



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



1º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Título Conferido: Mestre em Enfermagem  
Orientador: Professora Doutora Filomena Martins

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO: ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Mafalda Simão da Silva Filipe Rebocho Velez

**Setembro**

**2014**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**

1º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária

Título Conferido: Mestre em Enfermagem  
Orientador: Professora Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO:  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Mafalda Simão da Silva Filipe Rebocho Velez

Setembro  
2014

Quando o sol sobe no céu,  
Chegam ao jardim os velhos,  
Honoráveis presidentes  
Dos bancos de pau vermelhos;  
Analisam movimentos,  
Conferem as florações,  
Medem o canto das aves,  
Dão aval às estações.  
Não há nada no universo  
Que aconteça sem o não e sem o sim  
Dos velhos do jardim.  
Depois, chamam os pombos...  
De pão e milho dão festins  
E os pombos falam com eles  
Na língua dos querubins.  
Quando a tarde se despede,  
Voltam de novo a ser velhos;  
Seguem o rasto do sol,  
No lago feito de espelhos  
Não há nada no universo  
Que aconteça sem o não e sem o sim  
Dos velhos do jardim.  
O dia vai-se acabando  
No seu lento e frio afago,  
Um dia vão subir ao céu  
Montados nos cisnes do lago.  
Não há nada no universo  
Que aconteça sem o não e sem o sim  
Dos velhos do jardim.

Rui Veloso – Os velhos do jardim

## **Agradecimentos**

Nas presentes linhas quero expressar o meu mais profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, permitiram a concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Filomena Martins, pelo domínio na área do planeamento em saúde, e acima de tudo pela humanidade e simpatia com que me recebeu ao fim de tanto tempo.

A toda a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados à Comunidade “A Flor de Papel” pela coragem e força que sempre me transmitiram, assim como a imensa amizade.

A toda a equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Monforte pelo encorajamento, em especial à Aldina pelo grande apoio que sempre me deu.

À minha querida Sandra, que com o seu sempre presente sorriso, transmite uma confiança do tamanho do mundo, e que me encheu de coragem.

À Maria José, sem ela, provavelmente, o projeto não teria sido possível.

Aos meus pais pelo suporte emocional e carinho.

Ao meu irmão pelo apoio e pelos muitos quilómetros percorridos para que no final o relatório fosse entregue segundo as normas de elaboração de trabalhos.

Ao meu marido, pelo carinho e pela compreensão da minha ausência.

A todos os meus amigos.

A toda a população de Santo Amaro, pela simpatia e motivação.

## **Resumo**

O envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade, sendo o Alentejo a região mais afetada. Este facto torna-se um desafio para a área da saúde, não sendo a enfermagem uma exceção. É importante capacitar os nossos idosos para um envelhecimento ativo, através da adoção de estilos de vida saudáveis.

O presente relatório resultou do estágio em Enfermagem Comunitária realizado na freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, no período compreendido entre 14/02/2011 e 26/06/2011 e tem como objetivo descrever e analisar as atividades desenvolvidas. Foi efetuado previamente um diagnóstico de saúde para aferir as reais necessidades da população idosa desta freguesia e definir as áreas de intervenção prioritárias.

O Projeto 65 + Saúde surgiu como resposta às prioridades identificadas, sendo direcionado à população idosa e seus cuidadores formais. As sessões e atividades realizadas relacionaram-se com a adoção de estilos de vida saudáveis, direcionados à hipertensão arterial, à diabetes mellitus, à inclusão social e ao exercício físico.

Em todas as etapas foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde. As sessões de educação para a saúde realizadas tiveram por base a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.

Pretendeu-se com o estágio a aquisição da maioria das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Envelhecimento, Planeamento em Saúde

### **Abstract**

The ever growing demographic aging at Portugal is a reality, being the Alentejo the most affected region. This fact becomes a challenge for the health care, and for nursery, not just a challenge, it's a concern. It is important to prepare our elders for an active aging, through the adoption of more healthy lifestyles.

The present report is a result of the internship at Community Nursing that took place at Santo Amaro, county of Sousel, in a period between 14/02/2011 and 26/06/2011 and aims to describe and analyze the activities developed. A previous health diagnosis took place in order to find the real necessities of the elder population of Santo Amaro and set up the priorities areas of intervention.

The *Projeto 65 + Saúde* appeared as a response to the identified priorities, being directed to the elder population and their formal curators. The sessions and activities realized are related to the adoption of healthy lifestyles, directed to the arterial hypertension, diabetes mellitus, social inclusion and to the physical exercise.

At all steps of the process was used the methodology of health planning. The education sessions for the health had as base the Theory of the Social Apprenticeship of Bandura.

The Internship objective was the acquisition of the majority of the skills of an Expert Nurse in Community Nursing and at Public Health.

**Key Words:** Nursery, Aging, Health Planning

## Resumen

En Portugal el envejecimiento demográfico es una realidad, siendo el *Alentejo* la región más afectada. Hecho que supone un desafío para el área de la salud, sin ser para la Enfermería una excepción. Es importante preparar a nuestros ancianos para un envejecimiento activo a través de la adopción de estilos de vida saludables.

El presente informe fue obtenido durante las prácticas de Enfermería Comunitaria desarrolladas en la Freguesia de Santo Amaro, concejo de Sousel, durante las fechas 14/02/2011 a 26/06/2011 y tiene como objetivos describir y analizar las actividades realizadas. En una fase previa fue elaborado un diagnóstico de salud para identificar las necesidades reales de la población anciana de esta Freguesia y así definir las áreas de intervención prioritarias.

El Proyecto *65 + Saúde* apareció como respuesta a las necesidades identificadas, estando dirigido a la población anciana y sus cuidadores. Las sesiones y actividades realizadas fueron dirigidas a la adopción de hábitos de vida saludables, concretamente hacia la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la inclusión social y el ejercicio físico.

A lo largo de todas las etapas se utilizó la metodología de Planificación en Salud. Las sesiones de educación para la salud estuvieron basadas en la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura.

El objetivo final de estas prácticas fue adquirir la mayoría de competencias específicas del Enfermero Especialista en Enfermería Comunitaria y Salud Pública.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermería, Envejecimiento, Planificación en Salud.

### Abreviaturas e Símbolos

% - percentagem

+ – mais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de vida diárias

CIMAA – Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo

CMS – Camara Municipal de Sousel

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

f – folha

hab – habitantes

HTA – hipertensão arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

km – quilómetros

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

REPE – Regulamento Profissional dos Enfermeiros Portugueses

sded – Sem data de edição

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TA – Tensão Arterial

UE – União Europeia

WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life, Bref

WHOQOL-OLD – World Health Organization Quality of Life, Old

## Índice

	f
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	16
1.1 - ENVELHECIMENTO .....	16
<b>1.1.1 – Doenças crónicas</b> .....	18
<b>1.1.2 – Envelhecimento em Portugal</b> .....	21
1.2 – ENVELHECIMENTO ATIVO .....	23
<b>1.2.1 – Qualidade de vida</b> .....	23
<b>1.2.2 – Idoso, Autocuidado e Enfermagem</b> .....	25
1.2.2.1 – Teoria da Aprendizagem Social de Bandura .....	27
<b>1.2.3 – Exercício físico</b> .....	28
<b>2 – ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	30
<b>3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	32
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO – RESULTADOS E ANÁLISE .....	40
3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES .....	45
3.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	46
3.4 – DEFINIÇÃO DE INDICADORES .....	47
3.5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	47
<b>3.5.1 – Parcerias</b> .....	47
<b>4 – PROJETO 65 + SAÚDE</b> .....	49
4.1 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	50
4.2 – EXECUÇÃO .....	51
<b>4.2.1 – Apresentação Do Projeto 65 + Saúde</b> .....	51
<b>4.2.2 – 65 + Saúde: Idosos</b> .....	54
<b>4.2.3 – 65 + Saúde: Cuidadores Formais</b> .....	56
<b>4.2.4 – Juntos Contra o Tempo</b> .....	58
<b>4.2.5 – Movimento é Saúde</b> .....	60
4.3 – AVALIAÇÃO .....	62
<b>5 – ANÁLISE REFLEXIVA</b> .....	65
<b>CONCLUSÃO</b> .....	71
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	74

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Projeto Individual de Estágio em Enfermagem Comunitária .....	81
Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados .....	97
Apêndice III – Cronograma .....	106
Apêndice IV – Folheto de incentivo à atividade física .....	108
Apêndice V – Caminhada realizada durante a Festa ‘Bênção do Gado’ .....	111
Apêndice VI – Cartaz divulgação 65 + Saúde: Idosos - DM .....	113
Apêndice VII – Cartaz divulgação 65 + Saúde: Idosos - HTA.....	115
Apêndice VIII – Apresentação PowerPoint - HTA .....	117
Apêndice IX – Plano da sessão 65 + Saúde: Idosos - DM .....	120
Apêndice X – Plano da sessão 65 + Saúde: Idosos - HTA .....	124
Apêndice XI – Folheto HTA .....	127
Apêndice XII – Folheto Alimentação.....	130
Apêndice XIII – Plano sessão 65 + Saúde: Cuidadores Formais – DM.....	133
Apêndice XIV - Plano sessão 65 + Saúde: Cuidadores Formais – HTA .....	137
Apêndice XV - Plano sessão 65 + Saúde: Cuidadores Formais – Idoso dependente ..	141
Apêndice XVI – Cartaz divulgação 65 + Saúde: Cuidadores Formais .....	145
Apêndice XVII – Poster Pé Diabético .....	147
Apêndice XVIII – Apresentação PowerPoint – Cuidados com o idoso dependente ....	149
Apêndice XIX – Cartaz divulgação da visita ao Centro Cultural .....	153

## **ANEXOS**

Anexo I – Cartaz divulgação ‘Sousel Infantil’ 2011 .....	156
Anexo II – ‘Sousel Infantil’ 2011.....	158
Anexo III – Cartaz divulgação Caminhada Sénior .....	160

## Índice de Figuras

	f
<b>Figura 1</b> – População Portuguesa Residente por sexo e grupo etário .....	21
<b>Figura 2</b> – Percentagem de Idosos, em 2011 .....	22
<b>Figura 3</b> – Fases do Planeamento em Saúde .....	33
<b>Figura 4</b> – Projeto 65 + Saúde .....	50

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório surge após o estágio em Enfermagem Comunitária, integrado no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, e decorreu no período compreendido entre 14/02/2011 e 27/06/2011 (duração de 18 semanas).

O estágio e o presente relatório decorreram sob orientação da Professora Doutora Filomena Martins, docente na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre.

O grupo de trabalho, constituído por 4 enfermeiras, a exercer funções em cuidados de saúde primários (3 dos elementos integravam no momento Unidades de Cuidados à Comunidade), realizou o estágio na população de Santo Amaro, concelho de Sousel.

O envelhecimento demográfico é atualmente uma realidade em Portugal, sendo o Alentejo a região onde o seu índice é mais acentuado. Os cuidados de enfermagem a esta população representam uma componente diária nos nossos serviços, pelo que a área de intervenção por nós selecionada foi o Envelhecimento, direcionada para a qualidade de vida e aquisição de hábitos de vida saudáveis.

Podemos considerar o envelhecimento como um processo multifatorial e inevitável, que começa no momento do nascimento. Associados a este existem um infindável número de preconceitos e ideias erróneas, como a velhice ser sinónimo de doença incurável, de inatividade, de exclusão social, entre muitos outros. Segundo Silva (2006: 16), “as pessoas ‘mais novas’ associam ao aspeto físico das ‘pessoas de idade’ a lentidão nas respostas psicomotoras e as disfunções sensoriais e psicológicas ou as perdas de vivacidade intelectual”.

Importa antes de mais referir que o conceito de envelhecimento é diferente de pessoa para pessoa, além de ser variável no tempo, ou seja, o que é hoje para um indivíduo ‘ser velho’, passada uma década poderá já não o ser.

Sendo o envelhecimento multifatorial, devemos ter em linha de conta não apenas a perspetiva física, mas também a psicossocial. Com o aumentar da idade os idosos alteram as suas rotinas, perdendo muitos dos papéis sociais que detinham, surgindo a reforma como uma das maiores alterações.

Apesar de não ser sinónimo de doença, muitas vezes, está presente, levando o indivíduo (anteriormente independente) a tornar-se dependente de outros. Se antes a família

era o grande ‘amparo’ dos idosos nesta fase, hoje o papel de cuidador informal tem-se desvanecido. Muitas famílias não possuem capacidade para cuidar dos seus idosos, quer devido a condições financeiras, quer laborais. Muitos idosos há ainda, que não a têm. As instituições como lares, centros de dia ou unidades de cuidados continuados surgem como resposta a esta situação, representando um custo elevado para a economia do país. Sendo assim, os idosos passam a receber cuidados de cuidadores informais, que muitas vezes não possuem conhecimentos adequados para o fazer. Importa assim, capacitar esses cuidadores, com vista a uma melhoria da qualidade de vida do idoso.

Com o envelhecimento podem surgir doenças crónicas, que devem ser cuidadosamente geridas, quer pelo idoso quer pelos que lhes estão próximos. A hipertensão arterial (HTA) e a diabetes mellitus (DM) surgem atualmente como um sério problema de saúde desta população. Para Carregata & Carmona, citados por Mártires (2013: 52), a HTA “constitui o principal problema de saúde pública em Portugal”.

Neste âmbito os enfermeiros têm um papel essencial, sendo agentes de mudança, capacitando os idosos para a aquisição de estilos de vida saudáveis, envolvendo-os na tomada de decisão, com vista a melhorar a sua qualidade de vida e prolongar/restabelecer a sua autonomia.

Pretende-se assim uma mudança de comportamentos, muitas vezes fortemente enraizados nas comunidades. Assim é importante que esta mudança ocorra no interior da comunidade em que o indivíduo se insere. Este ao observar noutros, mudanças de comportamentos, poderá identificar-se com elas, levando à alteração do seu próprio comportamento. Ao enfermeiro compete reforçar, junto ao indivíduo, a sua capacidade de mudar.

Indo ao encontro do supracitado, a Ordem dos Enfermeiros define no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

“a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta e resolução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica” (Ordem dos Enfermeiros [OE] 2011: 8667).

Para isso o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deverá adquirir competências

“que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e ‘empowerment’ das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva (...)” (OE, 2011: 8667)

evidenciando-se “atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, família e grupos que constituem uma comunidade” (OE, 2011: 8667).

O projeto de intervenção em enfermagem comunitária vem assim ao encontro do anteriormente referido, além do expresso na alínea a), artigo 4º, e como competência “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2011: 8667).

Antes de se iniciar o Diagnóstico e Planeamento em Saúde foi definido como contexto a freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, sendo posteriormente realizado o estágio. A escolha desta freguesia resultou da concordância do grupo devido ao conhecimento do local, e sua população, e da proximidade geográfica. Além disso era também o local de trabalho de um dos elementos do grupo, o que permitiu uma mais fácil perceção das necessidades da população e integração do grupo na comunidade.

Após a determinação do contexto, foi realizado o diagnóstico de saúde. Para recolha de dados foi aplicado um questionário à população idosa (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) de Santo Amaro. O questionário utilizado teve por objetivo avaliar diversos fatores do envelhecimento e da qualidade de vida. Foi constituído por quatro partes distintas: dados sociodemográficos, escala WHOQOL-BREF, escala WHOQOL-OLD e escala de Barthel. A nossa amostra fixou-se em 144 idosos.

As prioridades identificadas foram ao nível da HTA, DM, prática de exercício físico, combate à solidão e capacitação dos cuidadores formais. Atendendo às características da população, ao espaço temporal de que dispúnhamos para realização do estágio e às prioridades acima definidas foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pelo menos 15% dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, através das atividades englobadas no Projeto 65 + Saúde, até ao término de Junho de 2011.

Objetivos específicos:

- Informar os idosos da freguesia de Santo Amaro sobre a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Prevenir complicações decorrentes da inatividade;
- Dinamizar a população idosa da freguesia de Santo Amaro;
- Minimizar a solidão da população idosa da freguesia de Santo Amaro;
- Capacitar os cuidadores formais para a adoção de boas práticas ao cuidar dos idosos da freguesia de Santo Amaro.

Atendendo ao espaço de execução foram definidos indicadores de atividade, que nos permitiram determinar de forma objetiva o alcance e sucesso do projeto de intervenção.

Surge assim o Projeto 65 + Saúde, que se subdivide em: Projeto 65 + Saúde: Idosos, Projeto 65 + Saúde: Cuidadores Formais, Juntos contra o Tempo e Movimento é Saúde. Nestes foram realizadas sessões de educação para a saúde e promovida a participação em eventos que estimulem a prática de exercício físico e a interação social dos idosos.

Para o sucesso do diagnóstico e do projeto foram estabelecidas parcerias com as seguintes entidades: Câmara Municipal de Sousel, Junta de Freguesia de Santo Amaro e Comissão de Melhoramento do Concelho de Sousel.

A execução do projeto de intervenção na Comunidade decorreu de 14/05/2011 a 19/06/2011.

O presente relatório diz respeito à descrição das atividades desenvolvidas no projeto de intervenção, sua avaliação e posterior análise crítica e reflexiva acerca de todo o percurso.

Todas as etapas se basearam na metodologia do Planeamento em Saúde.

O estágio baseou-se nos objetivos definidos no Projeto Individual de Estágio de Enfermagem Comunitária (Apêndice I).

Assim considero como objetivo geral desde relatório:

- Analisar descritiva e criticamente todo o percurso efetuado durante o Estágio de Enfermagem Comunitária.

Como objetivos específicos:

- Descrever pormenorizadamente todas as atividades realizadas durante a fase de planeamento e execução - estágio;
- Avaliar todas as atividades realizadas durante o estágio;
- Refletir sobre as atividades realizadas durante a fase de planeamento e durante o estágio;
- Refletir sobre as competências adquiridas para a prática de cuidados em enfermagem na comunidade.

Assim, este relatório tem como objetivos a descrição e avaliação das intervenções realizadas, baseando-se no ponto G 1.5 da competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública que define como competência “Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (OE, 2011: 8668).

O presente relatório encontra-se estruturado em capítulos, subcapítulos e sub-subcapítulos. No final serão apresentados apêndices e anexos.

No primeiro capítulo – Enquadramento Teórico - será feita uma abordagem breve e concisa sobre as temáticas abordadas ao longo do projeto (envelhecimento e envelhecimento ativo). No capítulo dois será efetuada uma análise do contexto onde se realizou o estágio. Posteriormente será abordada toda a face do planeamento em saúde, no capítulo três. O capítulo quatro corresponde à execução do estágio e respetiva avaliação. A análise reflexiva será concretizada no capítulo cinco.

## **1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1 - ENVELHECIMENTO**

“Ser idoso não passa apenas pela idade definida em anos de vida, mas implica um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social” (Agostinho, 2004: 32). Assim, podemos considerar o processo de envelhecimento como um fenómeno universal, inevitável e irreversível, que se inicia com o nascimento e termina com a morte (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004a). Para muitos a velhice é ainda considerada como uma doença incurável. No entanto, ninguém envelhece da mesma forma e à mesma velocidade, sendo que as alterações que o passar dos anos acarretam num indivíduo serão diferentes no outro, não só devido a fatores intrínsecos como a fatores extrínsecos (envelhecimento diferencial). Muitas vezes, no decorrer da sua atividade profissional, os enfermeiros deparam-se com indivíduos cuja idade cronológica é muitos mais elevada que a idade aparente. Além disso, o processo de envelhecimento depende também da personalidade, atitude e das experiências vividas e interpretadas por cada indivíduo (Marchand, 2001).

Sendo o envelhecimento um fenómeno multidimensional, não deverá ser visualizado apenas da perspectiva do envelhecimento biológico/orgânico, mas também sob a perspectiva psicológica e social, como anteriormente referido.

Ao nível biológico são inúmeras as teorias existentes para explicar o processo de envelhecimento. Contudo, podemos afirmar que a este nível ocorre uma deterioração das estruturas e das capacidades funcionais do organismo, o que limita progressiva e irreversivelmente as suas atividades do dia-a-dia. É importante destacar que velhice não é automaticamente sinónimo de doença, pois muitos idosos, quando questionados consideram-se saudáveis (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Com o envelhecimento, os indivíduos vão alterando as suas rotinas e, muitas vezes, as rotinas de quem os rodeia (família, amigos, vizinhos, entre outros). A dependência, quer devido à progressiva fragilidade/vulnerabilidade, quer devido a toda uma panóplia de patologias, pode diminuir a capacidade funcional do idoso, originando a necessidade de cuidados diferenciados. Gradualmente a perda das capacidades sensoriais (nomeadamente visão e audição) leva o idoso a isolar-se, pois apresenta dificuldade em comunicar e fazer-se entender pelos outros. O deficit de marcha resulta frequentemente em quedas (com consequências mais ou menos graves), levando o idoso a não sair à rua, onde este risco

crece exponencialmente. O medo e a vergonha de serem alvo de chacota ou violência leva também muitos idosos a refugiarem-se na solidão, como forma de proteção, o que altera a sua autoimagem. Somando a isso, muitos dos seus pares, com os quais interagiram grande parte da sua vida (amigos e vizinhos), são também eles idosos limitados pelo seu próprio processo de envelhecimento ou já morreram.

Nesta fase da vida a família tem um papel preponderante. Muitos idosos têm na família o seu maior amparo, quando esta aceita o idoso com as suas limitações e se estabelece uma relação de respeito e carinho mútuo. Esta relação é marcada pela história familiar e pelas relações afetivas desenvolvidas ao longo dos anos (Souza, Skubs e Brêtas, 2007).

Pelo contrário, muitos idosos não têm família presente. Com a evolução social atual, com um menor número de filhos por casal, ou mesmo ausência deles, muitos idosos não tem qualquer rede de suporte familiar. Pormenorizando a região Alentejo, caracterizada por uma baixa taxa de empregabilidade, há muito que os jovens partiram em busca de melhores condições de vida, ficando para trás os mais velhos. São muitas as dificuldades que a família encontra quando cuida de familiares dependentes: impossibilidade de conciliar o emprego com os cuidados que o idoso necessita, despesas monetárias incomportáveis com o rendimento familiar, dificuldade em contratar pessoal especializado para cuidar destes, entre muitas outras.

Quando o idoso vive rodeado pela solidão podem surgir sentimentos de medo, tristeza, desamparo e de profunda falta de carinho, ocorrendo por vezes casos de depressão profunda.

Na sociedade, os idosos não são tidos em conta como recurso estrutural valioso. Assiste-se a um debate em redor do progressivo envelhecimento populacional, do papel do idoso na família e do seu peso para a política social e de saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002). Ou seja, o envelhecimento é um aspeto transversal a toda a sociedade.

Surgiram assim “políticas de velhice” que visam ações coletivas de forma a estruturar as relações entre a velhice e a sociedade (Martins & Santos, 2008). Estas políticas permitem

“desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população” (DGS, 2004a: 4).

Devido aos aspetos supracitados, os encargos com os idosos, passaram grandemente a ser da responsabilidade de instituições especializadas e de redes de suporte que visam ajudar as pessoas idosas, como lares, centros de dia e/ou unidades de tratamento continuado (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Estas instituições, mesmo que possuam uma

equipa multidisciplinar vocacionada e atenta aos problemas da terceira idade e um ambiente seguro e com boas condições arquitetónicas, representam para o idoso uma total alteração dos seus padrões de vida. Este perde a capacidade de manter os seus hábitos de vida e de desenvolver as suas atividades consoante a sua vontade, devido às regras rígidas e impessoais das instituições (Pereira & Costa, 2007). Ocorre assim um desenraizamento do idoso. É devido a isto que a grande maioria dos idosos manifesta o desejo de permanecer o máximo tempo possível na sua casa e na sua localidade (evitando o desenraizamento), recebendo cuidados, quando necessários, preferencialmente por parte de entes queridos. Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, a visita domiciliária realizada por enfermeiros e técnicos com competências específicas e especializadas, torna muitas vezes esse desejo realidade, auxiliando os prestadores informais e a própria pessoa.

### 1.1.1 – Doenças crónicas

É já sabido que a idade biológica de um indivíduo não é por si só um indicador de doença ou incapacidade, no entanto, a probabilidade do seu surgimento aumenta significativamente em idades avançadas (OMS, citada por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Além disso, vários estudos utilizando a metodologia longitudinal, confirmam o aumento exponencial da doença com o envelhecimento (Araújo *et al*, 2007).

Normalmente com o envelhecimento tendem a surgir doenças crónicas, que não sendo exclusivas da população idosa, se apresentam nesta com maior prevalência. Sendo doenças incuráveis, devem ser cuidadosamente geridas, pelo que o idoso e os que lhe são próximos devem aprender a conviver com elas. Além disso, são doenças de longa duração, visando as intervenções sobre elas o controlo sintomático, o que constitui uma sobrecarga para os serviços de saúde (Mártires, 2013).

Como é então de prever, os enfermeiros prestam cada vez mais cuidados a indivíduos idosos, com doença crónica.

