

**A PERCEÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NUMA
COMUNIDADE DE IDOSOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Filipa Alexandra Gomes de Sousa

Porto | 2018

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária

A PERCEÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS NUMA COMUNIDADE DE IDOSOS

Dissertação de mestrado

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Ana Paula Cantante
e coorientada pela Professora Doutora Manuela Teixeira

Filipa Alexandra Gomes de Sousa

Porto, 2018

Gostaria de agradecer de uma forma muito especial a todos os idosos que participaram neste estudo, pela recepção afável e disponibilidade demonstrada. Quero congratular a ajuda cedida pelos responsáveis dos Centros de Dia pela disponibilidade durante todo o processo. Gostaria igualmente de agradecer às Professoras orientadoras, à Professora Ana Paula Cantante e à Professora Manuela Teixeira por toda a disponibilidade e apoio que me proporcionaram durante todo este percurso. Realço a força e paciência da minha família e namorado. A todos o meu muito obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES –Agrupamentos de Centros de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diária

CS – Centro de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DGS – Direcção Geral da Saúde

E – Entrevista

Et al. – E outros

INE- Instituto Nacional de Estatística

MDGs - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

SDGs - Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

WHO- World Health Organization

RESUMO

Os enfermeiros, para além da prestação de cuidados globais ao longo do ciclo de vida das pessoas, prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha para adquirir conhecimentos, desenvolver competências e partilhar junto da população, nos bairros, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir. Utilizam estratégias de intervenção na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, capacitando-a cada vez mais na resolução dos seus próprios problemas/necessidades. Este estudo tem como objetivo geral, compreender a perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos e a influência da enfermagem na adoção dos mesmos. Os objetivos específicos são, identificar quais são os comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos e Identificar o papel do enfermeiro como agente de mudança na promoção de comportamentos saudáveis.

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal com uma abordagem qualitativa, sendo a população correspondente aos idosos de uma comunidade do concelho da Maia e uma amostra de 20 idosos representativa dessa população. Relativamente à recolha de dados, optou-se pela utilização de uma entrevista semi-estruturada que permitisse obter informações necessárias para a sua caracterização e posterior análise no âmbito da intervenção comunitária. Compreendeu-se após a análise dos resultados, que os idosos participantes identificam e aderem a comportamentos saudáveis, tais como, alimentação saudável, prática de exercício físico, crenças religiosas, hábitos de sono e repouso, hábitos domésticos, autocuidado, convívio e lazer. E que o papel do enfermeiro é evidenciado como agente na área da promoção de estilos saudáveis, entendendo-se também como necessário, uma maior clarificação das intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde das populações.

Palavras-Chave: *Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária; Comportamentos saudáveis; Envelhecimento saudável;*

ABSTRAT

In addition to providing comprehensive care throughout the life cycle of people, nurses also provide care for families, groups and communities. Thus, the nurse specialist in community nursing transposes the walls of the institution where he works to acquire knowledge, develop skills and share with the population, neighborhoods, schools and companies, their knowledge and their actions. They use strategies of intervention in the community, with the community and for the community, enabling them more and more in solving their own problems / needs. This study aims to understand the perception of healthy behaviors in a community of elderly people and the influence of nursing in their adoption. The specific objectives are to identify healthy behaviors in a community of older people and Identify the role of the nurse as a change agent in promoting healthy behaviors.

It is an exploratory, descriptive and cross-sectional study with a qualitative approach, corresponding to the elderly population in a community in the municipality of Maia and a sample of 20 elderly people representative of this population. With regard to the collection of data, a semi-structured interview was used to obtain information necessary for its characterization and subsequent analysis in the context of Community intervention. It was understood after the analysis of the results, that the elderly participants identify and adhere to healthy behaviors, such as healthy eating, physical exercise, religious beliefs, sleeping and resting habits, domestic habits, self-care, socializing and leisure. And that the role of the nurse is evidenced as an agent in the area of promoting healthy styles, understanding also as necessary, a greater clarification of the interventions in the field of health promotion of the population.

Keywords: *Nurse specialist in community nursing; Healthy behaviors; Healthy aging*

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	19
1.1 Enfermagem comunitária para a promoção da saúde	21
1.2 Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	22
2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO	25
2.1. A Adoção de Comportamentos Saudáveis	26
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	29
3. METODOLOGIA	31
3.1 Justificação e finalidade do estudo	31
3.2 Questões de investigação	32
3.3 Tipo de estudo	32
3.4 Objetivos do estudo	33
3.5 População/amostra	33
3.6 Instrumento de colheita de dados	34
3.7 Análise e tratamento dos dados	35
3.8 Considerações de natureza ética	36
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	39
4.1. Apresentação dos dados sociodemográficos	39
4.2. Caracterização dos comportamentos saudáveis da população idosa	40
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
6. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	65
Anexo I - Cronograma da investigação	
Anexo II - Guião da entrevista semi-estruturada	
Anexo III - Consentimento informado	

INTRODUÇÃO

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2014) consta que em 1977, na 30.^a Assembleia Mundial da Saúde, foi colocado a todos os sistemas de saúde do Mundo o desafio e compromisso de garantirem, em primeiro lugar, que todas as pessoas, famílias e comunidades pudessem aceder de modo equitativo e participativo aos cuidados de saúde mais essenciais e importantes para proteger e promover a sua saúde. A definição e aprofundamento detalhado dos conceitos, dos princípios, das implicações práticas e de um conjunto de recomendações foram magistralmente explicitadas em 1978 na histórica Declaração e Recomendações da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, promovida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela UNICEF. Este documento ficou conhecido por “Declaração de Alma-Ata”.

A solidez evolutiva dos centros de saúde pode ter-se devido ao facto de, em Portugal, se ter construído e consolidado nos cuidados de saúde primários, desde 1971, uma forte cultura de serviço público à comunidade, universal e solidário, e de ter sido tecido um fio conceptual condutor, baseado em princípios e valores claramente em sintonia com os da “Declaração de Alma Ata”

A promoção da saúde ajuda a favorecer os cuidados de saúde primários. Segundo Ottawa Charter (citado por Stanhope & Lancaster, 1999, p. 252) promoção da saúde é “o processo que torna as pessoas capazes de controlar e melhorar a sua saúde”. A enfermagem comunitária, cuidados de saúde primários e promoção da saúde estão intimamente relacionados.

As intervenções da enfermagem comunitária procuraram responder às necessidades das pessoas, estabelecer ligações interinstitucionais e pluridisciplinares, articular intervenções, atuar tanto na promoção da saúde como no tratamento, reabilitação e até nos cuidados em fim de vida. A “invenção” da enfermagem comunitária trouxe um novo paradigma para a enfermagem: da intervenção centrada sobre o indivíduo, essencialmente em contexto hospitalar, para a intervenção em contexto comunitário, dirigida não só a indivíduos mas também às famílias, a grupos e à comunidade, considerando os vários determinantes que envolvem as suas situações de vida e saúde. A identidade do enfermeiro comunitário integra a preocupação com o outro, uma visão global da saúde e da pessoa, empenho na participação das pessoas, a humanização, a intervenção

comunitária, as preocupações com a promoção de estilos de vida saudáveis e com a continuidade e articulação dos cuidados e a propensão para o trabalho em equipa (Rodrigues, 2013).

A OMS define comportamento de saúde como “Qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde, quer essa atividade seja objetivamente eficaz ou não para obter o fim pretendido” (World Health Organization, 1998, p.8). No âmbito da promoção da saúde, refere-se, portanto, ao modo de vida que a pessoa adota, com uma visão centrada na responsabilidade individual.

Assim, uma intervenção sistémica integrada e dinâmica deve caracterizar e determinar a ação do enfermeiro comunitário, sendo que, apenas desta forma, este poderá intervir e desenvolver efectivos processos de mudança nos indivíduos e conseqüentemente, nas comunidades. Estas intervenções devem porém, contribuir para a determinação da saúde relacionada com os estilos de vida.

É do conhecimento geral que o início do século XXI, em termos de questões demográficas, se apresenta como o princípio de uma era onde a proporção de idosos é significativamente superior a qualquer outro grupo etário. Aquilo que se verifica é um elevado número de pessoas a terem vidas muito longas em detrimento do número de jovens e/ou pessoas na vida activa. Partindo desta realidade em que a pirâmide etária se inverte, novos desafios se apresentam para os governos, serviços sociais, sistemas de saúde, famílias e todo o tipo de organismo ou instituição que de certo modo se veja envolvido neste processo. Para que esta situação não se torne incontornável e insustentável é imperativo a adoção de medidas que, de alguma forma, contribuam para que essa faixa populacional seja cada vez mais pró-activa, capaz e actuante no processo político e na mudança positiva das sociedades.

Deste modo, o verdadeiro repto passa por proporcionar qualidade de vida aos idosos, para que estes se mantenham ativos e independentes, com o objetivo de não só viverem mais anos, mas de disfrutarem desse prolongamento das suas vidas.

Considera-se, então primordial, compreender o contexto e os fatores inerentes, que podem influenciar a adoção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos, intitulando-se o presente trabalho de investigação “A perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos”. Para deste modo, contribuir para melhorar o entendimento relativo aos comportamentos saudáveis adotados e se o papel do enfermeiro é ou não determinante na adoção desses mesmos comportamentos numa comunidade de idosos. Levantando-se as seguintes questões: Quais são os

comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos?; Qual é a influência do profissional de enfermagem na adoção dos mesmos?

