutricional

#### P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior  
0.5 = não sabe  
1.0 = igual  
2.0 = melhor

#### Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21  
0.5 = 21    PB ≥ 22  
1.0 = PB > 22

#### R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31  
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

#### Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos  estado nutricional normal  
de 17 a 23,5 pontos  sob risco de desnutrição  
menos de 17 pontos  desnutrido

**Apêndice VIII – Descrição das dimensões da Avaliação Geriátrica Global  
(GERMI**



## Avaliação Geriátrica Global

Avaliação Geriátrica Global (AGG) desenvolvida em 1996 pelo Núcleo de Estudos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) trata-se de um modelo de avaliação multidisciplinar, permite uma maior precisão de diagnóstico, tornando o prognóstico da situação mais correto, facilitando condutas preventivas e o acompanhamento e permite orientar mais corretamente a escolha de intervenções e adequação de medidas assistenciais mediante as necessidades dos idosos (Ermida, 2014).

A AGG decompõe-se em várias escalas que permitem a avaliação: Estado cognitivo- *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de *Folstein*; Estado funcional- Atividades de Vida Diária Básicas (ABVD) - Índice de *Katz*; Estado funcional- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) – Escala de *Lawton* e *Brody*; Marcha – Classificação Funcional da Marcha de *Holden*; Estado Afetivo – Escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage* (GDS 15-versão curta); Estado Nutricional- *Mini-Nutritional Assessment* (MNA) (Ermida, 2014), as quais passamos a descrever.

Para a **Avaliação do estado cognitivo**: o MMSE é o mais universalmente utilizado, validado em Portugal em 1994 por Guerreiro e outros autores. Permite avaliar a orientação temporal e espacial, a capacidade de atenção e cálculo, a memória de retenção e de evocação a capacidade de linguagem e a habilidade construtiva. Composto por 30 questões, a cada resposta correta é atribuído um ponto, exprimindo a pontuação total o grau de afetação do estado cognitivo, cuja interpretação depende da escolaridade (Ermida, 2014) (quadro 1).

**Quadro 1: Pontuação Mini-Mental State Examination**

AVALIAÇÃO (Folstein, et al. 1975)		AVALIAÇÃO (Guerreiro, et al. 1994)	
▶ <b>Normal:</b>	≥ 26 ≥ 20 se analfabeto	<b>Tem défice cognitivo se:</b>	
▶ <b>Défice cognitivo moderado:</b>	21 a 25 15 a 19 se analfabeto	* Analfabeto:	≤ 15
▶ <b>*Défice cognitivo grave:</b>	≤ 20 ≤ 14 se analfabeto	* 1 a 11 anos de escolaridade:	≤ 22
		* > 11anos de escolaridade:	≤ 27

Interpretação de valores	Valor Normal se
Analfabeto	> 16
1 a 11 anos escolaridade	> 23
Mais de 11 anos escolaridade	> 28

Adaptado de: Ermida (2014) *Avaliação Geriátrica Global*.

Para a **Avaliação do estado afetivo** a GDS 15-versão curta, permite uma avaliação simples do estado afetivo e não faz diagnóstico de depressão. Composta de 15 questões mais significativas para o objetivo pretendido, de auto ou hétero aplicação, tendo esta última resultados mais confiáveis. O resultado da pontuação permite considerar três possibilidades: sem depressão (0-5 pontos); depressão ligeira ou moderada (6 a 10 pontos) e depressão grave (11 a 15 pontos) (Ermida, 2014) (quadro 2).

**Quadro 2: Pontuação GDS 15-versão curta**

	<b>Pontos</b>
Sem depressão	0 - 5
Depressão ligeira ou moderada	6 - 10
Depressão grave	11 - 15

Adaptado de Ermida (2014) *Avaliação Geriátrica Global*.

### **Avaliação Física (Capacidade funcional, Marcha e Estado nutricional)**

Como sabemos o processo de envelhecimento determina alterações significativas de vária natureza que originam a diminuição da capacidade física ou mental do idoso em grau diverso, e que comprometem em certo modo a capacidade para a realização das atividades de vida diária, assim a **avaliação funcional** permite avaliar o grau de autonomia/independência, avaliar progressão da deterioração, prevenir riscos e complicações. A capacidade funcional define-se como “a *habilidade e a capacidade para o exercício de um conjunto de atividades da vida diária que permitem, a qualquer individuo, viver no seu ambiente com autonomia e ou independência*” (Ermida, 2014:109). A avaliação funcional é conseguida com base na capacidade verificada considerando a pontuação total de cada escala, mas também a pontuação de cada atividade, sendo de dois tipos (Ermida, 2014):

#### **1 - Atividades básicas de vida diária (ABVD)**

A avaliação do grau de autonomia do idoso pela sua capacidade em realizar ou não um conjunto de **ABVD** através da **Escala de Katz**. Esta avalia seis atividades consideradas básicas para a autonomia na vida diária: lavar-se, vestir-se, alimentar-se, usar a sanita, transferir-se, ser continente. A informação pode ser obtida por observação direta e/ou questionário ao idoso, familiares ou cuidadores.

Considera-se que o idoso é independente em cada atividade, quando consegue realizar casa atividade por completo e sem qualquer ajuda, ou em alguns casos com ajuda mínima. Para cada **ABVD** o idoso é classificado de Dependente (0) ou independente (1). A pontuação resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) e 6 (independente), correspondendo ao número de ABVD em que o idoso é independente Ermida (2014) (quadro 3).

**Quadro 3: Pontuação KATZ**

	<b>Pontos</b>
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Independência total	6

Adaptado de Ermida (2014). *Avaliação Geriátrica Global*.

## 2 - Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

A avaliação da sua independência na capacidade para a realização de outras atividades de carácter instrumental, mais exigentes que requerem mais capacidade física e cognitiva do que as atividades básicas. As **AIVD**, cuja avaliação pode ser feita recorrendo à escala de **Layton e Brody**. Esta escala permite avaliar a capacidade do idoso para a realização de oito atividades instrumentais: utilizar o telefone, utilizar meios de transporte, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, lavar a roupa, tomar a medicação e lidar com o dinheiro. Como limitação da aplicação desta escala decorre de que algumas atividades serem de prática pertence tradicionalmente só a um dos sexos (tarefas domésticas, lavagem da roupa e preparação das refeições), que deve ser tido em conta na pontuação no sexo masculino, não considerando o desempenho nestas três atividades (Ermida, 2014). Cada **AIVD** tem vários níveis de dependência (3 a 5), para cada o idoso é classificado de Dependente (0) ou Independente (1). A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), corresponde ao número de AIVD em que o idoso é independente (quadro 4).

**Quadro 4: Pontuação Lawton e Brody**

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
Dependência total	0	0-1
Dependência grave	1	2-3
Dependência moderada	2-3	4-5
Dependência ligeira	4	6-7
Independência	5	8

Adaptado de Ermida (2014). *Avaliação Geriátrica Global*.

Normalmente, o processo de envelhecimento acompanha-se de alterações no equilíbrio e da marcha que se agravam com a progressão da idade e que podem prejudicar a autonomia e independência do idoso. As quedas são uma das consequências mais frequentes das perturbações do equilíbrio e de marcha senil, causa de maior incapacidade e morte neste grupo etário o que pressupõe a avaliação da capacidade de marcha (Ermida 2014).

A **Avaliação da marcha, através da escala Classificação Funcional da Marcha de Holden** determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas). Segundo o autor, esta escala foi traduzida e adaptada por Gorjão (2011) de Holden et al 1986. A informação pode ser colhida por observação direta do idoso ao caminhar ou por questionário ao idoso, familiares ou cuidadores. São estabelecidas seis categorias, classificando o idoso na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha. Deve ser anotada o tipo de ajuda necessária: 1 bengala ou muleta; 2 bengalas ou muletas e andarilho (quadro 5).

**Quadro 5: Classificação funcional da marcha de Holden**

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
<b>0</b> <b>Marcha ineficaz</b>	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
<b>1</b> <b>Marcha dependente nível II</b>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
<b>2</b> <b>Marcha dependente nível I</b>	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
<b>3</b> <b>Marcha dependente com supervisão</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
<b>4</b> <b>Marcha independente (superfície plana)</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
<b>5</b> <b>Marcha independente</b>	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas
<b>Ajudas</b> <b>A – 1 bengala ou muleta; B: 2 bengalas ou muletas; C: andarilho; D: cadeira de rodas</b>	

Adaptado de Ermida (2014). *Avaliação Geriátrica Global*.

Para Ermida (2014) devido a várias causas como, restrições físicas, e económicas, co morbilidades e polifarmácia, solidão e dependência, hábitos alimentares mitos e preconceitos, institucionalização entre outros, o idoso pertence ao grupo etário considerado de maior risco nutricional. Assim, há que prevenir pelo conhecimento dos seus fatores de risco e na avaliação nutricional.

**A Avaliação nutricional realizada através da MNA**, Instrumento amplamente utilizado para a avaliação nutricional de idosos, a versão utilizada contém o logotipo Nestlé deve-se a uma determinação aplicada em todos os países desta empresa que suportou desde o início a criação e desenvolvimento do mesmo (Ermida, 2014). Permite detetar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem parâmetros analíticos. A sua aplicação faz-se por inquérito dos hábitos alimentares

do idoso, complementado por algumas medidas antropométricas simples: altura, peso, perímetro do braço (PB) e perímetro da perna (PP).

O MNA tem um total de 18 questões. A primeira parte (Triagem) é constituída por seis questões. Caso não seja possível determinar o Índice de massa corporal (IMC- relação da massa corporal com a altura), pode-se em alternativa usar o PP. Caso a pontuação da triagem seja sugestiva de presença ou risco de malnutrição, é realizada a segunda parte do questionário. A avaliação Global é aprofundada através de doze questões adicionais. A pontuação obtida permite considerar o idoso sob o ponto de vista nutricional, como se pode verificar no quadro seguinte, como normal (12-14 pontos), em risco de desnutrição (8-11 pontos) e desnutrido (0-7 pontos) (Ermida, 2014) (quadro nº 6).

**Quadro 6: Pontuação MNA**

<b>Triagem</b>	<b>Pontuação</b>
Estado nutricional normal	12-14
Sob risco de desnutrição	8-11
Desnutrido	0-7
<b>Avaliação do Estado Nutricional</b>	
Estado nutricional normal	24-30
Sob risco de desnutrição	17-23,5
Desnutrido	< 17

Adaptado de Ermida (2014). *Avaliação Geriátrica Global*

Quanto ao IMC, para os idosos os pontos de corte para o baixo e excesso de peso valores são de 22 e 27 Kg/ m<sup>2</sup>, respetivamente (Santos, F. 2014, Cit. Lipschitz 1994). Este autor refere que a qualidade de ingestão neste grupo etário tem vindo a deteriorar-se nos últimos anos devido a insegurança alimentar que afeta todos os grupos etários, mas com mais expressão nos idosos, porque nestes associada à insuficiente disponibilidade de alimentos saudáveis se associa a capacidade diminuída para a aquisição dos alimentos essenciais (Santos, 2014).