Tanner, citado por Mártires (2013: 46), refere várias investigações para afirmar que “84% das pessoas com 65 ou mais anos têm pelo menos uma doença crónica e 62% apresentam duas ou mais doenças crónicas”.

A incidência da HTA e DM aumenta com a idade. Considerando o elevado índice de idosos no nosso país, podemos afirmar que estas doenças constituem um dos mais sérios problemas que a área da saúde enfrenta.

Segundo Polónia, Ramalinho, Martins & Saavedra (2007: 649) a HTA “constitui um importante problema de saúde pública sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento de doença vascular cerebral e coronária e da insuficiência cardíaca”. Ainda segundo os mesmos autores, a principal causa

de morte em Portugal é o AVC (situação muito relacionada com a HTA). Além disso calcula-se que no nosso país a prevalência de HTA seja de 43%, com apenas 11% de taxa de controlo tensional (Polónia *et al*, 2007).

Para Carregata & Carmona, citados por Mártires (2013: 52), a HTA “constitui o principal problema de saúde pública em Portugal”.

Vários hábitos de vida como o tabagismo, alcoolismo, alimentação desequilibrada e sedentarismo contribuem para o seu surgimento e agravamento.

São assim exigidas alterações do estilo de vida, como medidas dietéticas (alimentos com baixo índices de sal e açúcar e diminuição da ingestão de gorduras), controlo do peso e prática de exercício físico moderado, de forma a melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

É neste âmbito que os enfermeiros têm um papel essencial de agentes de mudança. Devem informar convenientemente os idosos, implicando-os nas intervenções, assumindo estes a corresponsabilidade para com o seu bem-estar (Mártires, 2013). Através da transmissão de informação/educação e da comunicação, deverão garantir as necessidades do idoso, envolvendo-o no processo de tomada de decisão, com o objetivo de melhorar ou manter a sua qualidade de vida e autonomia.

A DM é também uma das doenças crónicas mais prevalentes no nosso país, representando um custo elevado para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), devido ao seu grande impacto de morbilidade e mortalidade.

Para se ter uma noção do real problema da DM na nossa atualidade, é importante quantificá-la. Segundo a International Diabetes Federation, citada pelo Observatório Nacional da Diabetes (OND), a diabetes atinge mais de 382 milhões de pessoas mundialmente, correspondendo este valor a 8,3% da população mundial, e matou 592 milhões de pessoas em 2013. Portugal apresenta uma das mais elevadas taxas de prevalência da Europa.

Em Portugal, a taxa de prevalência da DM era de 12,9% em 2012, verificando-se uma correlação direta entre prevalência desta e o envelhecimento da população, ou seja, mais de um quarto dos indivíduos no escalão etário 60-79 tem DM (OND, 2013).

As causas da DM nos idosos podem estar relacionadas com uma multiplicidade de fatores como genéticos, ambientais e comportamentais, sendo estes últimos os que mais contribuem para o seu surgimento. A alimentação hipercalórica, o elevado consumo de açúcar, a obesidade e o sedentarismo interrelacionam-se e constituem as principais causas de incidência da DM (Ministério da Saúde [MS], 2012).

Os idosos diabéticos apresentam um risco elevado de complicações e perda de autonomia, pelo que a intervenção neste grupo se torna vital. A hipoglicemia pode levar a quedas, o que nesta população representa um grave problema devido à dependência daí

resultante (por exemplo, fraturas do colo do fémur). A retinopatia, presente em muitos idosos diabéticos (cujo diagnóstico muitas vezes é efetuado anos depois do seu surgimento), pode acarretar não só a perda de autonomia, como o isolamento. Muitos idosos não saem de casa por apresentarem diminuição acentuada da acuidade visual, tendo receio de cair e vergonha de não reconhecerem pessoas com que sempre conviveram. A DM representa, em praticamente todos os países desenvolvidos a principal causa de cegueira (OND, 2012).

O “pé diabético” apresenta-se como uma das mais graves complicações da DM, e aquela que acarreta custos mais elevados para o SNS, devido a tratamentos dispendiosos e prolongados. Esta complicação pode evoluir para amputações totais ou parciais dos membros inferiores, o que influencia negativa e grandemente a qualidade de vida dos indivíduos e, sumariamente, das suas famílias.

Decorrente da prática é frequente prestarmos cuidados a idosos diabéticos, que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários por lesões ao nível dos pés. Estes tratamentos são, infelizmente, muito prolongados, sendo possível perceber nos idosos sentimentos de tristeza, ansiedade, sofrimento e mesmo depressão.

No entanto, o número de amputações, por motivo da DM, tem decrescido (OND, 2012).

Acompanhando as políticas de saúde atuais, surgem como estratégias do Programa Nacional da Diabetes a

“prevenção primária da diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos modificáveis da etiologia da doença, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado de acordo com o princípio da equidade, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes” (MS, 2012: 1).

O enfermeiro terá neste âmbito um papel fulcral, auxiliando o idoso diabético a alcançar uma melhor qualidade de vida, estimulando-o para o autocuidado. Para isso é importante consciencializa-lo e integra-lo num plano de mudança de comportamentos. A realização de sessões de educação para a saúde, comunitárias ou individualizadas, surgem como estratégia a seguir, com vista à capacitação dos idosos.

Em suma, o envelhecimento da população portuguesa, associado ao aumento das doenças crónicas e à perda de autonomia que daí pode advir, apresentam-se com desafios aos profissionais de saúde, devendo estes traçar planos de ação com vista a uma melhor qualidade de vida dos idosos.

### 1.1.2 – Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento demográfico é um fenómeno comum entre muitos países europeus, não sendo Portugal alheio a essa realidade.

Segundo Fernandes (2007), o envelhecimento demográfico, entendido como o aumento da população com mais 60 ou 65 anos, é um fenómeno irreversível ao longo dos próximos anos. Este terá um impacto profundo na organização e funcionamento das sociedades e na económica das mesmas, assim como no sector da saúde.

As causas deste processo estão relacionadas com a diminuição de nascimentos, declínio da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida (Páscoa, 2008). No período compreendido entre 2010 e 2012 a esperança média de vida situava-se nos 76,67 anos para os homens e nos 82,59 anos para das mulheres (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014).

Outro fenómeno que dá o seu contributo para o aumento do envelhecimento demográfico é a nova vaga de emigração, em que cada vez mais jovens portugueses partem para outros países em busca de melhores condições de vida.

Verifica-se uma tendência acentuada para o aumento do número de idosos (topo da pirâmide) e o decréscimo de população mais jovem (base da pirâmide) (Marques & Torres, 2008). Assim, a pirâmide etária que anteriormente tinha uma configuração triangular, passa gradualmente a adquirir a forma de urna, como se pode ver na figura abaixo (Figura 1).

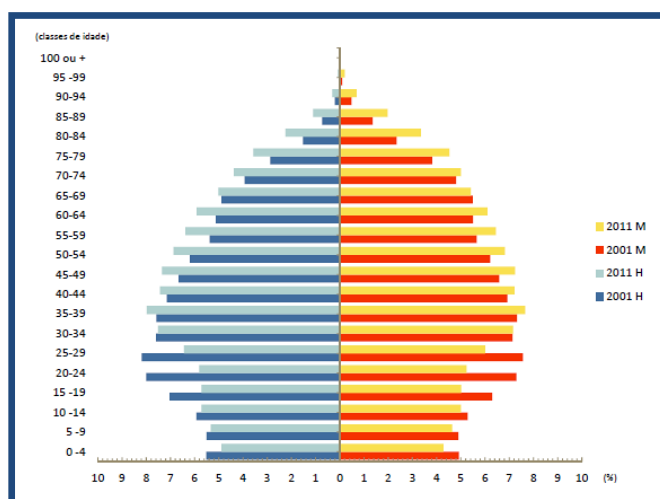


Figura 1 – População Portuguesa Residente por sexo e grupo etário, 2001 e 2011 (Fonte: INE: Censos 2011, Resultados Definitivos: Portugal, 2012).

No intervalo de 10 anos (de 2001 para 2011) a base da pirâmide (população mais jovem) diminuiu e o topo alargou (população idosa). Outro dado relevante é a diminuição da percentagem de indivíduos entre os 15 e os 29 anos.

Verifica-se um aumento de 9% da população no grupo etário dos 30 aos 69 anos e, expressivamente, um aumento de 26% em idades superiores a 69 anos, representando a população com idade igual ou superior a 70 anos, 14% da população portuguesa.

Podemos então afirmar, que na última década, a diferença entre a percentagem de jovens e de idosos no nosso país aumentou. Em 2001 a percentagem de jovens era de 16%, recuando para 15% uma década depois, e a percentagem de idosos representava 16% em 2001, aumentando 3% em 2011. No entanto, esse aumento não é igualitário em todas as regiões de Portugal, como demonstra a figura 2.

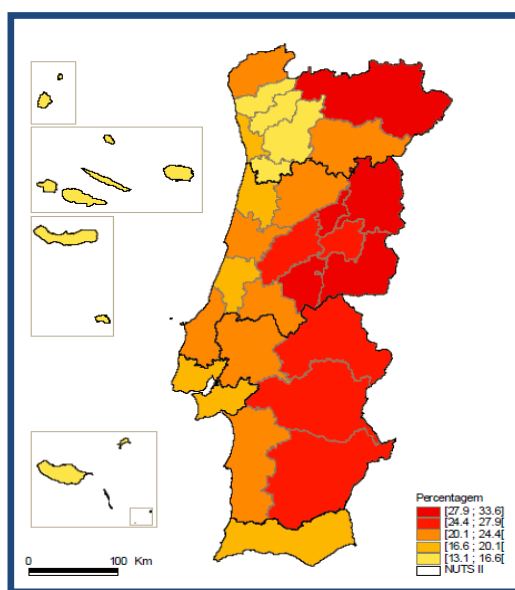


Figura 2 – Percentagem de Idosos, em 2011 (Fonte: INE: Censos 2011, Resultados Definitivos: Portugal, 2012)

Podemos verificar que a região Alentejo é aquela que apresenta uma percentagem de idosos mais elevada com 24%, assim como um índice de envelhecimento de 178. Podemos afirmar que se trata de um valor muito elevado, se tivermos em conta que o índice nacional é de 103 jovens para 128 idosos (INE, 2012). Outro fator relevante é o facto de o Alentejo (nomeadamente o interior) apresentar a taxa de repulsão interna mais elevada, ou seja, é a zona do país que mais perde população para outras regiões.

No distrito de Sousel, o índice de envelhecimento apresentava em 2013 valores alarmantes com 264 idosos por cada 100 jovens (INE, citado por Pordata, 2014).

Além dos dados já descritos, e de forma a compreender mais abrangentemente a realidade dos nossos idosos, podemos ainda afirmar que o Alentejo é a região do país que apresenta famílias menos numerosas (média de 2,4 pessoas por família). É também a região que possui edifícios habitacionais mais envelhecidos, degradados e com a taxa de acessibilidade a pessoas com mobilidade limitada mais reduzida.

Com o índice de envelhecimento do país mais acentuado no Alentejo, onde as famílias têm menores dimensões, onde a saída dos jovens para outras regiões é mais elevada e onde as condições habitacionais são mais precárias, parece-nos óbvia a necessidade de intervenção na população idosa desta região.

## 1.2 – ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo a OMS, citada por George (sded), envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para lutar pela saúde, pela participação ativa na vida e pela segurança. É importante que o idoso compreenda o seu potencial para o bem-estar físico/psíquico/social, através da adoção de hábitos de vida saudáveis.

Se durante muitos anos o grande foco de atenção da área da saúde foi o aumento da esperança média de vida, atualmente os estudos de investigação centram-se mais na qualidade de vida.

### 1.2.1 – Qualidade de vida

Devido ao aumento exponencial da esperança média de vida nas últimas décadas, urge garantir uma melhor qualidade de vida aos idosos. Como popularmente se diz, é importante dar anos à vida, mas também vida aos anos.

Atualmente assiste-se à utilização massiva da expressão qualidade de vida, mas poucos são os que, quando questionados sobre tal temática, a sabem definir com clareza e exatidão. Isto acontece pois trata-se de um termo complexo, abrangente e subjetivo, variando em função das características pessoais de cada um (personalidade, vivências passadas, vivências familiares, objetivos de vida, crenças, entre muitíssimos outros aspetos). Além disso, este conceito tem tendência a alterar-se ao longo da vida (Steinhilber, citado por Alves, 2007).

Podemos, segundo Albuquerque & Tróccoli (2004), definir qualidade de vida como um estado de bem-estar de carácter subjetivo, resultado da compreensão que cada um faz da sua vida, relativamente a aspetos fulcrais como a felicidade, a satisfação, o afeto e o estado de espírito.

Qualidade de vida está assim relacionada com os objetivos individuais traçados e a forma como eles são, ou não, alcançados, tendo em conta os valores pessoais, culturais e sociais. Fatores como saúde, liberdade, capacidade física, relacionamento social, estado emocional, proteção e condições habitacionais estão intimamente ligados com a definição de qualidade de vida (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

O conceito apresenta tanto uma dimensão objetiva como subjetiva, ou seja, dimensões mais observáveis e palpáveis (grau de escolaridade, rendimento mensal, acesso a determinados bens, ascensão na carreira) e dimensões mais íntimas e introspectivas (felicidade, percepção de saúde e bem-estar, capacidade de influenciar os desenvolvimentos sociais).

Se interligarmos qualidade de vida (com a sua dimensão subjetiva) e percepção de saúde e bem-estar, muitos e variados serão os resultados obtidos. No entanto, é correto afirmar que a percepção de uma boa saúde melhora a qualidade de vida e esta é fundamental para que o indivíduo considere que ‘tem saúde’.

Se definir qualidade de vida não é fácil, também o não é, definir saúde. Tal como o anterior conceito, este é detentor de uma enorme carga subjetiva. Além disso, trata-se de um conceito em constante mudança, ou seja, ‘ter saúde’ na década de 40, é completamente diferente do que o é nos nossos dias, devido à evolução da sociedade, à diminuição da taxa de mortalidade, ao surgimento de novas doenças e à evolução da medicina.

Se nos cingirmos à origem da palavra, saúde é o estado de nos sentirmos bem/estarmos bem (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Cada profissional de saúde tem a sua definição pessoal, influenciada pelos fatores já referidos. A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, citada por Berger & Mailloux-Poirier, 2005:108). No entanto, esta definição está longe de ser consensual e unânime, na medida em que, um indivíduo pode considerar-se detentor de saúde mesmo estando longe da família ou desempregado. Outros há, que perante um estado gripal, não se consideram indivíduos ‘com falta de saúde’, pois trata-se de uma patologia temporária.

Se distinguirmos o processo de envelhecimento normal dos processos patológicos, muitos idosos referem que ‘têm saúde’, logo, velhice não é sinónimo de ausência/diminuição de saúde. No entanto, para muitos, saúde é o principal fator de qualidade de vida.

Envelhecer com qualidade, torna-se imperativo e é um dos objetivos atuais do sector da saúde, sendo para isso necessária criatividade e hábitos promocionais e preventivos de saúde.

“Portugal tem vindo a desenvolver medidas de política que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas e que, claramente pretendem promover o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida e reconhecer a importância dos seniores nas comunidades” (União Europeia [UE], 2012: 6).

Estas medidas prendem-se essencialmente com duas linhas principais de intervenção: promover a inclusão social dos idosos (prevenção da solidão, como anteriormente referido

como uma das possíveis consequências do envelhecimento) e resposta ao impacto social do envelhecimento em Portugal (estimulando a permanência do idoso do mercado de trabalho).

Destacamos como guias orientadores e iniciativas comunitárias dessas medidas políticas para o envelhecimento ativo: Plano Nacional de Saúde (2011-2016) e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Este último assenta em três pilares fundamentais:

“promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas” (DGS, 2004a: 13).

O Plano Nacional de Saúde (2012-2016) destaca como principal responsabilidade do SNS a melhoria do nível de saúde de todos os cidadãos (PORTUGAL, 2012a). Como o próprio documento afirma, vivemos atualmente num contexto de constante evolução do conhecimento científico e de novas tecnologias, no entanto, e paradoxalmente, os recursos humanos e materiais são limitados e muitas vezes escassos. Podemos ter o máximo de conhecimentos tecnológicos e instrumentos/máquinas de última geração ao nosso dispor, no entanto, elas de nada servem se não houver os recursos monetários necessários para as adquirir e profissionais para dela fazerem uso. Verifica-se também um perfil dinâmico das necessidades de saúde atuais, como o envelhecimento e a prevalência de doenças crónicas (entre outros) (PORTUGAL, 2012a).

Assim, torna-se imperativo estimular os idosos para a participação em ações educativas (que visem a promoção da saúde e o auto-cuidado) com o objetivo major de manter a sua saúde e conseqüentemente a sua autonomia, durante o máximo de tempo possível. Os temas principais dessas ações (informar e formar) são a atividade física, a estimulação das funções cognitivas, a gestão do ritmo de sono e vigília, a importância de uma alimentação e hidratação equilibrada (e suas consequências na eliminação) e manutenção de um envelhecimento ativo (DGS, 2004a).

### **1.2.2 – Idoso, Autocuidado e Enfermagem**

À participação ativa do indivíduo na recuperação e manutenção da saúde, responsabilizando-se pelas suas ações (e pelas consequências que daí advêm), com a finalidade de promover a saúde, designa-se de auto-cuidado.

Rice (2001), define autocuidado como as atividades que o indivíduo consegue fazer autonomamente, e o défice deste, como as que já não consegue realizar.

Segundo Orem (1995) todos os indivíduos adultos e saudáveis possuem capacidade para o auto-cuidado. No entanto, fatores como a falta de recursos, a desmotivação, a incapacidade de acesso aos serviços de saúde / meios de informação, ou mesmo fases avançadas do processo de envelhecimento, podem limitar essa capacidade. Também neste âmbito o enfermeiro tem um papel fundamental, enaltecendo as potencialidades do idoso, através de reforço positivo, e dotando-o de competências/estratégias que o auxiliem na realização das suas atividades de vida diárias. Mesmo que o idoso possua uma capacidade para o autocuidado diminuída/reduzida, qualquer esforço desenvolvido para o alcançar deve ser reconhecido, para que este se sinta motivado e confiante, aumentando assim a sua autonomia.

É importante que o enfermeiro conheça a comunidade de idosos na qual desenvolve a sua atividade, assim como a forma com que estes realizam o seu autocuidado, de forma a programar, executar e avaliar as suas ações (Franco & Costa, 2001). É necessário um levantamento das reais necessidades, para posteriormente planejar atividades que vão ao seu encontro, ou seja, é necessário um diagnóstico de saúde prévio. É também essencial que o enfermeiro desenvolva ações significativas, de forma a motivar e estimular o seu grupo alvo, e obter mudanças de comportamento.

Dentro desta temática, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), legisla muitos dos pontos acima focados. Refere primeiramente que o enfermeiro deve estabelecer uma relação de ajuda com o utente, podendo desenvolver a sua intervenção ao nível deste, da família e de grupos e comunidades (PORTUGAL, 1996). Para tal deve recorrer a um diagnóstico da situação de forma a elaborar um plano de enfermagem adequando. Podemos transpor a temática do auto-cuidado para o 5º artigo, ponto 4, do REPE, que refere como competências do enfermeiro

“ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado; orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis (...); encaminhar, orientando os recursos adequados em função dos problemas existentes” (PORTUGAL, 1996: 2960).

O enfermeiro especialista em saúde comunitária tem também competências específicas na área da capacitação de grupos e comunidades, descritas no artigo 4º, ponto G2 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011).

A Educação para a Saúde ganha assim enfoque, pois tem por objetivo ajudar os indivíduos a desenvolver a capacidade de tomar decisões, responsabilizando-os pela sua saúde, comprometendo-se estes a adotar estilos de vida saudáveis e promotores de saúde (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011).

Segundo a Carta de Ottawa, a saúde não é responsabilidade exclusiva do sector da saúde, uma vez que, cada indivíduo/comunidade deve adotar estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

A Promoção para a Saúde surge como objetivo principal, tratando-se de um processo ativo de capacitação, tornando os indivíduos e as comunidades conscientes e informados sobre o papel que detêm no controlo da sua saúde.

Devido à sua importância, várias têm sido as teorias delineadas, com vista a: explicar e compreender os comportamentos individuais e das comunidades; entender os fatores que os influenciam; e formular respostas e/ou estratégias de atuação para alterar esses comportamentos.

Estas teorias podem ser divididas:

- Teorias de Nível Individual: pretende-se a mudança de comportamentos individuais através de programas comportamentais e materiais educativos;
- Teorias de Nível Interpessoal: pretende-se a interação entre os indivíduos através de relações dinâmicas;
- Teoria de Nível Comunitário: pretende-se a alteração do contexto em que os indivíduos estão inseridos, através de políticas, regulamentos e organizações.

No estágio desenvolvido foi utilizada a teoria de nível interpessoal, Teoria da Aprendizagem Social de Bandura.

#### 1.2.2.1 – Teoria da Aprendizagem Social de Bandura

Esta teoria estuda o comportamento dos indivíduos quando inseridos num determinado contexto social, considerando que as suas reações não são mecânicas, mas individuais, cognitivas e emocionais. Pode também ser denominada de Teoria Sociocognitiva.

Determina que o comportamento é um processo recíproco dinâmico, ou seja, é adquirido e apreendido através da observação das experiências dos outros e as consequências que delas advêm – aprendizagem observacional; através de outros fatores como a cultura, mitos e crenças da comunidade em que está inserido – determinismo recíproco; e através de respostas pessoais e experiências individuais, particulares e emocionais.

- Aprendizagem observacional: é essencial e baseia-se em quatro etapas: atenção, retenção, produção e motivação. A atenção é a etapa que permitirá a aprendizagem do indivíduo, uma vez que, este tem de estar atento aos aspetos significativos do comportamento dos outros para que possa aprender o comportamento e armazená-lo no seu sistema cognitivo (retenção). Após isso, passa a poder agir (produção), só o fazendo se tiver motivado (motivação), ou seja, se sentir necessidade ou vontade;

- Determinismo Recíproco: existe uma troca de experiências entre os indivíduos, onde cada um observa o comportamento do outro, identifica-se com ele (ou não) e apreende o que acha relevante, agindo o grupo sobre o indivíduo e vice-versa. Dentro do mesmo grupo, os comportamentos podem ser díspares, devido a características pessoais (Bandura, citado por Pervin, 1978).

A autoeficácia é outro aspeto que influencia o comportamento. Está define-se com a capacidade que cada um possui de acreditar que é capaz de manifestar e/ou alterar um comportamento ou uma conduta.

Quando é pretendida uma alteração de comportamento é importante reforçar este aspeto, para que, o indivíduo se consciencialize de que é capaz e possui competências reais para essa alteração.

Para reforça a autoeficácia deve-se recorrer a técnicas como a persuasão e o encorajamento do indivíduo, o estabelecimento de objetivos atingíveis (aumentando-os gradualmente à medida que vão sendo superados com sucesso) e efetuar reforço positivo, enaltando as alterações comportamentais já alcançadas (aumentando a motivação para mudar).

As ideias relativas à saúde, e em especial à promoção da mesma, vão-se formando e posteriormente alterando ao longo da vida, sendo influenciadas por diversos fatores como a idade, os conhecimentos adquiridos, as experiências vivenciadas e a comunidade em que o indivíduo se insere. As percepções/ideologias dessa mesma comunidade influenciam a tomada de decisão relativamente à promoção da saúde.

### **1.2.3 – Exercício físico**

Segundo Bouchard & Shepard, citados por Faria & Martinho (2004: 94), exercício físico é “a realização de atividade física de uma forma regular e prolongada no tempo com o objetivo específico de melhoramento da aptidão física e da saúde”.

A prática regular de exercício físico apresenta inúmeros benefícios, não só ao nível físico e motor, mas também ao nível psicológico e social, como o aumento da autoestima, o melhoramento da imagem corporal e o combate à solidão, promovendo assim um envelhecimento ativo.

Muitos dos efeitos do envelhecimento, como a perda de capacidades motoras, algumas doenças crónicas e enfraquecimento muscular, estão em grande parte associadas à inatividade e ao sedentarismo, pelo que o exercício físico se apresenta como a principal resposta para melhorar o processo de envelhecimento.

A inatividade e o sedentarismo dos idosos é uma realidade complexa. É esperado pela sociedade que os indivíduos à medida que envelhecem se vão tornando cada vez mais inativos. Existem ainda ideias pré-concebidas e preconceituosas acerca do exercício físico, considerando-o apenas direcionado para pessoas jovens. Muitas dessas ideias são partilhadas pelos idosos, devido a valores culturais que sempre lhes foram transmitidos.

Torna-se importante desenvolver ações que incentivem os idosos a praticar de exercício físico. Estas deverão ter um carácter comunitário, na medida em que, se deverá estimular esta prática no grupo, levando à alteração de comportamentos.