Relativamente à metodologia, optou-se por desenvolver um estudo do tipo exploratório, descritivo e transversal com uma abordagem qualitativa. Sendo a amostra uma comunidade de idosos, inquiridos através de entrevistas semiestruturadas.

Para a análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo.

O presente relatório de investigação encontra-se organizado em duas grandes partes. Na primeira parte, dividida em dois capítulos, onde se apresenta a fundamentação teórica são explanados todos os conceitos imprescindíveis para uma melhor compreensão subjacente ao tema, sustentada em referências bibliográficas relevantes. No primeiro capítulo aborda-se o conceito de enfermagem comunitária, e a enfermagem comunitária para a promoção de saúde e a faz-se referência ao papel do enfermeiro comunitário dada a sua relevância no contexto de proximidade das comunidades. O segundo capítulo apresenta-se uma revisão face ao conceito de envelhecimento saudável e ativo e à adoção de comportamentos saudáveis. A segunda parte refere-se ao estudo empírico, ao longo de dois capítulos. No terceiro capítulo, é relatado a metodologia que guiou toda a investigação, bem como a sua justificação e a finalidade, com referência ao tipo de estudo, aos objetivos, à população/amostra, o instrumento utilizado na recolha de dados, a análise e tratamento dos dados e as considerações de natureza ética. O quarto capítulo refere-se à apresentação dos resultados obtidos no estudo. A discussão dos resultados, à luz das evidências empíricas exploradas no enquadramento teórico, constitui o quinto capítulo. Finaliza-se o estudo com a apresentação das principais conclusões do mesmo.

Em anexo, são apresentados o material de apoio à investigação, tais como o cronograma da investigação (Anexo I), o consentimento informado e o guião da entrevista semi-estruturada.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A saúde é o termo essencial numa estrutura da prática de enfermagem comunitária. A enfermagem comunitária está interessada na promoção da saúde das populações e de toda a comunidade. O conceito de saúde modela o processo de enfermagem comunitária desde a identificação das necessidades relativas à saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidades, até à avaliação dos resultados comportamentais.

A essência da perspectiva da enfermagem comunitária é a capacidade de ver a comunidade como um todo e, ao mesmo tempo, ver a promoção da saúde como um todo, enquanto dirigida aos seus principais domínios de ação: a proteção da saúde, a prevenção da doença e enfermidade, e os cuidados na doença. É a relação dinâmica entre todos estes níveis que distingue a enfermagem comunitária da enfermagem em serviços mais circunscritos, tais como hospitais e clínicas (Stanhope & Lancaster, 1999).

A adoção, da Declaração de Alma-Ata, aprovada na Assembleia Mundial de Saúde em 1978, constituiu um marco importante no movimento da "Saúde para Todos". Baseada no reconhecimento de que a Saúde é um objetivo social de primeira importância, a Declaração instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade, bem como à criação dos cuidados de saúde primários (Declaração de Alma-Ata, 1978).

O espírito de Alma-Ata teve o seu desenvolvimento na Carta de Promoção da Saúde, que foi adotada em Ottawa, em 1986. A Carta lançou um desafio dirigido a uma nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade, como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação, como processos para a atingir. Nesta Conferência foi estabelecido o conceito de promoção de saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. A saúde deixa de ser vista como responsabilidade exclusiva do sector da saúde, e neste processo de procura da Saúde para Todos deve ser reforçada a ação comunitária através de ações concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde (Carta de Ottawa, 1986).

No Relatório da OMS Health in 2015 (WHO, 2015), estão identificados os progressos em saúde relativos aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDGs), tais como, diminuição da mortalidade infantil e materna e na luta contra HIV, tuberculose e malária nos países em desenvolvimento e definidas as ações a que os países devem dar prioridade para atingir os novos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (SDGs). Com a crescente preocupação por cuidados com a saúde e o bem-estar, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que são a agenda Global até 2030, lançados pela Organização das Nações Unidas, em 2015 incluíram 17 objetivos desdobrados em 169 metas. A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, reconhece que a melhoria da saúde depende de intervenções específicas de saúde mas também da justiça social, proteção do ambiente e prosperidade compartilhada, os pilares principais do desenvolvimento sustentável, vistos como integrados e indivisíveis.

Um objetivo voltado para a Saúde e bem-estar, é o Objetivo Sustentável para o Desenvolvimento número 3, específico da saúde (garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades) e engloba 13 metas. Uma dessas metas é relativa a doenças não transmissíveis e preconiza a redução em 1/3 da mortalidade prematura por doenças não-transmissíveis com medidas de prevenção e tratamento e a promoção da saúde mental e do bem-estar, até 2030. Constam também, a eliminação da SIDA, da tuberculose, da malária, das doenças tropicais negligenciadas, o controlo da hepatite, a redução da mortalidade materna e o acabar com os óbitos neonatais e infantis evitáveis; novas metas abrangem as doenças não transmissíveis, a saúde mental, as substâncias de abuso, o consumo nocivo de álcool, as lesões e a violência (WHO, 2015).

É necessário uma opinião pública esclarecida e de cooperação ativa, para a melhoria da saúde dos povos onde os governos têm também a responsabilidade pela sua saúde, assumindo os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária pelos seus conhecimentos adquiridos, um papel essencial para atingir o mais elevado nível de saúde.

1.1 Enfermagem comunitária para a promoção de saúde

Na opinião de Baric, o conceito de promoção da saúde na comunidade implica um modelo social e participativo, ao invés de um modelo médico. A saúde na comunidade é entendida como sendo orientada para as pessoas e estando relacionada com grupos, organizações e instituições que trabalham em conjunto, numa parceria destinada a melhorar e manter a saúde (citado por Squire, 2002). O mesmo autor considera ainda que, no passado, a atenção se concentrava no indivíduo, os modelos e os métodos da promoção da saúde eram orientados para o comportamento de saúde individual, em vez de o serem para as questões sociais e ambientais que afetam a nossa saúde. Mas a comunidade é constituída por pessoas individuais.

A promoção da saúde implica despende algum tempo para ficar a conhecer as pessoas da comunidade, para as compreender, para perceber a razão pela qual se comportam de uma certa forma e para participar com elas. Ao fazê-lo, podemos dar uma resposta positiva às necessidades de saúde da sociedade actual. As pessoas têm o direito e o dever de participar no planeamento e na prestação dos seus próprios cuidados de saúde. A chave é a interdependência; na comunidade nunca podemos estar completamente independentes, quando estamos a atender à nossa saúde.

Uma das definições mais frequentemente usadas na bibliografia sobre promoção da saúde foi avançada pela OMS em 1984, a qual afirmava que: “a promoção da saúde é o processo de possibilitar às pessoas um aumento do controlo sobre a sua saúde e uma melhoria da mesma” (WHO, 1998, p.1). A partir desta definição, Ewles e Simnett (citado por Squire, 2002) identificaram dois aspectos fundamentais na promoção da saúde: melhorar a saúde e ter mais controlo sobre ela. Neste seguimento, os mesmos autores consideram que as metas da promoção da saúde com pessoas idosas devem ser: melhorar a saúde da pessoa idosa e envolver a pessoa idosa nas decisões acerca da sua saúde. Promoção da saúde significa mais do que simplesmente aconselhar e encorajar as pessoas a levarem um estilo de vida saudável, as suas metas devem encorajar positivamente e apoiar as pessoas idosas para que consigam atingir o seu potencial máximo através de um controlo crescente sobre as suas vidas, melhorar a saúde, maximizar a capacidade funcional, adiar ou prevenir a instalação de doenças, minimizar os efeitos das situações debilitantes. Estas metas vão inevitavelmente abarcar muito mais do que somente os cuidados de saúde, pois existem muitos outros fatores, tais como, as condições de habitação e de rendimentos adequadas e de transporte acessíveis, que têm influência na capacidade da pessoa idosa levar um estilo de vida mais saudável.

A promoção da saúde é um objetivo aceite da prática de enfermagem comunitária, embora raramente seja definida e não seja consistentemente diferenciada da prevenção da doença ou da

manutenção da saúde. Breslow acrescenta que (citado por Stanhope & Lancaster, 1999, p.289) já tem sido mesmo observado que a promoção da saúde e a prevenção da doença “são duas faces da mesma moeda”

1.2 Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflecte sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos.

Segundo Correia (citado por Carvalho & Carvalho, 2006) a Enfermagem comunitária é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões. A prática profissional de enfermagem é de complementaridade com a de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias/grupos de determinada área geográfica. Desenvolve estratégias para promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida.

É reconhecido que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como, os recursos comunitários. Assim, Correia afirma que “estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar” (citado por Carvalho & Carvalho, 2006, p.39).

Os cuidados de saúde primários têm registado na evolução dos tempos hodiernos assumido uma dimensão cada vez mais importante no tratamento da doença, assim como, e com significativa relevância, na sua prevenção. Neste âmbito, a ordem dos enfermeiros apresenta o regulamento que define o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Diário da República, 2018). As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são: Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em

Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integra e coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Agregando também as competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Familiar, que integra enquanto principais competências: Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde (OE, 2010).

2. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO

O envelhecimento demográfico da população portuguesa é um dado conhecido e que se prevê que continue nas próximas décadas. O Instituto Nacional de Estatística (INE), nas projecções de população residente em Portugal 2008-2060 prevê que a população continuará a crescer até 2034, onde a proporção de jovens com menos de 15 anos diminuirá, a par de um aumento do peso relativo da população com 65 ou mais anos, que se prevê que duplique neste próximos 50 anos (Ribeiro & Paúl, 2011). O envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas. Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (PORDATA citado por DGS, 2017).