## **Apêndice IX – Caracterização da amostra**



## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

(Tabelas e gráficos)

### Avaliação sociodemográfica

Tabela: Distribuição dos participantes segundo idade

Idade	
Média	78,96
Mediana	79,00
Moda	65
Desvio padrão	8,921
Variância	79,589

Gráfico: Distribuição dos participantes por sexo

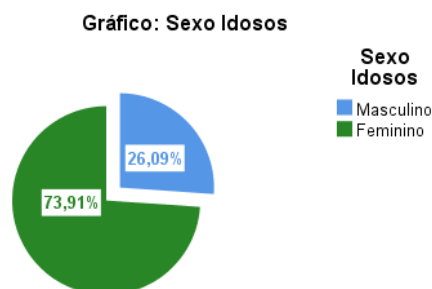
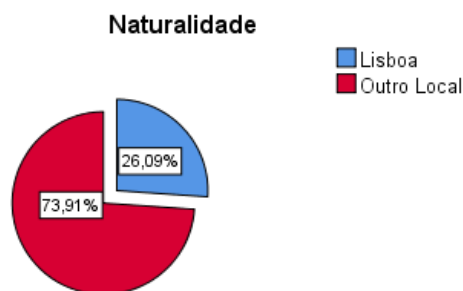


Tabela: Distribuição dos participantes segundo sexo e estado civil (frequência n)

	Sexo Idosos * Estado Civil				n
	Estado Civil				
	Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado	
Masculino	1	1	3	1	6
Feminino	2	1	12	2	17
Total	3	2	15	3	23

Gráfico: Distribuição dos participantes segundo a naturalidade



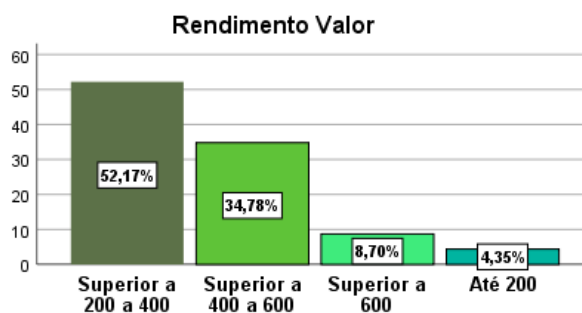
**Tabela: Distribuição dos participantes quanto a ter filhos**

Se tem filhos	Frequência	Porcentagem
Sim	20	87,0
Não	3	13,0
Total	23	100,0

**Tabela: Distribuição dos participantes quanto às relações com os filhos**

Relações com os filhos	Frequência	Porcentagem
Diariamente	9	39,1
Não se relaciona	5	21,7
Semanalmente	3	13,0
Dias alternados	2	8,7
Quinzenalmente	1	4,3
Total	20	87,0
Total	23	100,0

**Gráfico: Distribuição dos participantes segundo o valor rendimento**



**Tabela: Distribuição dos participantes segundo a origem do rendimento**

<b>Origem do rendimento</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Reforma	17	73,9
Pensão	6	26,1
Total	23	100,0

**Tabela: Distribuição dos participantes segundo à valência que frequentam**

<b>O que frequenta</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Centro Dia	18	78,3
Centro Convívio	5	21,7
Total	23	100,0

**Tabela: Distribuição dos participantes segundo ao tempo de frequência**

<b>Tempo de frequência</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
< 1	8	38,8
10	3	13,0
30	3	13,0
2	2	8,7
3	1	4,3
5	1	4,3
20	1	4,3
21	1	4,3
31	1	4,3
Total	23	100,0

**Tabela: Distribuição dos participantes segundo a ocupação dos tempos livres fora do CURPIO**

Atividades fora do CURPIO	Sim		Não		Total
	N	Percentagem	N	Percentagem	N
Ver Televisão	19	82,6%	4	17,4%	23
<b>Ler</b>	<b>6</b>	<b>26,1%</b>	17	73,9%	23
<b>Andar a pé</b>	<b>8</b>	<b>34,8%</b>	15	65,2%	23
Rendas/Bordados	0	0,0%	23	100,0%	23
Jogos	1	4,3%	22	95,7%	23
Outros (sopa de letras, ouvir rádio ...)	16	69,6%	7	30,4%	23

**Tabela: Distribuição dos participantes segundo a ocupação dos tempos livres no CURPIO**

Atividades no CURPIO	Sim		Não		Total
	n	Percentagem	n	Percentagem	n
Ver Televisão	10	43,5%	13	56,5%	23
<b>Ler</b>	<b>1</b>	<b>4,3%</b>	<b>22</b>	<b>95,7%</b>	23
<b>Andar a pé</b>	<b>2</b>	<b>8,7%</b>	<b>21</b>	<b>91,3%</b>	23
Rendas/Bordados	0	0,0%	23	100,0%	23
Jogos	13	56,5%	10	43,5%	23
Outros (sopa de letras, ouvir rádio...)	12	52,2%	11	47,8%	23

## Avaliação Geriátrica Global

### Avaliação cognitiva:

Tabela: Distribuição dos participantes segundo as funções cognitivas

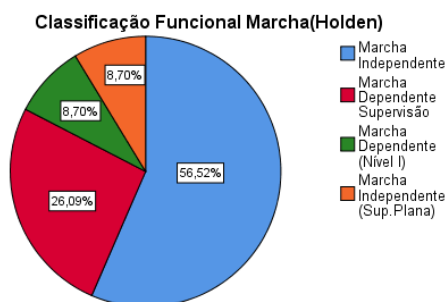
MMSE		
Funções Cognitivas	Frequência	Porcentagem
Preservadas	10	43,5
Comprometidas	13	56,5
Total	23	100,0

### Avaliação Funcional

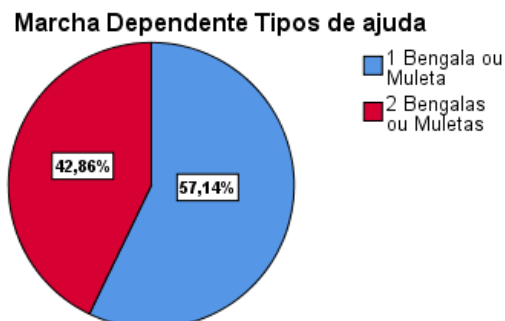
Tabela: Distribuição dos participantes segundo a capacidade de Atividades Instrumentais Vida Diária

AIBD	Frequência	Porcentagem
Independente	11	47,8
Dependência Grave	6	26,1
Dependência Moderada	4	17,4
Dependência Ligeira	2	8,7
Total	23	100,0

Gráfico: Distribuição dos participantes segundo a classificação funcional: marcha



**Gráfico: Distribuição dos participantes quanto à classificação da marcha dependente tipo de ajuda**



### Avaliação afetiva

Escala Depressão Geriátrica: Estado Afetivo		
	Frequência	Porcentagem
Sem Depressão	11	47,8
Depressão Ligeira	11	47,8
Depressão Grave	1	4,3
Total	23	100,0

### Avaliação Nutricional

**Tabela: Distribuição dos participantes segundo o estado nutricional**

Estado Nutricional Avaliação Global		
	Frequência	Porcentagem
Excesso Peso e Obesidade	10	43,5
Triagem sem fatores de Risco	8	34,8
Sob Risco de Desnutrição	5	21,7
Total	23	100,0

**Quadro Síntese – Caracterização da amostra pela Moda (n=23).**

<b>Variável</b>	<b>Moda e Frequência (%)</b>
<b>Sexo</b>	Feminino (17- <b>73,9%</b> )
<b>Idade</b>	65 (2 – <b>8,7%</b> ) 77 (2 – 8,7%) 79 (2 – 8,7%) 83 (2 – 8,7%) 87 (2 – 8,7%) Múltiplas Moda
<b>Naturalidade</b>	Outro Local (17- <b>73,9%</b> )
<b>Estado Civil</b>	Viúvo (15 – <b>65,2%</b> )
<b>Onde Vive</b>	Casa arrendada (14 – <b>60,9%</b> )
<b>Com quem vive</b>	Sozinho (15 – <b>65,2%</b> )
<b>Se tem filhos</b>	Sim (20 – <b>87,0%</b> )
<b>Relações Familiares</b>	Diariamente (9 – <b>39,1%</b> )
<b>Habilitações literárias</b>	4ª Classe (9 – <b>39,1%</b> )
<b>Profissão</b>	Trabalhadores não Qualificados (13- <b>56,5%</b> )
<b>Se tem Pensão</b>	Sim (23- <b>100,0%</b> )
<b>Rendimento Valor</b>	Entre 200-400 (12- <b>52,2%</b> )
<b>Religião</b>	Sim (23 – <b>100%</b> )
<b>Valência</b>	Centro de Dia (18 – <b>78,3%</b> )
<b>Tempo de Frequência</b>	<1 ano ( 8- <b>34,8%</b> )



## **Apêndice X – Priorização de problemas**



## PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

**Quadro1: Triagem de problemas**

Pré triagem de problemas (problemas <30%-eliminados)	Problemas após triagem/ordenação																											
<table border="1"> <tr><td>56,5% apresentam alterações da capacidade cognitiva</td></tr> <tr><td>52% apresentam depressão</td></tr> <tr><td>65% vivem sozinhos</td></tr> <tr><td><b>22% não se relacionam com os filhos</b></td></tr> <tr><td>52% têm rendimento baixo</td></tr> <tr><td><b>17% apresentam dependência moderada ABVD</b></td></tr> <tr><td><b>13% apresentam dependência ligeira ABVD</b></td></tr> <tr><td><b>26% apresentam dependência grave AIVD</b></td></tr> <tr><td><b>17% apresentam dependência moderada AIVD</b></td></tr> <tr><td>35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha</td></tr> <tr><td>52% não praticam atividade física</td></tr> <tr><td>43% apresentam excesso peso</td></tr> <tr><td><b>22% sob risco de desnutrição</b></td></tr> </table>	56,5% apresentam alterações da capacidade cognitiva	52% apresentam depressão	65% vivem sozinhos	<b>22% não se relacionam com os filhos</b>	52% têm rendimento baixo	<b>17% apresentam dependência moderada ABVD</b>	<b>13% apresentam dependência ligeira ABVD</b>	<b>26% apresentam dependência grave AIVD</b>	<b>17% apresentam dependência moderada AIVD</b>	35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha	52% não praticam atividade física	43% apresentam excesso peso	<b>22% sob risco de desnutrição</b>	<table border="1"> <tr><td><b>P1</b></td><td>56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas</td></tr> <tr><td><b>P2</b></td><td>52% apresentam depressão</td></tr> <tr><td><b>P3</b></td><td>65% vivem sozinhos</td></tr> <tr><td><b>P4</b></td><td>52% têm rendimento baixo</td></tr> <tr><td><b>P5</b></td><td>35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha</td></tr> <tr><td><b>P6</b></td><td>52% não pratica atividade física</td></tr> <tr><td><b>P7</b></td><td>43% apresentam excesso peso</td></tr> </table>	<b>P1</b>	56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas	<b>P2</b>	52% apresentam depressão	<b>P3</b>	65% vivem sozinhos	<b>P4</b>	52% têm rendimento baixo	<b>P5</b>	35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha	<b>P6</b>	52% não pratica atividade física	<b>P7</b>	43% apresentam excesso peso
56,5% apresentam alterações da capacidade cognitiva																												
52% apresentam depressão																												
65% vivem sozinhos																												
<b>22% não se relacionam com os filhos</b>																												
52% têm rendimento baixo																												
<b>17% apresentam dependência moderada ABVD</b>																												
<b>13% apresentam dependência ligeira ABVD</b>																												
<b>26% apresentam dependência grave AIVD</b>																												
<b>17% apresentam dependência moderada AIVD</b>																												
35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha																												
52% não praticam atividade física																												
43% apresentam excesso peso																												
<b>22% sob risco de desnutrição</b>																												
<b>P1</b>	56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas																											
<b>P2</b>	52% apresentam depressão																											
<b>P3</b>	65% vivem sozinhos																											
<b>P4</b>	52% têm rendimento baixo																											
<b>P5</b>	35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha																											
<b>P6</b>	52% não pratica atividade física																											
<b>P7</b>	43% apresentam excesso peso																											

**Quadro 2: Priorização de problemas por pares**

Problemas	Comparação por Pares	Valor	Ordenação
P1	P1....P1....P1....P1....P1....P1 P2....P3....P4....P5....P6.... P7	P1= 6	1º
P2	P2.... P2....P2....P2....P2....P2 P1.... P3....P4....P5....P6....P7	P2=4	3º
P3	P3.... P3....P3....P3....P3....P3 P1....P2....P4....P5....P6....P7	P3=3	4º
P4	P4....P4....P4....P4.... P4....P4 P1....P2....P3....P5....P6....P7	P4=0	7º
P5	P5....P5....P5....P5....P5....P5 P1....P2....P3....P4....P6....P7	P5=1	6º
P6	P6....P6....P6....P6....P6....P6 P1....P2....P3....P4....P5....P7	P6=5	2º
P7	P7....P7....P7....P7....P7....P7 P1....P2....P3....P4....P5....P6	P7=2	5º