Segundo o Guia para Pessoas Idosas: Exercício sem Risco para Lá dos Sessenta, o exercício físico apresenta muitos efeitos positivos, tais como, a melhoria da qualidade do sono, redução do estado de tensão, aumento da massa e controlo muscular, melhoria da capacidade pulmonar e cardiovascular e controlo do peso (DGS, 2001). O exercício físico contribui assim, para prevenir e controlar doenças crónicas cuja incidência é expressiva nos idosos, como a DM e a HTA.

Como já foi referido, o exercício apresenta também benefícios a nível psicossocial. Com a velhice ocorre uma alteração do papel social do indivíduo, havendo a necessidade de este se adaptar a uma nova realidade. Neste sentido o exercício promove o alargamento das relações sociais, através da realização de novas amizades e a aquisição de novos papéis, permitindo que a pessoa se sinta mais jovem e capaz de desempenhar as tarefas diárias (McPherson, citado por Faria & Marinho, 2004). O idoso que pratica exercício físico sente-se um elemento ativo na sociedade, contribuindo para o aumento do autoconceito e autoestima. Além disso, sendo praticado conjuntamente com várias gerações, pode contribuir para a diminuição de crenças e ideias preconcebidas na sociedade atual acerca dos idosos e do envelhecimento.

Vários estudos mostram que nunca é tarde para iniciar uma atividade física, desde que esta seja adaptada à situação do idoso. O enfermeiro deverá estimular a sua prática junto dos idosos da comunidade em desenvolve a sua atividade profissional, visando todos os benefícios já mencionados.

Podemos concluir que os idosos que praticam regularmente uma atividade física apresentam personalidades mais positivas, revelam-se mais confiantes e mais satisfeitos com a sua qualidade de vida (Oliveira, 2012).

## **2 – ANÁLISE DO CONTEXTO**

Antes de se iniciar o Diagnóstico e Planeamento em Saúde importou definir, e conhecer, o contexto onde estes iriam incidir, de forma a fundamentar e clarificar os mesmos.

O Diagnóstico de Saúde foi realizado por um grupo de quatro enfermeiras, todas elas a desenvolver a sua atividade profissional em Cuidados de Saúde Primários na região do Alto Alentejo, estando (à altura) três delas integradas em Unidades de Cuidados à Comunidade.

Sendo o envelhecimento populacional a realidade prevalente no dia-a-dia, foi esta a área escolhida para o diagnóstico, planeamento e posterior intervenção. Após a escolha da temática, optou-se pelo local de realização do mesmo: freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel. Os fatores que para tal contribuíram prenderam-se essencialmente com o conhecimento do local e da população, proximidade geográfica e ser o local de trabalho de um dos elementos integrantes do grupo.

O concelho de Sousel tem uma área de 279,92 km<sup>2</sup>, sendo um dos menores do Alentejo Central. Apresenta um total de 5074 habitantes, 1582 dos quais com mais de 65 anos de idade (Portada, 2014). Logo 31,18% da população do concelho é idosa.

O concelho é composto por quatro freguesias: Cano, Casa Branca, Santo Amaro e Sousel.

Santo Amaro possui uma área com 39,51 km<sup>2</sup>. Em 2001 tinha 706 habitantes, decrescendo esse valor para 644 segundo os Censos de 2011 (INE, 2012).

Para efetuar corretamente a caracterização da população recorreu-se a informações disponíveis na Junta de Freguesia de Santo Amaro, a informações decorrentes do conhecimento pessoal e do documento produzido pela Rede Social, aquando do Diagnóstico Social do Concelho de Sousel em 2005.

Em meados do século XX, Santo Amaro albergava pouco mais de trezentos habitantes, iniciando-se aí o crescimento populacional, registando em 1981, 866 habitantes.

A aldeia possui saneamento básico e eletricidade em quase todas as suas habitações, assim como estação de tratamento de esgotos. Relativamente aos arruamentos estes encontram-se em bom estado.

É Santo Amaro que apresenta o maior número de associações de todas as freguesias do concelho. Todas estas participam nas atividades da aldeia, nomeadamente na organização de atividades de lazer.

A agricultura é a principal atividade económica, nomeadamente a olivicultura (existe um lagar de produção de azeite na aldeia) e os cereais. Ao nível do comércio e restauração dispõe de quatro mercearias, duas padarias, cinco cafés e um bar.

A rede de transportes é deficitária, possuindo apenas um táxi. Para quem não possui transporte próprio, a ligação à sede do concelho (Sousel) ocorre duas vezes por semana (apenas no período da manhã) em transporte coletivo, assegurado gratuitamente pela Câmara Municipal. A Rodoviária do Alentejo assegura uma ligação diária com Estremoz, cidade mais próxima.

Ao nível de respostas sociais para os idosos, existe um Lar, de construção recente, que possui as valências de internamento (16 utentes), centro de dia (20 utentes) e apoio domiciliário (8 utentes).

Segundo os cadernos eleitorais de 2011, a aldeia tem 194 pessoas com 65 e mais anos, no entanto, após verificação do Presidente da Junta de Freguesia (tendo por base o seu conhecimento pessoal) apenas 186 residem efetivamente na aldeia.

### 3 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

Torna-se necessário compreender a fundo o indivíduo/população/comunidade em que se pretende intervir antes de executar qualquer intervenção/programa de promoção para a saúde.

Para isso, devemos-nos socorrer do planeamento em saúde, tendo em conta três premissas essenciais: “a da racionalidade das decisões, a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado e a de referir-se ao futuro” (Imperatori & Giraldes, 1993: 21). Além disso, existem múltiplos fatores a ter em conta pelos profissionais de saúde aquando da realização do planeamento, como fatores ambientais e estruturais, hábitos e costumes, fatores biológicos, o próprio sistema de saúde em que se insere e os recursos humanos e materiais disponíveis.

Este é essencial para os enfermeiros, aliando os recursos disponíveis às necessidades da população onde pretende intervir, planeando, executando e avaliando as suas ações o mais corretamente possível, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

O Planeamento em Saúde é assim “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 21).

Segundo Tavares (1990), planeamento, na sua essência, é um modelo teórico de ação futura, para que a transformação da realidade ocorra de forma mais eficiente. Além disso, planear é aplicar um processo com vista à tomada de decisão sobre o que fazer, como o fazer e de que forma se irá avaliar o que foi feito antes da ação (Pineault & Daveluy, citado por Pereira, 2011), selecionando, entre as várias alternativas, qual o melhor percurso de ação.

O planeamento é também um processo contínuo, dinâmico e flexível onde ocorre uma adaptação à realidade (desta depende o sucesso), ou seja, ocorre uma interação, em que realidade e planeamento se influenciam (Tavares, 1990).

É importante planear em saúde pois os recursos disponíveis são escassos, principalmente devido à atual conjuntura económica do país. Importa usar menos recursos, mas usá-los de forma a abranger o máximo de indivíduos e com a maior eficácia possível. Para isso, é importante planear intervenções direcionadas primariamente para a “causa” e

não para o “efeito”, de forma a evitar o reaparecimento do problema no futuro, definindo-se assim prioridades de ação.

Para se executar um correto Planeamento em Saúde existem várias etapas a seguir. É de salientar que este é um processo dinâmico e contínuo, ou seja, nenhuma das etapas estará inteiramente finalizada. Ao passarmos de uma fase para outra, podemos nos deparar com novos dados relevantes, havendo a necessidade de retroceder e reformular a fase anterior. Da mesma forma, ao fazer-se a avaliação, é possível que surjam novas necessidades de intervenção, pelo que se iniciará novo planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, no planeamento não se volta exatamente ao ponto inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Imperatori & Giraldes, 1993).

As fases do processo de planeamento em saúde (segundo os autores supracitados) estão demonstradas na figura abaixo apresentada (Figura 3).



Figura 3 – Fases do Planeamento em Saúde (Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 23)

Da fase de **elaboração do plano** constam as etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas/projetos e preparação da execução.

A primeira etapa, **diagnóstico da situação**, tem como função caracterizar corretamente a população e aferir as reais necessidades de intervenção, funcionando como a justificação da ação. Segundo Tavares (1990) é nesta fase que os problemas de saúde da população alvo são identificados, sendo determinadas as suas necessidades.

Um problema de saúde é um estado de saúde considerado deficiente, enquanto que, a necessidade traduz a diferença entre o atual estado e aquele a que nos propomos atingir (Pineault & Daveluy, citado por Pereira, 2011).

Deverá relatar a situação quantitativamente (preferencialmente). Além disso, deverá ainda descrever as dificuldades sentidas no próprio processo de planeamento, ter presente a noção de causalidade e conhecer os fatores que determinaram os problemas identificados, assim como a evolução e perspetivas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Serve de padrão de comparação no momento da avaliação, sendo que a qualidade e perfeição desta etapa irá ter influência sobretudo sobre a definição de prioridades (etapa seguinte) e avaliação. Deverá terminar com uma lista de problemas/necessidades identificados/as, assim como a sua análise.

A **definição de prioridades** diz respeito à seleção, escolha ou definição de prioridades. Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 63), “no diagnóstico foi realizada a identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa”.

Esta etapa está diretamente ligada à natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência de planos com a melhor rentabilização de recursos, de forma a escolher sobre que problemas atuar (prioridades) e qual a melhor maneira de o executar (estratégias).

É difícil dar resposta a toda uma multiplicidade de necessidades relacionadas com a saúde, tendo em conta o carácter subjetivo da mesma (um indivíduo possui uma conotação de saúde diferente de outro).

Dos problemas identificados, nesta fase, será feita a seleção sobre os quais se irá intervir, tendo em conta duas variáveis: tempo e recursos disponíveis – selecionando prioridades.

Relativamente à variável temporal está relacionada com a satisfação de necessidades presentes sem esquecer as futuras, atendendo que quanto mais recursos se empreguem nas do presente menos se poderá empregar nas do futura e vice-versa, devendo-se atender ao consumo e investimento possíveis no momento. Quanto à variável que aos recursos diz respeito, prende-se com a impossibilidade de satisfazer/colmatar as necessidades de todos os indivíduos da população. Assim dever-se-á optar pela satisfação das necessidades comuns a mais indivíduos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Além das variáveis apresentadas, segundo os mesmos autores, deverão ainda ser considerados dois elementos na definição de prioridades.

O horizonte do plano diz respeito ao horizonte temporal, ou seja, a duração prevista para a intervenção, dado que prioridades traçadas para planos de curto prazo poderão ser distintas das traçadas para planos de média e longa duração. Deverá no entanto existir uma concordância entre as prioridades ordenadas no tempo.

Outro elemento diz respeito à área de programação, que distingue prioridades nacionais, regionais, distritais, concelhias, entre outras.

As nacionais deverão ser ajustadas às regionais, ou pelo contrário, as nacionais definidas pelas regionais, segundo o modelo de planeamento utilizado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Não é objetivo principal a atribuição da importância de um problema em detrimento de outro (mais uma vez presente a ideia de subjetividade na área da saúde), mas sim a sua precedência (Pineault & Daveluy, citado por Pereira, 2011). Os problemas deverão ser comparáveis e apresentar o mesmo nível (por exemplo, saúde das populações ou problemas de saúde), para que a seleção seja feita, em natureza e grau de abstração, de forma a estruturar uma ação coerente.

A análise dos problemas, iniciada na fase de diagnóstico, deverá ser aqui retomada, identificando reflexivamente os fatores determinantes/condicionantes e consequências desses mesmos problemas no nível de saúde da população.

As alternativas de intervenção não determinam as ações a cumprir, mas sim os problemas/necessidades identificados no diagnóstico que podem ser suprimidos/atenuados (Pineault & Daveluy, citado por Pereira, 2011).

“Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados por prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65). A escolha dos *critérios de seleção* a utilizar é da responsabilidade dos planificadores, não havendo assim critérios universais e concretos (mais uma vez nos deparamos com a subjetividade inerente à identificação de prioridades). Todos os critérios apresentam vantagens e desvantagens.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), o valor da subjetividade deverá ser superado com a explicação dos critérios de escolha, de forma a objetivar o valor e as limitações do plano. Assim, existem três critérios clássicos a usar para a definição/determinação de prioridades: magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

A *magnitude*, também denominada de tamanho ou importância, caracteriza o problema pela dimensão, medindo-o através do seu contributo na mortalidade da população em estudo. “Expressa-se (...) pela percentagem de mortes por esta causa em relação ao número total de óbitos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 65). O facto de não utilizar a morbilidade na dimensão do problema é a principal desvantagem deste critério. Outra desvantagem prende-se com a não consideração de que alguns riscos/patologias incidem sobre determinados grupos etários, contribuindo para a sua mortalidade, e as possibilidades de prevenção sobre esses.

A *transcendência* trata-se de uma ponderação entre grupos etários, valorizando as causas de morte nos diferentes grupos etários ou grupos sociais. Uma crítica feita a este critério é o facto de se classificar a vida humana com valores diferentes segundo os grupos etários em que se inserem.

A *vulnerabilidade* apresenta-se como um critério de definição de prioridades que pretende a utilização dos recursos onde maiores efeitos produzam. Segundo Tavares (1990), corresponde à possibilidade de intervenção em determinado problema/necessidade. Permite avaliar “se existem soluções para as diferentes fases do problema, em termos de prevenção, tratamento e reabilitação” (Pineault & Daveluy, citado por Pereira, 2011: 32). Segundo Imperatori & Giraldes (1993) trata-se de evitar que uma patologia surja, segundo a tecnologia disponível para a área da saúde atualmente (os recursos disponíveis). Sendo que o processo de planeamento pretende que os recursos sejam utilizados onde maiores efeitos produzam, este critério torna-se fundamental. Além disso, se considerarmos que um problema apresenta grande magnitude, mas não tivermos recursos para lhe fazer face, não se deverá considerar uma prioridade.

Além dos três critérios clássicos de que nos podemos socorrer para definir prioridades, existem ainda outros.

A *evolução*, que diz respeito à possibilidade que um problema apresenta de se resolver espontaneamente, se estacionar ou se agravar (Imperatori & Giraldes, 1993).

A *irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiência* que determinado problema pode acarretar, determina a maior prioridade.

A *conformidade legal*, na medida em que, se a resolução do problema estiver favoravelmente legislada mais facilmente este será suprido.

A *atitude da população*, ou seja, as suas características como a receptividade, o grau de insatisfação e comprometimento.

Pineault & Daveluy, citados por Pereira (2011), consideram “que os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde se enquadram no âmbito da determinação da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução”.

A utilização dos critérios de seleção acima mencionados por ser sucessiva ou simultânea ou então utilizá-los separadamente. Além disso a escolha destes poderá ser difícil fase à sua multiplicidade.

Após a definição das prioridades relativamente aos problemas/necessidades identificadas no diagnóstico, efetua-se a **fixação/determinação de objetivos**, ou seja, determinam-se dos objetivos a atingir para cada problema/necessidade num determinado período de tempo (Imperatori & Giraldes, 1993). Para uma correta aferição de objetivos há que considerar quatro aspetos fundamentais.

Primeiramente será feita uma seleção dos *indicadores* que melhor traduzem os problemas de saúde prioritários e a sua evolução. Para tal, deve-se ter presente a definição de indicadores “como a relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori & Giraldes, 1993: 77).

Existem dois tipos principais de indicadores: *indicadores de resultado ou impacto* e *indicadores de atividade ou execução*. Segundo os autores supracitados, os primeiros medem a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema. Os indicadores de atividade ou execução pretendem medir a atividade desenvolvida com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.

Outra distinção entre indicadores é relativa aos prazos de avaliação possível. Os indicadores de resultado ou impacto só são passível de avaliação a médio prazo (cinco a seis anos), enquanto que os indicadores de atividade poderão ser avaliados a curto prazo.

Após a definição dos indicadores que melhor traduzem a dimensão atual dos problemas de saúde identificados e a sua respetiva evolução, proceder-se-á à *tendência de um problema de saúde*. Esta diz respeito à “evolução natural do problema caso as condições atuais, tecnológicas e outras, se mantenham” (Imperatori & Giraldes, 1993: 78).

Após a definição dos indicadores e determinada a tendência natural da evolução do problema, determinam-se dos objetivos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 79) um objetivo é o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte”.

Quando bem estruturados, os objetivos devem ser pertinentes (adequados aos problemas/necessidades que originaram as intervenções), precisos (exatos no percurso a efetuar e em definir o novo estado a alcançar), realizáveis (não deve ser demasiado ambicioso sobe pena de não ser alcançável) e mensuráveis (possibilidade de se efetuar uma correta avaliação à posteriori) (Martins, 2010).

Assim sendo, e segundo o mesmo autor, um objetivo corretamente formulado deverá conter a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso e/ou fracasso, a população-alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido.

Muitas vezes é difícil fixar um objetivo, assim como passar de objetivos muito agregados para objetivos mais específicos, pelo que se recorrer a objetivos operacionais ou *metas*. Imperatori & Giraldes (1993: 81) definem então metas como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzindo-se em termos de indicadores de atividade”.

Para Tavares, citado por Pereira (2011: 6), “fixar objetivos é definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: seleção de estratégias”.

A próxima etapa do processo de planeamento é a **seleção de estratégias**. Podemos defini-la como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993: 87). Nesta etapa, analisam-se as diferentes alternativas de estratégias que permitem atingir um mesmo objetivo, com a finalidade de selecionar entre elas a mais adequada. É importante salientar que as estratégias selecionadas podem não estar diretamente e unicamente relacionadas com o sector da saúde, uma vez que, outros serviços poderão contribuir de forma importante para a resolução dos problemas identificados.

Para a seleção de estratégias existem várias fases que devem ser seguidas. A primeira é o estabelecimento dos critérios de conceção de estratégias, que dependem da política de saúde e dos objetivos fixados na fase anterior (Bainbridge & Sapirie, citados por Imperatori & Giraldes, 1993).

Outra fase será a enumeração das modificações necessárias para que os objetivos sejam atingidos. Estas podem ser de diversa ordem como: modificações na tecnologia existente, modificações de equipamento, modificações de processos de trabalho, modificações de ordem organizacional ou modificações envolvendo o meio físico e social. Para cada problema/necessidade de saúde identificado dever-se-á analisar todas as modificações possíveis de forma a facilitar o processo de formulação de estratégias.

O esboço das estratégias potenciais é a fase mais criativa do processo de planeamento. Cada uma deverá prever as medidas que possibilitem eliminar ou evitar obstáculos que se apresentem à concretização dos objetivos. De entre elas, e na medida em que os recursos não permitem realiza-las a todas, serão selecionadas as mais realizáveis, descrevendo detalhadamente as estratégias escolhidas.

Por fim, esta escolha deve ter em conta vários aspetos, como os custos inerentes, obstáculos, pertinência, vantagens e desvantagens (Tavares, 1990). No entanto, as estratégias escolhidas devem conter a tecnologia a executar, a população alvo a atingir com a estratégia, as necessidades ao nível de recursos humanos e materiais e as necessidades de apoio de outros serviços/instituições (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após a escolha das estratégias, proceder-se-á à **elaboração de programas e projetos**. Podemos definir *programa* como “um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por uma mesma entidade” e *projeto* como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução do programa” (Imperatori & Giraldes, 1993: 129).

Assim sendo, a distinção fundamental entre ambos é a longevidade, ou seja, enquanto o programa se desenvolve de forma contínua no tempo, o projeto decorre num período de tempo definido e limitado.

A **preparação da execução**, última etapa da elaboração do plano, corresponde à preparação das atividades necessárias para a execução das estratégias definidas anteriormente. O cronograma desempenha um papel fundamental para o controle do tempo, relacionando-se ainda com a avaliação.

Após a elaboração dos programas ou projetos é necessário especificar o quando, o onde, como as atividades devem ser realizadas e quem será o seu executor, ou seja, detalhar as atividades.

Após todas as etapas da elaboração do plano, será feita a **execução da ação**. Pineault & Daveluy, citados por Pereira (2011) referem que a execução deve ser pensada e prevista a forma de desenvolver as atividades, com vista ao sucesso do planeamento.

A terceira fase do planeamento em saúde é a **avaliação**, fase que se integra com todas as outras (Tavares, 1990). Esta revê todos os elementos do planeamento, obtendo-se assim um olhar retrospectivo sob eles.

Segundo a OMS, citada por Imperatori & Giraldes (1993: 173), com a avaliação pretende-se “utilizar de maneira sistémica a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificar mais eficazmente”.

Trata-se de uma determinação cuidadosa das situações, conduzindo assim a conclusões ponderadas e propostas úteis, tendo por base informações fáceis de obter e pertinentes. A qualidade da avaliação está diretamente relacionada com as informações recolhidas. Existem diferentes tipos de avaliação, podendo ocorrer *avaliações qualitativas e quantitativas*. São as últimas que originam elementos de avaliação de maior qualidade.

Relativamente à relação temporal com a ação avaliada, Palmer, citado por Imperatori & Giraldes (1993: 174-175) classificam-se em *retrospectivas* (mais frequentes, e que “raramente melhoram os cuidados dos doentes avaliados, embora melhorem os futuros doentes”, concorrentes ou concomitantes (mais difíceis de realizar mas com “a vantagem de poderem beneficiar o prestador e o utente”) e as *prospetivas* (representam previsões de acontecimentos, dependendo essencialmente da informação”.

Baseia-se essencialmente nos indicadores, sendo através deles que compreendemos a realidade e avaliamos os avanços alcançados. Os indicadores de avaliação devem ser fáceis de obter e calcular, representar a população estudada e ser aceites universalmente, além de específicos. Podem ser usados na avaliação, à semelhança do já referido, indicadores de atividade e indicadores de resultado.

A avaliação deve ser preparada antes da sua realização, estando envolvida em dois momentos, o da fixação de objetivos e a preparação operacional, através dos indicadores.

Finalmente, esta possibilita a atualização do diagnóstico, uma vez que, após terminada a avaliação, poderá haver a necessidade de voltar à primeira fase do planeamento para melhorar a informação recolhida e/ou disponível, sendo um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os Planos Nacionais de Saúde são instrumentos que permitem o alinhamento, coerente e bem fundamentando, das políticas de saúde e têm o objetivo da maximização dos ganhos em saúde (DGS, 2010). A noção de que as necessidades em saúde das populações são crescentes, dinâmicas e complexas está bem presente nestes.

Os PNS devem resultar de uma análise crítica e fundamentada do estado de saúde da população e principais determinantes em saúde (diagnóstico da situação); da posterior identificação de necessidades de saúde (definição de prioridades e fixação de objetivos); da identificação dos recursos sociais e das áreas da saúde existentes e a sua rentabilização (seleção de estratégias); formulação de planos de ação e intervenções (elaboração de programas/projetos e execução); e avaliação das atividades (avaliação) (DGS, 2010).

### 3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO – RESULTADOS E ANÁLISE

O diagnóstico da situação (diagnóstico de saúde) é a primeira etapa da primeira fase do Planeamento em Saúde (elaboração do plano). Como já foi referido é nesta etapa que se irá caracterizar a população em estudo (identificada no capítulo 2) aferindo as reais necessidades de intervenção, sendo a justificação para a ação. Serão avaliados os problemas e determinadas as necessidades.

Para o diagnóstico de saúde a situação foi documentada de forma quantitativa, através da aplicação de um questionário. O período temporal de realização destes ocorreu entre 5 e 18 de Fevereiro de 2011.

O questionário (Apêndice II) dividiu-se em 4 partes:

**Grupo I – Dados sociodemográficos:** caracterização da população inquirida. Possui 3 questões qualitativas sobre qualidade de vida.

**Grupo II – WHOQOL abreviado:** Escala da OMS. Inclui quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

**Grupo III – WHOQOL-OLD:** Semelhante à anterior, mas direcionada para a população idosa. Inclui 6 domínios (funcionamento dos órgãos sensoriais, autonomia, atividades, participação social, morte e intimidade).

**Grupo IV – Escala de Barthel:** avaliação do grau de dependência face a 10 atividades de vida diárias (AVD's): evacuar, urinar, higiene pessoal, ir à casa de banho, alimentar-se, deslocações, mobilidade, vestir-se, escadas e tomar banho.

Como já foi referido, em Santo Amaro, aquando da aplicação dos questionários (2011), estavam inscritos nos cadernos eleitorais 194 indivíduos com 65 ou mais anos, no entanto, apenas 186 residiam efetivamente na aldeia. Desses, 9 encontravam-se na altura ausentes por diversos motivos (internamento hospitalar, residência temporária em casa de familiares e um casal que trabalhava num monte noutra freguesia), 10 foram considerados incapazes de responder ao questionário (devido a demência, deficit cognitivo, afasia, entre outros). Tais informações foram recolhidas junto do presidente da junta de freguesia de Santo Amaro e ainda junto de familiares, vizinhos e da responsável pelo Lar, derivando estas informações do seu conhecimento pessoal e aprofundado da população. Não foi possível ainda, no espaço temporal da aplicação dos questionários contactar com 21 idosos. Assim sendo, a nossa amostra (N) é constituída por 144 idosos, uma vez que todos os questionários aplicados foram considerados válidos.