O declínio da fecundidade, associado ao declínio da mortalidade e ao aumento da esperança de vida, é um dos binómios responsáveis pelo processo de envelhecimento populacional (Veríssimo, 2014).

O impacto que o envelhecimento tem sobre o organismo humano resulta de uma complexa interação entre os processos de envelhecimento celular, de órgãos e sistemas, com fatores ambientais, infeção, dieta e fatores físicos, psíquicos e sociais. Assim sendo, o envelhecimento é considerado como uma alteração da capacidade adaptativa do organismo face às agressões a que está sujeito ao longo da vida (Veríssimo, 2014).

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2015 citado por DGS, 2017). Este conceito pretende agora ser mais abrangente, estendendo-se, para além da saúde, a aspectos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento. Este novo paradigma surge como sendo mais consensual, no sentido em que se preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os

idosos estejam integrados em sociedades seguras e em que assumam uma cidadania plena. Remetendo o conceito de “activo” para uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, esta nova forma de entender e perspectivar o envelhecimento enfatiza a importância de as pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011). No entanto, reconhece-se que é ainda reduzido, no contexto nacional, o número das pessoas idosas que usufruem dos benefícios dos projectos integrados, sendo necessário maior coordenação e reforço orçamental para que aumente a sua cobertura. Para que exista uma significativa melhoria, em termos de autonomia e bem-estar das pessoas idosas, considera-se vital não só uma maior adaptação e abrangência dos serviços de saúde, mas também uma mudança da sociedade na forma como encara as necessidades deste segmento da população, nomeadamente através do desenvolvimento de mais iniciativas de apoio/cuidados integrados (DGS, 2002).

2.1. A adoção de comportamentos saudáveis

Segundo Mendes-Ribeiro (citado por Barros et al., 2013) a longevidade é frequentemente acompanhada de morbilidade, originando maior consumo de cuidados de saúde. É, por isso, urgente a procura de novas estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com doenças crónicas, assim como para os cuidados assistenciais. Nas opiniões de Oliveira et al., e Torres e Marques (citado por Barros, Gomes & Pinto, 2013) o objetivo final é proporcionar um envelhecimento com a máxima qualidade de vida possível, com base num sistema sustentável.

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da Humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado” (WHO, 2002, p.6).

De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que coloca o envelhecimento no centro das políticas de promoção da Saúde Pública, e dado que os estilos de vida influenciam grandemente a forma como se envelhece, têm sido formuladas intervenções comunitárias que visam a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente, anos de vida com autonomia e independência. É neste contexto que surge em Portugal, em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), emitido pela Direcção Geral de Saúde, que visa a promoção

do envelhecimento ativo e saudável, bem como a criação de respostas adequadas as novas necessidades da população idosa. Onde “(...) a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis” (DGS, 2006, p.5). Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

Squire (2002) menciona algumas das metas de promoção da saúde úteis para pessoas idosas, tais como, uma boa nutrição e comida saudável, que é importante tanto para a saúde a longo-prazo como a curto-prazo, melhorar a forma física e fazer exercício, havendo um consenso alargado sobre a importância da atividade física em qualquer idade e da sua relevância para a saúde ou a minimização de doenças crónicas. Refere também, a promoção do bem-estar e a prevenção das causas prematuras de morte e incapacidade, tais como, fumar, tensão arterial alta, altos níveis de colesterol no sangue, falta de exercício, consumo excessivo de álcool, obesidade e acidentes.

É do conhecimento comum que manter um controlo sobre estas atividades pode promover uma vida longa e saudável. Contudo segundo Johnson (citado por Squire, 2002) devemos ser cautelosos para não impormos estas atividades às pessoas idosas. Se quisermos realmente alcançar uma abordagem positiva à promoção da saúde e às pessoas idosas, só o podemos fazer se os ouvirmos enquanto indivíduos e enquanto grupo, para perceber o que eles irão aceitar e no que irão trabalhar.

Na opinião de Tavares et al., (2017) os idosos percebem o envelhecimento saudável como a adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida, com destaque para a alimentação saudável, práticas de atividades físicas não ser tabagista e nem possuir hábitos alcoólicos. Esses hábitos e comportamentos são fatores de proteção e auxiliam no controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que correspondem às maiores causas de mortalidade da população idosa.

Muitas atividades de promoção da saúde mostram não apenas benefícios positivos para a saúde mas também as consequências que contribuem positivamente para a sociedade, de as pessoas idosas continuarem a viver uma vida feliz e saudável por um maior período de tempo.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

3. METODOLOGIA

No decorrer desta fase, descrever-se-á o método utilizado, começando com a justificação e finalidade do estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, os objetivos, a população/amostra, o instrumento de colheita de dados, a análise dos dados e o procedimento de recolha dos dados e por fim, as considerações de natureza ética.

3.1 Justificação e finalidade do estudo

A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá a passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080, contudo o número de idosos atingirá o valor mais elevado no final da década de 40, momento a partir do qual passa a decrescer. Esta situação fica a dever-se ao facto de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações (INE, 2017).

Tendo em conta esta realidade, Birchfield acrescenta, que a promoção da saúde e a prevenção da doença são frequentemente associadas aos idosos por causa da imagem do envelhecimento ser associada com patologia. A promoção da saúde dos idosos deveria colocar a saúde no seu contexto mais lato e deveria incluir ação política e social bem como a defesa de mudanças de estilo de vida (citado por Stanhope & Lancaster, 1999).

Apesar de, a maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, há que ter em conta as múltiplas necessidades decorrentes de um contexto específico de patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança, sendo necessário um modelo coordenado e compreensivo de continuidade de cuidados, que respeite o princípio da proximidade aplicado a uma população a envelhecer rapidamente (DGS, 2006).

Assim, torna-se imperativo a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado que serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive.

Considera-se, então primordial, compreender o contexto e os fatores, que podem influenciar a adoção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos, bem como perceber se o papel do enfermeiro é ou não determinante na adoção dos mesmos.

Pretende-se com este estudo, partindo de um contexto de uma comunidade de idosos, contribuir para aumentar o conhecimento no âmbito da adesão a comportamentos saudáveis e de igual forma, para clarificar o impacto das intervenções de enfermagem na obtenção de resultados positivos na saúde das pessoas. Conforme refere Doran “é de crucial importância que os enfermeiros demonstrem o seu contributo para obtenção de ganhos em saúde nas diversas áreas em que realizam as suas intervenções, com benefícios diretos para a melhoria da qualidade dos cuidados e também como base fundamental para um adequado planeamento de saúde (citado por Canhestro & Basto, 2016, p.52).

3.2 Questões de investigação

Segundo Fortin (1996, p. 51) uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações.

Para este estudo as questões de investigação foram: qual a perceção de comportamentos saudáveis dos idosos? e qual a influência da enfermagem na adoção de comportamentos saudáveis?

3.3 Tipo de estudo

O presente estudo possui uma abordagem qualitativa e é de tipo exploratório, descritivo e transversal.

Na procura de interação com as pessoas no seu terreno através da sua linguagem, é eleito o paradigma qualitativo. Para Boyd (citado por Streubert & Carpenter, 2011) os investigadores qualitativos dirigem a sua atenção para as realidades humanas e não para as realidades concretas dos objetos. Porque as pessoas vivem e experienciam a vida diferentemente, os investigadores não subscrevem uma verdade mas múltiplas realidades (perspetivas) que devem ser consideradas para se compreender bem uma situação.

Para Lakatos e Marconi (2003) a pesquisa do tipo exploratório visa a uma primeira aproximação do pesquisador com o tema para torna-lo mais familiarizado com os fatos e fenómenos relacionados ao problema a ser estudado.

Num estudo descritivo, o pesquisador observa, descreve e documenta os vários aspetos de um fenómeno, descrevendo o que de facto existe, determinando a frequência com que este facto ocorre (Pollit, Beck & Hungler, 2004). Segundo Fortin (1996) o estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.

Num estudo de tipo transversal, a pesquisa é realizada num curto período de tempo, em determinado momento, ou seja, em um ponto de tempo (Fortin, 1996).

3.4 Objetivos do estudo

Fortin (1996, p. 40) define objetivo como um “(..)um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.”

Foram delineados os seguintes objetivos do estudo tendo em consideração as questões de investigação. Como objetivo geral definiu-se: compreender a perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos e a influência da enfermagem na adoção dos mesmos. Como objetivos específicos preconizou-se identificar quais são os comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos e identificar o papel do enfermeiro como agente de mudança na promoção de comportamentos saudáveis.

3.5 População/amostra

Para o presente estudo, foram considerados os idosos que frequentam dois centros de dia pertencentes à comunidade do concelho da Maia, ambos com características semelhantes.

Um dos centros de dia tem como objetivo ajudar a população da Cidade da Maia. Tem vindo a desenvolver a sua atividade nas mais diversas áreas (desporto, artes e espetáculos, ocupação de tempos livres, entre outras...) para as mais diversas faixas etárias. Neste momento possui 19 idosos inscritos, 18 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

O outro centro de dia pertencente a uma Instituição de Solidariedade Social com 60 idosos inscritos sendo 12 do sexo masculino. Tem como resposta social prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas do cliente, nomeadamente contribuir para um envelhecimento bem-sucedido, estabilizando ou retardando o processo de envelhecimento físico e/ou mental, através da promoção ou manutenção da autonomia (física e/ou mental) dos idosos. Realiza ainda diferentes atividades, particularmente animação física e motora (ginástica, dança, caminhadas, motricidade fina e grossa).