**Quadro 3: Pontuação dos problemas**

<b>Problemas</b>		<b>Ordenação I</b>
<b>P1</b>	56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas	<b>1º</b>
<b>P6</b>	52% não praticam atividade física	<b>2º</b>
<b>P2</b>	52% apresentam depressão	<b>3º</b>
<b>P5</b>	65% vivem sozinhos	<b>4º</b>
<b>P7</b>	43% apresentam excesso peso	<b>5º</b>
<b>P5</b>	35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha	<b>6º</b>
<b>P4</b>	52% têm rendimento baixo	<b>7º</b>

**Quadro 4: Ordenação final dos problemas**

<b>Problemas</b>	
<b>1º</b>	56,5% apresentam funções cognitivas comprometidas
<b>2º</b>	52% não praticam atividade física
<b>3º</b>	52% apresentam depressão
<b>4º</b>	65% vivem sozinho
<b>5º</b>	43% apresentam excesso peso
<b>6º</b>	35% são dependentes de supervisão/ajuda na marcha
<b>7º</b>	52% têm rendimento baixo

## **Apêndice XI: Cronograma de GANTT- Atividades implementadas**







## **Apêndice XII: Plano Operacional do Projeto**



Plano Operacional do Projeto				
Objetivo Geral	Objetivos operacionais	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
<p><b>Capacitar os idosos do CURPIO para o Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS) na mudança de comportamento no domínio físico e mental, em pelo menos 25% dos idosos até 31 de janeiro 2019.</b></p>	<p>Preservar ou aumentar competências cognitivas (orientação, atenção, memória, comunicação verbal, criatividade...), afetivas e sociais.</p>	<p>1. Sessão de aconselhamento individual e em grupo para incentivar participação projeto e adesão às atividades; 2. Sessões de estimulação cognitiva: <b>“Jornal Club”, “Artes”, “Tarde de cinema”, “Expressões populares e provérbios”, “Passeio ao Sr. Roubado”.</b></p>	<p>Enfermeira Mestranda; Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental; funcionários do CURPIO.</p>	<p>Taxa de adesão nas sessões de EpS; Taxa de adesão às atividades; Taxa de participação nas atividades.</p>
	<p>Desenvolver o autocuidado atividade física (AF); Preservar ou melhorar as competências cognitivas, afetivas e sociais.</p>	<p>1.Sessão EPS aos idosos sobre <b>“Benefícios da Atividade Física”</b> (conceito, benefícios, precauções); 2. Sessões de treino de competências de AF orientados - <b>Sessões orientadas de Atividades Físicas com recurso a música e técnicas de risoterapia: “toca a mexer”.</b></p>	<p>Enfermeira Mestranda; Animadora sociocultural; outros recursos.</p>	<p>Taxa de adesão nas sessões EPS; Taxa de adesão nas sessões AF. Taxa de participação nas sessões de AF.</p>
	<p>Preservar ou melhorar as competências a nível cognitivo, afetivo e social, desenvolvendo autoestima.</p>	<p>1.Ações educativas individuais e em grupo - <b>“Conversas com a Enfermeira”</b> -Sessões de aconselhamento aos idosos, desenvolver competências a nível afetivo e social, relação de ajuda; escuta, valorização.</p>	<p>Enfermeira Mestranda</p>	<p>Taxa de adesão às sessões; Taxa de participantes nas sessões.</p>

Promoção do EAS  
*Um projeto de Intervenção Comunitária*

*Olívia Serra*

**Apêndice XIII: Planos individuais das sessões:**

“Conversas com a Enfermeira”;

“Jornal Club”;

“Artes”;

“Tarde de cinema Charlot”;

“Expressões populares e provérbios”;

“Passeio ao Sr. Roubado”.



Plano da “À Conversa com a Enfermeira”				
<p><b>População alvo:</b> Idosos que frequentam o Centro de dia e Centro de convívio  <b>Local:</b> Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  <b>Data:</b> 27 novembro; 3, 11, 14 de dezembro 2018; 3, 10, 17, 22, 24, 29 de janeiro  <b>Duração:</b> 2 horas (de permanência no CURPIO)  <b>Formador:</b> Olívia Serra  <b>Objetivo Geral:</b> Contribuir para a melhorar as competências dos idosos a nível cognitivo, afetivo e social.  <b>Objetivos Específicos:</b> Preservar Melhorar as competências a nível cognitivo (desenvolvendo a comunicação verbal, a orientação, a memória e atenção);  Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima;  Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos.</p>				
Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e Técnicas pedagógicas	Recursos	Duração*
Apresentação	Apresentação (Mestranda) Objetivos	Expositivo	Enf. Mestranda	5 minutos
Desenvolvimento	Apresentação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes (sessão em grupo); Sessão individual: estabelecer relação empática e escuta ativa; abordagem sumária do significado das relações e sua importância; reforço de capacidades afetivas: conceito de autoestima e significados de baixa autoestima e como melhorar; Exercício de memória, promovendo orientação para a realidade. Perguntar: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; Estimular expressão de sentimentos, incentivando a linguagem; Escuta ativa; Reforço positivo; Aconselhamento.	Expositivo Ativo Interrogativo  Perguntas Discussão em grupo	Enf. Mestranda	40 minutos
Conclusão	Reforçar a importância de estimular as capacidades cognitivas, afetivas e sociais; Esclarecimento de dúvidas; Agradecer a presença e participação; Relembrar a data e hora da sessão seguinte.	Interrogativo Expositivo Perguntas	Enf. Mestranda	10 minutos
Avaliação	Obter feedback sobre a atividade Número de participantes	Interrogativo Perguntas	Enf. Mestranda	

- A duração das sessões era variável, dependia da participação

Plano de Sessão: “Jornal Club”

<p><b>Local:</b> Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  <b>População alvo:</b> Idosos que frequentam o Centro de Dia  <b>Data:</b> 30 de novembro, 7 de dezembro; 8 e 29 de janeiro às 11 horas  <b>Duração:</b> 1 hora  <b>Formador:</b> Olívia Serra/ Maria do Céu Monteiro  <b>Objetivo Geral:</b> Contribuir para a melhorar as competências dos idosos a nível cognitivo, afetivo e social.  <b>Objetivos Específicos:</b> Preservar Melhorar as competências a nível cognitivo (desenvolvendo a comunicação verbal, a orientação, a memória e atenção);  Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima;  Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos.</p>				
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos/Temas</b>	<b>Métodos e Técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação das formadoras Enf. Mestranda e Enf. Maria do Céu; Tema; Objetivos da sessão.	Expositivo	Enf. Mestranda; Enfermeira Maria do Céu Monteiro	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes (Quebra gelo); Abordagem sumária sobre importância de exercitar capacidades cognitivas, afetivas e sociais; Cognitivas: (orientação, memória, percepção, linguagem ...), qual função; Afetivas: conceito de autoestima e significados de baixa autoestima e como melhorar; Sociais: interação social e papéis sociais, noção de grupo social e suas vantagens; Exercícios: treino de leitura a partir de jornal selecionado e comprado por um idoso; Exercícios de memória: orientação para a realidade, Perguntar: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; Quem faz anos; Partilha/discussão no grupo de vivências anteriores e atuais.	Ativo Interrogativo Expositivo  Quebra-gelo Brainstorming Discussão em grupo Perguntas	Enf. Mestranda Enfermeira Maria do Céu Monteiro Jornais (Jornal de Odivelas, Jornal de Notícias, Diário de Notícias, Correio da Manhã); Notícia do Sr. Roubado.	35 minutos
<b>Conclusão</b>	Reforçar a importância de estimular e treinar as capacidades cognitiva, afetiva e social; Agradecer e valorizar a participação através de técnicas de risoterapia (Muito bem! Muito bem! Yeeeeee!) Reforçar objetivos e se foram atingidos; Aceitação; Dificuldades sentidas.	Expositivo Interrogativo	Enf. Mestranda Enfermeira Maria do Céu Monteiro Papel e esferográfica	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada; Número de participantes	Expositivo Interrogativo	Enf. Mestranda	10 minutos

Plano de Sessão: “Artes”				
<p><b>Local:</b> Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  <b>População alvo:</b> Idosos que frequentam o Centro de Dia  <b>Data:</b> 7 dezembro, 14 de dezembro; 21 de dezembro (2 horas)  <b>Duração:</b> 1 hora  <b>Formador:</b> Olívia Serra/ Alexandra Sousa  <b>Objetivo Geral:</b> Contribuir para a melhorar as competências dos idosos a nível cognitivo, afetivo e social.  <b>Objetivos Específicos:</b> Preservar Melhorar as competências a nível cognitivo (comunicação verbal, a orientação, a memória, a atenção, criatividade);  Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima;  Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos.</p>				
Etapas	Conteúdos/Temas	Duração Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação das formadoras Enf. Mestranda e Enf. Alexandra Sousa; Tema; Objetivos da sessão;	Expositivo	Enf. Mestranda; Enfermeira Alexandra Sousa	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Quebra-gelo: Motivação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes Exercício de memória e atenção: promoção da orientação para a realidade: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; o idoso em grupo seleciona e expressa oralmente rimas, palavras alusivas à época – Natal e passagem do Ano; desejos para eles e restantes; Corte das frases impressas e colagens, repete frase oralmente; Afixação no quadro.	Ativo Interrogativo Perguntas	Enf. Mestranda; Enfermeira Alexandra Sousa  Papel (vários tipos); Computador/impressora; Tesouras; Cola Quadro/expositor	35 minutos
<b>Conclusão</b>	Síntese da atividade Reforçar a importância de estimular e treinar as capacidades cognitivas, afetivas e sociais; Agradecer e valorizar a participação; Reforçar objetivos e se foram atingidos; Aceitação; Dificuldades sentidas.	Expositivo Interrogativo Perguntas	Enf. Mestranda; Enfermeira Alexandra Sousa	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada; Número de participantes	Ativo Interrogativo	Enf. Mestranda; Enfermeira Alexandra Sousa	10 minutos

Plano de Sessão: “Tarde de Cinema Charlot”

**Local:** Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO); sala de atividades/sala de refeições

**População alvo:** Idosos que frequentam o CD/CC

**Data:** 11 de dezembro; 4 e 17 de janeiro às 14 horas

**Duração:** 1 hora

**Formador:** Olívia Serra

**Objetivo Geral:** Contribuir para a melhorar as competências dos idosos a nível cognitivo, afetivo e social.

**Objetivos Específicos:** Preservar Melhorar as competências a nível cognitivo (desenvolvendo a comunicação verbal, a orientação, a memória, atenção, criatividade); Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima; Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos.

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos/Temas</b>	<b>Métodos e Técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da formadora Enf. Mestranda Tema; Objetivos da sessão.	Expositivo	Enf. Mestranda;	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes (Quebra gelo); Abordagem sumária sobre importância de exercitar capacidades cognitivas e sociais: Cognitivas: (orientação, memória, percepção, linguagem ...), relembrar a função; Sociais: interação social e importância do grupo, do convívio e suas vantagens; Exercício de memória: orientação para a realidade, Perguntar: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; Quem faz anos; Projeção do/os filme (s) selecionado (s) pelos idosos presentes; Partilha/discussão no grupo de vivências anteriores e atuais.	Ativo Interrogativo Expositivo  Discussão em grupo Perguntas	Enfermeira Mestranda Computador Projetor Filmes Charlot	35 minutos
<b>Conclusão</b>	Reforçar a importância de estimular e treinar as capacidades cognitiva, afetiva e social; Agradecer e valorizar a participação; Reforçar objetivos e se foram atingidos; Aceitação; Dificuldades sentidas.	Expositivo Interrogativo	Enfermeira Mestranda	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada; Número de participantes	Expositivo Interrogativo	Enfermeira Mestranda	10 minutos

Plano de Sessão: “**Expressões Populares e provérbios**”

**Local:** Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  
**População alvo:** Idosos que frequentam o Centro de Dia/centro convívio  
**Data:** 15, 22 e 29 de Janeiro 14 horas  
**Duração:** 1 hora  
**Formador:** Olívia Serra/ Maria do Céu Monteiro  
**Objetivo Geral:** Contribuir para a melhorar as competências dos idosos a nível cognitivo, afetivo e social.  
**Objetivos Específicos:** Preservar Melhorar as competências a nível cognitivo (desenvolvendo a comunicação verbal, a orientação, a memória e atenção);  
 Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima;  
 Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos.