Aquando da aplicação do questionário tivemos presentes algumas limitações, como a causalidade, o imprevisto e o desconhecimento das especificidades da população por parte de três dos elementos do grupo. Além disso a população desconhecia também esses elementos. Este receio mostrou-se infundado na medida em que todos os idosos abordados, após a explicação do objetivo do questionário, se mostraram disponíveis e motivados.

Quanto à causalidade, não foi possível inquirir todos os idosos residentes na aldeia, pois como referido acima, não conseguimos com eles contactar.

A personalidade/atitude de cada elemento do grupo poderá também ter limitado os resultados, pois apesar de o questionário a aplicar ser igual, muitas vezes a conotação, interpretação pessoal e postura poderá influenciar as respostas do inquirido. No entanto, foi considerado pelo grupo que todos os elementos tiveram posturas semelhantes, pelo que os resultados foram considerados fiáveis.

A média de idades da amostra foram os 75,90 anos. Além disso, constatou-se que 63,2 % dos inquiridos eram do sexo feminino.

Relativamente ao grau de escolaridade, aferiu-se uma percentagem de 46,5% de idosos que não sabiam ler nem escrever, denotando-se assim uma elevada taxa de analfabetização. 18,1% responderam que sabiam ler e escrever, mas nunca frequentaram a escola, acontecendo muitas vezes que apenas sabem escrever o seu nome ou utilizar números para cálculos simples. Esta elevada taxa de analfabetização pode ser explicada pela implementação de um Sistema Educativo em Portugal (onde passou a ser legislada a obrigatoriedade da frequência escolar às crianças) só ter ocorrido na década de 50 (Carvalho, Nóvoa & Candeias, citados por Candeias & Simões, 1999). Podemos então constatar que todos os inquiridos nasceram antes dessa obrigatoriedade. Numa região onde a agricultura era a principal fonte de rendimento e subsistência, era comum as crianças, desde cedo, auxiliarem a família no campo, não sendo a frequência escolar um prioridade.

O facto de na amostra existir uma percentagem elevada de analfabetização, apresenta-se como um desafio à realização de sessões de educação para a saúde. Não sabendo os idosos ler, apresentações e folhetos apenas com informação textual está desaconselhado, sendo mesmo contraproducente. Se a população alvo não entende o que está a ver (pois não consegue descodificar a informação escrita) facilmente de dispersa e desmotivada, sendo difícil obter ganhos em saúde.

Indo ao encontro do acima referido, a agricultura surge como a atividade profissional que a maioria dos idosos desempenhou ao longo da sua vida (71,5 %).

Relativamente ao estado civil constatamos que 28,5% eram viúvos e 66,7% eram casados. Quando questionados sobre com quem residiam, 32,6% responderam viver sozinhos. É de salientar que existem 11 inquiridos com 80 ou mais anos a viverem sós. Muitas vezes associados à viuvez e à solidão estão estados patológicos de depressão, solidão e suicídio. Estes são factos a ter em conta por quem cuida, auxiliando-os no processo de luto e na continuação de uma ativa e socialmente participativa.

Verificamos também que 11,1% da amostra se encontrava institucionalizada. Se antigamente era prática as famílias levarem os seus idosos para as suas residenciais, quando estes apresentam algum grau de incapacidade ou para fazer face à solidão destes, atualmente o número de institucionalizações está a aumentar grandemente. Nas instituições são os cuidadores formais que prestam os mais variados cuidados os idosos. Estes, muitas vezes, e decorrente da experiência profissional, não possuem competências adequadas. Não queremos com isto dizer que os idosos são mal cuidados, ou que algum aspeto da sua segurança e bem-estar seja propositadamente descurada. No entanto, denotam-se falta de competências e conhecimentos científicos e o enfermeiro poderá ter aqui um papel fundamental na capacitação destes cuidadores.

Apenas um idoso referiu ter hábitos tabágicos e 11 hábitos alcoólicos. Muitos dos que disseram consumir álcool, referiram beber um copo de vinho apenas às refeições.

Relativamente à prática de exercício físico, 59% dos idosos referiram não o fazer. Dos que afirmaram fazer exercício físico, a grande maioria referia-se a simples caminhadas diárias, considerando-as muito benéficas para o seu bem-estar. Mencionaram também que essas caminhadas são feitas na companhia de vizinhos/amigos. Esta é uma prática muito aconselhada e estimulada pelos profissionais de saúde, pois a sua prática acarreta inúmeros benefícios, conforme explicado no ponto 1.2.2.1.

Quase metade da amostra (n=70) referiram tomar medicação para a dor. O Programa Nacional para as Pessoas Idosas (DGS, 2004) aponta a polimedicação como um dos principais riscos para a saúde dos idosos. No entanto, não podemos afirmar que estes o são ou não (polimedicados), pois o questionário não incluía mais questões direcionadas para a medicação. Além disso, não temos conhecimento sobre se estes fármacos foram adquiridos

mediante receita médica (prescrição por um profissional capacitado para avaliar, decidir e prescrever) ou se são de venda livre. Assim apesar de os números nos despertarem a atenção, não poderão ser considerados um problema ou necessidade na medida em que não dispomos de mais dados.

Dos 144 idosos inquiridos, 27,8% refere ter diabetes e 68,1% hipertensão.

Segundo Alves, Silva, Ferreira & Negreiro (2005), no Alentejo existe um elevado consumo de carnes vermelhas, sal, enchidos e queijos curados, alimentos que potenciam o surgimento de doenças cardiovasculares, principalmente a HTA.

Relativamente à questão: Têm osteoporose?, 22,6 % dos inquiridos, na sua totalidade mulheres, responderam afirmativamente. Este dado vai ao encontro do afirmado por Arriagada, Arinovich & Galenus, citados por Freire & Aragão (2004), que referem que as fraturas são sete vezes mais frequentes nas mulheres que nos homens, ocorrendo em média vinte anos após o início da menopausa, sendo consequência direta da osteoporose.

O Programa Nacional Integrado sobre Determinantes de Saúde relacionados com Estilos de Vida (DGS, 2004b) pretendia a diminuição da morbilidade e mortalidade associadas a algumas doenças, analisadas no diagnóstico e se encontram presentes em grande percentagem, como é o caso da HTA e, com menor percentagem a osteoporose.

As escalas WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, pareceram-nos as que melhor iriam traduzir a realidade dos idosos em estudo, no entanto verificamos que ficaram um pouco aquém das expectativas (na medida em que as correlações eram na grande maioria fracas ou inexistentes).

No entanto, relativamente WHOQOL-BREF podemos constatar que o domínio que mais contribui para a qualidade de vida é o domínio físico, e o que menos contribui o domínio ambiental. Podemos constatar que as mulheres apresentam médias de valores de qualidade de vida global mais baixos.

Outro aspeto, prende-se com a escolaridade, concluindo que à medida que o grau de escolaridade aumenta, aumenta também o valor médio de cada domínio e do domínio da qualidade de vida global. Finalmente, quando questionados “com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão”, 42 idosos responderam tê-los algumas vezes, 30 frequentemente e 3 sempre. Assim 75 inquiridos apresentam esses sentimentos.

Relativamente à escala WHOQOL-OLD o domínio que mais contribui para a qualidade de vida é o domínio da intimidade, onde foi pedido aos idosos que considerassem a pessoa mais próxima de si e com quem partilhavam a sua intimidade. Este dado torna-se relevante se recordarmos a grande percentagem de idosos a residir sozinhos ou em instituições.

Com a aplicação da escala de Barthel, concluímos que 2,1% dos inquiridos apresentavam um grau de dependência grave, 2,8% moderada e 19,4% dependência ligeira (75,7% eram independentes).

Relativamente aos idosos institucionalizados, é possível verificar que apresentavam graus de dependência ligeira (n=7), moderada (n=3) e grave (n=1), havendo ainda idosos independentes (consoantes esta escala) a residir no Lar (n=5).

Verificámos que 53,2% dos indivíduos independentes e 75% dos indivíduos que possuíam dependência ligeira referiram não praticar exercício físico.

Dos idosos independentes 21,1% são diabéticos, assim como o são 42,9% dos idosos com grau de dependência ligeira.

Em relação à HTA, 67,9% dos idosos independentes afirmaram ter esta doença crónica. Igualmente acontece com 71,4% dos idosos com grau de dependência ligeira e 75% dos que apresentavam grau de dependência moderado.

Considerando os indivíduos do sexo feminino que responderam ter osteoporose, 66,7% apresentavam dependência moderada.

Por fim, (atendendo às respostas obtidas às questões qualitativas) a saúde é o aspeto que mais influenciava a qualidade de vida dos idosos, que constituíam a nossa amostra. Muitos responderam mesmo, que qualidade de vida era sinónimo de saúde. Quando questionados sobre o que mais a influenciava positivamente 77 idosos responderam ser a saúde e a independência. 93 idosos responderam que a doença e a dependência eram os aspetos que mais influenciam negativamente a sua qualidade de vida.

Após a análise dos dados obtidos através da aplicação do questionário podemos identificar vários problemas/necessidades de saúde. A solidão dos idosos, que poderá levar a síndromes de depressão e tristeza é bem manifesta na análise acima. Além disso pode ainda levar ao isolamento social. Como relatado 52,08% dos idosos referiram sentir sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade e depressão. O número de idosos a residir sozinhos é na nossa amostra bastante significativa, pelo que o *combate à solidão*, assim como a inclusão social foram uma necessidade identificada.

A HTA, a DM e a osteoporose eram as patologias que mais afetavam esta população. Como vimos anteriormente o domínio físico é para esta população o que mais influenciava a sua qualidade de vida.

Quando questionámos os idosos acerca do significado de qualidade de vida, 50,69% referiram que era ter saúde, muitos atribuindo o mesmo significado aos dois conceitos. Além disso, 64,58% da amostra responderam que a doença e a dependência eram os principais fatores que influenciam a qualidade de vida.

Podemos então afirmar que as doenças influenciavam a qualidade de vida desta população. Identificamos a *HTA*, a *DM* e a *osteoporose* como um problema de saúde para

esta população, sendo uma necessidade capacitar os idosos da freguesia acerca delas. Pela análise dos questionários, não podemos aferir com exatidão quais as necessidades específicas (por exemplo, dúvidas ao nível da medicação, da gestão e adesão do regime terapêutico, da fisiopatologia da doença, ou autocontrolo), pelo que o grupo decidiu abordar as temáticas de forma ampla, com vista a dar resposta ao máximo de indivíduos.

Da análise dos dados verificamos que 16 idosos se encontram a residir no Lar, apresentando 11 deles algum tipo de dependência (de ligeira a grave). Como referido, muitas vezes os cuidadores formais não possuem competências técnicas e habilidades adequadas que lhes permitam cuidar de idosos, especialmente dos mais dependentes (que necessitam de cuidados especializados e diferenciados). Surge assim a necessidade de *capacitar os cuidados formais* de conhecimentos e técnicas científicas para que os cuidados sejam os mais adequados possíveis.

É sabido que o *exercício físico* apresenta inúmeros benefícios para a saúde, não só na prevenção, como na reabilitação, devendo estar presente em todas as idades. Deparamo-nos com uma percentagem elevada (59%) de idosos que não o praticavam. Atendendo aos seus benefícios, além de poder representar um momento ideal de convívio/socialização, defendemos que estimular a população idosa para a sua prática é uma necessidade.

### 3.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após a identificação dos problemas/necessidades é necessário realizar uma seleção entre elas, ou seja, definir prioridades, pois é difícil dar resposta a todas. A definição de prioridades foi efetuada pelo grupo responsável pelo projeto.

Para efetuar esta priorização tivemos em conta o reduzido tempo para a ação (6 semanas). Foram escolhidas as necessidades mais atuais e às quais se conseguiria dar resposta num curto espaço de tempo. Além disso, atendemos também ao facto de priorizar necessidades que fossem comuns ao maior número de idosos da nossa amostra.

As nossas escolhas foram também direcionadas para a realidade que percecionávamos na nossa área de trabalho, cuidados de saúde primários.

Foram também utilizados critérios de magnitude, ou seja, caracterizámos a dimensão do problema para aquela população, e de transcendência, onde avaliámos quais os que tinham maior ponderação neste grupo etário.

Além disso equacionamos em quais necessidades os recursos de que dispúnhamos iriam produzir mais ganhos (vulnerabilidade).

Das necessidades acima referidas, e atendendo aos critérios referidos, foram definidas como prioritárias: *a adoção de estilos de vida saudáveis (direcionados às doenças crónicas*

HTA e a DM), o combate à solidão, prática de exercício físico e a capacitação dos cuidadores formais.

Consideramos não ter capacidade de colmatar as necessidades referentes à osteoporose e as suas possíveis consequências ao nível de quedas, na medida em que, não poderíamos visitar todas as habitações a fim de verificar a existência de barreiras arquitetónicas. No caso de existirem consideramos não ser da competência direta da área da saúde realiza-las, nem dispúnhamos de recursos para tal. Poderíamos apenas fazer aconselhamento. Além disso, verificamos ser apenas uma necessidade identificada por inquiridos do sexo feminino, pelo que aplicando-se o critério de vulnerabilidade, não foi considerada uma prioridade para este projeto.

Outros aspetos relatados pelos idosos, como a falta de transportes e os baixos rendimentos, representam também necessidades às quais apenas poderíamos fazer o seu encaminhamento para entidades competentes, como a Segurança Social.

Das prioridades acima fixadas resultou o nosso projeto, na medida em que decorrerá num período de tempo definido e limitado.

### 3.3 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Como referido anteriormente, um objetivo é o enunciado de um resultado a que pretendemos chegar.

Os objetivos traçados tiveram em linha de conta as características da população alvo, os recursos disponíveis, o espaço temporal para a execução do projeto e as prioridades traçadas.

Assim como objetivo geral do projeto de intervenção foi definido:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pelo menos 15% dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, através das atividades englobadas no Projeto 65 + Saúde, até ao término de Junho de 2011.

Como objetivos específicos, foram traçados:

- Informar os idosos da freguesia de Santo Amaro sobre a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Prevenir complicações decorrentes da inatividade;
- Dinamizar a população idosa da freguesia de Santo Amaro;
- Minimizar a solidão da população idosa da freguesia de Santo Amaro;
- Capacitar os cuidadores formais para a adoção de boas práticas ao cuidar dos idosos da freguesia de Santo Amaro.

### 3.4 – DEFINIÇÃO DE INDICADORES

A definição de indicadores torna-se essencial para a avaliação, ou seja, para conseguirmos apurar se os objetivos traçados inicialmente foram, ou não, alcançados.

Como já foi referido, neste projeto foram usados indicadores de atividade devido ao curto espaço de tempo em que o mesmo decorre. Estes permitem-nos aferir se os idosos (população alvo) participaram nas atividades propostas pelo grupo.

Definimos indicadores para cada uma das vertentes do projeto, expressos individualmente, nos sub-subcapítulos 4.2.1 a 4.2.5.

### 3.5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

As estratégias selecionadas têm como finalidade capacitar os idosos com informações que lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida.

Foram definidas:

- Ações de educação para a saúde direcionadas aos idosos, de cariz participativo, que em estes possam relatar e trocar experiências, incentivando assim os outros elementos;
- Ações de educação para a saúde direcionadas aos cuidadores formais, de cariz participativo, que em estes possam relatar e trocar experiências, incentivando assim os outros elementos;
- Participação em atividades físicas que acarretam benefícios para os idosos e constituem uma oportunidade de convívio e ocupação dos tempos livres;
- Participação em atividades que possam promover o convívio e ao mesmo tempo proporcionar experiências novas.

#### 3.5.1 – Parcerias

Com vista ao cumprimento de todos os objetivos a que nos propusemos, foram estabelecidas parcerias com entidades que possuíam conhecimentos acerca da população e desempenham um papel relevante na área. Assim sendo, foram estabelecidas parcerias com a:

- Câmara Municipal de Sousel (Rede Social) – estudos já efetuados sobre a população, sector de desporto, transporte eventual de idosos para participar em atividades, entre outros. A técnica responsável pela Rede Social é também a

responsável pelo sector do desporto, sendo esta o elo de ligação entre o grupo de estágio e a CMS.

- Junta de Freguesia de Santo Amaro – Foi a instituição com que a ESSP contactou para a realização do estágio. Além disso, é o órgão com maior conhecimento sobre a nossa população alvo, além de dispor de recursos que permitiram colocar o projeto em prática.
- Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel (instituição proprietária do Lar)

#### 4 – PROJETO 65 + SAÚDE

Podemos definir projeto como uma atividade que decorre num período de tempo bem definido, e visa a obtenção de um resultado específico (Imperatori & Giraldes, 1993). Caracteriza-se pela realização de um conjunto de atividades, direcionadas para as necessidades de uma população/comunidade. Deve ser planeado tendo em conta os recursos materiais e humanos disponíveis, assim como as características do público-alvo.

Sentiu-se a necessidade de dar ao projeto um nome apelativo e de fácil memorização, onde em poucas palavras, se subentende-se o princípio deste. O nome escolhido foi: **65 + Saúde**. Este engloba tanto a ideia de idosos como a de promoção da saúde.

Sendo o principal objetivo da Promoção da Saúde a capacitação dos indivíduos/comunidades, estes dever-se-ão tornar conscientes e informados sobre o seu papel no controlo da saúde. Assim sendo, o projeto ir-se-á basear na teoria da aprendizagem social de Bandura.

Para obter mudanças numa comunidade, neste caso os idosos de Santo Amaro, é importante dota-los de conhecimentos científicos e adequados, capacitando-os assim para a alteração de comportamentos que visem maximizar a sua saúde.

Se os indivíduos do grupo observarem (aprendizagem observacional) noutros, mudanças de comportamento poderão identificar-se com elas levando a que o seu próprio comportamento se modifique (determinismo recíproco).

O grupo apostou em estratégias de autoeficácia, capacitando os idosos, de informação útil, pertinente e adaptada às suas reais necessidades e características próprias, demonstrando-lhe que tem todas as potencialidades para alterar o comportamento. Foi também importante definir objetivos atingíveis e pequenos (inicialmente).

Todas as alterações benéficas com vista a promover a sua saúde, por mais pequenas que possam parecer, foram enormes para o idoso. Foi importante reconhecer o esforço para a mudança, dando reforço positivo e elogiando/enaltecendo as mudanças de comportamento alcançadas.

O projeto 65 + Saúde será dividido em quatro projetos mais específicos com vista a uma mais fácil operacionalização e posterior avaliação do projeto de intervenção, como mostra a figura abaixo (figura 4).

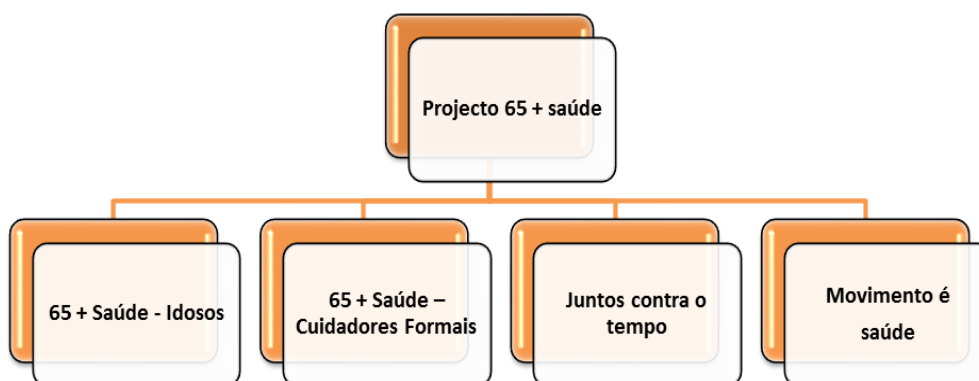


Figura 4 – Projeto 65 + Saúde

Os objetivos, estratégias, metas e indicadores serão definidos individualmente para cada área, assim como a respetiva avaliação. É importante referir que os indicadores usados no presente projeto são indicadores de atividade, pois face à duração do projeto só será possível aferir a atividade desenvolvida.

A calendarização das atividades está apresentada no cronograma presente no Apêndice III.

#### 4.1 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Para a reparação das atividades surgiu a necessidade de efetuar contatos prévios e reuniões com o presidente da junta de freguesia de Santo Amaro, a técnica responsável pela Rede Social (também responsável pelo setor do desporto da CMS), a responsável pelo Lar de Santo Amaro e algumas pessoas que possuem um papel de relevo no seio da comunidade.

O grupo ficou responsável por:

- Efetuar contatos com pessoas e instituições para a execução do projeto;
- Efetuar contatos com pessoas que possuam um papel de relevo no seio da comunidade, para que estas divulguem as atividades a realizar pelo grupo;
- Preparação de cartazes informativos acerca das atividades a desenvolver;
- Preparação das sessões de educação para a saúde;
- Organização da apresentação do projeto;
- Motivar os idosos para a participação nas atividades a desenvolver;

- Acompanhamento da realização das lembranças (pelos idosos) a distribuir às crianças, no âmbito da participação dos idosos na 'Sousel Infantil', através de visitas ao Lar, com o objetivo de os motivar e aumentar a sua autoeficácia;
- Acompanhamento do grupo de idosos participantes na caminhada organizada pela Comunidade Intermunicipal do Alto Alentejo [CIMAA], realizada em Sousel;
- Acompanhamento do grupo de idosos participantes na Visita ao Centro Cultural, para visitar a exposição temporária 'A Paixão de Cristo';
- Agradecimento às instituições parceiras e que connosco colaboraram.

## 4.2 – EXECUÇÃO

### 4.2.1 – Apresentação do Projeto 65 + saúde

Foi considerado pelo grupo que a melhor maneira de apresentar o projeto à população-alvo, seria através de uma apresentação pública e direta. Assim o grupo concordou que a melhor estratégia seria aproveitar a festa tradicional 'Bênção do Gado' (bastante acarinhada da população), realizada dia 14 de Maio de 2011, para apresentar o Projeto 65 + Saúde à população.

Um dos principais motivos de escolha deste modo de apresentação prendeu-se com o facto da grande maioria dos idosos da freguesia não saber ler, pelo que foi privilegiando o contacto direto com a população, explicando as atividades que iríamos desenvolver e incentivando/motivando a sua participação.

Durante a preparação da execução, foi efetuado contato com a Junta de Freguesia de Santo Amaro, enquanto entidade promotora e organizadora do evento, sendo-lhe explicada a nossa intenção. Esta foi recebida com bastante agrado, tendo-nos sido atribuído um espaço ("stand") no recinto da festa, onde para além da divulgação do projeto em si, foi incentivada a atividade física. Este incentivo foi ao encontro de outras atividades que estavam previstas para o decorrer da festa, como uma apresentação do grupo de ginástica sénior da CMS.

Foram-nos facultadas pela organização fotografias ilustrativas da atividade física disponível no concelho, direcionada para a população-alvo, que foram expostas no 'stand', com o objetivo de despertar a curiosidade dos presentes.

Foram também expostos, em local de estaque, cartazes alusivos às sessões que iriam ser desenvolvidas pelo grupo.

No 'stand' estavam disponíveis, para distribuir à população, folhetos referentes à HTA, à DM e ao exercício físico, cedidos por diversos laboratórios, através dos locais de trabalho

dos elementos do grupo. Foram efetuados 70 folhetos de incentivo à atividade física (Apêndice IV).

Durante a festa, decorreu uma caminhada até ao campo (para a bênção do gado propriamente dita) de cerca de 3 km (Apêndice V). Três elementos do grupo efetuaram esse percurso juntamente com a população (o quarto elemento ficou no 'stand' a realizar a divulgação do projeto), para que esta se fosse familiarizando com o grupo.

Para que a nossa presença fosse ainda mais apelativa, e por serem atividades que despertam a atenção dos idosos (conhecimento resultante da experiência profissional), efetuou-se a avaliação da tensão arterial, a determinação da glicemia capilar, assim como peso e altura.

O evento ocorreu das 10h00 às 18h00, e durante esse período esteve em permanência física no 'stand', pelo menos um dos elementos do grupo, de forma a efetuar contato com a população e avaliar os parâmetros.

O grupo de ginástica sénior realizou uma apresentação ao público demonstrando algumas das suas coreografias e exercícios. Aquando da apresentação da aula de ginástica sénior foi estimulada a participação dos idosos, tanto pelo professor responsável pela aula, como por nós grupo promotor do projeto.

O transporte dos idosos das outras freguesias para a festa foi assegurado pela CMS.