Estas instituições têm desenvolvido parcerias com entidades públicas e privadas, designadamente com a Autarquia e o Centro de Saúde, havendo intervenções planeadas pelos diferentes profissionais e em especial pelos enfermeiros da unidade de Cuidados na Comunidade.

Em relação ao tipo de amostragem, para a realização deste estudo, recorreu-se a uma amostragem de conveniência, sendo por isso não probabilística em virtude de ser um método segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A opção pela amostragem de conveniência foi escolhida por integrar sujeitos que são facilmente acessíveis e que estão presentes num local determinado, num momento preciso (Fortin, 1996). Ora, face à população identificada, este tipo de amostragem seria a mais adequada.

O tamanho da amostra ficou determinado quando os dados se revelaram redundantes, não sendo relevante persistir com novas colheitas de dados, atingindo-se, assim, a saturação da informação. A amostra ficou constituída por vinte idosos.

3.6 Instrumento de colheita de dados

O método de colheita de dados que permitiu atingir os objetivos expostos, consistiu na entrevista, indo ao encontro de Fortin (1996, p.245) que aponta que esta consiste no “modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes, com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Em conformidade com Fortin, Gauthier (2003), enuncia a entrevista como sendo uma interação verbal, uma conversa entre o entrevistador denominado como investigador e um respondente. Segundo Ryan, Coughlan e Cronin citado por Streubert e Carpenter (2011, p.36) “A entrevista semi-estruturada que é mais flexível; apesar de existirem perguntas orientadoras, a oportunidade de contar uma história está inerente ao formato”.

Fortin (1996) refere ainda que, a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistador.

Para a entrevista não estruturada, utiliza-se um guião com as grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões (Anexo II).

O responsável da entrevista deve criar um clima de confiança no qual o sujeito se sinta à vontade para responder às questões. Deve aprender a evitar os enviesamentos verbais e não-verbais durante a entrevista: o enunciado de uma questão, o tom de voz, a expressão facial, a posição corporal são outros tantos elementos que comunicam mensagens favoráveis ou desfavoráveis aos sujeitos.

As entrevistas não devem ser conduzidas sem preparação adequada e compreensão do processo, da sua intenção e do resultado desejado.

3.7 Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados foi efetuada através da análise de conteúdo que segundo Bardin (2011, p.40) aparece como “ (...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, acrescentando ainda que, “o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados” Bardin (2011, p.40).

Para o tratamento de dados foi tida em consideração as etapas expostas por Bardin (2011), essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

2) exploração do material consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registo (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à

contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registo que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registo).

3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Na análise de conteúdo o corpo em análise pode ser visto a partir de categorias previamente estabelecidas, o que não foi a opção neste estudo.

As entrevistas efetuadas foram transcritas passando todo este material a constituir o corpo da análise, que na opinião de Bardin (1977, p.96) “é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

3.8 Considerações de natureza ética

Os enfermeiros investigadores têm a responsabilidade profissional de conduzir investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os seres humanos (Streubert & Carpenter, 2011).

Os investigadores têm de obter o consentimento informado e a participação deve ser voluntária, portando apoiando o princípio da autonomia. Devem assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato serão salvaguardados e que serão tratados com dignidade e respeito. Os três princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça proporcionam um enquadramento organizador para os assuntos éticos inerentes à investigação qualitativa (Streubert & Carpenter, 2011).

Foi aplicado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), estabelecido pela Resolução 196/96 (DGS, 2015), que determina as diretrizes e normas para estudos envolvendo seres humanos, esclarecendo o objetivo da pesquisa, a garantia do anonimato e o sigilo de dados confidenciais. Aos participantes no estudo foi fornecida a informação acerca dos procedimentos inerentes a este, tais como, os objetivos do estudo, o tipo de questões, o uso dado aos resultados e como o seu anonimato será salvaguardado através da destruição de todas as gravações áudio e foram numericamente codificados.

O princípio da beneficência, fazer o bem e prevenir o dano, aplica-se à confidencialidade e anonimato dos participantes em estudo (Streubert & Carpenter, 2011).

Nenhum meio coercivo técnico ou psicológico deve ser utilizado pelo investigador para influenciar a decisão do sujeito de participar ou não numa investigação (Fortin, 1996).

O direito a um tratamento justo reporta-se à selecção e ao tratamento equitativo dos sujeitos. Este princípio apela a que a escolha dos sujeitos seja directamente ligada ao problema de investigação e não baseada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos (Fortin, 1996).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo dedica-se à apresentação dos resultados do estudo, com o objetivo de facilitar a compreensão do seu significado, dividida em dois capítulos. O primeiro capítulo visa a apresentação dos dados sociodemográficos com vista à caracterização da amostra, através do sexo, idade, estado civil, nacionalidade, habilitações literárias, atividade laboral exercida e com quem vive. O segundo refere-se à caracterização dos comportamentos saudáveis na população idosa, abordando quais os comportamentos saudáveis considerados pelos idosos, as suas motivações, as limitações, influências e o papel do enfermeiro.

4.1 Apresentação dos dados sociodemográficos

Participaram neste estudo 20 idosos pertencentes à área geográfica da Maia. A média de idades é de 76,6 anos, o mínimo de idade é de 65 anos e a idade máxima é de 94 anos. Existem 10 idosos designados de idosos velhos, na faixa etária compreendida entre 75 e 84 anos, da faixa etária 65-74 anos são 8 e 2 com idade ≥ 85 anos. A amostra é composta por 19 mulheres e por 1 homem. 19 são de nacionalidade portuguesa e 1 de nacionalidade brasileira. Os resultados relativos ao estado civil permitem verificar que predominam os viúvos ($n=11$) seguidos dos casados ($n=7$), e os divorciados e solteiros igualmente com 1 elemento. A atividade laboral exercida recaía em várias áreas de atividade, havendo predomínio nas áreas de confecção têxtil ($n=6$) e doméstica ($n=5$), havendo também, operário fabril ($n=2$), funcionário de empresa metalúrgica ($n=2$), trabalhador em papelaria ($n=1$), professora ($n=1$), secretária ($n=1$), realização de limpezas ($n=1$) e alfaiate ($n=1$). Relativamente a com quem vive os idosos, em maior número vivem sozinhos ($n=7$), vivendo, em seguida, em igual proporção ($n=6$) com os cônjuges e com os filhos, estando uma idosa a viver em casa de acolhimento. Em termos de habilitações literárias existem 17 idosos que detêm o 1º ciclo do Ensino Básico (antiga 4ª classe), em igual número de idosos ($n=1$) detêm o Ensino Básico, Ensino Secundário e o Ensino Superior.

4.2 Caracterização dos comportamentos saudáveis da população idosa

Da análise de conteúdo realizada às entrevistas, emergiram as categorias, Comportamentos saudáveis, Motivações, Duração da Adoção de comportamentos saudáveis, Limitações e Influências, e respetivas subcategorias perceptíveis a partir das unidades de registo encontradas, que serão seguidamente descritas.

No que concerne à categoria Comportamentos saudáveis encontraram-se as seguintes subcategorias, Alimentação Saudável, Exercício Físico, Crenças Religiosas, Hábitos de Sono e Repouso, Hábitos Domésticos, Autocuidados e Convívio e Lazer.

Quanto à referência de Alimentação Saudável como comportamento saudável pode-se verificar pelas unidades de registo: "Não fazer grandes asneiras, comer fruta, hortaliça, arroz, feijão, beber bastante, sopa faz bem, e não exagerar em doçarias, vinho não bebo, só o leite magro cevada de vez em quando um café" E3; "Não comer certas coisas, os enchidos, coisas salgadas, tenho que evitar por causa das tensões, de vez em quando ainda como um bolito não devia comer mas de vez em quando como" E12.

Os idosos consideram o Exercício Físico como comportamento saudável, perceptível por: "Andar a pé, fazer ginástica" E1; " ...caminhar, agora caminho pouco, faço pouca ginástica a não ser só aqui" E12.

Também foi evidenciado nas entrevistas com os idosos a referência às crenças religiosas que foram associadas a comportamento saudável: " Tenho uma porção de livros de oração, assisto missa de manhã todos os dias rezo o terço toda a noite" E10; "sinto-me bem a rezar... sinto-me bem ir à missa" E9.

Outra subcategoria dos Comportamentos Saudáveis são Hábitos de Sono e Repouso, pois a ausência de um sono e repouso reparadores é relacionado a um comportamento não saudável: "dormir o suficiente" E13; "quando não durmo passam 1, 2, 3h vou 2 a 3 vezes à casa de banho e não durmo, porque me vêm ideias à cabeça desgostos que a gente passa" E5; "quando acordo de noite se adormecer tudo bem se não tenho muitos pensamentos maus" E6.

Os Hábitos Domésticos foram igualmente evidenciados como significativos para a categoria comportamentos saudáveis: "Gosto da minha casa, de limpar a minha casa" E11; "deitar a comida aos animais, tenho galinhas, coelhos e um cão, tratar dos animais faz bem, tudo de casa faz-me bem" E8.