Etapas	Conteúdo/ Temas	Métodos e Técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação das formadoras Enf. Mestranda e Enf. Maria do Céu; Tema; Objetivos da sessão;	Expositivo	Enf. Mestranda; Enfermeira Maria do Céu Monteiro	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes; Abordagem sumária sobre importância de exercitar capacidades cognitivas, afetivas e sociais (relembrar); Exercício de memória e atenção: orientação para a realidade, dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; O idoso em grupo seleciona provérbio/ expressão popular, lê, reflete sobre e expressa oralmente (quem não consegue ler, seleciona e dá a outro para ler); Partilha/discussão no grupo de memórias e vivências anteriores e atuais e o que sabem acerca de cada expressão popular/provérbio	Expositivo Ativo Interrogativo Quebra-gelo Perguntas Discussão grupo	Enfermeira Mestranda Enfermeira Maria do Céu Monteiro; Livro de provérbios, e expressões populares impressas; Tesouras; película autocolante.	35 minutos
<b>Conclusão</b>	Síntese da atividade Reforçar a importância de estimular e treinar as capacidades cognitiva, afetiva e social; Agradecer e valorizar a participação; Reforçar objetivos e se foram atingidos; Aceitação; Dificuldades sentidas.	Expositivo Interrogativo Ativo	Enf. Mestranda; Enfermeira Maria do Céu Monteiro	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada; Número de participantes	Ativo Interrogativo	Enf. Mestranda; Enfermeira Maria do Céu Monteiro	10 minutos

Material de apoio para a sessão “Expressões Populares e provérbios”

*Saúde, Santinho ou Deus te abençoe*

**Significado**  
Saudar depois de um espirro.

**Origem**

A palavra espirrar vem do latim *expirare*, que quer dizer expirar, soprar. A tradição popular diz que um espirro é como o diabo a sair do corpo, por isso a interjeição “santinho ou santinha” é dita para afastar o demónio.

A expressão “*deus te abençoe*” surgiu na Idade Média. Reza a lenda que, na época, as pessoas acreditavam que, quando alguém espirrava, o coração parava e a alma deixava o corpo, podendo ser apanhada por um espírito mau.

**Tirar o cavalelho da chuva**  
Significado: Desistir de algum plano, ideia ou projecto.  
Origem: Era medieval, a maioria dos castelos era construída no topo de uma colina. Se um cavaleiro ou alguma dama o cavaleiro não conseguia chegar ao castelo, era obrigado a parar ali e esperar a chuva para se abrigar. Assim, a expressão surgiu para indicar a desistência de um plano.

**Obras de Santa Engrácia**  
Significado: Algo que dura muito tempo e que se encontra em bom estado.  
Origem: D. Leão, rei de Portugal, fundou várias obras de Santa Engrácia, que duraram até ao século XVIII. O problema é que se queimaram em 1808, depois da sua morte. Uma das obras foi destruída em 1808, mas houve várias outras obras que foram reconstruídas.

**Fazer uma vaquinha**  
Significado: Juntar dinheiro ou dividir uma despesa por várias pessoas, em partes iguais.  
Origem: No século XX, os clubes de futebol não tinham receitas financeiras. O clube era numa coleta de fundos para serem premiados os jogadores em caso de vitória. O prémio tinha o nome de um dia do mês, uma bola legal de futebol que representavam animais. Assim, o prémio era o “prémio do cão” por representar o cão no jogo do bicho. Era de vinte e cinco mil réis, na altura, e o clube era o vencedor.

**Atirar areia para os olhos**  
Significado: Enganar, ludibriar ou confundir.  
Origem: A expressão remonta aos Jogos Olímpicos da Antiga Grécia, quando os atletas corriam em caminhos arenosos. Os que iam na frente levantavam areia (ou pedras) com o movimento dos pés para confundir e perturbar o resto da competição.

**Chover a cântaros**  
Significado: Chuva intensa.  
Origem: O cântaro é um vaso de barro ou de metal, com duas alças, que era próprio para acondicionar ou transportar água. Chover a cântaros é um sinónimo de chuva tão intensa que parece estar a ser esvaziada de vários cântaros.

Plano de Sessão: “Passeio Sr. Roubado”

**Local:** Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  
**População alvo:** Idosos que frequentam o Centro de Dia  
**Data:** 30 de Janeiro 2019 - 10 horas  
**Duração:** 2 horas  
**Formador:** Olívia Serra/ Animadora Sociocultural  
**Objetivo Geral:** Contribuir para a melhorar as competências dos idosos a nível cognitivo, afetivo e social.  
**Objetivos Específicos:** Preservar Melhorar as competências a nível cognitivo (comunicação verbal, a orientação, a memória, a atenção, criatividade);  
Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima;  
Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos

Etapas	Conteúdos/Temas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação das formadoras Enf. Mestranda e Animadora Sociocultural; Tema; Objetivos da sessão.	Expositivo	Enf. Mestranda; Animadora Sociocultural	10 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Quebra-gelo: Motivação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes; Exercício de memória e atenção: promoção da orientação para a realidade: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; exercício de memória: relembrar a história do Sr. Roubado, mostrar as imagens; cada idoso é incentivado a expressar opinião e sentimentos; Dividir grupo por grau de dependência; selecionar forma de deslocação; Caminhada/ carrinha; rever precauções na prática de AF; Exercícios de aquecimento; acompanhar idosos. No local: exercitar memória e linguagem, expressão sentimentos. Alongamentos/Arrefecimento (para os que se deslocaram a caminhar	Ativo Interrogativo Perguntas	Enf. Mestranda;  Animadora Sociocultural Outros funcionários CURPIO; Carrinha; Imagens e história do Sr Roubado:	90 minutos
<b>Conclusão</b>	Síntese da atividade. Reforçar a importância de estimular e treinar as capacidades cognitivas, afetivas e sociais; Agradecer e valorizar a participação (técnicas de risoterapia). Reforçar objetivos e se foram atingidos; Aceitação; Dificuldades sentidas.	Expositivo Interrogativo Perguntas	Enf. Mestranda; Animadora Sociocultural	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada; Número de participantes.	Ativo Interrogativo	Enf. Mestranda	10 minutos

## Material de apoio história do Sr. Roubado

### Sr. ROUBADO

No dia 19 de Novembro, feriado municipal em Odivelas, assistimos à bênção do novo painel de azulejos no padrão do Senhor Roubado.

O padrão do Senhor Roubado é um monumento que será decerto desconhecido por muitos, mesmo aqueles que por ele passam diariamente. Localizado na rotunda que fica mesmo à entrada da Calçada de Carriche, um dos principais acessos à cidade de Lisboa para quem vem de Odivelas, de Loures ou da A8, este monumento foi erigido em 1744.

A sua história está umbilicalmente ligada à designação do Senhor Roubado, que dá nome ao local, ao bairro em redor e à estação de Metro. Contando em poucas palavras, reza a história que na noite de 10 de Maio de 1671 ocorreu um roubo na Igreja Matriz de Odivelas, um roubo especialmente grave (tanto que chegou aos ouvidos do Papa e a Corte fez luto) porque

1

incluiu o desaparecimento de dois vasos ou cálices que continham hóstias consagradas, ou seja: o Senhor (Jesus Cristo) foi roubado.

Para os leitores curiosos que desconheçam a narrativa, podemos acrescentar que, depois de intensas buscas, parte dos objetos e paramentos roubados foi encontrada um mês depois do furto, num silvado onde se veio a construir, décadas depois, o padrão de azulejos. Quanto ao autor do roubo, a condenação recaiu sobre um homem que vivia miseravelmente e que foi apanhado a roubar galinhas no Mosteiro de São Dinis, outro célebre monumento da cidade de Odivelas. A Inquisição torturou-o e condenou-o à amputação das mãos e garrote (outro instrumento de tortura), tendo depois sido queimado na fogueira, no Rossio.

Regressando aos nossos tempos: o painel de 12 azulejos em forma de banda desenhada estava de tal forma degradado que a Câmara Municipal de Odivelas, com o parecer técnico da Direção

2

Geral do Património Cultural, resolveu mandar restaurá-lo. A empreitada ainda não se encontra concluída, mas no local de onde foram retirados os azulejos originais consta agora uma réplica, que o representante da empresa responsável pelos trabalhos apelida de “muito fiel e detalhada”, afirmando que “foram respeitadas as técnicas tradicionais da azulejaria portuguesa”.

O presidente da Câmara de Odivelas, Hugo Martins, e o presidente da Junta de Freguesia de Odivelas, Nuno Gaudêncio, participaram nesta cerimónia que foi presidida pelo pároco de Odivelas, o padre polaco José Zavorski, e que teve lugar no dia em que se comemorava o 20.º aniversário do município.

Segundo o jornal, o painel original será exposto nos Paços do Concelho quando a sua recuperação estiver terminada, a salvo dos fumos dos escapes dos milhares de veículos que diariamente lhe passavam ao lado.

3



## **Apêndice XIV: Planos das sessões:**

Sessão EpS: “Benefícios da Atividade Física”

Sessões orientadas de Atividade Física “toca a mexer”.



Plano de Sessão: “Benefícios da atividade física”

**População alvo:** Idosos que frequentam o Centro de dia e Centro de convívio  
**Local:** Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  
**Data:** 4 e 8 de janeiro 14 horas  
**Duração:** 30 minutos  
**Formador:** Olívia Serra  
**Objetivo Geral:** Motivar e capacitar os idosos para a prática de AF de acordo com suas limitações.  
**Objetivos Específicos:** Capacitar idosos sobre benefícios e precauções na prática de AF

ETAPAS	CONTEUDOS/TEMAS	Métodos e Técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
<b>Introdução</b>	Apresentação das formadoras Enf. Mestranda; Tema; Objetivos da sessão.	Expositivo	Enfermeira Mestranda	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes: quebra-gelo; Exercício cognitivo: memória, promoção da orientação para a realidade: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; Apresentação de conceitos: sumariamente a AF; Vantagens/benefícios da AF; Consequências da inatividade; Sugestões de como aumentar a AF no dia-a-dia; Precauções a ter na prática de AF; Estimulo à participação.	Ativo Expositivo (projeção de imagens) Interrogativo (Perguntas) Ilustrativo	Enfermeira Mestranda  Datashow Computador	10 minutos
<b>Conclusão</b>	Reforçar a importância da AF, estimular e treinar as capacidades cognitivas, afetivas e sociais; Agradecer a participação Identificar os principais benefícios e precauções da AF; Entrega de panfleto e explicação do mesmo; Esclarecimento de dúvidas; Agradecer a presença e participação; Relembrar a data e hora da sessão seguinte.	Ativo Expositivo (explicação do panfleto) Interrogativo (perguntas) Perguntas	Enfermeira Mestranda Panfleto	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Número de participantes na sessão Perguntas sobre os benefícios da AF; Observar o interesse em realizar atividade; Avaliação da sessão: questionar o que foi sentido pelo grupo.	Interrogativo	Enfermeira Mestranda	5 minutos

## Alguns Slides da apresentação dos benefícios da AF aos idosos

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**CURPIO**  
CENTRO UNITÁRIO DE REABILITAÇÃO FISIOTERAPÉUTICA E SAÚDE DE CONCELHAS  
Fundado a 28 de Fevereiro de 1988 (S.A. N.º 16147 de 26 de Junho 1988)

9º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Saúde Comunitária

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

Olívia Serra n.º 7335  
Orientação ESEL: Professora Laura Viegas  
Orientação UCC: Enf. Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária Isabel Nunes

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Toca a mexer pela sua saúde!**

**ATIVIDADE FÍSICA**

Qualquer movimento corporal que resulta em gasto de energia;

Meio de prevenção de doenças e promoção da saúde.