As atividades desenvolvidas, objetivos e respetivos indicadores foram esquematizados da seguinte forma:

APRESENTAÇÃO DO PROJECTO 65 + SAÚDE	
OBJECTIVOS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Divulgar o projeto 65 + Saúde, junto da população idosa da freguesia de Santo Amaro, que se dirija ao 'stand', durante a realização da festa tradicional "Bênção do Gado"</li><li>✓ Incentivar a população idosa da freguesia de Santo Amaro, que se dirija ao 'stand', durante a realização da festa tradicional "Bênção do Gado", para a participação nas atividades a realizar no âmbito do projeto 65 + Saúde</li><li>✓ Incentivar a população idosa da freguesia de Santo Amaro, que se dirija ao 'stand' durante a realização da festa tradicional "Bênção do Gado", para a adoção de estilos de vida saudáveis</li></ul>
ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Divulgação as atividades a realizar no decorrer do projeto, através de pessoas privilegiadas junto dos idosos da freguesia</li><li>✓ Participação na festa tradicional "Bênção do Gado", através da</li></ul>

	<p>presença do grupo num 'stand'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Privilegiar o contacto direto com a população, na divulgação do projeto;</li> <li>✓ Distribuição de folhetos de apresentação do projeto;</li> <li>✓ Avaliação da tensão arterial, determinação da glicemia capilar e determinação do peso e altura.</li> </ul>
POPULAÇÃO ALVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ População idosa residente na freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel</li> </ul>
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Junta de Freguesia de Santo Amaro</li> <li>✓ Câmara Municipal de Sousel</li> <li>✓ Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel</li> </ul>
RECURSOS MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 'Stand' cedido pela entidade organizadora da festa</li> <li>✓ Esfigmomanómetro, balança com craveira, medidor de glicemia e material inerente à determinação da glicemia capilar</li> <li>✓ Fotografias ilustrativas das atividades físicas disponíveis</li> <li>✓ Cartazes de divulgação</li> <li>✓ Folhetos direcionados para a DM e HTA</li> <li>✓ Folhetos de apresentação do projeto</li> </ul>
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem</li> </ul>
RECURSOS FINANCEIROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suportados pelas Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem e pelas entidades parceiras</li> </ul>
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Divulgação das atividades a desenvolver no âmbito do projeto 65 + Saúde junto dos idosos da freguesia de Santo Amaro</li> </ul>
PERÍODO DE REALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Das 10h00 às 18h00, no dia 14 de Maio de 2011</li> </ul>
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contacto com pelo menos 15% da população alvo, no decorrer da festa tradicional "Bênção do Gado"</li> <li>✓ Distribuição da totalidade dos folhetos de apresentação do projeto à população idosa</li> </ul>

#### **4.2.2 – 65 + Saúde: Idosos**

Dos resultados do diagnóstico de saúde verificamos que HTA e a DM eram os problemas de saúde mais referidos pelos idosos da nossa amostra. Aquando da definição de prioridades, foram as áreas eleitas para a intervenção.

O grupo resolveu efetuar uma intervenção comunitária, atendendo às especificidades da população e à identidade de cada indivíduo.

Considerando o comportamento como algo adquirido e apreendido, através da observação e das experiências dos seus pares, concluímos que ações de grupo teriam mais impacto e com elas poderíamos atingir mais facilmente os objetivos definidos. Além disso, a realização de sessões conjuntas permitiu a troca de experiências entre os idosos.

Coube ao grupo motivar os idosos para a adoção de estilos de vida saudáveis, consciencializando-os de que eram capazes de mudar o seu comportamento. Foi-lhes transmitida a ideologia de que pequenas alterações podem fazer grandes diferenças, motivando-os e elogiando os comportamentos saudáveis que refiram já possuir.

As sessões foram divulgadas através dos cartazes expostos na festa popular e de três cartazes colocados em pontos onde a população se dirige com frequência (Apêndices VI e VII).

Tendo em conta a elevada taxa de analfabetismo da população, foi também privilegiado o contacto direto com os idosos. Verificamos que os próprios fizeram a divulgação da sessão, passado a palavra aos seus pares.

Foram efetuadas duas sessões, uma direcionada para a DM e outra direcionada para a HTA (Apêndice VIII), estando as planificações expostas nos Apêndice IX e X. Estas decorreram numa sala disponibilizada pela Junta de Freguesia de Santo Amaro (local de fácil acesso a todos os idosos da aldeia).

Nas respetivas sessões de educação para saúde foram distribuídos folhetos informativos (Apêndices XI e XII) referentes às temáticas abordadas. Aos idosos que não sabiam ler, foi-lhes aconselhado que pedissem a um familiar, amigo ou vizinho que lho lesse. Isto permite, que a informação se propague a mais população.

Foram preparadas apresentações interativas (recorrendo a imagens frequentemente), através de meios audiovisuais, com vista a uma mais fácil captação e fixação da mensagem. Recorreu-se também à partilha de situações vivenciadas no quotidiano para uma mais fácil compreensão da informação transmitida.

O método usado foi então o expositivo, apelando ao grupo de idosos presente que relatasse experiências e vivências no âmbito da temática, facilitando o diálogo entre todos os intervenientes.

No final da sessão foram colocadas de forma informal, cinco questões aos idosos presentes, acerca da temática abordada, devendo estes responder a pelo 3 delas.

Após o final da sessão relacionada com HTA, foi efetuada a avaliação da TA, e posterior reflexão sobre os valores obtidos. O mesmo aconteceu após a sessão relacionada com a DM, efetuando-se uma pesquisa de glicemia capilar, também seguida de uma análise dos valores.

As atividades desenvolvidas, objetivos e respetivos indicadores foram esquematizados da seguinte forma:

65 + SAÚDE - IDOSOS	
OBJECTIVOS	✓ Capacitar pelo menos 15% da população idosa da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, para a adoção de estilos de vida saudáveis, no âmbito do projeto “65 + Saúde”, até ao término da 1ª quinzena de Junho de 2011
ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organização e divulgação de sessões temáticas sobre os temas pertinentes: HTA e DM</li> <li>✓ Realização das sessões temáticas sobre os temas pertinentes: HTA e DM</li> <li>✓ Distribuição de folhetos informativos à totalidade dos idosos presentes nas sessões.</li> </ul>
POPULAÇÃO ALVO	✓ População idosa residente na Freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Junta de Freguesia de Santo Amaro</li> </ul>
RECURSOS MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esfigmomanómetro, medidor de glicemia e material inerente à determinação da glicemia capilar</li> <li>✓ Material audiovisual</li> <li>✓ Folhetos direccionados para a HTA e DM</li> <li>✓ Material existente na sala cedida pela Junta de Freguesia de Santo Amaro</li> </ul>
RECURSOS HUMANOS	✓ Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem
RECURSOS FINANCEIROS	✓ Suportados pelas Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem e pelas entidades parceiras
METAS	✓ Capacitação de pelo menos 15% da população idosa com DM

	<p>da freguesia de Santo Amaro para a adoção de estilos de vida saudáveis</p> <p>✓ Capacitação de pelo menos 15% da população idosa com HTA da freguesia de Santo Amaro para a adoção de estilos de vida saudáveis</p>
PERÍODO DE REALIZAÇÃO	<p>✓ 18 e 25 de Maio de 2011</p>
INDICADORES	<p>✓ Participação de pelo menos 15% da população idosa com DM na sessão direcionada para a Diabetes Mellitus</p> <p>✓ Participação de pelo menos 15% da população idosa com HTA na sessão direcionada para a Hipertensão Arterial</p>

#### 4.2.3 – 65 + Saúde: Cuidadores Formais

Das áreas por nós consideradas como prioritárias destacava-se a necessidade formativa dos cuidadores formais, pois muitos dos idosos dependentes da nossa amostra, residem no Lar ou recebem apoio domiciliário por parte desta instituição.

Consideramos assim imperativo capacitar os cuidadores formais para o cuidado ao idoso diabético, hipertenso e dependente (plano das sessões – Apêndices XIII, XIV e XV), pois na grande maioria das vezes, estes cuidadores não possuem qualquer tipo de formação. Esta escolha foi apoiada pela responsável do referido Lar, que considerou pertinente e de extrema importância esta capacitação com vista ao melhor cuidado possível. No Lar trabalham 10 funcionárias responsáveis pelos cuidados diretos aos idosos.

As datas das sessões foram acordadas com a referida responsável, que fez a divulgação junto das parceiras. Foi também colocado um cartaz informativo sobre as sessões em local visível e de passagem frequente (Apêndice XVI).

Mais uma vez o meio usado foi o audiovisual, de forma a captar a atenção e fixação da mensagem. As cuidadoras foram também estimuladas a relatar as suas experiências decorrente do trabalho diário e a exporem dúvidas, casos as tivessem.

A sessão relativa aos cuidados ao idoso diabético teve uma componente prática, direcionada aos cuidados podológicos. Foi demonstrado por um elemento do grupo quais as técnicas corretas de prestação de cuidados aos pés. No final foi entregue ao Lar um poster (efetuado pelo grupo) acerca desses mesmos cuidados, para ser afixado onde considerassem mais pertinente (Apêndice XVII).

As atividades desenvolvidas, objetivos e respetivos indicadores foram esquematizados da seguinte forma:

65 + SAÚDE – CUIDADORES FORMAIS	
OBJECTIVOS	✓ Capacitar 80% das cuidadoras formais do Lar, da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, até ao término da 1ª quinzena de Junho de 2011, sobre os cuidados a ter com o idoso diabético, hipertenso e/ou dependente, através das sessões realizadas no âmbito do projeto 65 + Saúde: Cuidadores Formais
ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organização de sessões temáticas sobre os temas pertinentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O Idoso diabético</li> <li>○ O Idoso hipertenso</li> <li>○ O Idoso dependente (Apêndice XVIII)</li> </ul> </li> <li>✓ Divulgação das sessões temática sobre os temas pertinentes</li> </ul>
POPULAÇÃO ALVO	✓ Cuidadoras formais do Lar, responsáveis pela prestação de cuidados diretos aos idosos
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel</li> </ul>
RECURSOS MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Material audiovisual</li> <li>✓ Material de podologia</li> <li>✓ Material disponibilizado pela instituição para apresentação de casos práticos</li> <li>✓ Sala disponibilizada pelo Lar</li> </ul>
RECURSOS HUMANOS	✓ Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem
RECURSOS FINANCEIROS	✓ Suportados pelas Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem e pelas entidades parceiras
METAS	✓ Capacitação de pelo menos 80% dos cuidadores informais para a adoção de boas práticas ao cuidar de idosos
PERÍODO DE REALIZAÇÃO	✓ 18 e 25 de Maio e 1 de Junho de 2011
INDICADORES	✓ Participação de pelo menos 80% das cuidadoras formais nas sessões realizadas

#### **4.2.4 – Juntos Contra o Tempo**

Outra das necessidades identificadas, e posteriormente considerada prioritária para a intervenção de grupo, foi a solidão de muitos idosos da aldeia de Santo Amaro.

Foi então estabelecido o projeto Juntos Contra o Tempo. Neste âmbito foram realizadas duas atividades:

##### **- Participação na Sousel Infantil 2011**

Foi estabelecido pelo grupo que uma forma de combate à solidão e inclusão na comunidade seria a participação dos idosos nas comemorações do Dia Mundial da Criança, a Sousel Infantil 2011 em Sousel.

Nos anos anteriores existia neste evento um espaço destinado a jogos tradicionais. Consideramos que a participação dos idosos neste âmbito, ajudando e orientando as crianças, seria proveitosa para ambos.

No ano 2011, a CMS (organizadora do evento), reformulou o espaço onde o evento decorria, transferindo-o para o pavilhão multiusos de Sousel (Anexo I). Assim, através de uma reunião com o parceiro foi solicitada a participação dos idosos no evento, através da organização de um 'stand' onde realizariam a entrega às crianças de uma lembrança por si efetuada.

Esta atividade envolveria outros recursos financeiros, além do transporte dos idosos de Santo Amaro para Sousel, pelo que foi ponderada a participação dos idosos do Lar. Esta foi amplamente apoiada pela instituição, que sugeriu a participação conjunta entre o Lar de Santo Amaro e outro Lar da mesma instituição.

A participação na Sousel Infantil e a realização das lembranças teve então a participação dos idosos de dois Lares do concelho. Os custos, referentes à elaboração das mesmas e o transporte dos idosos, ficaram a cargo da CMS.

As lembranças (lápiz com aplicação) foram efetuadas pelos idosos nos respetivos lares, com o apoio das animadoras destes, tendo participado todos os idosos que vontade para tal manifestaram. Os elementos do grupo visitaram o Lar de Santo Amaro, a fim de acompanhar a realização das lembranças, motivando e elogiando os idosos pela atividade desenvolvida.

O evento ocorreu dia 1 de Junho de 2011. O 'stand' destinado aos idosos dos 2 lares, estava situado na entrada do pavilhão (Anexo II). As crianças, organizadas por grupos (que representavam as respetivas turmas) e orientadas por um professor, foram visitando todos os 'stands' presentes, sendo-lhes atribuída uma lembrança pelos idosos quando passavam pelo seu 'stand'.

A elaboração de lembranças corresponde a uma forma de ocupação do tempo. Sendo uma atividade de grupo serviu também para estimular o convívio entre todos. Além disso,

sendo uma atividade manual, mobilizou a destreza e as capacidades manuais, assim como a criatividade.

**- Visita a uma exposição no Centro Cultural de Sousel**

Para a realização desta visita foi efetuado um contato com a técnica da rede social, a fim de averiguar qual a possibilidade de se organizar a visita a uma exposição no Centro Cultural de Sousel.

Na altura, o Núcleo Museológico da CMS, havia organização uma exposição temporária, inserida no Ciclo de Exposições Temporárias dedicado à coleção de Cristos de Sousel. Estaria disponível para visitação de 20 de Abril a 20 de Junho de 2011. Havia muita curiosidade relativa a ela, por parte do público, pois a coleção numa tinha sido mostrada na íntegra.

A rede social da CMS apoiou a ideia e associou-se a ela, por ser uma atividade inovadora que não fazia parte do quotidiano dos idosos. Foi organizada a visita para o dia 8 de Junho de 2011. Ficou a entidade parceira responsável pela divulgação e pelo transporte dos idosos. O grupo ficou responsável pela divulgação (Apêndice XIX).

As atividades desenvolvidas, objetivos e respetivos indicadores foram esquematizados da seguinte forma:

JUNTOS CONTRA O TEMPO	
OBJECTIVOS	✓ Minimizar a solidão de pelo 15% dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, através da participação nas atividades englobadas no projeto “Juntos Contra o Tempo”, até ao término da 1ª quinzena de junho de 2011
ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimular a participação dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, no evento ‘Sousel Infantil 2011’</li> <li>✓ Organizar a visita dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, a uma exposição no Centro Cultural de Sousel</li> </ul>
POPULAÇÃO ALVO	✓ População idosa residente na freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel</li> <li>✓ Câmara Municipal de Sousel</li> </ul>
RECURSOS MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Material usado para a elaboração das lembranças</li> <li>✓ Meio de transporte</li> </ul>

RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Técnica da Rede Social</li> </ul>
RECURSOS FINANCEIROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suportados pelas entidades parceiras</li> </ul>
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumentar a participação social de pelo menos 15% dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel</li> </ul>
PERÍODO DE REALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 de Junho de 2011</li> <li>✓ 8 de Junho de 2011</li> </ul>
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participação de pelo menos 15% dos idosos do Lar de Santo Amaro, concelho de Sousel, no evento “Sousel Infantil”</li> <li>✓ Participação de pelo menos 15% da população idosa da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, na visita à exposição a decorrer no Centro Cultural de Sousel</li> </ul>

#### 4.2.5 – Movimento é Saúde

Como referido anteriormente, a prática de exercício físico acarreta inúmeros benefícios, tanto físicos como psicossociais, pelo que a sua prática deve ser incentivada. Ao longo de todos os projetos foi incentivada a prática de exercício, como na apresentação do projeto e nas sessões de educação para a saúde. Além disso, os idosos foram, sempre que nos pareceu oportuno, incentivados a integrar o Grupo de Ginástica Sénior, da CMS.

Inicialmente, para este projeto, foi pensada a organização de uma caminhada, tendo em conta a população-alvo a que se destinada. No entanto, durante a fase de preparação verificamos que já se encontravam organizadas duas caminhadas para o mês de Maio. A primeira seria realizada no dia 7 de Maio de 2011 (Caminhada da Família) e a segunda no dia 21 de Maio de 2011 (Caminhada Sénior, integrada nos jogos do Norte Alentejano e organizada pela CIMAA). O grupo considerou que seriam demasiadas solicitações para o mesmo tipo de atividades, podendo a adesão da população ser baixa.

Foi decidido pelo grupo associarmo-nos à organização e divulgação da Caminhada Sénior (Anexo III).

Durante o decorrer do projeto o exercício físico esteve presente nas seguintes ocasiões:

- Na festa tradicional ‘Bênção do Gado’, onde foi realizada a apresentação do projeto, decorreu um passeio ao campo de cerca de 3 km, tendo a população sido estimulada a participar. Além disso, o Grupo de Ginástica Sénior da CMS fez uma apresentação das suas atividades, tendo a população idosa sido convidada a participar e a integrar o grupo, quer pelo professor de ginástica, que pelo nosso grupo.

- No dia 21 de Maio de 2011 decorreu então a caminhada sénior, na qual participamos na organização e divulgação. Foi realizada na sede de conselho, pelo que o transporte dos idosos de Santo Amaro foi assegurado pela CMS. Tratou-se de um passeio urbano com aproximadamente 4 km.

O conselho de Sousel dispõe de oferta direcionada para o exercício físico na população idosa, pelo que coube ao grupo o incentivo à participação nas atividades já organizadas.

O Grupo de Ginástica Sénior reúne-se duas vezes por semana, participando também em eventos, dentro e fora do conselho (marchas populares, desfiles de carnaval, entre outros). A participação neste grupo não só iria contribuir para a realização de atividade física, mas também para o convívio entre os idosos.

As atividades desenvolvidas, objetivos e respetivos indicadores foram esquematizados da seguinte forma:

MOVIMENTO É SAÚDE	
OBJECTIVO	✓ Estimular a prática de exercício físico de pelo menos 15% dos idosos da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, através da participação nas atividades desenvolvidas no âmbito do projeto 'Movimento é Saúde', até ao término da 1ª quinzena de Junho de 2011
ESTRATÉGIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incentivar a participação dos idosos nas aulas de ginástica sénior</li> <li>✓ Participar na organização e divulgação da Caminha Sénior</li> <li>✓ Incentivar a participação dos idosos na Caminhada Sénior</li> </ul>
POPULAÇÃO ALVO	✓ População idosa residente na freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel
INTERVENIENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel</li> <li>✓ Câmara Municipal de Sousel</li> </ul>
RECURSOS MATERIAIS	✓ Transporte assegurado pelo CMS
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alunas do Cursos de Mestrado em Enfermagem</li> <li>✓ Grupo de Ginástica Sénior da CMS</li> <li>✓ Professor de desporto do grupo de Ginástica Sénior da CMS</li> </ul>
RECURSOS FINANCEIROS	✓ Suportados pelas entidades parceiras

METAS	✓ Promover o exercício físico e consequentemente a ocupação saudável de 15% da população idosa
PERÍODO DE REALIZAÇÃO	✓ Transversal a todo o projeto ✓ 21 de Maio de 2011 (caminhada)
INDICADORES	✓ Participação de pelo menos 15% dos idosos nas atividades desenvolvidas

#### 4.3 – AVALIAÇÃO

Após a execução do projeto, será efetuada a última etapa do planeamento em saúde, a avaliação. Com ela pretende-se “utilizar de maneira sistémica a experiência para melhorar uma atividade em curso e planear mais eficazmente” (Imperatori & Giraldes, 1993:173).

A avaliação está relacionada com as informações colhidas e com os objetivos traçados, procurando averiguar se estes foram alcançados. Assim, através dos indicadores de atividade definidos podemos aferir o grau de sucesso do cumprimento dos objetivos a que nos propusemos.

Nesta fase, será então efetuada a avaliação do Projeto 65+ Saúde.

Sendo um projeto dividido em quatro áreas, e para mais fácil visualização dos resultados, apresentaremos a avaliação de cada uma delas.

##### Apresentação do Projeto

Durante o decorrer da ação não nos foi possível contabilizar todos os contactos efetuados, pois foi considerado contraproducente pelo grupo, parar o contacto para efetuar um registo, tendo em conta que muitas vezes estes eram seguidos/contínuos.

Posteriormente foram contabilizados, através da avaliação dos parâmetros, 52 avaliações a idosos e respetiva divulgação do projeto aos mesmos, representando 36,11% da população alvo. Todos os folhetos efetuados foram distribuídos pelos idosos da freguesia. Assim podemos afirmar que os objetivos foram claramente superados.

É de salientar o trato fácil da população idosa desta freguesia, assim como o interesse e motivação que demonstraram para a participação no projeto.

##### 65 + Saúde: Idosos

Na sessão realizada dia 18 de Maio de 2011 (temática DM), estiveram presentes 15 idosos diabéticos (numa população de 40), ou seja, 37,5% dos idosos diabéticos da nossa amostra (N=144).

Na sessão realizada dia 25 de Maio de 2011 (temática HTA), estiveram presentes 18 idosos hipertensos (numa população de 98), ou seja, 18,4% dos idosos hipertensos da nossa amostra.

Verificamos assim que os valores a que nos propusemos, quantificáveis através dos indicadores, foram atingidos.

Foram distribuídos folhetos informativos, direcionados a cada uma das sessões, à totalidade dos idosos presentes.

Após cada sessão foi realizada a sua avaliação. Foram efetuadas pelo grupo, cinco questões relacionadas com a temática abordada. Foi considerado que os idosos apreenderam a informação transmitida se respondessem corretamente a pelo menos três dessas questões. Traçamos como objetivo que 60% dos idosos respondessem corretamente a 3 das 5 questões. A avaliação teve um caráter informal e o método utilizado foi o oral, atendendo à percentagem de analfabetismo da população.

Constatamos que a totalidade dos idosos presentes em ambas as sessões respondeu corretamente a pelo menos três questões, muitos deles respondendo a todas elas de forma correta. Assim sendo, o grupo considerou que o objetivo traçado para este projeto 65 + Saúde: Idosos foi alcançado.

Os idosos que participaram nas sessões de educação para a saúde mostram-se motivados e interessados, sem receio de colocar questões e dúvidas, nem de trocarem experiências entre si.

#### 65 + Saúde: Cuidadores Formais

Nas sessões realizadas no âmbito do projeto 65 + Saúde: Cuidadores Formais, consideramos que houve uma boa adesão destas, na medida em que, estiveram presentes funcionárias que se encontravam de folga.

Relativamente à participação estiveram presentes:

- 7 funcionárias na sessão direcionada ao cuidado ao idoso diabético;
- 9 funcionárias na sessão direcionada ao cuidado ao idoso hipertenso;
- 8 funcionárias na sessão direcionada ao idoso diabético.

Assim podemos verificar que a participação nas sessões foi de 80%, tendo o objetivo sido alcançado.

Também no projeto 65 + Saúde: Cuidadores Formais, após cada sessão, foi aplicado um questionário informal e oral, como forma de avaliação. Tínhamos por objetivo a resposta correta, a pelo menos 3 das 5 questões colocadas, por parte de 60% das funcionárias. Verificamos que a totalidade das cuidadoras formais, após as sessões, respondeu corretamente a todas as questões.

### Juntos Contra o Tempo

Os idosos, quando informados das atividades a desenvolver no âmbito do projeto Juntos Contra o Tempo, mostraram-se muito motivados e visivelmente felizes e ansiosos por participar.

No evento, Sousel Infantil 2011 participaram 10 utentes do Lar, o que representa 62,5% dos residentes, tendo o objetivo sido amplamente atingido.

A visita à exposição presente no Centro Cultural de Sousel contou com a adesão de 25 idosos, que representa 17,4% da população idosa da aldeia, tendo também aqui o objetivo sido alcançado.

### Movimento é Saúde

Tendo em conta que o conselho de Sousel dispõe, há algum tempo, de uma boa oferta de atividades físicas direcionadas para os idosos, foi-nos difícil aferir, até que ponto as nossas ações contribuíram para aumentar a participação dos idosos nas atividades desenvolvidas.

Segundo dados fornecidos pela CMS, em Abril de 2011 estavam inscritos no Grupo de Ginástica Sénior, 18 idosos da freguesia de Santo Amaro. Em Junho do mesmo ano, estavam inscritos 23 idosos da referida freguesia, representando 15,97% da nossa amostra.

Na caminhada Sénior estiveram presentes 38 idosos da freguesia de Santo Amaro, ou seja, 26,39% da população idosa. Consideramos assim que o objetivo a que nos propusemos foi atingido.

Relativamente ao objetivo de estágio determinado, pelo atingimento de todos os objetivos dos projetos, este foi alcançado.

## **5 – ANÁLISE REFLEXIVA**

O presente capítulo tem como objetivo a descrição e análise crítica dos aspetos mais significativos decorrentes do estágio de enfermagem comunitária, que decorreu no período compreendido entre 14/02/2011 e 27/06/2011 na freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel.

Refletindo na escolha do campo de estágio após o término deste, posso concluir que se tratou de uma escolha acertada. Todos os idosos da aldeia, sem exceção, se mostraram felizes e entusiasmados pela realização de um projeto desta natureza na sua localidade. Assim, a satisfação e motivação foi uma constante, que se verificou nas pessoas que participaram nas atividades desenvolvidas, mas também em nós, que as desenvolvemos.