Valorizam também o desempenho de atividades para a manutenção da sua vida, surgindo a subcategoria Autocuidado: “gosto de vestir bem sempre me vesti muito bem” E11; “sou eu que me ajeito, sou eu que me visto, e sinto-me bem a fazer as minhas coisas sem precisar de ninguém” E9; “gosto de arrumar gavetas de arrumar roupas, por as coisas em ordem não posso estar muito tempo parada, tenho sempre com o que me entreter” E7.

O Convívio e Lazer também é um comportamento saudável: “Já fiz em lã, para as cadeiras uns encostos, porque gosto estou ali a pensar naquilo e gosto, fazer crochet” E9; “gosto muito de costura” E7; “em casa pinto desenhos e escrevo” E20; “Gosto de ler romances” E16; “o que me faz bem a mim é ir assim com umas amigas, ir conversar, irmos todas juntas” E1.

Outra categoria que emergiu foram as Motivações que os entrevistados entendem como importantes para a adoção de comportamentos saudáveis. Para esta categoria encontraram-se as seguintes subcategorias, Sentir-se bem, Viver mais com maior qualidade de vida, Família e Imagem corporal.

Compreendeu-se que as vivências dos idosos entrevistados estão relacionadas com a satisfação pessoal e com a vida e também com a qualidade de vida de forma a ter um envelhecimento bem-sucedido. Surgiu assim, a subcategoria Sentir-se bem: “ter mais um bocadinho de saúde” E13; “ter saúde, não ter problemas com a saúde” E16;

Também integrando a categoria Motivações encontrou-se a subcategoria Viver mais com maior qualidade de vida: “porque gosto, para fazer bem para mim para a minha saúde, para durar mais tempo” E8; “para me sentir melhor, para viver mais alguns anos” E19.

Foi também evidenciado a partir das entrevistas aos idosos, a Família como motivação para a adoção de comportamentos saudáveis: “é por causa do meu marido, não quero que ele fique triste” E14; “são os meus filhos e os meus netos” E5.

Uma outra subcategoria refere-se à Imagem corporal: “uma pessoa com a idade engorda e como tal tem que pensar” E4; “ter cuidados com o meu corpo” E2.

Na categoria a Duração da adoção dos comportamentos saudáveis, foi perceptível que os idosos já têm implementado na sua vida diária, estes comportamentos, como exemplos são: “já é rotina...” E13; “isto já vai há uns anos” E4.

Quanto às Limitações que condicionam os idosos a não aderirem a comportamentos saudáveis, identificaram-se três subcategorias: Condição física, Desmotivação e Falta de companhia.

Relativamente à subcategoria Condição física tal é percebido por: “tenho osteoporose tenho os ossos muito descalcificados” E2; “dores na perna, então tive que parar com as idas ao ginásio” E15.

Na subcategoria Desmotivação foi possível através das unidades de registos: “às vezes não apetece...” E10.

Os entrevistados mencionaram a Falta de companhia como fator de não adesão a comportamentos saudáveis: “se for muito longe não me dá para isso, andar com o saco às costas e ir para ali e para acolá apanhar o autocarro perco a vontade e sozinha ainda pior” E3.

Segue-se a categoria Influências, pois conseguiu-se identificar quem teve influência nas mudanças de comportamento ou na aquisição de conhecimento nos idosos. Encontraram-se cinco subcategorias que deram corpo a esta categoria: Profissionais de saúde, Comunicação Social, Família, Vizinhos e Amigos.

Na subcategoria Profissionais de Saúde, os idosos apontam os enfermeiros como influenciadores na adoção de comportamentos saudáveis, como se pode verificar nas unidades de registo, “sim, aquelas aulas que os enfermeiros nos dão quando fazemos exercício físico e as palestras...”E13; “(...)primeiro vou à enfermeira depois da enfermeira é que vou à médica, a enfermeira é que me pica o dedo, o peso, os pés..”E1; “Só quando tinha alguma coisa para tratar no posto, ver as tensões...” E15; “a enfermeira do centro de saúde só a maneira dela a falar para mim que sabe o meu problema é um amor não tenho nada a dizer” E1. Também os idosos mencionam outros profissionais: “os médicos é que me têm dito, ainda hoje fui à médica e disse que convinha que emagrecesse mais um bocado” E3; “foi por parte do médico e da minha médica dos diabetes” E1.

A Comunicação social dedica-se também assuntos sobre saúde e bem-estar, sendo identificada também como influente na adoção de comportamentos saudáveis como reconhecido quando os idosos afirmam: “toda a informação da tv” E4.

O papel da Família, foi expresso como importante na capacidade influenciar escolhas mais saudáveis, como demonstrado nos relatos dos idosos: “foi o meu neto e a minha filha” E10; “os meus filhos estão sempre preocupados se eu estou bem” E16.

Perante as respostas dos idosos entrevistados, percebe-se que, não é só a rede familiar que desempenha o seu papel como influenciadora, também os Vizinhos e Amigos possuem interferência, como se pode comprovar pelas unidades de registo “uma vizinha que me disse para vir para aqui”

E7; “uma vizinha, que diz que tenho que fazer isto e aquilo” E11; “o amigo do meu marido” E6; “as minhas amigas daqui” E9.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Decorrente da apresentação dos dados do estudo, surge agora a necessidade de fazer a sua discussão e interpretação dos resultados, tendo em conta o quadro teórico em que este se insere e à luz de outras fontes estudadas, tendo por base os objetivos enunciados para o estudo.

No que concerne aos dados sociodemográficos, a amostra sendo significativamente composta por mulheres, segundo as autoras Canhestros e Bastos (2016) as mulheres vivem mais tempo, declaram mais sintomas psicológicos e requerem mais consultas médicas e tratamentos do que os homens. Relativamente à idade, as variáveis foram analisadas para a faixa etária correspondente aos idosos (idade ≥ 65 anos), bem como para três subgrupos etários (65-74 anos, 75-84 anos e ≥ 85 anos). Os autores Schneider e Irigaray (2008) especialistas no estudo do envelhecimento, referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idosos jovens geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Neste estudo, à semelhança de outros, os idosos apresentam baixo nível de escolaridade (Amaral & Vicente, 2001; Paúl, & Fonseca, 2005).

As dificuldades de acesso à educação eram bem maiores há décadas atrás quando comparadas com a atualidade, principalmente no que se refere às mulheres. As futuras gerações de idosos atingirão níveis mais altos de educação formal do que a população atual, sendo consumidores de saúde melhor informados. O nível de escolaridade influencia diretamente em seu processo de cuidado, sendo que os indivíduos escolarizados procuram mais por cuidados de saúde e bem-estar. Sendo assim, poderá haver melhoria nos indicadores de saúde, pois as pessoas serão mais exigentes quanto à qualidade dos atendimentos e se cuidarão com mais eficiência (Nicolato, Santos, & Castro, 2017).

Relativamente à perspectiva dos comportamentos saudáveis, de uma forma geral os participantes referiram como comportamentos saudáveis, a alimentação saudável, prática de

atividade física, crenças religiosas, hábitos de sono e repouso, hábitos domésticos, autocuidado, convívio e lazer. A DGS (2004) afirma que uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias. Há uma forte evidência da influência tanto do excesso de peso, como de um baixo IMC na situação de saúde dos idosos, para isto contribui uma alimentação desadequada (Almeida, 2009). A prática de atividade física significou envelhecimento saudável e foi citada ainda como uma forma de tratamento e oportunidade de convívio social. “A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos” (OMS, 2002, p.23). Os benefícios da atividade física podem ser usufruídos mesmo quando a sua prática regular começa numa idade mais avançada; esta é importante para um envelhecimento saudável, contribuindo para melhorar e manter a qualidade de vida e a independência. Para além dos benefícios relacionados com a prevenção de doenças crônicas, a atividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a força muscular (aumentando a probabilidade de se manter independente por mais tempo), a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental (DGS, 2004). Almeida (2009), corrobora a importância da atividade física pelos efeitos negativos associados à inatividade, sendo que também afirma que são consistentes as indicações de efeitos positivos de exercício regular, sendo que contribuirá para reduzir o risco de mortalidade e para prevenção ou adiamento da incapacidade. Segundo o mesmo autor a atividade física merece “simultaneamente destaque como importante determinante de diversas vertentes da saúde, funcionalidade (física e cognitiva) e bem-estar/qualidade de vida dos idosos”.

Para além da alimentação saudável e exercício físico os idosos participantes referem também as crenças religiosas como um dos comportamentos de saúde importantes para uma vida saudável. Perante os resultados encontrados torna-se evidente a importância da dimensão espiritual no ser humano. A resignação com a vida e com o destino é, também, um sentimento muito comum entre os portugueses, especialmente entre os mais velhos, em conjunto com uma profunda atitude religiosa (Paúl & Fonseca, 2005). A importância da dimensão espiritual/religiosa pode ter na sua génese razões de ordem cultural, e nas conclusões de Soares e Amorim (2015) o confronto com a possibilidade de finitude faz com que haja um maior desenvolvimento da Espiritualidade que por sua vez tende a envolver sentimentos de gratidão pela vida, bem como, esperança que facilita o confronto com os desafios impostos pelo processo de envelhecimento. Também para Pinto e Pais-Ribeiro (2007), a espiritualidade apresenta-se como uma estratégia de *coping*, a forma como as

peessoas utilizam a sua fé e as suas crenças pode ajudá-las a superar diversas situações, entre elas as menos positivas. Estas situações podem emergir de alterações que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento, como os sentimentos proporcionados pela mudança para uma nova situação de vida ou ainda perante um estado de doença, entre outros.