2

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA**

Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade e a depressão;

Previne o aparecimento de doenças crónicas (doenças coração, diabetes, hipertensão arterial...);

Melhora a força, o equilíbrio, a coordenação, a flexibilidade, a resistência e as funções cognitivas;

Ajuda a prevenir as quedas;

Ajuda a controlar o peso;

Melhora a qualidade do sono;

Pode reduzir a solidão;

Aumenta a autoestima.

3

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Cuidados a ter na prática**

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

**NÃO PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA:**

- Se tiver febre
- Se sentir dores ou câibras
- Se estiver sem fôlego
- Se sentir tonturas ou enjoos

4


**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**TIPOS DE ATIVIDADE FÍSICA**

- Caminhada
- Ginástica (exercícios em pé, sentado ou deitado)
- Nadar
- Hidroginástica
- Yoga
- Dançar
- Andar bicicleta
- Brincar com os netos
- Tarefas domésticas...

5

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<https://www.google.pt/search?q=IDOSOS+A+FAZER+EXERCÍCIO&client=opera&hs=R9v&rlz=C3C104w&source=univ&sa=X&ved=2ahUKEwztk0qL1A1U1UwKH0FZBvo07AJ6BAQEFAN&biw=720&bih=621>

6

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/08/para-idosos-exercitar-se-e-importante-mesmo-que-por-15-minutos-92-estudo.html>

8

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<https://www.google.pt/search?client=opera&hs=9v&hw=1326&bih=627&btm=sch&sa=1&ei=0iEXovUjMM6H1IAPosCZuAU&q=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os&ip=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os>

10

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<https://www.google.pt/search?client=opera&hs=9v&hw=1326&bih=627&btm=sch&sa=1&ei=0iEXovUjMM6H1IAPosCZuAU&q=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os&ip=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os>

11

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<https://www.google.pt/search?client=opera&hs=9v&hw=1326&bih=627&btm=sch&sa=1&ei=0iEXovUjMM6H1IAPosCZuAU&q=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os&ip=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os>

12

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<https://www.google.pt/search?client=opera&hs=9v&hw=1326&bih=627&btm=sch&sa=1&ei=0iEXovUjMM6H1IAPosCZuAU&q=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os&ip=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os>

13

PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*



<https://www.google.pt/search?client=opera&hs=9v&hw=1326&bih=627&btm=sch&sa=1&ei=0iEXovUjMM6H1IAPosCZuAU&q=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os&ip=DOSOS+em+centro+de+dia+e+fazer+exercico+8os>

16

## Folheto e Convite

<p><b>Não praticar</b> <b>Atividade Física se:</b></p> <p>Estiver com febre; Sentir dores ou câibras; Estiver sem folego; Sentir tonturas ou enjoos...</p>  <p><a href="https://www.google.pt/search?client=opera&amp;q=imagens+animadas+de+atividade+fisica&amp;sourceid=opera&amp;ie=UTF-8&amp;oe=UTF-8">https://www.google.pt/search?client=opera&amp;q=imagens+animadas+de+atividade+fisica&amp;sourceid=opera&amp;ie=UTF-8&amp;oe=UTF-8</a></p>	 <p><b>Olívia Serra- Aluna Mestrado Área de Especialização em Enfermagem Comunitária</b> Orientação: Prof. Laura Viegas (ESEL) e Enf. Isabel Nunes UCC ODIVELAS</p>  	<p><b>PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL</b></p> <p><b>ATIVIDADE FÍSICA</b></p> <p><b>Toca a mexer pela sua saúde!</b></p>
---	--	---

<p><b>O que é a Atividade Física</b></p> <p>Qualquer movimento corporal que resulta em gasto de energia. Meio de prevenção de doenças e promoção da saúde.</p> <p><b>A Atividade Física</b></p> <p>Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade e a depressão; Previne o aparecimento de doenças crónicas (doenças coração, diabetes, hipertensão arterial...);</p> 	<p><b>Benefícios e vantagens da Atividade Física</b></p> <p>Melhora a força, o equilíbrio, a coordenação, a flexibilidade, a resistência e as funções cognitivas; Ajuda a prevenir as quedas; Ajuda a controlar o peso; Melhora a qualidade do sono; Pode reduzir a solidão; Aumenta a autoestima.</p>  	<p><b>Tipos de Atividade Física</b></p> <p>Caminhar; Ginástica (exercícios em pé, sentado ou deitado); Nadar; Hidroginástica; Dançar; Brincar com os netos; Tarefas domésticas...</p>  <p><b>Cuidados a ter na prática da Atividade Física</b></p> <p>Usar roupa confortável; Não realizar exercícios logo a seguir refeições; Não realizar exercícios antes de deitar.</p>
---	--	---

**CONVITE**  
**ATIVIDADE FÍSICA E**  
**DIVERSÃO**  
**às Quintas a partir das**  
**10:30H**

**Toca a mexer pela sua saúde!**



Plano de Sessão: **“Toca a Mexer!”**

**População alvo:** Idosos que frequentam o Centro de Dia  
**Local:** Centro Unitário de Reformados e Pensionistas Idosos de Odivelas (CURPIO)  
**Data:** 10, 17, 24 e 31 de janeiro 2019  
**Duração:** 1 hora  
**Formador:** Olívia Serra/ Martinha Fernandes  
**Objetivo Geral:** Capacitar os idosos para a prática de AF de acordo com suas limitações;  
**Objetivos Específicos:** Executar plano de AF proposta; Melhorar mobilidade; Melhorar competências cognitivas;  
 Melhorar as competências a nível afetivo desenvolvendo a autoestima;  
 Melhorar as competências a nível social, desenvolvendo a interação entre os idosos.

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo/Temas</b>	<b>Métodos e Técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação das formadoras Enf. Mestranda e Animadora sociocultural; Tema; Objetivos da sessão;	Expositivo	Enf. Mestranda e Animadora sociocultural;	5 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação do grupo, dar boas vindas, utilizando o nome dos participantes; técnicas de risoterapia; Exercício cognitivo: memória, promoção da orientação para a realidade: dia da semana, dia do mês, estação do ano, estado do tempo, nome e local onde nos encontramos; linguagem Rever as precauções a ter na prática da atividade física; Sessão de atividade física: Informar de qual a finalidade dos exercícios a executar; Demonstrar como se realiza cada exercício; Execução: aquecimento, manutenção e arrefecimento: 1ª sessão 30 minutos, dança; 2ª sessão recurso ao jogo “bowling”; 3ª sessão: jogo das bolas/cores, formadas duas equipas; 4ª sessão: jogo da cadeira; Encerramento com aula de Yoga com professora externa.	Ativo Expositivo Demonstrativo Interrogativo (Quebra-gelo; Técnica de riso; Música; Jogos lúdicos; Perguntas)	Enf. Mestranda e Animadora sociocultural; Cadeiras, Bolas; bolas pequenas coloridas; telemóvel. Colunas, jogo Bowling Professora de Yoga (para última sessão)	35 minutos  (10 minutos aquecimento, 15 sessão; 10 minutos relaxamento).
<b>Conclusão</b>	Reforçar a importância de estimular e treinar as capacidades; Agradecer e valorizar a participação Reforçar objetivos e se foram atingidos; Aceitação em executar os exercícios; Dificuldades sentidas; Relembrar data da próxima sessão.	Ativo Expositivo Interrogativo	Enf. Mestranda	10 minutos
<b>Avaliação</b>	Obter feedback sobre a atividade realizada, Observação do interesse na atividade; Número de participantes na sessão.	Interrogativo	Enf. Mestranda	10 minutos

**Apêndice XV: Plano de sessão EPS funcionárias do CURPIO:  
“Promoção do EAS”  
e  
material de apoio**





## Convite, apresentação e folheto sessão EpS funcionárias

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

9º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Saúde Comunitária

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Olívia Serra nº 7335  
Orientação ESEL: Professora Laura Viegas  
Orientação UCC: Enf. Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária Isabel Nunes

ACES, UCC, CURPIO

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

O envelhecimento é um grande desafio do mundo atual.

Estima-se que em 2050 vivam, no mundo, aproximadamente 2 mil milhões de idosos (com 60 e mais anos), em 2013 eram 841 milhões e o número de pessoas com 80 e mais anos triplicou, atingindo os 392 milhões em 2015 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2016).

Índice de envelhecimento	Esperança média de vida
Portugal 2016: 148,7 %	Portugal 2016: 81,3 Anos (idade)

Portugal ocupa o 3º lugar na Europa

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS)**

Processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem, assim como o processo de maximização e manutenção da capacidade funcional que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo que a capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio.

(OMS, 2015 e DGS, 2017)

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Saúde**

“a saúde como o estado de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”(OMS).

Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2016-2025 (ENEAS), onde são propostas políticas e linhas orientadoras face ao envelhecimento, perante as alterações da capacidade funcional ao longo do ciclo vital (Despacho nº 12427/2016, Direção Geral da Saúde (DGS) 2017).

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

Assembleia da República (AR) recomenda ao governo:

A adoção de medidas para a promoção do envelhecimento com direitos, nomeadamente a “Promoção de atividades que mantenham (os idosos) intelectual e funcionalmente ativos” e a (...)“Promoção da articulação entre as diferentes unidades funcionais dos cuidados de saúde primários e as instituições que acolhem pessoas idosas (estruturas residenciais para idosos e centros de dia) de forma a adequar a prestação de cuidados de saúde a estes utentes” (Resolução da AR nº 88/2018, p. 1542).

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Envelhecimento**

**Processo** normal do desenvolvimento humano com intensidade e expressão variáveis;  
Biológico, psicológico e social  
Depende dos estilos de vida, das atividades, do ambiente, dos fatores biológicos e genéticos...  
Presença de doenças crónicas (HTA, Diabetes, osteoporose...)

**Alterações**  
Sentidos (Visão; audição; olfato, paladar, tato);  
Pele; pelos, unhas, saliva;  
Memória (vários tipos de demência ...);  
Sono; obstipação; incontinência ...

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

## Apresentação da sessão EpS funcionárias (cont.)

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**O que cada um pode fazer para assegurar um E Ativo e Saudável?**

**Saúde**  
Ter cuidado com a saúde individual (estilo de vida saudável, recorrer serviços de saúde e tomar medicação);

**Participação Social**  
Continuar a fazer aquilo que gosta de fazer: sair e passear, participar nas atividades dos centros de dia, e outras associações recreativas...; Fazer voluntariado, participar em grupos de suporte...


**Segurança**  
Viver num local seguro, sem risco de acidentes (eliminar barreiras, prevenir acidentes e quedas...); ser respeitado e respeitar (dignidade); viver rodeado de pessoas que tratem bem (proteção).

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**O que podemos fazer?**

As ações dirigidas às pessoas com redução das capacidades intrínsecas visam travar, reduzir, reverter e gerir estes quadros para que causem o menos impacto na sua capacidade funcional (ENEAS, 2017).



Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Promover EAS:**

**Serviços de Saúde:**  
Prevenir doenças crónicas ou garantir deteção e controle precoce; reverter ou diminuir os declínios da capacidade; gerir doenças crónicas avançadas.

**Ambientes:**  
Promover e incentivar comportamentos que melhorem a capacidade ao longo do ciclo vital, garantir uma vida digna na idade avançada.  
Para que as pessoas mantenham a sua autonomia (a capacidade de tomar decisões) e independência é importante que se mantenham ativas.

**A atividade pode ser:**

**Física** (andar a pé, fazer ginástica, tarefas domésticas, ...);  
**Intelectual** (exercitar o cérebro, jogos, leitura, recordar saberes e conhecimentos...);  
**Cultural** (passeios, teatro...) e social (convívio com outras pessoas, se possível de diferentes gerações)...

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Objetivos do Projeto**

Contribuir para a mudança de comportamentos dos idosos de modo a capacitá-los para se manterem intelectual e funcionalmente mais ativos de acordo com as suas potencialidades;

Promover o EAS.