Como foi largamente abordado, o envelhecimento populacional é uma realidade no nosso país, sendo o Alentejo a região que apresenta uma percentagem de idosos mais elevada. Durante as várias visitas que efetuamos à aldeia, quer para a execução do diagnóstico de saúde, quer para a realização de reuniões ou finalmente para a operacionalização do projeto, foi observável o envelhecimento da população desta aldeia, principalmente pela ausência de jovens nas ruas, cafés e noutros estabelecimentos.

Assim sendo, pareceu-nos que a escolha da temática envelhecimento, para executar um projeto de intervenção iria ao encontro das necessidades atuais em termos de promoção da saúde. É importante capacitar os idosos para a adoção de estilos de vida saudáveis, com vista a um envelhecimento ativo, promovendo durante o máximo de tempo possível a sua autonomia. A OMS e a Comissão de União Europeia consideram “de grande importância todas as medidas (...) que contribuam para um envelhecimento ativo” (DGS, 2008: 2). Segundo o PNS 2012-2016, é importante “aumentar a participação do MS em áreas-chave, como (...) na educação de seniores e outras medidas de envelhecimento ativo e saúde no idoso (...)” (PORTUGAL, 2012b: 13) devido ao seu potencial impacto em todo o setor da saúde (Ferrinho, citado por PORTUGAL, 2012b).

O enfermeiro terá aqui um papel preponderante, na identificação de necessidades de cuidados aos idosos, estabelecendo prioridades, planeando e desenvolvendo atividades, individuais ou comunitárias, que contribuam para a qualidade de vida dos idosos. Além disso,

“os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar cuidados de saúde primários a todos os níveis e a manter as ligações entre os indivíduos, famílias e comunidades (...) exploram maneiras novas e melhores de manterem bem, ou melhorar a saúde e prevenir a doença e a incapacidade” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007: 2)

O estágio foi efetuado segundo a metodologia do planeamento em saúde, visando a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23). Enquanto processo, o planeamento em saúde permitiu englobar o diagnóstico de saúde da população, definir prioridades e traçar um projeto de intervenção.

Foram definidas como prioridades para a intervenção: a adoção de estilos de vida saudáveis, o combate à solidão, a prática de exercício físico e a capacitação dos cuidadores formais. Após isso, foi constituído o projeto 65 + Saúde, dividido em quatro projetos paralelos, que tinham por objetivo colmatar as necessidades de saúde identificadas.

Quase todas as prioridades vão ao encontro do definido pela DGS (2008) como aspetos valorizáveis no processo de envelhecimento saudável: autonomia, aprendizagem ao longo da vida e manter a atividade.

No projeto 65 +Saúde: idosos direcionamos a nossa ação para a adoção de estilos de vida saudáveis, abordando as temáticas HTA e DM. Pelo verificado, através da análise do diagnóstico de saúde, assim como pelos dados decorrentes da experiência profissional, e ainda pela revisão bibliográfica, estas são as doenças crónicas que mais afetam os idosos, pelo que seria de todo pertinente a sua abordagem.

Com o envelhecimento, aumenta a prevalência de doenças crónicas, como a HTA e a DM, pelo que o idoso e os que o rodeiam devem geri-las de forma cuidadosa (Mártires, 2013). Segundo Polónia *et al* (2007) o AVC (situação diretamente relacionada com a HTA) é a principal causa de morte em Portugal, sendo a HTA o principal problema de saúde pública do nosso país (Carregata & Carmona, citados por Mártires (2013).

A DM tem em Portugal uma taxa de prevalência de 12,9%, estando diretamente relacionada com o envelhecimento da população (OND, 2013), e é uma das doenças crónicas mais prevalentes no nosso país.

Após a realização deste projeto verificamos algumas lacunas, por parte dos idosos, relativamente ao conhecimento da fisiopatologia destas doenças crónicas, da sua prevenção e quais as medidas a adotar para evitar o surgimento/agravamento de complicações. Considero que todas as ações de educação para a saúde no âmbito das temáticas contribuíram para aumentar a qualidade de vida dos idosos, na medida em que, a transmissão de informações tem um papel preponderante na modificação de comportamentos. Isto porque “a prevenção das doenças, atrasando o seu aparecimento ou

diminuindo a sua gravidade é uma componente fundamental do envelhecimento saudável” (DGS, 2008: 3).

Para o objetivo deste projeto foram definidos dois indicadores de atividade: participação de pelo menos 15% da população idosa com DM na sessão direcionada para a DM e participação de pelo menos 15% da população idosa com HTA na sessão direcionada para a HTA. Na sessão de educação para a saúde direcionada para a temática DM, estiveram presentes 15 idosos diabéticos, ou seja, 37,5% da população idosa com DM. Na sessão direcionada para a temática HTA estiveram presentes 18 idosos hipertensos, representando 18,4% da população idosa com HTA. Considero assim que o objetivo traçado foi alcançado.

Relativamente ao projeto Juntos Contra o Tempo considero que as duas atividades desenvolvidas (visita à exposição e participação na Sousel Infantil 2011) contribuíram para a inclusão social dos idosos e convívio multigeracional. Muitos dos participantes referiram que estas atividades os fizeram “sentir mais integrados”, principalmente pelo contato com as crianças. A realização de lembranças, por parte dos idosos, para distribuir às crianças aquando da sua participação na Sousel Infantil, teve uma enorme importância. Com o envelhecimento as capacidades motoras e intelectuais podem diminuir, pelo que é importante estimular atividades manuais e imaginativas. Além disso, sendo estas atividades realizadas em conjunto contribuíram também para o relacionamento social dos idosos e para a partilha de experiências e saberes.

Como indicador foi estabelecido para esta atividade a participação de pelo menos 15% dos idosos do Lar de Santo Amaro, concelho de Sousel, no evento “Sousel Infantil”. Verificou-se a participação de 10 utentes do Lar, representando 62,5% dos residentes dessa instituição pelo que o objetivo traçado foi largamente alcançado.

A visita à exposição foi também recebida com agrado pela população idosa, dando-lhes a oportunidade de passear e conviver, realizando uma atividade que não faz parte do seu quotidiano. “Conviver é fundamental para a prevenção de diversos problemas das pessoas idosas e para a promoção do envelhecimento saudável” (DGS, 2008: 5). Para esta atividade, mais uma vez, traçamos como indicador a participação de pelo menos 15% da população idosa da freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel, na visita à exposição a decorrer no Centro Cultural de Sousel. Uma vez mais, o nosso objetivo foi alcançado, pois participaram na visita 25 idosos da freguesia de Santo Amaro, o que representa 17,4% da população idosa.

Todas as atividades realizadas no âmbito do projeto Juntos Contra o Tempo, vão ao encontro do preconizado pela DGS como estratégias de envelhecimento saudável. Assim “as pessoas idosas devem participar em atividades de grupo, de preferência intergeracionais, atividades de aprendizagem e de conhecimentos de novos lugares”, uma

vez que, todas as atividades desenvolvidas e que promovam o convívio e a socialização dos idosos têm um efeito direto sobre a sua qualidade de vida e bem-estar (DGS, 2008: 4).

O projeto Movimento é Saúde teve como função informar os idosos dos benefícios do exercício para a saúde e bem-estar, tanto físico como psicossocial, estimulando a sua prática. Ao nível físico “fazer atividade física regular e adequada à idade e ao estado de saúde” (DGS, 2008: 3) é essencial para prevenir o aparecimento e/ou agravamento de algumas patologias. Além disso, contribui para aumentar a autonomia e o convívio social entre os idosos. Segundo McPherson, citado por Faria & Marinho, (2004), a prática de exercício físico promove o alargamento das relações sociais, através do estabelecimento de novas amizades e a aquisição de novos papéis.

Vários idosos consideravam que o exercício físico era apenas direcionado aos jovens, enquanto outros manifestavam vontade de o fazer, no entanto, tinham vergonha do ‘que os outros iriam pensar deles’. Penso que com as atividades desenvolvidas contribuimos para a diminuição dos preconceitos e estigmas associados ao exercício físico na terceira idade, tanto partilhados pela comunidade, como pelos idosos. O facto de desenvolverem atividade física de forma coletiva contribui, não só para o convívio, mas também para se sentirem parte integrante do grupo, partilhando objetivos e experiências.

Também para este projeto foram traçados indicadores que nos permitiram avaliar se o objetivo traçado foi, ou não, alcançado. Assim foi definido como indicador a participação de pelo menos 15% dos idosos nas atividades desenvolvidas. Podemos afirmar que o objetivo foi alcançado com a participação de 26,39% dos idosos de Santo Amaro na Caminha Sénior e 15,97% de idosos da referida freguesia inscritos no Grupo de Ginástica Sénior da CMS.

Finalmente o Projeto 65 + Saúde: Cuidadores Formais, emergiu da necessidade de formação científica, atualizada e adequada destes cuidadores. Como já foi referido anteriormente, a institucionalização dos idosos é hoje uma realidade crescente, sendo os cuidadores informais (família) gradualmente substituídos pelos formais, pelo que é necessário capacita-los para o cuidados adequados aos idosos. Também aqui o enfermeiro é detentor de um papel preponderante, devendo transmitir as ferramentas adequadas ao cuidado do idoso, em todas as suas valências e graus de dependência, para que todos ‘falem a mesma língua’ e para que exista uma real continuidade dos cuidados. Além disso, cuidar de idoso muitas vezes é uma tarefa árdua, gerando sentimentos de angústia, insegurança e desânimo (Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009). Considero que todas as sessões efetuadas, tendo como público-alvo as cuidadoras formais do Lar de Santo Amaro, foram de extrema importância para estas. Este facto é corroborado pela elevada participação na totalidade das sessões realizadas, verificando-se que muitas das funcionárias que prestam cuidados aos idosos compareceram às sessões mesmo estando de folga. Referiram que todas as informações disponibilizadas, nas diferentes sessões,

foram pertinentes e ao encontro das suas reais necessidades. Finalmente, traçamos como indicador para este projeto a participação de pelo menos 80% das cuidadoras formais nas sessões realizadas. Estiveram presentes 80% das cuidadoras pelo que o objetivo foi alcançado.

Todas as sessões efetuadas no âmbito dos projetos 65 + Saúde: Idosos e 65 + Saúde: Cuidadores Formais foram alvo de avaliação oral e informal no final das mesmas. Estas avaliações foram positivas, considerando o grupo que os objetivos traçados para cada sessão foram atingidos, uma vez que a totalidade dos indivíduos (idosos e cuidadoras informais) responderam acertadamente a pelo menos 3 das 5 questões colocadas.

Relativamente à postura nas sessões de educação para a saúde, o grupo tentou desenvolver uma relação empática e de confiança com os idosos, como forma de motivação e estímulo para a alteração de comportamentos. Segundo Sousa (sded: 2) o enfermeiro no cuidar ao idoso deve socorrer-se de habilidades pessoais e profissionais, partilhando “atitudes como sejam a empatia, a aceitação, o compromisso, a consciência e a competência”.

Em todas as atividades foi utilizada a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura. Após o estágio podemos concluir que este modelo foi o mais adequado, na medida em que, desenvolvemos intervenções na comunidade, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis. Esta teoria baseia-se na ideologia de que o meio em que nos inserimos influencia o comportamento. Dias, citado por Santos (2009), refere que os indivíduos aprendem através da observação do comportamento dos outros e das consequências deste, não sendo a aprendizagem apenas resultante de experiências pessoais. Além disso, as crenças, valores e mitos presentes na comunidade em que o indivíduo se insere também influenciam o comportamento. Foi então importante fazer intervenções de cariz comunitário, ou seja, realizar sessões destinadas à capacitação da comunidade, para que a alteração de comportamento ocorra no grupo. Se um idoso observar noutros a adoção de estilos de vida saudáveis, com consequências benéficas, será influenciado a adotá-los também.

O grupo encorajou os idosos a alterar comportamentos, consciencializando-os de que possuem competências reais para o fazer (autoeficácia). Para tal, definimos metas simples (direcionadas às reais necessidades) e alcançáveis por todos, como forma de estímulo e motivação, elogiando e efetuando reforço positivo para os comportamentos saudáveis já efetuados. Verificou-se grande empenho dos idosos num envelhecimento ativo e saudável.

Não podemos contudo afirmar que obtivemos ganhos em saúde, uma vez que estes só poderiam ser verificáveis a médio prazo. Contudo, incentivámos a adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos idosos de Santo Amaro, e atendendo à motivação da população, esperamos que estes se tenham efetivado.

Durante a realização do projeto e respetivo estágio foram vivenciadas algumas dificuldades. Essas prenderam-se com o conciliar da vida pessoal, profissional e académica. No entanto, considero que esse esforço foi largamente compensado. O facto de o estágio não contar com a colaboração dos serviços de saúde locais, foi também um condicionante, tendo sido colmatado devido ao amplo conhecimento que um dos elementos do grupo tinha acerca da população e serviços locais.

Este estágio foi de extrema importância, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais e humanas. Além disso, considero que todas as ações desenvolvidas me permitiram desenvolver competências específicas enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária. A elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecendo prioridades de ação face às necessidades e implementando um projeto de intervenção com vista à resolução das necessidades prioritárias foram as principais competências adquiridas. Todas as ações desenvolvidas contribuíram para a aquisição de experiência, essencial à realização de futuros projetos em contexto profissional.

## **CONCLUSÃO**

Nas últimas décadas tem-se assistido a nível mundial, a uma transformação demográfica, estando o envelhecimento populacional evidente. Na região Alentejo, esta realidade torna-se ainda mais alarmante, se considerarmos que para cada 100 jovens, existem 178 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2012). Com o aumento da esperança média de vida, a prevalência de doenças crónicas e patologias relacionadas com o envelhecimento aumentaram exponencialmente. Além disso, verifica-se que os idosos são mais sedentários e muitos vivem rodeados pela solidão. Estes factos representam um enorme desafio para o sector da saúde, e se anteriormente o seu principal objetivo estava direcionado para dar anos à vida, agora mostra-se mais importante dar vida aos anos.

Dentro deste âmbito surge a ideologia do envelhecimento ativo, como um processo de luta dos indivíduos pela saúde e por uma participação ativa na sociedade. Indissociável desde conceitos, está o de qualidade de vida. Este reveste-se de um carácter pessoal e subjetivo, no entanto podemos definir qualidade de vida como um estado de bem-estar, que resulta da compreensão que cada um faz da sua vida, atendendo a aspetos como a satisfação, a felicidade, o estado de espírito e o afeto (Albuquerque & Tróccoli, 2004). É assim importante capacitar os idosos para um envelhecimento ativo, com vista a maximizar a sua autonomia e a sua socialização.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm neste âmbito um papel primordial, na medida em que, através da sua formação especializada, adquiriram competências que lhes permitem avaliar e tomar uma decisão sobre os principais problemas de saúde pública, desenvolvendo projetos de intervenção que visem a capacitação e ‘empowerment’ das comunidades (OE, 2011).

O presente relatório, e o estágio que lhe antecedeu, decorreram no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Teve este relatório como objetivo descrever, avaliar e analisar criticamente todas as atividades e aprendizagens efetuadas ao longo do estágio, baseando-se nos objetivos individuais de estágio traçados.

O planeamento em Saúde esteve presente em todas as etapas do estágio, apresentando-se como um método para melhorar a saúde das comunidades, dirigindo-se para o futuro da ação. Foram cumpridas todas as etapas decorrentes deste: diagnóstico da

situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Numa primeira fase foi efetuado o diagnóstico de saúde da população de Santo Amaro, concelho de Sousel, da qual foram extraídas (através da análise dos dados) as principais necessidades de saúde. A nossa amostra foi constituída por 144 idosos.

Como conclusões destacam-se a elevada percentagem de idosos afetados pela HTA e pela DM. Muitos referem viver sozinhos ou passar grande parte do dia na solidão, vivenciando sentimentos negativos frequentes e muito frequentes. Deparamo-nos também com um valor considerável de idosos institucionalizados ou a receber apoio domiciliário por parte do Lar.

Foram estas as necessidades que consideramos pertinentes e que serviram de base à implementação do projeto 65 + Saúde. Este dividiu-se em quatro projetos, todos com o objetivo de implementar medidas que capacitem os idosos para um envelhecimento ativo, sendo pró-ativos no seu processo de saúde.

Podemos afirmar que todos as intervenções planeadas foram executadas, assim como todos os objetivos traçados foram alcançados.

Consideramos que foram adquiridas as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Como já foi amplamente referido, todas as etapas do planeamento em saúde foram realizadas. Inicialmente foi efetuado o diagnóstico de saúde da população (G1.1.), estabelecendo-se as suas prioridades de saúde, sendo elas: adoção de estilos de vida saudáveis, combate à solidão e estímulo à prática de exercício físico (G1.2.). Foram então traçados objetivos e estratégias de intervenção direcionados nas necessidades de saúde identificadas (G1.3.) tendo-se desenvolvido o Projeto 65 + Saúde, com vista à resolução dos problemas (G1.4.). Por fim, todas as atividades desenvolvidas foram avaliadas (G1.5.).

G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Ao realizar o Projeto 65 + Saúde executámos intervenções direcionadas para a comunidade, com vista à capacitação desta (G2.1.). Para tal integramos no processo de mobilização, conhecimentos de diferentes disciplinas, como a enfermagem e a comunicação (G2.2.). Foi então, através das sessões de educação para a saúde e das restantes atividades, disponibilizada informação adequada às características da comunidade, usando como modelo conceptual a teoria da aprendizagem social de Bandura (G2.3.).

G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

As intervenções traçadas foram ao encontro do expresso no *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, no *Plano Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida* e no *Guia para as Pessoas Idosas: Exercício Sem Riscos para Lá dos Sessenta*. Assim podemos afirmar que participamos na coordenação, promoção, implementação e monitorização de atividades que vão ao encontro dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (G3.1.).

G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Sendo a vigilância epidemiológica de extrema importância, aplicamos um questionário à população de Santo Amaro de forma a aferir as reais necessidades da população. Os dados recolhidos foram analisados em programa informático próprio.

Em jeito de conclusão, considero que todo o estágio foi bastante enriquecedor. Permitiu não só o desenvolvimento das competências acima referidas, como de competências humanas. Desenvolve-lo numa população cujas especificidades desconhecia, revelou-se um desafio, no entanto, a forma como toda a comunidade nos recebeu foi motivadora.

Tendo atingido todos os objetivos a que nos propusemos, esperamos ter contribuído para a adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos idosos.

Após o término do estágio, e pelo trabalho desenvolvido na comunidade, fomos convidadas pela CMS para colaborar com o grupo responsável pela atualização do diagnóstico social do concelho de Sousel. Não tenho dúvidas que o trabalho desenvolvido pelo grupo, e o convite que surgiu posteriormente, representam mais um passo no desenvolvimento de ações que visem a qualidade de vida dos idosos desta comunidade. Esperamos assim, através da nossa intervenção, ter contribuído para 'dar vida aos anos', dos idosos de Santo Amaro.

## BIBLIOGRAFIA

- 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). Carta de Ottawa: *Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>
- Agostinho, P. (2004, Janeiro-Junho). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (6), 31-36. Acedido a 3 de Setembro de 2014 em [www.redalyc.org/pdf/287/28760104.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/287/28760104.pdf)
- Albuquerque, A. & Tróccoli, T. (2004, Maio - Agosto). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (20), 153-164. Acedido a 2 de Setembro de 2014, em [www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf)
- Alves, L. (2007). *A Influência da atividade física na qualidade de vida relacionada com a saúde e índice de massa corporal, em indivíduos com mais de 65 anos*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto, Universidade do Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Porto. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffadeup%2Fpt%2Fpubls\\_pesquisa.show\\_publ\\_file%3Fpct\\_gdoc\\_id%3D2660&ei=7qUUVMYHJ4HpaPnPgKAG&usq=AFQjCNHpbQb31caf-VCcE2ol\\_uwNUt-LRw&bvm=bv.75097201,d.d2s](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffadeup%2Fpt%2Fpubls_pesquisa.show_publ_file%3Fpct_gdoc_id%3D2660&ei=7qUUVMYHJ4HpaPnPgKAG&usq=AFQjCNHpbQb31caf-VCcE2ol_uwNUt-LRw&bvm=bv.75097201,d.d2s)
- Andrade, H. (2002). *Saúde na Terceira Idade*. 1ª Edição; Cascais: Pergaminho.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007, Julho-Dezembro). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (25), 59-66. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em [www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf](http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf)
- Arco, A., Costa, A., Pinto, B., Martins, M. & Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre. Acedido a 1 de Agosto de 2014 em <http://www.essp.pt/PDF/NormasRegulamentos/NormasElaboracaoTrabalhosEscritos.pdf>

- Assis, M. (2005, Janeiro-Junho). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 1 (volume 8), 15-24. Acedido a 28 de Agosto de 2014 em [www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf](http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf)
- Barroso, V. (2006). Órfãos Geriátricos: Sentimentos de Solidão e Depressividade face ao Envelhecimento – Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. In *Portal dos Psicólogos*. Acedido a 29 de Agosto de 2014 em [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo\\_licenciatura.php?codigo=TL0091](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0091)
- Berger, L. & Mailloux-Poirier (1995). *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Candeias, A. & Simões, E. (1999). Alfabetização e escola em Portugal no séc. XX: Censos Nacionais e Estudos de Caso. *Análise Psicológica*, 1 (XVII), 163-194. Acedido a 6 de Março de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n1/v17n1a17.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). Os enfermeiros e os cuidados de saúde primários. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22 de Setembro de 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/38\\_Nurses\\_and\\_PHC\\_Pt.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/38_Nurses_and_PHC_Pt.pdf)
- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros* (2ª edição). Coimbra: FORMASAU;
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2001). “*Quem? Eu? Exercício?*” – *Exercício Sem Riscos para Lá dos Sessenta*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 15 de Setembro de 2014 em [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005649.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005649.pdf)
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2004a). *Plano Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis-pdf.aspx>.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2004b). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 2 de Setembro de 2014 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2008). Envelhecimento Saudável. In *Direção Geral de Saúde*. Acedido a 22 de Setembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Natureza e Objetivos dos PNS. In *Direção Geral de Saúde*. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://pns.dgs.pt/planeamento-saude/natureza-e-objectivos-dos-planos-nacionais-de-saude/>

- Faria, L. & Marinho, C. (2004, Janeiro-Junho). Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (6), 93-104. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://www.redalyc.org/pdf/287/28760113.pdf>
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação (Curso de Mestrado em Psicologia do Idoso), Porto. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>;
- Franco, I. & Costa, L. (2001, Dezembro). Níveis de dependência dos idosos. *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 161, 21-25;
- George, F. (sded). Envelhecimento Activo: Nota Introdutória. In *Direção Geral de Saúde*. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo.aspx>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados Definitivos-Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_d et&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&sel Tab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_d et&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&sel Tab=tab1&pcensos=61969554);
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Portugal em Números 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOES pub\\_boui=214351093&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES pub_boui=214351093&PUBLICACOESmodo=2);
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e idoso*. Coimbra: Quarteto Editora
- Martins, M. (2010). *Planeamento em Saúde*, 1º Curso de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Ano lectivo 2010-2011.
- Martins, R. & Santos, A. (2008, Novembro). Ser Idoso Hoje. *Revista Millenium*, 35, 1-8. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/358>;
- Mártires, M. (2013). *Processos de Cuidar em Enfermagem: Idosos com Hipertensão Arterial*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido a 11 de Setembro de 2014 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10566>
- Ministério da Saúde [MS] (2012). Programa Nacional para a Diabetes: Orientações Programáticas. In *Direção Geral da Saúde*. Acedido a 12 de Setembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-diabetes-pdf.aspx>.