Foi também demonstrado a importância dos hábitos de sono e repouso para os idosos participantes. O sono é considerado uma necessidade humana fundamental, sendo um dos fatores que influenciam na qualidade de vida do ser humano. No entanto, nos idosos, essa necessidade encontra-se frequentemente prejudicada (Henderson e Araújo, citado por Clares et al., 2012). O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, que afetam muitos idosos causando um impacto negativo na qualidade de vida.

Avaliando os resultados verificou-se que os idosos dão muita importância às atividades domésticas desde a preocupação com a casa, tratar do quintal e/ou jardim e cuidar dos animais domésticos, a opinião de Silva, Moreira e Borges, (2007) complementa esta ideia ao referir que em idosos institucionalizados existe restrição nas atividades enquanto os que se encontram no domicílio vão tentando prolongar a sua atividade. De acordo com Jacob e Fernandes (2011), são vinte e uma as ideias que evidenciam um Envelhecimento Ativo. Estas ideias encontram-se inerentes a quatro fatores fundamentais sendo eles: conviver com outras pessoas; garantir algum desafogo económico, realizar atividades lúdicas úteis e manter a autonomia, os mesmos autores indicam ainda que, deve dedicar-se à horticultura e à jardinagem; outro aspeto referido é de que deve ter um animal de estimação, pois este deverá obrigá-lo a ter hábitos e rotinas saudáveis.

Os idosos participantes expressaram a relevância da capacidade que têm para cuidar de si, no desempenho das atividades em seu benefício com vista à manutenção da vida, saúde e bem-estar. Segundo Orem (citado por Queirós, Vidinha & Filho, 2014) o Autocuidado é um acto de vida que permite à pessoa converter-se em sujeito das suas próprias acções. Portanto, é um processo individual, voluntário, intimamente ligado ao quotidiano e às experiências vividas. O autocuidado é questionado, valorizado e percebido como essencial para a pessoa idosa e em termos de episódios e horas que ocupa é o maior cuidado na vida diária. É definido pela maior parte dos idosos como cuidados necessários à manutenção de uma vida independente.

Relativamente aos hábitos de convívio e lazer, para esta subcategoria os entrevistados assumem que o significado de comportamentos saudáveis abrangia a manutenção de atividades com a execução de trabalhos manuais, leitura e passeios que ao mesmo tempo lhes permita momentos de convivência e de distração. Para os autores Williams & Kemper (citado por Canhestros & Bastos,

2016), os idosos que têm poucos laços e compromissos sociais têm um risco aumentado de declínio cognitivo, sendo a integração social – reflectida pela participação em atividades comunitárias - definida como um fator protetor das habilidades cognitivas em estudos que envolveram pessoas em idade mais avançada. Alguns entrevistados mencionaram o facto de se manterem ativos como um significado de envelhecimento saudável por considerá-lo uma forma de manter a saúde mental.

Face à categoria Comportamentos saudáveis anteriormente exposta, podemos encontrar similaridades com os resultados obtidos no estudo levado a cabo por Lourenço (2016), com a mesma pretensão de compreender quais os comportamentos saudáveis, mas sendo os participantes, profissionais de saúde de diversas áreas que trabalham num Centro Hospitalar. A menção da Alimentação saudável e do Exercício físico foram as subcategorias que igualmente se manifestaram como significativas em ambas as amostras, tais como os hábitos de sono. O que difere e acrescenta na comunidade de idosos, são, o autocuidado e os hábitos domésticos relatados pelos idosos, aspetos estes não verificados no estudo de Lourenço (2016). O autocuidado e os hábitos domésticos foram resultados encontrados como subcategorias, por serem determinantes na perspetiva dos idosos, como comportamentos de saúde importantes para a prossecução de uma vida saudável e, por sua vez, para um envelhecimento saudável.

As principais motivações que os participantes referem como impulso à adoção de comportamentos saudáveis são Sentir-se bem, Viver mais com maior qualidade de vida, a Família e a Imagem corporal.

Face ao envelhecimento da população, o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde é o de conseguir uma sobrevida maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor (Oliveira, Oliveira, Arantes & Alencar, 2010). À medida que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade destes em manter a sua autonomia e independência. O medo da dependência, expresso pela maioria dos idosos, está ligado ao envelhecimento do corpo, à possibilidade de ficar acamado, à solidão e finitude da vida, e identifica-se com a necessidade de depender de terceiros para a satisfação das suas necessidades básicas. A mudança de comportamentos verificada nos participantes, é um importante fator associado à perceção de saúde e, consequentemente, ao envelhecimento bem-sucedido. Os idosos que se auto-avaliam como saudáveis estão mais envolvidos com a família e comunidade e demonstram uma maior resiliência face à mudança. Ou seja, o sentimento de auto-eficácia onde a crença do indivíduo de que dispõe dos recursos necessários para obter os resultados que deseja (Neri, 2003).

Nessa perspectiva Silva, Costa e Sousa, (2002), referem que é importante ressaltar que são vários os fatores que influenciam o bem-estar do idoso, dentre os quais estão a família, que representa um verdadeiro símbolo de confiança e proteção. Dessa forma, os idosos relatam a importância da interação familiar como essencial para que se sintam felizes e é através dele que este sente a segurança necessária para continuar a viver a mesma.

Quanto à imagem corporal os participantes remetem-se à forma estética mas também numa perspectiva de bem-estar e prevenção de doença, tal como a perda de peso.

Também no estudo de Lourenço (2016), em relação às motivações, similaridades foram encontradas em ambas as amostras. A esse respeito, foi expresso pelos profissionais de saúde no estudo levado a cabo por Lourenço (2016), o Para ser saudável e pelos idosos, o Sentir-se bem, como impulso à adoção ou manutenção de comportamentos saudáveis.

Os idosos manifestam como principais limitações a condição física, a desmotivação e a falta de companhia para a prossecução de um envelhecimento saudável, segundo Eliopoulos (2005), este declínio da função física através das articulações rígidas, dolorosas e outros desconfortos, bem como, as mudanças na aparência podem alterar o autoconceito do indivíduo e interferir na motivação e na qualidade da interação social. Acrescenta ainda, que garantir ao idoso que os seus problemas são compartilhados por muitos outros e que algumas das suas limitações são uma parte natural do envelhecimento pode ajuda-lo a sentir-se “normal”, promovendo assim a sua interação social. Contrariamente aos resultados encontrados por Lourenço (2016), onde os constrangimentos referidos pelos profissionais de saúde foram as questões do Tempo e as Dificuldades Financeiras, aspectos estes não mencionados como limitantes para os idosos entrevistados, em conformidade com o presente estudo, a Desmotivação surge como limitação à adesão ou manutenção de comportamentos saudáveis em ambas as amostras.

Muitos idosos crêem ser capazes de ter controlo sobre a sua saúde e sobre o próprio processo de envelhecimento, através de fontes de influências, envolvendo-se em estratégias como a procura de informação sobre saúde (por televisão, jornais, conversas, entre outros) e o seguimento das recomendações dos profissionais de saúde quanto à prática de um estilo de vida saudável. Segundo Oliveira, Silva e Lima (2016), cuidar bem da saúde não dispensa a procura ativa de novas aprendizagens e a promoção da autodireção e gestão equilibrada do dia a dia nas dimensões que mais a influenciam. Especificamente, a rede de amigos diminui de tamanho e o idoso vê-se confrontado com a necessidade de descobrir novas fontes de apoio e de amizade entre iguais, pois o ser humano tem uma profunda necessidade de união, e os vínculos afectivos são a força que os une

ao longo do ciclo vital (Farré, 2009). Para além dos amigos, os vizinhos constituem uma fonte especial de apoio aos idosos (Hernandis, 2006), principalmente quando vivem há muito tempo no mesmo local.

Relativamente ao papel do enfermeiro que se encontra subjacente na categoria influências e na subcategoria profissionais de saúde foi possível verificar pelas respostas dos idosos participantes que as intervenções de enfermagem tiveram influência na promoção de estilos de vida saudáveis, e também, na prevenção da doença e que se verifica esta influência positiva na vida das pessoas. A partir do que já foi referido pelas vivências e relatos dos participantes e pelos resultados obtidos, este papel poderia ser assumido com maior clareza e com maior relevância, fazendo sentido reflectir acerca das acções de enfermagem. De acordo com Lopes (2013), quando diz que o enfermeiro deve ser capaz de contribuir com o cumprimento dos direitos de assistência à comunidade e nomeadamente aos idosos, e de influenciar na elaboração e implementação de políticas públicas que visem a um atendimento resolutivo e humanizado, de modo que contribua para que a comunidade e os idosos desfrutem de um envelhecimento independente e de qualidade. Já em 1995, Roper, Logan e Tierney (citado por Lopes, 2013) consideraram que a enfermagem havia perdido a visão mais alargada da sua própria atividade e estava orientada para a doença, o que segundo os participantes continua a acontecer. Consideram Carapinheiro (2006) e Squire (2002) que esta situação abrange a maioria dos Centros de Saúde, assumindo mesmo o Ministério da saúde (2003) que as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, nem sempre ocupam lugar de primazia nos Centros de saúde. Tal situação parece contrariar as directrizes salvaguardadas pela OMS, desde Alma Ata (1978) e, inclusive, pela Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, D. R. I Série, de 24 de Setembro de 1990.), pois para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade é fundamental o investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, inclusive, das pessoas com 50 ou mais anos (The European Comission, 2007).