**Recursos**  
Animadora socio cultural  
Funcionários do CURPIO  
Professora de Educação Física?  
Especialista em Saúde Comunitária  
Especialistas em Saúde Mental...

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Idosos do CURPIO**

Problemas	Diagnósticos de Enfermagem
56,5% apresenta alterações sugestivas de défice cognitivo	Cognição comprometida - 1º
52% não pratica atividade física	Atividade física deficiente - 2º
48% apresenta depressão ligeira	Tristeza demonstrada - 3º
65% vive sozinho	Solidão demonstrada - 4º
43% apresenta excesso peso	Estado nutricional comprometido - 5º
35% dependente de supervisão/ajuda na marcha	Risco de queda - 6º
52% rendimento baixo	Rendimento inadequado - 7º

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**No CURPIO**

**Constrangimentos?** **Aspectos positivos?**

**Sentimentos?**

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Com vossa ajuda queremos idosos mais felizes!**



<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/08/para-idosos-exercitar-se-e-importante-mesmo-que-por-15-minutos-diz-estudo.html>

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**  
*Um Projeto de Intervenção Comunitária*

**Obrigada!**

Enfermeira Olívia Janeiro 2019

## Nunca é tarde de mais para promover o Envelhecimento Ativo e Saudável!



<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>;  
Direção Geral da Saúde (2006). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. DGS;  
Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), OMS.

### Envelhecimento

**Processo** normal do desenvolvimento com intensidade e expressão variáveis; Biológico, psicológico e social

Depende dos estilos de vida, das atividades, do ambiente, dos fatores individuais, biológicos e genéticos...

Presença de doenças crónicas (HTA, Diabetes, osteoporose...)

#### Alterações

Sentidos (Visão; audição; olfato, paladar, tato);  
Pele; pelos, unhas, saliva;  
Memória (vários tipos de demência...);  
Sono; obstipação; incontinência...

### Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS)

Processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem, assim como o processo de **maximização e manutenção da capacidade funcional que contribuí para o bem-estar das pessoas idosas.**



Olívia Serra - Aluna Mestrado Área de Especialização em Enfermagem Comunitária  
Orientação: Prof. Laura Viegas e Enf. Isabel Nunes



### O que assegura um envelhecimento Ativo e Saudável?

#### Saúde

Ter cuidado com a saúde individual (estilo de vida saudável, recorrer serviços de saúde e tomar medicação);

#### Participação Social

Continuar a fazer aquilo que gosta de fazer: sair e passear, participar nas atividades dos centros de dia, e outras associações recreativas...; Fazer voluntariado, participar em grupos de suporte...

#### Segurança

Viver num local seguro, sem risco de acidentes (eliminar barreiras, prevenir acidentes e quedas...); ser respeitado e respeitar (dignidade); viver rodeado de pessoas que tratem bem (proteção).

## PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

### Um Projeto de Intervenção Comunitária



### O que podemos fazer ?

#### Serviços de Saúde:

Prevenir doenças crónicas ou garantir deteção e controle precoce; reverter ou diminuir os declínios da capacidade; gerir doenças crónicas avançadas.

#### Ambientes:

Promover e incentivar comportamentos que melhorem a capacidade ao longo do ciclo vital, garantir uma vida digna na idade avançada.


Para que as pessoas mantenham a sua autonomia (a capacidade de tomar de decisões) e independência é importante que se mantenham ativas. A atividade pode ser:

**Física** (andar a pé, fazer ginástica, tarefas domésticas, ...);

**Intelectual** (exercitar o cérebro, jogos, leitura, recordar saberes e conhecimentos,...);

**Cultural** (passeios, teatro...) e social (convívio com outras pessoas, se possível de diferentes gerações)...

### Questionário avaliação da sessão EpS funcionárias

	<p><b>Questionário de Avaliação da Sessão Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável</b></p>
---	---

Peço a sua colaboração para o preenchimento do questionário para avaliação da Sessão **Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável**. O questionário é anónimo para o qual a sua participação é muito importante, de forma a podermos melhorar.

É composto pela avaliação da sua satisfação em relação à sessão que acabou de assistir.

A tabela seguinte com 4 respostas possíveis para cada questão, em que corresponde a (1) Nada Satisfeito, (2) Pouco Satisfeito, (3) Satisfeito e (4) Muito Satisfeito.

	(1) Nada Satisfeito	(2) Pouco Satisfeito	(3) Satisfeito	(4) Muito Satisfeito
Os temas discutidos foram do seu interesse				
Os temas discutidos corresponderam às suas necessidades				
Compreendeu os temas discutidos				
Adquiriu novos conhecimentos				
Os conhecimentos que adquiriu são uteis para si				

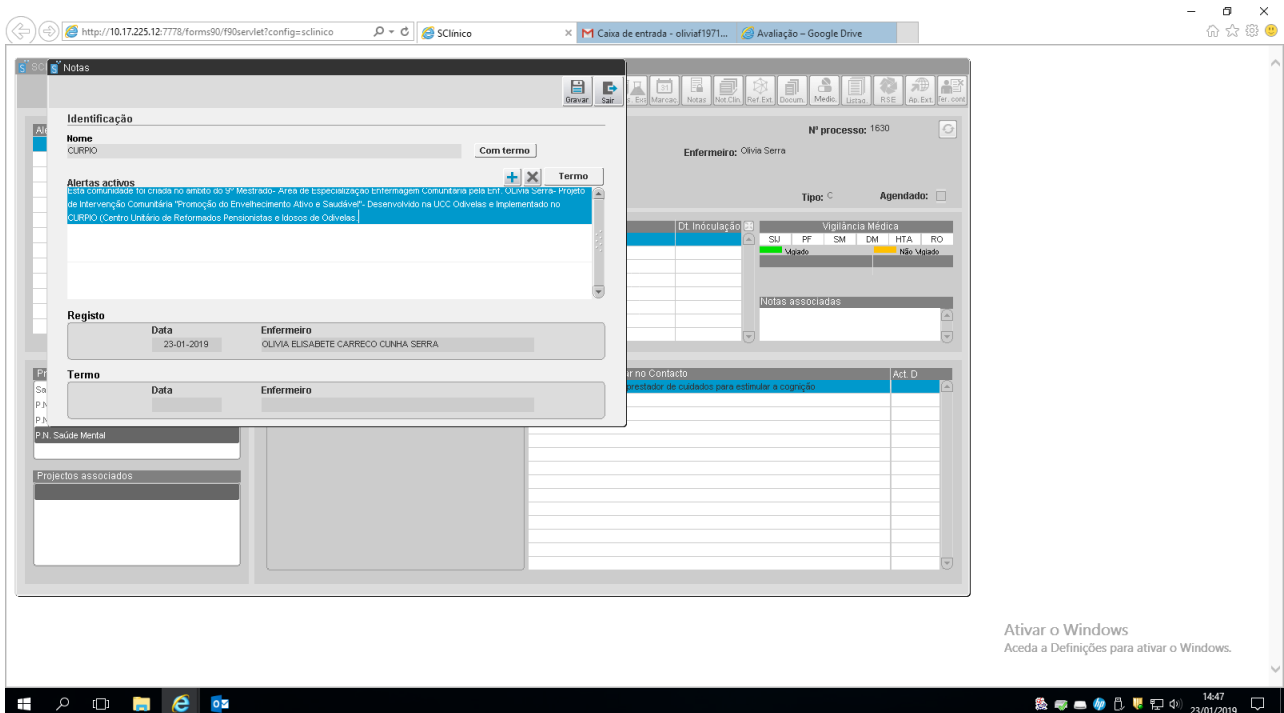
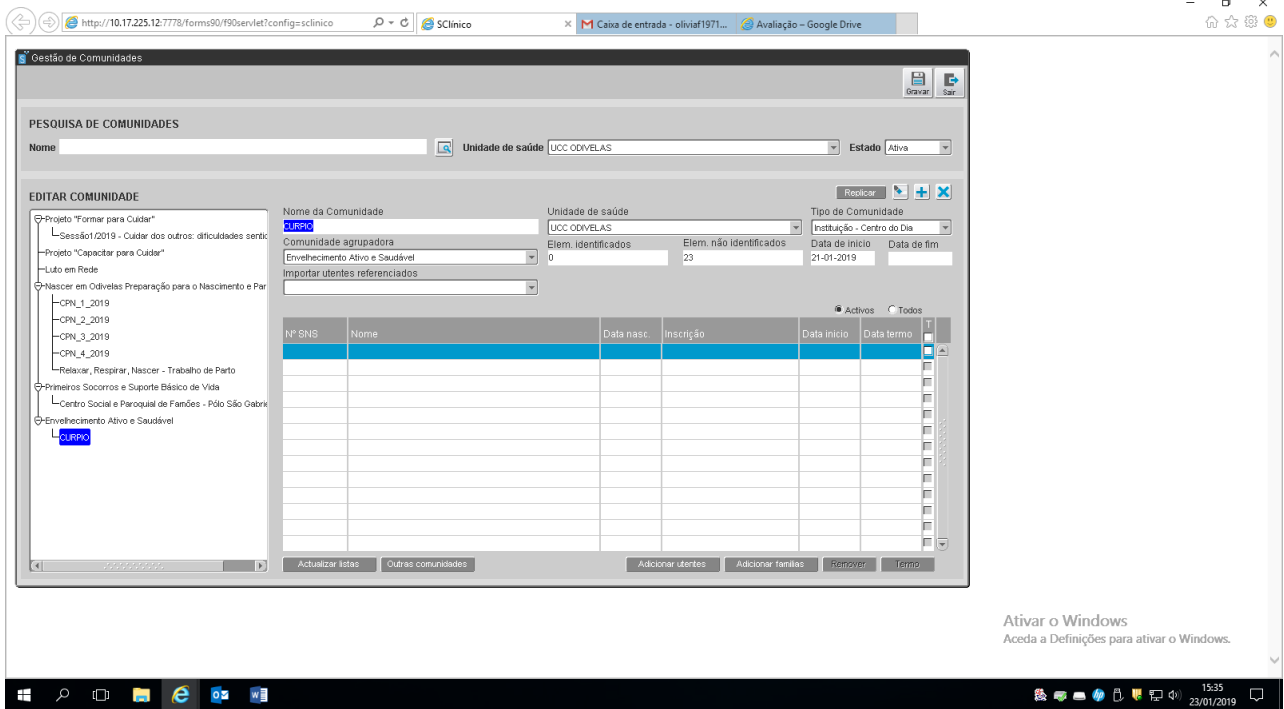
**Muito Obrigada!**



**Apêndice XVI: Criação “Comunidade CURPIO” no Sclínico UCC  
Odivelas**



### “Comunidade CURPIO” no SClínico





**Apêndice XVII- Avaliação individual das Sessões:**

“Conversas com a Enfermeira”;

“Jornal Club”;

“Artes”;

“Tarde de cinema Charlot”;

“Expressões populares e provérbios”



Avaliação Quantitativa da sessão “Conversas com a Enfermeira”

Sessão	Avaliação Quantitativa sessão “Conversas com a Enfermeira”											
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada									
			27/11	3/12	11/12	14/12	3/01	10/01	17/01	22/01	24/01	29/01
“Conversas com a Enfermeira”	Adesão n.º de idosos na sessão _____ x 100 n.º de idosos presentes em cada espaço no CURPIO	50%	Grupos 5/5 5/5	Grupo 7/7	Grupo3/ 3	2 idosas	Grupos: 5/5 6/6 4/4	Grupo: 8/8	1 idoso	Grupo: 4/4 2/2; 1 idoso	Grupos: 4/4 3/3; 1 idoso	Grupo 5/5
	Participação n.º de idosos que participaram _____ x 100 n.º de idosos na sessão	80%	5/5 5/5	7/7	3/3	2/2	5/5 6/6 4/4	8/8	1/1	4/4 2/2 1/1	1/1 3/3 4/4	5/5

Avaliação Qualitativa da sessão “Conversas com a Enfermeira”

Sessão	Avaliação Qualitativa sessão “Conversas com a Enfermeira”			
	Dia da sessão			
	27/11	3/12	11/12	14/12
“Conversas com a Enfermeira”	O início da intervenção começou pela minha apresentação e em grupos, do objetivo da minha intervenção no CURPIO, a promoção do EAS, os resultados do diagnóstico de situação e perante os mesmos o que se podia fazer e desenvolver. O objetivo das atividades com objetivo final a melhoria do seu estado de saúde e bem-estar e mudança de comportamento esperada. Muito curiosos e mostraram-se interessados e muito sorridentes. É bom é bom” “Muito obrigada Enfermeira”	Neste dia proporcionou-se uma ação num grupo de 7 idosas (muito idosas, maioria com mais de 90 anos, às quais chamei de “noventonas”, muito sorridentes a agradecerem sempre a “companhia”.	Dia de intervenção num grupo de 3 idosas, estas foram alvo de ação educativa para incentivo à participação nas atividades e relembrar quais os objetivos das mesmas, mostraram-se muito sorridentes e pareciam motivadas.	Duas idosas, uma delas a manifestar que tem problemas com filho que vive com ela mas que não a ajuda, aconselhada a dialogar com filho e manifestar os seus sentimentos, e que filho provavelmente não estaria a valorizar por desconhecimento, pareceu mais calma e confiante. A outra idosa, uma senhora com 94 anos, mas aparentemente não os aparenta, demonstrou felicidade porque filho que vive no Algarve, vinha para passar uns dias com ela e por tal nos próximos dias não frequentaria o CURPIO, só voltaria na semana seguinte, algo que também me alegrou pela expressão de felicidade da idosa.