- Observatório Nacional da Diabetes (2013). *Diabetes: Factos e Números 2013*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em <http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>
- Oliveira, H. (2012). *Idosos e Exercício Físico, Um estudo na cidade da Covilhã*. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, Universidade da Beira Interior, Covilhã. Acedido a 15 de Setembro de 2014 em [www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/1530/dissertaoemgerontolo.pdf](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/1530/dissertaoemgerontolo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 128/ 2011, de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, nº35, 8667-8669. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Orem, D. (1995). *Enfermagem: Conceitos da Prática* (4ª Edição). São Paulo: Artemed
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). *Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde* (1ª edição). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (1ª edição portuguesa - 2005). Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)
- Páscoa, P. (2008). *A Importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Monografia de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde: Escola Superior de Saúde, Porto. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/703>
- Pereira, E. & Costa, M. (2007, Julho-Setembro). Os Centros de Saúde em Portugal e o Cuidado ao Idoso no Contexto Domiciliário: Estudo de um Centro de Saúde. *Texto Contexto Enfermagem* 16 (3), 408-416. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300005&script=sci\\_arttext.;](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000300005&script=sci_arttext.;)
- Pereira, R. (2011). *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa (X Curso de Mestrado em Saúde Pública), Lisboa. Acedido a 2 de Setembro de 2014 em <http://run.unl.pt/handle/10362/9583>
- Pervin, L. (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa* (8ª edição). São Paulo: Artmed.
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L. & Saavedra (2006 – Junho). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25 (2), 649-660. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em [www.spc.pt/dl/rpc/artigos/747.pdf](http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/747.pdf)
- Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo (2014). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários – Municípios*. Acedido a 1 de Setembro

- de 2014 em <http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-22>
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção Geral de Saúde (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter\\_Ganhos\\_em\\_Saude2.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf)
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção Geral de Saúde (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Políticas Saudáveis*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 22 de Setembro de 2014 em [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99\\_3\\_4\\_Pol%C3%ADticas\\_Saud%C3%A1veis\\_2013\\_01\\_17.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_3_4_Pol%C3%ADticas_Saud%C3%A1veis_2013_01_17.pdf)
- PORTUGAL, Ministério da Saúde [MS] (1996). Decreto – Lei nº 161/96, de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, I série A, nº 205, 2959 – 2962. Acedido a 20 de Junho de 2014 em <http://www.dre.pt/pdf1s%5C1996%5C09%5C205A00%5C29592962.pdf>;
- Rebelo, P. (2008). *Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e a sua Relação com a Auto Eficácia percebida pelos Fisioterapeutas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta (VI Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde). Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/723>
- Rede Social do Concelho de Sousel (2004, Março). *Pré-Diagnóstico*. Sousel: Câmara Municipal de Sousel;
- Rede Social do Concelho de Sousel (2005, Janeiro). *Diagnóstico Social do Concelho de Sousel*. Sousel: Câmara Municipal de Sousel;
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A. & Ferreira, E. (2009, Novembro-Dezembro). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6 (62), 870-875. Acedido a 22 de Setembro de 2014 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600011)
- Rice, R. (2001). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários, Conceitos e Aplicação* (3ª edição). Loures: Lusociência;
- Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares: Estudo de Caso*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Acedido a 22 de Setembro de 2014 em <http://repositorio->

- aberto.up.pt/bitstream/10216/19172/3/Desenvolvimento%20de%20Competncias%20Profissionais%20com%20a%20Educao.pdf
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M. & Henriques, M. (2002, Novembro-Dezembro). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. In *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 6 (10), 757-764. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000600002&script=sci_abstract&tlng=pt);
- Silva, M. (2006). *'Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!'* Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice – um estudo no Norte de Portugal. Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade Aberta, Lisboa. Acedido a 15 de Setembro de 2014 em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/788/1/LC173.pdf>
- Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N. & Peres, S. (2011). Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos. In *Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional dos Açores*. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>
- Sousa, A. (sded). Relação Enfermeiro – Idosos, Crenças e Valores. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 22 de Setembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Rela%C3%A7%C3%A3o%20Enfermeiro%20-%20Idoso,%20Cren%C3%A7as%20e%20Valores%20por%20enfermeira%20Dulce%20Silva.pdf>
- Souza, R.; Skubs, T. & Brêtas, A. (2007, Maio-Junho). Envelhecimento e Família: Uma Nova Perspectiva para o Cuidado de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 263-267. Acedido em 3 de Setembro de 2014 em [www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf)
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Torres, M. & Marques, E. (2008-Junho). *Envelhecimento Activo: um Olhar Multidimensional sobre a Promoção da Saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo*. VI Congresso Português de Sociologia, Lisboa. Acedido a 29 de Agosto de 2014 em [www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf](http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf)
- União Europeia [UE] (2012). *Programa de Ação: Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*. Acedido a 1 de Setembro de 2014 em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Projeto Individual de Estágio em Enfermagem Comunitária**



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



Curso Mestrado em Enfermagem – Ano Lectivo 2010/2011

Projecto de Estágio em Enfermagem Comunitária – Prof<sup>a</sup>. Filomena Martins

e Prof. Mário Martins

**Projecto Individual de Estágio**  
**Enfermagem Comunitária**

Mafalda Velez nº 8421

**MARÇO**

**2011**

## SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO .....	3
1. JUSTIFICAÇÃO / FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO.....	87
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	89
3. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS.....	90
4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO .....	92
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA .....	94
6. ANEXOS.....	95
Anexo I – Cronograma.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## **SUMÁRIO DE TABELAS**

Tabela 1 - Definição de Objectivos para o Estágio em Enfermagem.....	90
--	----

## 0. INTRODUÇÃO

Inserido no 1º Curso de Mestrado, com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, na unidade curricular de Estágio, foi-me proposta a elaboração de um estudo de investigação sobre uma temática de interesse para o grupo de trabalho no qual estou inserida. Após a decisão do grupo acerca da temática a abordar, foram delineados os objectivos comuns e, no caso do presente projecto, os individuais. Foram também determinadas algumas estratégias a fim de conseguir estruturar um projecto individual de intervenção inerente ao estágio da respectiva unidade curricular.

A temática escolhida, e que será abordada, é referente à qualidade de vida do idoso. Atendendo que é a trabalhar na comunidade que mais facilmente conseguimos perceber a realidade dos nossos idosos, é também nesta área que iremos incidir, ou seja, será na comunidade que o estágio será programado e desenvolvido. Para uma melhor compreensão e planeamento desta etapa da nossa avaliação é fulcral delinear um projecto de estágio que nos permita contemplar todos os nossos objectivos individuais e do grupo. O mesmo permite acompanhar o desenvolvimento idealizado e avaliar quais as falhas existentes e reestruturações necessárias para um projecto futuro.

Este projecto de estágio e respectivo estágio será desenvolvido durante o 1º semestre do 2º ano.

Considero como objectivo geral desde projecto: “Elaborar um projecto individual referente ao estágio em Enfermagem Comunitária”.

Assim, considero como objectivos específicos:

- Fundamentar a temática escolhida;
- Definir os objectivos de estágio;
- Apresentar as estratégias de intervenção utilizadas;
- Justificar a importância de um projecto de estágio.

O envelhecimento demográfico, apreendido enquanto fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade (...), “é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados” (Fernandes, 1997:5). É um fenómeno relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socio-económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida.

Em Portugal, a população idosa parece tender a aumentar, essencialmente, em consequência da baixa de natalidade e do previsível aumento da esperança de vida.

De acordo com Nazareth, citada por Costa (2002), Portugal, tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade e um movimento migratório que, no passado, foi acentuado. Estes factores têm contribuído para uma alteração da estrutura etária da população, determinando um envelhecimento acentuado da população, isto é, a diminuição relativa de contingentes populacionais nas faixas etárias mais jovens e a ampliação da população nas faixas etárias mais idosas.

"Envelhecimento normal", representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais (OMS, 2002).

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

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

“Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidado, directos conviventes e profissionais. Tal facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem resposta que satisfaçam as necessidades específicas desta população”.(DGS, 2006: 6)

Para melhor compreensão do presente trabalho, o mesmo será dividido em diferentes capítulos. No presente capítulo será feita uma pequena introdução à temática em estudo. Seguidamente, no capítulo um, será justificado e fundamentado o projecto de estágio. No capítulo dois será apresentado o enquadramento teórico. A definição de objectivos será apresentada no capítulo três e as estratégias de intervenção no capítulo quatro.

## **1. JUSTIFICAÇÃO / FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO DE ESTÁGIO**

Visto desenvolver desde sempre a minha actividade profissional nos cuidados de saúde primários, lido diariamente com idosos e com o envelhecimento crescente da população, o que me desperta a necessidade de intervir nesta área. Além disso, três elementos do grupo com o qual irei desenvolver o projecto estão integrados em Unidades de Cuidados na Comunidade, onde a temática do envelhecimento é uma área prioritária para o desenvolvimento de projectos.

Um aspecto essencial antes do desenvolvimento da temática foi a escolha do local para a realização do mesmo.

Por questões relacionadas com o conhecimento do local, o grupo de trabalho optou por desenvolver o estágio na freguesia de Santo Amaro, concelho de Sousel. Para tal a Escola Superior de Saúde de Portalegre contactou a Junta de freguesia de Santo Amaro e a Câmara Municipal de Sousel no sentido de obtermos autorização para aqui se desenvolver o nosso trabalho.

Para caracterizar a população recorreremos enquanto grupo a informações disponíveis na Junta de Freguesia, informações decorrentes do conhecimento pessoal e do documento produzido pela Rede Social, aquando do Diagnóstico Social do Concelho de Sousel em 2005.

Para uma mais fácil compreensão da população escolhida, será feita uma resumida descrição da freguesia de Santo Amaro. No Projecto de Estágio de grupo está patente uma descrição mais pormenorizada.

Santo Amaro é uma freguesia do concelho de Sousel, possui uma área com 39,51 km<sup>2</sup>, 706 habitantes (segundo os Censos de 2001) e uma densidade populacional de 17,9 hab/km<sup>2</sup>.

Encontra-se a oito quilómetros a oriente da Vila de Sousel (sede do concelho), na margem direita da Ribeira de Lupe. Pertence ao Concelho de Sousel, Distrito de Portalegre. O concelho ao qual Santo Amaro pertence é limitado a leste e a sul por Estremoz, a sudoeste por Arraiolos, a oeste por Mora e a norte pelos concelhos de Fronteira e Avis (concelho ao qual pertença).

Santo Amaro nasceu em terras da Ordem de Avis e foi a última freguesia a incorporar o Concelho de Sousel.

De pequena dimensão, Santo Amaro albergava pouco mais de trezentos habitantes, em meados do século XX, tendo aí ocorrido um movimento ascendente que a levou a registar em 1981, 866 habitantes.

Santo Amaro possui saneamento básico e electricidade na quase totalidade das suas habitações, tem estação de tratamento de esgotos, arruamentos em bom estado e uma praça central onde decorrem parte dos eventos realizados na aldeia.

A agricultura é a principal actividade económica, nomeadamente, a olivicultura e os cereais. Existe na aldeia um lagar de azeite.

Sendo uma pequena freguesia, dispõe de quatro mercearias, duas padarias e cinco cafés. No entanto, não possui restaurantes, hotéis/residenciais nem farmácia.

A rede de transportes é bastante deficitária, sendo a praça de táxis constituída apenas por um veículo. A ligação à sede do concelho (Sousel) ocorre apenas duas vezes por semana e só no período da manhã, sendo um serviço assegurado à população de forma gratuita pela Câmara Municipal. A Rodoviária do Alentejo assegura uma ligação diária com Estremoz, cidade mais próxima e à qual a população de desloca com frequência para resolver diversos assuntos.

Em termos de educação, possui apenas um Jardim-de-infância e um Escola de 1º Ciclo. Posteriormente as crianças frequentam a Escola E. B. 2,3 Padre Joaquim Maria Fernandes, em Sousel.

Existe um Lar para Idosos, de construção recente, que possui as valências de internamento, centro de dia e apoio domiciliário. É propriedade da Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel que possui três equipamentos sociais no concelho.

A escolha desta população para por em prática o projecto prendeu-se pelo reduzido número de pessoas a habituar a aldeia, sendo a sua maioria idosos, o que irá facilitar a intervenção, uma vez que é mais fácil chegar todos. Outro aspecto prendeu-se com o facto de geograficamente ser bastante acessível a todas as intervenientes do estudo, inclusive, morando uma das investigadoras no concelho, o que representará uma mais-valia aquando do contacto com a população.

Santo Amaro encontra-se isolado dos grandes centros urbanos, sendo uma população rural, onde o isolamento é ainda uma realidade. Assim torna-se de grande importância desenvolver actividades relacionadas com o envelhecimento e a qualidade de vida, de forma a melhorar a vida dos idosos, aproxima-los da saúde e a potencializar, tanto quanto possível, uma existência independente e com o menor número de problemas.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

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

O envelhecimento resulta não só do envelhecimento orgânico das células, tecidos e órgãos, com a diminuição do seu funcionamento e conseqüente diminuição da sua capacidade de sobrevivência, mas também da alteração dos seus papéis na sociedade (em geral) e na família (em particular) e ainda da representação mental que o indivíduo faz de si próprio e do meio que o envolve (Cordeiro, 1994).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. No entanto, em países subdesenvolvidos e atendendo a que a idade média de vida é baixa, podíamos considerar idosos a partir dos 60 anos de idade.

Surge, assim, uma nova aposta direccionada à população idosa: a importância de lhe garantir não só uma vida maior, mas também uma boa qualidade de vida. A meta do Programa de Envelhecimento e Saúde foi desenvolver políticas que asseguram “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível.” (Júnior, 2005: 54)

Actualmente, assistimos à utilização da expressão qualidade de vida em diversos domínios, mas o seu significado é muito complexo, subjectivo, muito abrangente e varia em função da época, das crenças e da pessoa. Segundo Steinhilber citado por Alves (2007: 14) “a percepção de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa com tendência a mudar ao longo da vida de cada um”.

### 3. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Tabela 1 - Definição de Objectivos para o Estágio em Enfermagem

<b>Definição de Objectivos para o Estágio em Enfermagem</b>	
<b>Objectivos Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolver competências para uma a prática de cuidados em enfermagem comunitária de forma a otimizar as relações com a comunidade, no sentido de maximizar os ganhos em saúde;</li><li>• Desenvolver competências no âmbito da construção de um projecto de intervenção comunitária;</li><li>• Desenvolver um projecto de intervenção na área da enfermagem comunitária;</li></ul>
<b>Objectivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer a população onde se irá realizar o estágio;</li><li>• Conhecer o contexto social envolvente da população onde irá ser realizado o estágio;</li><li>• Conhecer os recursos existentes na população onde de irá realizar o estágio;</li><li>• Compreender o papel do enfermeiro no contexto da saúde comunitária;</li><li>• Proceder à identificação de necessidades de intervenção, com base no diagnóstico em saúde;</li><li>• Estabelecer prioridades em saúde numa comunidade;</li><li>• Delinear estratégias, de acordo com as necessidades identificadas;</li><li>• Compreender a importância do planeamento em saúde na comunidade, com base no diagnóstico em saúde;</li><li>• Planear intervenções em enfermagem com vista à obtenção de ganhos em saúde;</li><li>• Participar activamente na constituição do projecto “65 + Saúde”;</li><li>• Esclarecer as dúvidas dos idosos relacionadas com os assuntos debatidos;</li><li>• Avaliar individualmente a minha actuação no projecto, tendo em vista, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem</li></ul>

comunitária;

- - Participar em actividades relacionadas com a saúde, durante a festa tradicional da aldeia;
- Estimular a participação da população nas actividades relacionadas com a saúde durante a festa tradicional da aldeia;
- Implementar intervenções de enfermagem comunitária, direccionadas aos problemas e necessidades identificados;
- Implementar intervenções de enfermagem comunitária, direccionadas às prioridades estabelecidas;
- Intervir sobre os problemas identificados na comunidade, no âmbito da enfermagem comunitária;
- Desenvolver uma prática reflexiva, tendo por base os valores ético-sociais da comunidade;
- Reflectir, de forma sistemática e contínua, a prática de cuidados de enfermagem comunitária;
- Avaliar, de forma sistemática e contínua, a prática de cuidados de enfermagem comunitária;
- Perspectivar o desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, identificando as suas potencialidades no contexto da intervenção na comunidade;
- Perspectivar o desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, identificando as suas necessidades de aprendizagem no contexto da intervenção na comunidade.

---

Os objectivos concretos relacionados com o projecto de intervenção deveriam aqui ser colocados, no entanto, não foi possível tendo em conta que a aplicação dos questionários foi atrasada por motivos a nós alheios. Assim, e tendo apenas agora sido terminada, não se torna viável apresentar objectivos de intervenção, na medida em que não conhecemos ainda a fundo as necessidades sobre as quais pretendemos intervir. Outro aspecto condicionado será a escolha dos temas a debater no Clube 65+ e a actividade a realizar durante a festa tradicional, uma vez que não foi ainda possível analisar a totalidade dos questionários de forma a obter resultados totais sobre as necessidades dos idosos.

#### **4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**

Para que se consigam alcançar os objectivos traçados será necessário desenvolver as seguintes estratégias:

- Reunir com o Presidente da Junta de Freguesia de Santo Amaro para que este nos forneça elementos sobre a comunidade essenciais para o desenvolvimento do estágio;
- Visitar a aldeia de forma a conhecer os locais de encontro e de convívio existentes, conhecer o contexto social;
- Aplicar o Questionário de Avaliação da Qualidade de vida dos idosos. Isto irá permitir, não só a obtenção de resultados, mas também que a população trave conhecimento comigo e com o que pretendemos fazer. Esta fase deveria já estar terminada, mas por razões alheias ao grupo de trabalho não foi possível o seu término na data estipulada;
- Analisar os dados decorrentes dessa aplicação;
- Elaborar projecto de intervenção direccionado a esta população, de acordo com os resultados da aplicação dos referidos questionários;
- Estabelecer parcerias de forma a facilitar a implementação do projecto de intervenção e para envolver a comunidade nas acções para a mesma;
- Colocar em prática o projecto de intervenção, contando com os parceiros envolvidos;
- Efectuar relatório crítico e reflexivo de todas as actividades realizadas durante o estágio na comunidade;
- Divulgar as conclusões do trabalho efectuado junto dos parceiros e população.

Para conseguir alcançar os objectivos propostos, é necessário desenvolver algumas parcerias que possibilitem o estágio em enfermagem comunitária e a implementação do projecto de intervenção. Assim, as parcerias criadas são estabelecidas com entidades que têm conhecimento e um papel relevante nesta área e na comunidade em estudo.

Foram estabelecidos vários contactos com a Câmara Municipal de Sousel e com a Junta de Freguesia de Santo Amaro, que não só autorizaram a realização do presente estudo, como se propuseram a disponibilizar a ajuda disponível, bem como os dados sobre a comunidade que os mesmos dispõem, tal como referido anteriormente.

Outros parceiros que foram incluídos pela ajuda que disponibilizaram foram a Comissão de Melhoramentos do Concelho de Sousel, enquanto instituição proprietária do Mini-lar de Santo Amaro, e algumas pessoas com conhecimento sobre a população.

A Escola Superior de Saúde de Portalegre e os seus professores são o principal parceiro neste projecto. Aos mesmos compete a orientação do projecto e é a este parceiro que iremos recorrer para qualquer dúvida. Será da sua competência a avaliação final deste estágio e do projecto de intervenção.

O plano a implementar neste estágio encontra-se descrito no cronograma apresentado no Anexo I.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Alves, L. (2007). A Influência da actividade física na Qualidade de vida relacionada com a saúde e índice de massa corporal, em indivíduos com mais de 65 anos. In *Repositório aberto – Universidade do Porto*. Acedido a 23 de Dezembro em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17928/2/A%20Influ%C3%Aancia%20da%20actividade%20f%C3%ADsica%20na%20qualidade%20de%20vida%20relacionada%20com%20a%20sa%C3%BAde%20e%20%C3%ADndice%20da%20massa%20corporal%20em%20indiv%C3%ADduos%20com%20mais%20de%2065%20anos.pdf>;
- Barros, H., Monteiro, S. e Pereira, S. (2009). Unidade de convalescença: RSJA – uma experiência. *Hospitalidade*, ano 73 nº284, pp. 48 - 52. Lisboa: Instituto São João de Deus;
- Câmara Municipal De Sousel (2005). Diagnóstico Social do Concelho de Sousel. Sousel;
- Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3ª edição, Lisboa: Edições Salamandra;
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau. 24-7;
- Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de Julho: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 1-20;
- Direcção-Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. In *Direcção Geral da Saúde*. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009153.pdf>;
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora;
- Instituto Nacional De Estatísticas (2001): Censos 2001. Lisboa. Acedido a 2 de Fevereiro de 2011 em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main);
- Júnior, J. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília/DP: Impresso no Brasil - Organização Pan-Americana da Saúde;
- Organização Mundial de Saúde (2002) - *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Acedido a 21 de Dezembro de 2010 em [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf);
- Trincadeiro, M., Lopes, N. e Marques, S. (2009). Cuidados continuados: Evoluir no cuidar. *Hospitalidade*, ano 73 nº284, pp. 12 – 17. Lisboa: Instituto São João de Deus.

## **ANEXOS**

ANEXO I – CRONOGRAMA

Tema	Ano		2011							
	2010	2011	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maió	Jun.	Jul.
Escolha da Temática a abordar										
Desenvolvimento do Enquadramento Teórico / Metodologias										
Estabelecimento de Parcerias										
Aplicação do Questionário à Comunidade										
Identificação de Necessidades e Planeamento do Projecto de Intervenção										
Estabelecimento de Prioridades										
Implementação das Intervenções										
Avaliação do Projecto										

**Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados**

**GRUPO I**  
**Dados sócio-demográficos**

1 – Idade \_\_\_\_\_

2 – Sexo: Masculino <sub>1</sub> Feminino <sub>2</sub>

3 – Escolaridade:

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

4 – Actividade profissional ao longo da vida?

\_\_\_\_\_

4.1- Sector Profissional:

Sector Primário <sub>1</sub>	
Sector Secundário <sub>2</sub>	
Sector Terciário <sub>3</sub>	

4.2 – Situação Profissional actual:

Reformado <sub>1</sub>	
Activo <sub>2</sub>	

5 – Estado civil:

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

6 – Com quem vive?

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

7-Hábitos tabágicos: Fuma? Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

8- Hábitos alcoólicos: Ingere bebidas alcoólicas? Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

9- Actividade física: Faz exercício físico? Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

10- Toma medicamentos para a dor frequentemente? Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

11- Tem alguma doença:

11.1 – Diabetes: Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

11.2 – Hipertensão arterial: Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

11.3 – Cardiovascular: Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

11.4 – Osteoporose: Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

11.5 – Outra: Sim <sub>1</sub> Não <sub>2</sub>

Qual? \_\_\_\_\_

12- O que é para si qualidade de vida?

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

**GRUPO II**

**WHOQOL – Abreviado (Versão em Português)**

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
WA_16	Até que ponto está satisfeito (a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
WA_17	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
WA_18	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
WA_19	Até que ponto está satisfeito (a) consigo próprio (a)?	1	2	3	4	5
WA_20	Até que ponto está satisfeito (a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
WA_21	Até que ponto está satisfeito (a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
WA_22	Até que ponto está satisfeito (a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
WA_23	Até que ponto está satisfeito (a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
WA_24	Até que ponto está satisfeito (a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
WA_25	Até que ponto está satisfeito (a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

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

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

**GRUPO III**  
**WHOQOL-OLD**

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

old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto), afectam a sua vida diária?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_02	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam a sua capacidade de participar em actividades?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_03	Que liberdade tem de tomar as suas próprias decisões?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_04	Até que ponto sente que controla o seu futuro?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_05	Sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_06	Até que ponto está preocupado com a maneira pela qual irá morrer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_07	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_08	Tem medo de morrer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_09	Teme sofrer dor antes de morrer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

As seguintes questões perguntam sobre como fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afecta a sua capacidade de interagir com as outras pessoas?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_11	Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_12	Até que ponto está satisfeito com as suas oportunidades para continuar a alcançar outras realizações na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_13	Sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_14	Sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

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

old_15	Está satisfeito com aquilo que alcançou na vida?				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_16	Está satisfeito com a forma como usa o seu tempo?				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_17	Está satisfeito com o seu nível de actividade?				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_18	Está satisfeito com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade				
	Muito Insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5

old_19	Está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?				
	Muito Infeliz 1	Infeliz 2	Nem Feliz Nem Infeliz 3	Feliz 4	Muito Feliz 5

old_20	Como avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?				
	Muito Má 1	Má 2	Nem Má Nem Boa 3	Boa 4	Muito Boa 5

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

old_21	Até que ponto tem um sentimento de companheirismo na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_22	Até que ponto sente amor na sua vida?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Mais ou Menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

old_23	Até que ponto tem oportunidade para amar?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

old_24	Até que ponto tem oportunidade para ser amado?				
	Nada 1	Muito Pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5

**GRUPO III**  
**ESCALA DE BARTHEL**

**Barthel \_1 - Evacuar**

- 0 - Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1 - Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 2 - Contínente

**Barthel \_2 Urinar**

- 0 - Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1 - Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 2 - Contínente (por mais de 7 dias)

**Barthel \_3 Higiene Pessoal**

- 0 - Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 1 - Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

**Barthel \_4 Ir à casa de banho**

- 0 - Dependente
- 1 - Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2 - Independente

**Barthel \_5 Alimentar-se**

- 0 - Incapaz
- 1 - Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- 2 - Independente ( a comida é providenciada)

**Barthel \_6 Deslocações**

- 0 - Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 - Grande ajuda física ( uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 - Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 - Independente

**Barthel \_7 Mobilidade**

- 0 - Imobilizado
- 1 - Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 - Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 - Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

**Barthel \_8 Vestir-se**

- 0 - dependente
- 1 - Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 2 - Independente (Incluindo botões, fechos e atacadores)

**Barthel \_9 Escadas**

- 0 - Incapaz
- 1 - Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 2 - Independente para subir e descer

**Barthel \_10 Tomar banho**

- 0 - Dependente
- 1 - Independente (ou no chuveiro)

**Classificação:**

- 0 - 04 - Muito Grave
- 05 - 09 - Grave
- 10 - 14 - Moderado
- 15 - 19 - Ligero
- 20 - Independente

Muito obrigado/a pela sua colaboração!