Moreno et al., (citado por Carvalho & Carvalho, 2006), reforça a ideia ao afirmar que a enfermagem, de entre um conjunto de outros agentes de saúde, ocupa um lugar relevante pelas suas características polivalentes. Neste sentido, o papel do enfermeiro na comunidade consiste em possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento. O papel do enfermeiro poderia ter-se revelado mais determinante para os idosos participantes, não obstante, sabe-se que os enfermeiros estão actualmente a assumir papéis vitais na promoção da saúde,

estando envolvidos no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para a melhoria da saúde das pessoas (Stanhope & Lancaster, 1999).

A promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional. Assim, na opinião de Stanhope e Lancaster, (1999) todos os enfermeiros numa dada comunidade, incluindo aqueles que trabalham em hospitais, consultórios médicos e clínicas de saúde, contribuíram positivamente, em teoria, para a saúde da comunidade. Contudo, os contributos principais dos especialistas em saúde comunitária são olhar para a comunidade como um todo, levantar questões sobre o seu estado geral de saúde e os fatores associados a esse estado e trabalhar para melhorar o estado de saúde da população. É sabido que a maioria dos indivíduos não consegue mudar os seus hábitos sozinhos, necessita de apoio da família, amigos, sistemas de cuidados de saúde comunitários e políticas sociais relevantes. Por exemplo, os problemas de saúde relacionados com os estilos de vida, tais como, fumar, comer em excesso não podem ser resolvidos simplesmente, pedindo aos indivíduos que escolham hábitos promotores da saúde. A sociedade também deve proporcionar escolhas saudáveis. Por outro lado, no entender de Fernandes (citado por Lopes, 2013), é necessário extrapolar para além da índole curativa. Bicudo (citado por Lopes, 2013) acrescenta que, é privilegiado o tratamento, pela representação social da pessoa idosa ser doente, que os políticos, gestores, enfermeiros e outros profissionais de saúde e a sociedade em geral, inclusivamente, idosa possuem, pelas políticas de saúde nacionais, Regionais e do Centro de Saúde estarem centradas na doença/tratamento, pela inexistência de linhas orientadoras no Centro de Saúde para a promoção da saúde e prevenção da doença desta população, pelos deficientes recursos existentes no Centro de Saúde.

A vigilância e promoção da saúde são fulcrais para que a pessoa idosa melhor responda às solicitações do ambiente ao longo do seu vivido. Os Cuidados de Saúde Primários podem reunir condições ambientais, sociais e técnicas permissíveis à interação enfermeiro-pessoa idosa. Os ACES e hoje em particular as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) podem proporcionar cuidados individuais e de grupo no âmbito da educação para a saúde numa parceria enfermeiro-pessoa idosa. Os enfermeiros podem corresponder às solicitações emanadas pelos Centros de Dia/Convívio na área da vigilância da saúde e da educação para a saúde da pessoa idosa. Igualmente poderão colaborar com estas organizações na formação dos seus técnicos para que estes possam influenciar a pessoa idosa a evidenciar comportamentos de envelhecimento bem-sucedido. Relativamente, aos fatores inerentes aos enfermeiros destacam-se a organização de trabalho baseada no modelo tradicional de prestação de cuidados, o desconhecimento da população que não recorre aos serviços de

enfermagem (a não ser quando está doente), a desmotivação dos enfermeiros para investir na promoção da saúde e prevenção da doença, a formação base, a nível dos ensinamentos clínicos, privilegiar a doença/tratamento e a inexistência de formação avançada e em serviço na área.

Os enfermeiros e, em particular os que trabalham na comunidade, são os profissionais de saúde que desenvolvem um trabalho de maior proximidade, sendo considerados elementos-chave para desenvolver intervenções promotoras de saúde, em todas as fases do ciclo vital, que reforcem a importância da adoção de comportamentos saudáveis com vista a uma vida longa, ativa e saudável, no entanto esse trabalho não está suficientemente visível ou documentado, não sendo por isso reconhecido (Runciman, Watson, McIntosh & Tolson, citado por Canhestro & Basto, 2016).

Como estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem, salienta-se que os políticos, gestores, enfermeiros e outros técnicos de saúde e sociedade em geral, inclusive a idosa, mudem de atitude relativamente à pessoa idosa e à promoção do envelhecimento saudável, que se definam e implementem políticas a nível nacional, regional e dos centros de saúde para a promoção da saúde e prevenção da doença e constituam equipas multidisciplinares com apetência para trabalhar nesta área e com esta população. Sendo necessário reorganizarem os cuidados com mudança de paradigma de intervenção, nomeadamente, na comunidade de conhecerem a população, no seu todo, através de diagnósticos de saúde e de disponibilizarem formação para a promoção do envelhecimento saudável.

Pensa-se então que seria pertinente dar outra organização ao trabalho dos enfermeiros, em função das necessidades atuais. No entanto, como tem vindo a defender a OMS, desde 1986, para as opções saudáveis é fundamental informação clara, simples e rigorosa, que as pessoas possam utilizar e sintam cada vez mais necessidade de a obter, para o seu desenvolvimento integral. Por isso, Barroso (citado por Lopes, 2013) defende que não se trata de ensinar às pessoas, mas de se aprender a descobrir com elas. Tal exige estarmos perto delas, ouvi-las, aprendermos a conhecer e a compreender as suas formas de vida e fazê-las participar, através da mobilização dos seus conhecimentos.

Por conseguinte, pode-se discutir se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Conseguiu-se compreender a perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos, sendo identificados quais os comportamentos saudáveis adotados pelos idosos, nomeadamente, alimentação saudável, exercício físico, crenças religiosas, hábitos de sono e repouso, hábitos domésticos, autocuidado e convívio e lazer. E percebeu-se também, que as ações de enfermagem tiveram influência na adoção ou manutenção desses comportamentos saudáveis, ainda assim, existe

a necessidade de tornar evidente e relevante esse papel no seio das comunidades, devendo-se analisar cuidadosamente as atividades disponíveis e a capacidade dos idosos em se envolverem nessas mesmas atividades. Além disso, os resultados obtidos neste estudo tais como, as motivações, as limitações e as influências contribuíram para uma melhor compreensão do fenómeno estudado. Posto isto, e perante os resultados obtidos as questões de investigação são por fim respondidas.

Em suma, o presente estudo reflecte sobre questões fundamentais acerca do envelhecimento saudável através de comportamentos de saúde saudáveis e do papel preponderante que os enfermeiros podem desempenhar na promoção da saúde dos idosos.

6.CONCLUSÃO

Partindo dos objetivos e das questões de investigação levantadas, o presente estudo permitiu descrever a percepção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos.

Um aspeto intrinsecamente associado à visão de envelhecimento ativo é a qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo a OMS (2002), à medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente influenciada pela sua habilidade de manter a autonomia e a independência. Esta Organização salienta ainda a amplitude do conceito de qualidade de vida, pois este incorpora de uma forma complexa a saúde física do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com as características do contexto onde está inserido. Assim, as alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, neste últimos anos, o papel fulcral dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas demonstrados pelos cidadãos com o propósito de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, adota um entendimento sobre as respostas humanas aos processos de vida, como também, aos problemas de saúde. Este tem uma elevada capacidade para responder de uma forma adequada às diferentes necessidades apresentados pelos diversos clientes, proporcionando, assim, efetivos ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros,2010).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010) a promoção de estilos de vida saudáveis deve ser uma preocupação comum a todos os membros da comunidade família, cidadãos e profissionais de saúde, onde se destacam os enfermeiros especialistas em saúde comunitária, dado o seu campo de atuação.

Os resultados do presente estudo permitiram verificar que os idosos têm uma percepção positiva global relativamente ao papel do enfermeiro como agente de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. Reconhecendo-lhes competências técnicas, científicas e relacionais. Mas, permaneceu a ideia de que ainda há um caminho a percorrer no sentido de enfatizar os cuidados preventivos, as intervenções que fomentem um estilo de vida saudável e num envolvimento das pessoas nas práticas promotoras de saúde, com os enfermeiros a desempenharem um papel de apoio, aconselhamento e de formação de competências. Frente a esta situação, surge a necessidade de se pensar uma estratégia para melhorar a organização do serviço e assistência ao

idoso de forma sistematizada, integral e de acordo com suas particularidades, intervindo de forma a prevenir agravamentos à saúde e auxiliar o indivíduo em toda a longevidade, minimizando fragilidades que vão interferir na independência e autonomia, refletindo na autoestima e na qualidade de vida. Pensa-se ser necessário que aos idosos deve ser dada uma perspectiva do CS como um local com serviços e pessoas capazes de responder aos desafios do envelhecimento. Para desta forma, deixarem de ver o CS como um lugar curativo para o ver como um local de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Assim, e considerando que actualmente a idade avançada integra um período longo de tempo, o estudo realizado contribui para alicerçar a mudança na prática de enfermagem neste grupo. Desde logo, e em consonância com as orientações da Organização Mundial de Saúde, impõem-se as intervenções de enfermagem mais abrangentes, que se distanciem dos modelos curativos centrados nas doenças e nos sintomas, para cuidados mais integrais e centrados nas pessoas idosas e nas suas particularidades, nomeadamente ajustando-se às especificidades do seu grupo etário.

As estratégias de intervenção em enfermagem focalizadas nas diferentes condicionantes dos processos adaptativos ao envelhecimento, dão oportunidade aos idosos de fortalecerem os seus recursos, o que lhes permite passar de condições de vulnerabilidade a condições de melhor saúde e de capacitação.