Avaliação Qualitativa da sessão **“Conversas com a Enfermeira” (cont.)**

Sessão	Avaliação Qualitativa “Conversas com a Enfermeira” (cont.)						
	Dia da sessão						
	3/01	10/01	17/01	22/01	24/01	29/01	
<b>“Conversas com a Enfermeira”</b>	Neste dia a manhã foi bastante produtiva. Os grupos de idosos falaram das suas vivências na época Natalícia.	O grupo de idosos foi alvo de ação educativa para incentivar à participação nas atividades de estimulação cognitiva e prática de atividade física e sua importância.	O idoso manifestou mal-estar porque sua filha há mais de um mês que não lhe telefonava. Momento de escuta e apoio, aconselhado a dialogar com filha sobre os seus sentimentos. No final mostrou-se mais calmo e decidido.	As idosas manifestaram tristeza por estarem a faltar algumas pessoas devido a doença. Abordada a importância das atividades implementadas. Manifestaram interesse em que continuasse a estar presente no CURPIO: “Deixe-se ficar por cá enfermeira”; É tão importante, o carinho que dá, a palavra amiga”.	Intervenção individual a uma idosa que se sentia triste e chorosa por estar sozinha, foi incentivada a valorizar a presença de sobrinhos que se interessam por ela, no final mais sorridente e participou na atividade planeada. Os grupos foram questionados sobre o que sentiam sobre as atividades e da prática de AF; verbalizaram ser muito importante manter, um deles disse: “E agora 3ª feira há mais”.	Neste dia em grupo as idosas refletiam sobre as notícias da televisão, estas sobre violência doméstica e assassinatos e homicídio. Muito tristes e preocupados: “este mundo está perdido”; A maioria dos idosos tem o cabelo grisalho e perante o meu toque no cabelo de uma delas esta disse: <b>“Cabelo branco é saudade da mocidade perdida, às vezes não é saudade, são os desgostos da vida”.</b>	

Avaliação da sessão “Jornal Club”

Sessão	Avaliação Quantitativa					
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada			
			30/11	7/12	8/01	29/01
“Jornal Club”	Adesão n.º de idosos na sessão x 100 n.º de idosos presentes no CURPIO	50%	16/20 80%	15/17 70,5%	13/16 81,2%	10/12 83,3%
	Participação n.º de idosos que participaram x 100 n.º de idosos na sessão	80%	13/16 81,2%	14/15 93,3%	11/13 84,6%	10/10 100%

\*Estavam presentes utentes de ambas as salas

Sessão	Avaliação Qualitativa			
	Dia da sessão			
	30/11	7/12	8/01	29/01
“Jornal Club”	<p>Idosos estimulados e motivados para a atividade. Leitura do jornal local de Odivelas e discussão de notícias escolhidas pelo leitor, dada oportunidade a todos de se manifestarem. No final verbalizaram as seguintes afirmações: <i>“Mais alegre e desperta”; “Senti-me bem”; “Muito bem”; “Satisfeita”; “Gostei muito, continuação”; “Não participei bem”; “Também gostei”; “Muito importante e significativa”; “Gostei muito podem continuar”.</i> Durante a sessão tivemos como barreira o ruído, estávamos na sala de refeições, zona de passagem, o que nos levou a mudar de local na sessão seguinte.</p>	<p>Jornal CM comprado por um idoso, incentivado a fazê-lo. Neste dia estavam menos idosos porque optou-se por mudar de sala para minimizar ruído e facilitar a concentração, distribuindo os idosos de acordo com suas limitações. Alguns idosos não se deslocaram à sala. Atividade muito participativa. No final. <i>“Importantes estes momentos”; “Gostei muito”.</i> O grupo foi incentivado a manter esta atividade reforçando os benefícios da estimulação cognitiva.</p>	<p>Estimulado outro idoso para ir comprar o jornal mas que fosse diferente do da outra sessão, este optou pelo JN. A notícia escolhida pelo idoso da primeira página era sobre o desperdício da água no país, o grupo de idosos manifestou sua opinião e mostrava-se preocupado No final da sessão mostraram-se satisfeitos com a atividade: <i>“Na minha terra não tenho água da companhia”; “Muito importante falar destes assuntos”; “Nestes momentos temos companhia, em casa estamos sozinhos”; “Tudo o que seja para nos animar é para continuar”.</i> Os idosos foram incentivados a continuar a atividade e que seria interessante serem eles a dinamizar as sessões e em grupos lerem notícias e discutirem-nas.</p>	<p>A sessão neste dia tinha o objetivo de enquadrar o grupo no tema e para preparação do passeio a realizar dia 31/01 ao Painel de Azulejos do Sr. Roubado (inaugurado recentemente, após restauro); Uma idosa ofereceu-se para ler em voz alta a notícia/história do Sr. Roubado; Distribuídas fotografias do local e de um dos painéis de azulejo; A maioria desconhecia pela verbalização de expressões: <i>“Que bonito”; “Tão perto de nós”; “Meu Deus que barbaridade”; “E foi queimado”.</i> Incentivados a continuarem a leitura e discussão de notícias.</p>

<b>Indicadores de Avaliação da Sessão “Jornal Club”</b>	
<p><b>Taxa de participantes presentes na atividade “Jornal Clube”- 50% dos participantes convidados</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes na sessão } (16+15+13+10)}{\text{N}^\circ \text{ de participantes convidados para a sessão } (20+17+16+12)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de presença</p> <p>1º sessão.- 80%</p> <p>2ª sessão – 70,5%</p> <p>3ª sessão - 81%</p> <p>4ª sessão.- 83,3%</p>
<p><b>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão – 80% dos participantes</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que intervieram na sessão } (13+14+11+10)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes na sessão } (16+15+13+10)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de participação</p> <p>1º sessão.- 81,2%</p> <p>2ª sessão – 93,3%</p> <p>3ª sessão – 84,6%</p> <p>4ª sessão.- 100%</p>
<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<p><b>Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória a sessão – 50% dos participantes</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão (satisfeito ou muito satisfeito)} (16+15+13+10)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliaram a sessão } (16+15+13+10)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de satisfação</p> <p>100% todas as sessões</p>

<b>Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade</b>	
<p><b>Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas em grupo } (4)}{\text{N}^\circ \text{ de atividades em grupo programadas } (4)} \times 100</math></p>	<p>100%</p>

Avaliação da sessão “Artes”

Sessão	Avaliação Quantitativa				
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada		
			7 dez.	14 dez	21 dez
“Artes”	Adesão <u>n.º de idosos na sessão</u> x 100 n.º de idosos convocados presentes no CURPIO	50 %	10/10 13/13 100%	12/12* 100%	7/7 9/9 100%
	Participação <u>n.º de idosos que participaram</u> x 100 n.º de idosos na sessão	80%	10/10 13/13 100%	12/12 100%	7/7 9/9 100%

\*Idosos apenas da sala de atividades

Sessão	Avaliação qualitativa		
	Dia da sessão		
	7/12	14/12*	21/12
“Artes”	<p>Início da atividade: todos os idosos se apresentaram... tempo para realizar a atividade ficou reduzido, optou-se por percorrer as duas salas, apontamos a frase de cada um, a qual era repetida em voz alta em voz alta.</p> <p>Agradecemos a participação. Todos com grande entusiasmo manifestaram alegria e agradeceram o momento: “Gostei muito”; “Muito obrigada”; “Podem vir sempre”.</p>	<p>Os idosos na sala encontravam-se motivados para a atividade; foram lidas as frases (impresas); estimulando memória e linguagem. Participaram no corte e colagem. No final mostraram-se sorridentes e satisfeitos: “Muito bom para nós”; “Para a semana há mais”.</p>	<p>A atividade foi dividida em duas sessões seguidas, percorrendo os idosos nos dois espaços.</p> <p>Motivação para a leitura, uma idosa lia as frases, referindo quem a tinha dito; estimulando memória e linguagem.</p> <p>Reforço positivo; participação no corte e colagem.</p> <p>Afixação dos trabalhos no quadro junto às fotografias.</p> <p>No final expressaram agrado: “Muito rico”; “Gostei muito”; “Pode continuar”; “O que interessa é que todos tenham saúde”; “Ficou bonito”.</p>

\*Idosos da sala de atividades

<b>Indicadores de Avaliação da Sessão “Artes”</b>	
<b>Taxa de participantes presentes na atividade “Artes” - 50% dos participantes convidados</b>	Indicador de presença 100% em todas as sessões
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes na sessão } (10+13+12+7+9)}{\text{N}^\circ \text{ de participantes convidados para a sessão } (10+13+12+7+9)} \times 100$	
<b>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão – 80% dos participantes</b>	Indicador de participação 100% em todas as sessões
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que intervieram na sessão } (10+13+12+7+9)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes na sessão } (10+13+12+7+9)} \times 100$	
<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<b>Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória a sessão – 50% dos participantes</b>	Indicador de satisfação 100%
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão } (10+13+12+7+9)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliaram a sessão } (10+13+12+7+9)} \times 100$ (satisfeito ou muito satisfeito)	

<b>Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade</b>
<b>Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas em grupo } (5)}{\text{N}^\circ \text{ de atividades em grupo realizadas } (5)} \times 100$



Avaliação da sessão “Tarde de Cinema Charlot”

Sessão	Avaliação Quantitativa				
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada		
			11 dez	4 jan	17 jan
“Tarde de Cinema Charlot”	<b>Adesão</b> n.º de idosos na sessão x 100 n.º de idosos presentes no CURPIO	50%	9/13 69%	19/21* 90%	14/18 77,7%
	<b>Participação</b> n.º de idosos que participaram x 100 n.º de idosos na sessão	80%	9/9 100%	19/19 100%	14/14 100%

\*Idosos centro de dia e centro de convívio - sala de refeições

Sessão	Avaliação qualitativa “Tarde de Cinema Charlot”			
	Dia da sessão			
	11/12	4/01	17/01	
“Tarde de Cinema Charlot”	Idosos motivados para a atividade. Selecionaram o filme. Durante o filme riam. No final da sessão demonstraram sentir-se animados e sorridentes. Charlot era conhecido por alguns e falaram do “Charlot na Fábrica” “Gostei muito”	Idosos motivados, decidiram entre eles qual o filme do “Charlot” que iriam ver. Nesta sessão estiveram mais idosos e duas idosas do centro de convívio. Riam durante a projeção do filme. Uma das idosas referiu que “é para continuar” “Faz bem rir” “Eu gosto muito dos filmes do Charlot”	Idosos interessados em continuar a ver os filmes, fizeram a escolha do filme a visualizar. Mantinham boa disposição. No final os comentários foram os seguintes: “Há muito que não me divertia assim” “O Charlot era um grande comediante” “Obrigada” “É sempre bom rir” “Foi muito bom”	

<b>Indicadores de Avaliação da Sessão “Tarde de Cinema Charlot”</b>	
<p><b>Taxa de participantes presentes na atividade “Tarde de cinema” - 50% dos participantes convidados</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes na sessão } (9+19+14)}{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes no CURPIO } (13+21+18)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de presença</p> <p>1ª Sessão- 69%</p> <p>2ª Sessão- 90%</p> <p>3ª Sessão- 77,7%</p>
<p>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão – 80% dos participantes</p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que intervieram na sessão } (9+19+14)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes na sessão } (9+19+14)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de participação</p> <p>100%- todas as sessões</p>
<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<p><b>Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória a sessão – 80% dos participantes</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão } (9+19+14)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliaram a sessão } (9+19+14)} \times 100</math></p> <p>(satisfeito ou muito satisfeito)</p>	<p>Indicador de satisfação</p> <p>100%- todas as sessões</p>
<b>Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade</b>	
<p><b>Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas em grupo } (3)}{\text{N}^\circ \text{ de atividades em grupo realizadas } (3)} \times 100</math></p>	

Avaliação da sessão “**Provérbios e Expressões populares**”

Sessão	Avaliação Quantitativa				
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada		
			15/01	22/01	29/01
“ <b>Provérbios e Expressões populares</b> ”	<b>Adesão</b> n.º de idosos na sessão x 100 n.º de idosos presentes no CURPIO	50%	11/14 79%	10/13 77%	8/8 100%
	<b>Participação</b> n.º de idosos que participaram x 100 n.º de idosos na sessão	80%	8/11 72%	8/10 80%	5/5 100%

Sessão	Avaliação Qualitativa “ <b>Provérbios e Expressões populares</b> ”			
	Dia da sessão			
	15/01	22/01	29/01	
“ <b>Provérbios e Expressões populares</b> ”	<p>Recurso a provérbios retirados dos livros, cada idoso lia, refletia sobre o provérbio e verbalizava o que para ele significava, de seguida todos davam sua opinião. No final mostraram-se na sua maioria satisfeitos: “Interessante”; “É bom para manter a cabeça a funcionar”.</p>	<p>A maioria desconhecia a origem dos provérbios. “Não conhecia a história das frases”; Uma idosa referiu que o provérbio a fez voltar à infância quando iam buscar água à fonte com o cântaro”.</p>	<p>Os idosos estavam animados, no entanto a sessão contou com menos idosos que o habitual, pois nestes últimos dias estão a faltar por estarem com gripe. Como sempre e como esperado, mostraram-se participativos e comunicativos: “Eu tinha muito a mania de dizer santinho mas a pessoa era testemunha de Jeová e não gostou nada e disse Santinho não, Deus a ajude!”; “Que Deus te acrescente e te faça boa gente!”. O material impresso e plastificado ficará na sala de atividades para continuarem a atividade (fotos em anexo). A maioria dos idosos avaliam a sessão, como satisfeitos ou muito satisfeitos.</p>	

<b>Indicadores de Avaliação da Sessão “Provérbios e Expressões populares”</b>	
<p><b>Taxa de participantes presentes na atividade “Provérbios e Expressões populares”- 50% dos participantes convidados</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes na sessão } (11+10+8)}{\text{N}^\circ \text{ de participantes convidados para a sessão } (14+13+8)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de presença</p> <p>1ª sessão 79%</p> <p>2ª sessão- 77%</p> <p>3ª sessão- 100%</p>
<p><b>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão – 50% dos participantes</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que intervieram na sessão } (8+8+5)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes na sessão } (11+10+5)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de participação</p> <p>1ª sessão – 72%</p> <p>2ª sessão – 80%</p> <p>3ª sessão- 100%</p>
<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<p><b>Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória a sessão – 50% dos participantes</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão (satisfeito ou muito satisfeito)} (11+10+8)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliaram a sessão } (11+10+8)} \times 100</math></p>	<p>Indicador de satisfação</p> <p>100%</p>

<b>Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade</b>
<p><b>Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas em grupo } (3)}{\text{N}^\circ \text{ de atividades em grupo realizadas } (3)} \times 100</math></p>

Promoção do EAS  
*Um projeto de Intervenção Comunitária*

*Olívia Serra*

## **Apêndice XVIII: Avaliação das sessões de Atividade Física**

### **E fotografia Yoga**



Avaliação da sessão “Prática de Atividade Física - toca a mexer”

Sessão	Avaliação Quantitativa da sessão “Prática de Atividade Física - toca a mexer”					
	Indicadores de processo	Meta prevista	Meta alcançada			
			10 jan.	17 jan.	24 jan.	31 jan.
“Prática de Atividade Física - toca a mexer”	Adesão n.º de idosos na sessão x 100 n.º de idosos convocados, presentes no CURPIO	50 %	18/21 85,7%	19/20 95%	14/14 100%	22/22 100%
	Participação n.º de idosos que participaram x 100 n.º de idosos na sessão	80%	17/18 94,4%	18/19 94,7%	14/14 100%	22/22 100%

Sessão	Avaliação Qualitativa da sessão “Prática de Atividade Física - toca a mexer”			
	Dia da sessão			
	10/01	17/01	24/01	31/01
“Prática de Atividade Física - toca a mexer”	<p>Idosos na participaram na atividade, na sua maioria motivados. Quiseram continuar a dançar, o que não estava programado. No final demonstraram sentir-se bem. Verbalizaram expressões como: “Estamos distraídos”; “Foi muito bom dançar”; “Gostei muito!”.</p>	<p>Participaram mais idosos nesta sessão (das duas salas). Mostraram-se muito participativos e sorridentes. Dançaram, jogaram... No final estímulo positivo com a famosa frase “Muito bem! Muito bem! Yeeeeee! Utilizada na risoterapia. Batemos palmas em conjunto! “Muito bom!”</p>	<p>Os idosos formaram um grupo misto; 2 homens; de notar a presença pela primeira vez de 2 idosas e 1 idoso... Neste dia foi reforçada a necessidade de continuarem a participar com o apoio da animadora. No final felicitei o grupo, os novos participantes, reforço positivo e terminamos com a famosa frase “Muito bem! Muito bem! Yeeeeee! Utilizada na risoterapia. Batemos palmas em conjunto! Muito sorridentes.</p>	<p>Idosos presentes das duas salas Apresentação de todos, boas vindas a idosos presentes pela primeira vez; Jogo das cadeiras, recurso a música e técnicas de risoterapia; Motivação do grupo em manter esta atividade pela importância que tem; Compromisso da animadora em continuar. No final bateram palmas e agradeceram. Repetem a frase “Muito bem! Muito bem! Yeeeeee! Demonstraram e verbalizaram satisfação: “Gostei muito”, “Gostei tanto, que até nem senti as dores no joelho” “Oh D. Olívia tão bom”</p>

<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<b>Prática de Atividade Física - toca a mexer”</b>	
<p><b>Taxa de participantes presentes na atividade “prática de AF- toca a mexer” - 50% dos participantes convidados</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes na sessão } (18+19+14+22)}{\text{N}^\circ \text{ de participantes convidados para a sessão } (21+20+14+22)} \times 100</math></p>	<p><b>Indicador de adesão</b></p> <p>1ª Sessão-85.7%, 2ª sessão-95%, 3ª e 4ª sessão-100%</p>
<p><b>Taxa de participação durante a sessão – 80% dos participantes</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão } (17+18+14+22)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes na sessão } (18+19+14+22)} \times 100</math></p>	<p><b>Indicador de participação</b></p> <p>83%,89%, 100%,89%</p> <p>1ª Sessão-94,4%, 2ª sessão-94,7%, 3ª sessão-100% e 4ª sessão-100%</p>
<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<p><b>Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória a sessão – 50% dos participantes</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão } (18+19+14+22)}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliaram a sessão } (18+19+14+22)} \times 100</math></p>	<p><b>Indicador de satisfação</b></p> <p>100%</p>

<b>Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade</b>
<p><b>Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas</b></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas em grupo } (4)}{\text{N}^\circ \text{ de atividades em grupo realizadas } (4)} \times 100</math></p> <p><b>Indicador de atividade: 100%</b></p>

**Fotografia momento de YOGA**



Promoção do EAS  
*Um projeto de Intervenção Comunitária*

*Olívia Serra*

**Apêndice XIX: Avaliação da sessão EPS funcionárias do CURPIO:  
“Promoção do EAS”**



Avaliação da sessão de EPS funcionárias – “Promoção do EAS”

Sessão	Avaliação Quantitativa			
	Indicadores	Meta prevista	Meta alcançada	
			22 jan	24 jan
Sessão EPS- “Promoção do EAS”	Adesão $\frac{\text{n.º de funcionárias na sessão}}{\text{n.º de funcionárias convocados}} \times 100$	50%	6/6 100%	6/8** (3 Funcionárias que já tinham assistido 1ª sessão juntaram-se a meio desta sessão)  75%
	Participação $\frac{\text{n.º de funcionárias que participaram}}{\text{n.º de funcionárias na sessão}} \times 100$	80%	6/6 100%	6/6 100%

Sessão	Avaliação qualitativa	
Sessão EPS- “Promoção do EAS”	Dia da sessão	
	22/01	24/01
	As funcionárias foram estimuladas a participar e a expressar emoções (brainstorming); Como aspetos positivos no CURPIO: Boa relação com os utentes; A comunicação com os utentes. Como dificuldades: Método de trabalho, muitas tarefas pré-definidas; pouco tempo para dar atenção aos idosos; falta de pessoal; desmotivação. “Pouca vontade” Sugestões: Voluntariado apoiar os idosos- “conversar”: “Conversar, eles precisam tanto”; “É o que eles precisam, de atenção, carinho”; “Sempre que entro na sala cumprimento os idosos”;	Duas das funcionárias convocadas para a sessão saíram no final do turno (15:30H), não ficaram para a sessão. Sessão muito participativa e produtiva. EAS- focaram aspetos e eram conhecedoras de muitos aspetos deste paradigma. Aspetos positivos: Boa relação; motivação; Conversar; Ter paciência, dar atenção aos idosos dispersos pela sala, cumprimentar, demonstrar interesse neles: “Temos de ter paciência”; “Dar atenção, cumprimentar”; “Demonstrar interesse neles”. Aspetos negativos no CURPIO: A animadora sociocultural está na sala de atividades; Idosos estão muito tempo sozinhos nas mesas; Falta de acompanhamento- necessária uma funcionária na sala; “A falta de tempo não é verdade” Compromisso das funcionárias em continuar a demonstrar interesse pelos idosos e frequentar formação.

<b>Indicadores de Avaliação da Sessão EPS</b>	
<p><b>Taxa de participantes presentes na atividade EPS “promoção do EAS” - 50% dos participantes convidados</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes presentes na sessão (6+6)}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes convidados para a sessão (6+8)}} \times 100</math></p>	<p>Indicador de presença 1ª sessão 100% 2ª sessão 75%</p>
<p>Taxa de participação (intervenção, comentários ou observações) durante a sessão – 80% dos participantes</p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que intervieram na sessão (6+6)}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes na sessão (6+6)}} \times 100</math></p>	<p>Indicador de participação 100%</p>
<b>Indicadores de Avaliação da Sessão</b>	
<p><b>Taxa de participantes que avaliam de forma satisfatória a sessão – 80% dos participantes</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes na sessão que avaliaram de forma positiva a sessão (satisfeito ou muito satisfeito) (6+6)}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que avaliaram a sessão (6+6)}} \times 100</math></p>	<p>Indicador de satisfação 100%</p>

<b>Avaliação dos Indicadores de processo ou de atividade</b>	
<p><b>Taxa de atividades realizadas em grupo = 100% das atividades em grupo programadas</b></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de atividades realizadas em grupo (2)}}{\text{N}^\circ \text{ de atividades em grupo programadas (2)}} \times 100</math></p>	<p>100%</p>