O presente estudo traz contribuições para a Enfermagem uma vez que, os indivíduos mais adequados para definir o que é envelhecimento saudável são as próprias pessoas idosas, porque vivenciam diariamente o processo de envelhecimento. Possibilitando aos profissionais terem mais informações em suas intervenções, podendo, assim, agir na promoção de condições consideradas determinantes para um envelhecimento saudável e para o planeamento do cuidado que lhes é propiciado conforme suas necessidades.

Permite-nos refletir sobre a responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária na promoção do envelhecimento ativo e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Para trabalhos futuros, é ainda importante replicar o presente estudo em contextos diferentes e com maior representatividade da população portuguesa, no sentido de perceber de que forma estes resultados encontrados espelham a realidade nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. C. F. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos Elementos para uma política integrada de envelhecimento*. (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.

Amaral, M. F., & Vicente, M. O. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*, 13 (158), 8-14.

Araújo L., Moreira, A., Freitas, C. Silva, M. & Val, D. (2017). Idosos e grupos de convivência: motivos para a não adesão. *Sanare*, 16 (1), 58-67.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, C., Gomes, A., & Pinto, E. (2013). Estado de Saúde e Estilos de Vida dos Idosos Portugueses: O que mudou em 7 anos? *Arquivos de Medicina*, 27 [6], 242-247.

Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem na Promoção do Envelhecimento Saudável: Uma revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 48-71.

Carta de ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>.

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Lusociência.

Clares, J., Freitas, M., Galiza, F. & Almeida, P. (2012). Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. *Acta Paul Enfermagem*, 25 (número especial 1), 54-69.

Declaração de Alma-ata. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Diário da República (2018). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento n.º 135.*, 2ª série.

Direcção-Geral da Saúde. (2002). *Ganhos em Saúde em Portugal: ponto de situação*. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e saudável 2017-2025* (Proposta do grupo de trabalho interministerial Despacho n.º12427/2016).

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Norma: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre*, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf><http://www.igfse.pt/news.asp?startAt=1&categoryID=281&newsID=2553>.

Eliopulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Farré, A. F. (2009). Vejez y género. In P. J. Gacía, Vejez, dependência y salud. *Guia práctica de gerontologia*, 139-146. Madrid: Pirámide.

Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação, da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. Lisboa: Lusociência.

Hernandis, S. P. (2006). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. In S. P. Hernandez, & M. S. Martinez, *Gerontologia: actualización, innovación y propuestas*, 221-256. Madrid: Pearson Educacion.

Instituto Nacional de Estatística (2017) – *Projeções de População Residente 2015-2080*. Destaque.

Jacob, L., & Fernandes, H. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Ativo*. Almeirim: Edição Rutis.

Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

Lopes, M. (2013). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa – Da investigação à prática*. Lusociência.

Lourenço, F. (2016). *A perspetiva sobre a adoção de comportamentos saudáveis de uma comunidade hospitalar*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Meneses, D., Júnior, F., Melo, H., Silva, J., Luz, V., & Figueiredo, M. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento, *Enfermagem em foco*, 4 (1); 15-18.

Nicolato, F., Santos, C., & Castro, A. (2017). Autocuidado e vivências do envelhecer de cuidadores familiares de idosos: contribuições para enfermagem gerontológica. *Tempus, actas de saúde coletiva*, Brasília, 11(1), 169-186.

Neri, A. (2003). *Qualidade de vida na velhice: Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active aging. A policy framework*. Disponível em WWW: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

Oliveira, A., Silva, J., & Lima, M. (2016). Envelhecimento e saúde: Escala de auto-eficácia para a autodireção na saúde. *Revista de Saúde Pública*, 50 (40), 1-9.

Oliveira, A., Oliveira, N., Arantes, P., & Alencar, M. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (2), 301-312.

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis/Livpsiq.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Disponível em <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf>.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª ed.). São Paulo: Artmed.

Paúl, M. C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi, 21-41.

Pinto & Pais-Ribeiro, (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47 – 53.

Pollit, D. F., Beck C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n.º3, nov/dez, 157-164.

Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem - *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV-n.º1-Fev./Mar, 25-36.

Ribeiro O. & Paúl C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*, Lidel.

Rodrigues, A. (2013). *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: O papel da enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A., J. (1995). *Modelo de enfermagem (3ªed.)*. Alfragide: McGraw Hill.

Soares, A., & Amorim, M. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosos institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, fev. Porto, 45-49.

Silva, I., Moreira, M. & Borges, P. (2007). Vivências do idoso na sociedade actual, contextos e realidades. *Revista Investigação em Enfermagem*, 65-74.

Silva, C., Costa, C., & Sousa, P. (2002). Ser idoso nos dias de hoje. *Revista Sinais Vitais*, n.º41, 23-25.

Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na actualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.

Stanhope & Lancaster (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª Edição. Lusociência.

Streubert & Carpenter (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 5ª edição, Lusodidacta.

Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Lusociência.

Tavares, R., Jesus, M., Machado, D., Braga, V., Tocantis, F. & Merighi, M. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Revista brasileira Geriatria*; 20 (6), 889-900.

The European Commission. (2017). *Healthy ageing, challenge for Europe a short version*. http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/S2007_01_Healthy_ageing_eng0706%281%29.pdf.

Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatria Fundamental Saber e praticar*. Lisboa: Lidel.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

World Health Organization. (2015). *Health in 2015: From Millennium Development Goals (MDGs) to Sustainable Development Goals (SDGs)*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1.

ANEXOS

ANEXO I – Cronograma

CRONOGRAMA

Fases	2017				2018							
	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho	julho	agosto	setembro	outubro
Apresentação do projecto												
Consentimento informado												
Guião da entrevista												
Revisão bibliográfica												
Fase metodológica												
Fase empírica												
- Colheita de dados												
- Apresentação dos resultados												
- Discussão dos resultados												

Legenda:



Actividade executada

Anexo II – Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Primeira Parte

Entrevista semi-estruturada 1º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Tema:</p> <p>A perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos</p> <p>Objetivo:</p> <p>Formalizar o pedido de colaboração aos idosos para participarem no estudo através do pedido de consentimento informado.</p> <p>O que realizar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Apresentação pessoal;• Apresentação do estudo: objetivos, finalidades e motivo de realização das entrevistas;• Pedido de consentimento para gravar em suporte digital, sublinhando o carácter confidencial da informação recolhida;• Entrega do documento escrito formal de pedido de consentimento informado, no caso de aceitação dos participantes, e respetiva assinatura do documento.			

Segunda Parte

Entrevista semi-estruturada 2º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Compreender a percepção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos e a influência da enfermagem na adoção dos mesmos• Identificar quais são os comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos• Identificar o papel do enfermeiro como agente de mudança na promoção de comportamentos saudáveis <p>Identificação, dados sociais, demográficos:</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sexo• Idade• Nacionalidade• Habilitações literárias• Estado civil• Que atividade laboral exerceu• Com quem vive			

Segunda Parte

Entrevista semi-estruturada 3º Momento	Data:	Local:	Nome investigador:
<p>Questões auxiliares</p> <ul style="list-style-type: none">- O que considera como comportamentos saudáveis- Que comportamentos saudáveis tem no seu dia-a-dia e quais são para si os mais relevantes- Quais são as suas motivações para adotar comportamentos saudáveis na sua vida diária- Nos últimos meses alterou algum dos seus comportamentos<ul style="list-style-type: none">- Essa decisão deveu-se a quê- Essa decisão foi repentina ou vinha a ser ponderada- Essa decisão foi despoletada pelo próprio ou teve alguma influência (família, laborais, profissionais de saúde, sociais: explorar os contextos e atores das diferentes possibilidades)- Se gostava de ter outros comportamentos saudáveis e ainda não mudou porquê, quais são os que considera mais fáceis e mais difíceis em aderir- Se sentiu por parte de algum enfermeiro algum estímulo ou influência nessa tomada de decisão- Considera que há/houve condições que favoreceram a mudança e a manutenção desses comportamentos <p>Fecho da entrevista:</p> <p>Após a conclusão da entrevista proceder à:</p> <ul style="list-style-type: none">• Síntese dos aspetos fundamentais;• Agradecimento pela colaboração.			

Anexo III – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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

Título do estudo: " A perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos"

Enquadramento: Estudo a realizar no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Cantante e Professora Manuela Teixeira.

Explicação do estudo: Com este estudo pretende-se compreender a perceção sobre comportamentos saudáveis numa comunidade de idosos e a influência da enfermagem na adoção dos mesmos. Neste sentido, pretende-se realizar entrevistas aos idosos pertencentes ao concelho da Maia. As entrevistas serão realizadas em ambiente de privacidade e gravadas a fim de facilitar o estudo dos resultados, sendo que no final do mesmo, essas gravações serão destruídas.

Condições e financiamento: Este estudo não detém qualquer contrapartida remuneratória, nem para o investigador, nem para o participante. A participação é voluntária, ausente de qualquer tipo de prejuízo, caso não queira participar no estudo ou se pretender desistir ao longo do mesmo.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos ao longo das entrevistas são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo.

Agradecemos a sua participação.

Filipa Alexandra Gomes de Sousa – Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Comunitária
filipa_rf@msn.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, assim como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Deste modo, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, que serão utilizados só para esta investigação e na garantia de confidencialidade dada pela investigadora.

Nome:

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

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PAR INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