Apêndice III – **Cronograma**

Actividades	Ano	Fevereiro					Março					Abril					Maio					Junho				
		14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	26	2	9	16	23	30	6	14	20	27					
Diagnóstico de Saúde	2011	Aplicação de questionários																								
		Tratamento de dados																								
Elaboração projecto de intervenção																										
Preparação da execução																										
Execução projecto de intervenção	65 + SAÚDE																									
65 + SAÚDE																										
Avaliação																										
Relatório																										

**Apêndice IV – Folheto de incentivo à atividade física**

Escola Superior de Saúde de  
Portalegre

1º Curso de Mestrado em  
Enfermagem Comunitária

## Exercício Físico para Lá dos 65 Anos



65 + Saúde

Com a colaboração:

- Câmara Municipal de Sousel
- Junta de Freguesia de Santo Amaro



Escola Superior de Saúde de Portalegre

1º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Comunitária

Liliana Pereira

Mafalda Velez

Maria José Raposo

Maria Rosário Graviilha

**Embora a juventude não volte, pode melhorar o seu aspecto físico e a sua saúde. Além disso, a prática de exercício físico contribui para o aumento da sua energia e auto-estima.**



### Mude o seu estilo de vida!!!

- Seja mais saudável;
- Tenha o peso ideal para a sua altura;
- Sejam fisicamente activo;
- Faça uma alimentação saudável e equilibrada;
- Aprenda a relaxar.



- Escolha um exercício físico adequado à sua condição física e à sua capacidade (cardíaca, pulmonar, articular e muscular).
- Mesmo que durante a sua vida tenha praticado exercício de forma regular, tenha atenção às novas limitações próprias da idade.
- Opte por actividades moderadas como caminhar e nadar, durante pelo menos 30 minutos, 3 dias por semana e vá aumentando gradualmente se assim o entender.
- Faça exercício com os seus amigos e familiares, para que este seja mais produtivo e para se manter motivado.



Antes de praticar exercício físico, fale com o seu médico ou enfermeiro de família, para que estes o possam aconselhar.

A prática de exercício deve ser iniciada de forma gradual e nunca esquecendo de fazer o aquecimento antes.

Se começar a sentir dores ou dificuldades respiratórias peça ajuda.



**Apêndice V – Caminhada realizada durante a Festa ‘Bênção do Gado’**

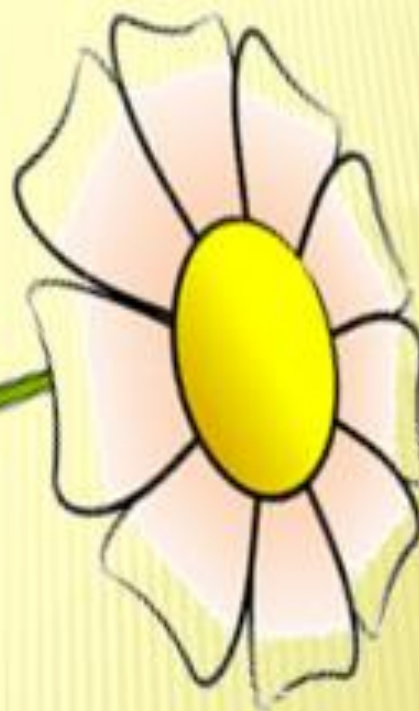


**Apêndice VI – Cartaz divulgação 65 + Saúde: Idosos - DM**

# PROJECTO 65 + SAÚDE

Sessão temática:

## Diabetes



**18 de Maio de 2011**

**16:30 horas**

**Junta de Freguesia de Santo Amaro**



1º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Apêndice VII – Cartaz divulgação 65 + Saúde: Idosos – HTA**

# PROJECTO 65 + SAÚDE

Sessão Temática:

## Hipertensão Arterial



**25 de Maio 2011**

**16:30 horas**

**Junta de Freguesia de Santo Amaro**



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Apêndice VIII – Apresentação PowerPoint - HTA**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária



**Programa  
65 + Saúde  
Hipertensão**

Santo Amaro, 25 de Maio de 2011

### O que é a Pressão Arterial?

É a pressão que o sangue exerce nas paredes das nossas artérias.

- Para que possa transportar o nosso sangue, com os alimentos e o oxigénio de que precisa.

### O que é a Hipertensão Arterial?

Hipertensão arterial acontece quando a pressão exercida pelo sangue nas artérias é mais forte do que o habitual

- Valores "normais":
- TA = 120 mmHg / 80 mmHg

### Sinais e Sintomas ...

Alguns sinais e sintomas que poderão mostrar que a tensão está alta:

- Tonturas;
- Dor de cabeça;
- Hemorragia (nasal ou derrame nos olhos);
- Cansaço excessivo;
- Sensação de formigueiro.

• Mas poderá ter a tensão alta e sentir-se bem

### Complicações ...

- Enfarte Agudo do Miocárdio
- Insuficiência Cardíaca
- Acidente Vascular Cerebral
- Insuficiência Renal
- Olhos, cérebro, coração, rins, artérias

### Quem tem mais risco de ficar hipertenso?

- Quem tem excesso de peso
- Quem usa muito sal na alimentação
- Quem não tem uma alimentação saudável
- Pessoas de raça negra
- Quem consome muitas bebidas alcoólicas
- Quem é diabético
- Quem tem familiares hipertensos

### Como tratar a HTA?

O tratamento da HTA está relacionado com:

Adopção de um estilo de vida saudável

Medicação

Alimentação correcta

Exercício físico

Perder peso

Consumo de álcool com moderação

Apenas a sua medicação diária

Vigilância

### Alguns conselhos:



**Manter um peso corporal adequado**

Alguns conselhos:



Deixar de fumar

Alguns conselhos:



Fazer exercício físico com regularidade

Alguns conselhos:



Reduzir o consumo de sal

Alguns conselhos:



Manter uma alimentação adequada



Alguns conselhos:



Ingerir bebidas alcoólicas com moderação

Alguns conselhos:



Tomar correctamente OS medicamentos

Obrigada pela vossa presença.

Alunas do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Escola Superior de Saúde de Portalegre

- Liliana Pereira
- Mafalda Velez
- M.ª José Raposo
- M.ª Rosário Gravilha

**Apêndice IX – Plano da sessão 65 + Saúde: Idosos - DM**

## **PROGRAMA 65 + SAÚDE: IDOSOS (DIABETES)**

### PLANO DA SESSÃO

**LOCAL:** Sala da Junta de Freguesia de Santo Amaro, Sousel

**TEMA:** Alimentação e Diabetes

**GRUPO:** Idosos da freguesia de Santo Amaro, Sousel

**DATA:** 18 de Maio de 2011

**DURAÇÃO:** +/- 60 minutos

**HORA:** 16h30 – 17h30

#### **OBJECTIVO GERAL**

- ✓ Capacitar os idosos para a adoção de estilos de vida saudáveis.

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Que os idosos sejam capazes de:

- ✓ Conhecer o conceito glicemia capilar;
- ✓ Identificar o conceito de hiperglicemia;
- ✓ Identificar o conceito de hipoglicemia;
- ✓ Reconhecer alguns sinais e sintomas de alerta;
- ✓ Assimilar quais as principais complicações da diabetes;
- ✓ Conhecer as principais medidas a adotar na alimentação do idoso com diabetes;
- ✓ Assimilar alguns alimentos que possam ser benéficos na alimentação do idoso com diabetes;
- ✓ Reconhecer alguns planos alimentares benéficos para o idoso com diabetes.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		OBSERVAÇÕES
		MÉTODO TÉCNICA	TEMPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formadoras;</li> <li>○ Temática;</li> <li>○ Objetivos;</li> <li>○ Estratégias.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo Datashow	+/- 5 min.	Grupo
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conceito glicemia capilar;</li> <li>✓ Conceito de hiperglicemia;</li> <li>✓ Conceito de hipoglicemia;</li> <li>✓ Sinais e sintomas de alerta;</li> <li>✓ Principais complicações da diabetes;</li> <li>✓ Principais medidas que se deve adotar na alimentação do idoso com diabetes;</li> <li>✓ Alimentos benéficos na alimentação do idoso com diabetes;</li> <li>✓ Discussão de alguns planos alimentares benéficos para o idoso com diabetes.</li> </ul>	Expositivo Datashow	+/- 20 min	Grupo
<b>CONCLUSÃO</b>	Conclusão; Resumo da temática	Expositivo	+/- 5 min	Grupo
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário de avaliação;</li> <li>✓ Partilha de experiências.</li> </ul>	Expositivo	+/- 10 min	Grupo
<b>ACTIVIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de parâmetros vitais               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Glicemia Capilar</li> </ul> </li> </ul>		+/- 20 min	Grupo

Questionário de Avaliação (deve responder verdadeiro ou falso a cada questão):

- Quando sei que estou em hipoglicemia não devo comer pão;
- A batata e o arroz não alteram os meus valores de glicemia por isso posso comer grandes quantidades;
- Antes de avaliar a glicemia devo lavar bem as mãos;
- Se todos os dias tiver valores de glicémias superiores a 200 mg/dl não faz mal para a minha saúde;
- A ingestão de água é muito importante para manter a diabetes controlada.

**Apêndice X – Plano da sessão 65 + Saúde: Idosos - HTA**

## **PROGRAMA 65 + SAÚDE: IDOSOS (HIPERTENSÃO ARTERIAL)**

### PLANO DE SESSÃO

**LOCAL:** Sala da Junta de Freguesia de Santo Amaro, Sousel

**TEMA:** Hipertensão Arterial

**GRUPO:** Idosos da freguesia de Santa Amaro, Sousel

**DATA:** 25 de Maio de 2011

**DURAÇÃO:** +/- 60 minutos

**HORA:** 16h30 – 17h30

#### **OBJECTIVO GERAL**

- ✓ Capacitar os idosos para a adoção de estilos de vida saudáveis.

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Que os idosos sejam capazes de:

- ✓ Conhecer o conceito de pressão arterial;
- ✓ Identificar o conceito de hipertensão arterial;
- ✓ Identificar alguns sinais e sintomas de alerta;
- ✓ Assimilar as principais complicações da hipertensão arterial;
- ✓ Reconhecer fatores de risco da hipertensão arterial;
- ✓ Conhecer as principais medidas que o idoso deve adotar no tratamento da hipertensão arterial.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		OBSERVAÇÕES
		MÉTODO TÉCNICA	TEMPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formadoras;</li> <li>○ Temática;</li> <li>○ Objetivos;</li> <li>○ Estratégias.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo Datashow	+/- 5 min.	Grupo
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O que é a pressão arterial?</li> <li>✓ O que é a hipertensão arterial?</li> <li>✓ Sinais e sintomas;</li> <li>✓ Complicações da hipertensão arterial;</li> <li>✓ Fatores de risco na hipertensão arterial;</li> <li>✓ Principais medidas no tratamento da hipertensão arterial.</li> </ul>	Expositivo Datashow	+/- 20 min	Liliana Pereira
<b>CONCLUSÃO</b>	Conclusão; Resumo da temática	Expositivo	+/- 5 min	Grupo
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário de avaliação;</li> <li>✓ Partilha de experiências.</li> </ul>	Expositivo	+/- 10 min	Grupo
<b>ACTIVIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliação de parâmetros vitais <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tensão arterial</li> </ul> </li> </ul>		+/- 20 min	Grupo

Questionário de avaliação (deve responder verdadeiro ou falso a cada questão);

- Tonturas, hemorragia nasal e sensação de formigueiro são três sintomas que devo estar alerta;
- O enfarte agudo do miocárdio não é uma complicação da hipertensão arterial;
- A ingestão de sal e o consumo de café não prejudicam os meus valores de pressão arterial;
- Praticar exercício físico, ter uma alimentação equilibrada e cumprir o esquema terapêutico que o meu médico de família me passou são três atitudes muito importantes para controlar a minha pressão arterial;
- O aumento de peso significativo pode ser benéfico para a minha pressão arterial.

Apêndice XI – **Folheto HTA**

PARA VIVER BEM COM A SUA HIPERTENSÃO ARTERIAL SIGA OS NOSSOS CONCELHOS....



- Mantenha um peso corporal adequado;



- Deixe de Fumar;



- Faça exercício físico com regularidade;

- Reduza o consumo de sal;



- Mantenha uma alimentação adequada;

- Ingeria bebidas alcoólicas com moderação;

- Tome correctamente os seus medicamentos .

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

## ENFRENTA A SUA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE FORMA SAUDÁVEL



65 + SAÚDE

Com a colaboração:

- Câmara Municipal de Sousel
- Junta de Freguesia de Santo Amaro



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

Liliana Pereira  
Mafalda Velez  
Maria José Raposo  
Maria Rosário Gravilha

**SIGA OS NOSSOS  
CONCELHOS...**

**Mantenha um peso corporal adequado**

- ◆ Controle periodicamente o seu peso e o seu perímetro abdominal;
- ◆ Fale com o seu médico sobre a melhor forma de perder peso.



**Deixe de Fumar**

- ◆ Deixar de fumar reduz o seu risco cardiovascular.

**Faça exercício físico com regularidade**

- ◆ É muito importante que pratique pelo menos 30 minutos de exercício físico durante o maior número de dias da semana que puder. Este exercício podem ser simples caminhadas com os amigos.



**Mantenha uma alimentação adequada**

- ◆ Escolha um regime alimentar equilibrado: baixo teor de gorduras e colesterol, leite magro, iogurte, queijo fresco, carnes brancas;
- ◆ Aumente o número de vezes que ingere peixe cozido e grelhado, fruta, verduras, legumes e cereais.

**Ingira bebidas alcoólicas com moderação**

- ◆ Ingira com moderação bebidas alcoólicas: máximo de um copo por dia, preferencialmente às refeições;
- ◆ Prefira bebidas de baixo teor alcoólico: cerveja ou vinho.

**Reduza o consumo de sal**

- ◆ Reduza o consumo de sal ou substitua este por ervas aromáticas;
- ◆ Reduza o consumo de ketchup, mostarda, molhos de soja.

Tome correctamente os seus medicamentos

- ◆ Os medicamentos para a tensão arterial só são eficazes se forem tomados todos os dias, à hora prescrita. Não se esqueça de tomar os seus medicamentos;
- ◆ Os medicamentos são apenas seus. Não tome medicamentos de outras pessoas, sem terem sido prescritos pelo seu médico.

**A CONSELHE – SE COM  
O SEU MÉDICO OU  
COM O SEU  
ENFERMEIRO DE  
FAMÍLIA**

Eles saberão como ajudá-lo!!!

Apêndice XII – **Folheto Alimentação**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE  
PORTALEGRE

1º Curso de Mestrado em  
Enfermagem Comunitária

**Com a colaboração:**

- Câmara Municipal de Sousel
- Junta de Freguesia de Santo Amaro



Com o avançar da idade, os requisitos energéticos diminuem. Mas nosso organismo continua a precisar da mesma quantidade de proteínas, vitaminas e minerais.

A sua alimentação deve ser variada e rica do ponto de vista nutricional.

Peça ajuda ao seu Médico ou ao seu Enfermeiro de Família. Eles estarão disponíveis para o aconselhar.



## Alimentação para lá dos 65 anos



**65 + Saúde**

Escola Superior de Saúde de Portalegre

1º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Comunitária

Liliana Pereira  
Mafalda Velez  
Maria José Raposo  
Maria Rosário Graviilha

**Para respeitar as suas necessidades nutricionais, faça refeições regulares, uma alimentação variada e ingira bastante água (pelo menos 6 copos de água por dia).**

**Alimentos que deve ingerir diariamente:**

Grupo de Alimentos	Exemplos
Hidratos de Carbono e Amiláceos	Pão, Massa, Arroz, Batatas, Bolos
Frutas e Legumes	Toda a Fruta e Legumes cozidos, crus ou em sumo
Leite e Produtos Lácteos	Carnes vermelhas e fígado, logurte. Idosos com baixo peso devem beber pelo menos 1 copo de Leite gordo por dia
Carne, Peixe e outras alternativas	Carne vermelha e Fígado, Aves, Peixe, Ovos, Feijão
Gorduras e Açúcares	Se tiver abaixo do peso ideal, então uns excessos podem ser aplicáveis

## Gorduras

Para manter a sua saúde cardiovascular, reduza a ingestão de gorduras, especialmente as saturadas (as que são de origem animal).

### Mas

Se sofreu uma quebra de peso, tem apetite fraco ou se sofreu alguma fragilidade, a ingestão destas gorduras é benéfica para aumentar o seu peso e melhorar a sua condição.

## Fibras

Muitos idosos sofrem de obstipação (prisão de ventre). O consumo de cereais, frutas, legumes e o aumento do consumo de água ajudam a melhorar o trânsito intestinal.

No entanto, há que ter cuidado na sua ingestão, porque em excesso podem ser prejudicial.

## Açúcares

Se tiver uma alimentação equilibrada, comer guloseimas esporadicamente, não será prejudicial à sua saúde.

## Ferro

Se tiver anemia, ou mesmo para a prevenir, deve ingerir alimentos ricos em ferro: cereais, frutos secos, legumes, carnes vermelhas e leguminosas.

Mas todas de forma equilibrada. Beba sumo de laranja às refeições, porque tem vitamina C e ajuda a maximizar a absorção do ferro.

## Cálcio

A descalcificação óssea começa a partir dos 30 anos. Para contrariar esta situação deve consumir lacticídeos todos os dias.



**Apêndice XIII – Plano sessão 65 + Saúde: Cuidadores Formais – DM**

## **PROGRAMA 65 + SAÚDE: CUIDADORES FORMAIS - DM**

### PLANO DE SESSÃO

**LOCAL:** Sala do Lar da Junta de Freguesia de Santo Amaro, Sousel

**TEMA:** Cuidados a ter com o pé diabético

**GRUPO:** Cuidadores formais do Lar da freguesia de Santa Amaro, Sousel

**DATA:** 18 de Maio de 2011

**DURAÇÃO:** +/- 60 minutos

**HORA:** 14h00 – 15h00

#### **OBJECTIVO GERAL**

- ✓ Capacitar os cuidadores formais sobre os cuidados a ter com o idoso diabético.

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Que os cuidadores formais sejam capazes de:

- ✓ Conhecer o conceito de diabetes;
- ✓ Assimilar a importância dos cuidados prestados ao idoso com diabetes, nomeadamente sobre os cuidados aos pés;
- ✓ Identificar as principais medidas a adotar para evitar o aparecimento de feridas nos pés dos idosos com diabetes;
- ✓ Desenvolver técnicas de cuidados aos pés dos idosos com diabetes.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		OBSERVAÇÕES
		MÉTODO TÉCNICA	TEMPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formadoras;</li> <li>○ Temática;</li> <li>○ Objetivos;</li> <li>○ Estratégias.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo	+/- 5 min.	Grupo
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O que é a diabetes?</li> <li>✓ Importância dos cuidados prestados aos pés dos idosos com diabetes;</li> <li>✓ Medidas para a prevenção de feridas nos pés do idoso com diabetes;</li> <li>✓ Técnicas de prestação de cuidados aos pés do idoso com diabetes - Prevenção de lesão no pé do diabético: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Higiene cuidada do pé;</li> <li>○ Observação diária do pé (zonas de pressão, espaços interdigitais);</li> <li>○ Tratamento de calosidades;</li> <li>○ Corte correto das unhas;</li> <li>○ Observação do calçado; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demonstração com os utensílios pedológicos</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	Expositivo Demos- trativo	+/- 40 min	Rosário Gravilha
<b>CONCLUSÃO</b>	<p style="text-align: center;">Conclusão</p> <p style="text-align: center;">Resumo da temática</p>	Expositivo	+/- 5 min	Grupo
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário de avaliação;</li> <li>✓ Partilha de experiências.</li> </ul>	Expositivo	+/- 10 min	Grupo

Questionário de avaliação (deve responder verdadeiro ou falso a cada questão);

- Devo vigiar os pés do idoso com diabetes uma vez por semana;
- O idoso com diabetes pode calçar qualquer calçado sem termos que ter qualquer cuidado;
- Aquando da higiene do idoso com diabetes é muito importante observar e secar bem os espaços interdigitais;
- Sempre que um idoso com diabetes tenha uma ferida no pé é importante encaminhar para o enfermeiro que dá apoio ao lar;
- O idoso com diabetes costuma ter os pés frios. Posso colocar uma botija de água quente sem me preocupar.

**Apêndice XIV – Plano sessão 65 + Saúde: Cuidadores Formais - HTA**

**PROGRAMA 65 + SAÚDE: CUIDADORES FORMAIS  
(HIPERTENSÃO ARTERIAL)**

PLANO DE SESSÃO

**LOCAL:** Sala do Lar da Junta de Freguesia de Santo Amaro, Sousel

**TEMA:** Cuidados a ter com o idoso com Hipertensão Arterial

**GRUPO:** Cuidadores formais do Lar da freguesia de Santa Amaro, Sousel

**DATA:** 25 de Maio de 2011

**DURAÇÃO:** +/- 60 minutos

**HORA:** 14h00 – 15h00

**OBJECTIVOS GERAIS**

- ✓ Capacitar os cuidadores formais sobre os cuidados a ter com a alimentação do idoso com hipertensão arterial;
- ✓ Capacitar os cuidadores formais sobre a importância de um regime terapêutico eficaz para o idoso com hipertensão arterial.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Que os cuidadores formais sejam capazes de:

- ✓ Entender o conceito de hipertensão arterial;
- ✓ Assimilar a importância de uma alimentação equilibrada do idoso no tratamento da hipertensão arterial;
- ✓ Identificar as principais medidas a adotar para uma alimentação equilibrada do idoso com hipertensão arterial;
- ✓ Reconhecer quais os alimentos que devem ser evitados no tratamento da hipertensão arterial no idoso;
- ✓ Compreender a importância de respeitar o regime terapêutico prescrito no tratamento da hipertensão arterial do idoso.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		OBSERVAÇÕES
		MÉTODO TÉCNICA	TEMPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formadoras;</li> <li>○ Temática;</li> <li>○ Objetivos;</li> <li>○ Estratégias.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo	+/- 5 min.	Grupo
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conceito de pressão arterial;</li> <li>✓ Conceito de hipertensão arterial;</li> <li>✓ A importância de uma alimentação equilibrada no tratamento da hipertensão arterial no idoso;</li> <li>✓ Principais medidas a adotar para uma alimentação equilibrada do idoso com hipertensão arterial;</li> <li>✓ Quais os alimentos que devem ser evitados no tratamento da hipertensão arterial no idoso;</li> <li>✓ A importância de respeitar o regime terapêutico prescrito no tratamento da hipertensão arterial do idoso.</li> </ul>	Expositivo Demonstrativo	+/- 40 min	M. José Raposo
<b>CONCLUSÃO</b>	<p style="text-align: center;">Conclusão</p> <p style="text-align: center;">Resumo da temática</p>	Expositivo	+/- 5 min	Grupo
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário de avaliação;</li> <li>✓ Partilha de experiências.</li> </ul>	Expositivo	+/- 10 min	Grupo

Questionário de avaliação:

- Apenas a medicação é importante para controlar a pressão arterial de um idoso;
- Encorajar o idoso com hipertensão arterial a fazer pequenas caminhadas, consoantes as suas capacidades, é muito importante para o controlo desta patologia;
- O sal e os enchidos devem ser consumidos pelo idoso com hipertensão arterial sem restrições;
- O idoso com hipertensão arterial deve andar 30 minutos por dia sem pausas;
- Os medicamentos que um idoso toma para ter a pressão arterial controlada podem ser usados pelos restantes idosos com a mesma patologia.

**Apêndice XV – Plano sessão 65 + Saúde: Cuidadores Formais - Idoso Dependentes**

**PROGRAMA 65 + SAÚDE: CUIDADORES FORMAIS  
(Cuidados a ter com o idoso dependente)**

PLANO DE SESSÃO

**LOCAL:** Sala do Lar da Junta de Freguesia de Santo Amaro, Sousel

**TEMA:** Cuidados a ter com o idoso dependente

**GRUPO:** Cuidadores formais (funcionárias) do Lar da freguesia de Santa Amaro, Sousel

**DATA:** 1 de Junho de 2011

**DURAÇÃO:** +/- 60 minutos

**HORA:** 14h00 – 15h00

**OBJECTIVOS GERAIS**

- ✓ Capacitar os cuidadores formais sobre os cuidados a ter com o idoso dependente.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Que os cuidadores formais sejam capazes de:

- ✓ Reconhecer a necessidade da prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente;
- ✓ Conhecer os principais cuidados que podem prestar a fim de evitar o aparecimento de úlceras de pressão no idoso dependente;
- ✓ Assimilar as diferentes técnicas de posicionamento do idoso dependente;
- ✓ Aprender os principais cuidados a ter na prestação de cuidados ao idoso dependente com sonda nasogástrica;
- ✓ Reter os principais cuidados a ter na prestação de cuidados ao idoso dependente algaliado.

ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS		OBSERVAÇÕES
		MÉTODO TÉCNICA	TEMPO	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formadoras;</li> <li>○ Temática;</li> <li>○ Objetivos;</li> <li>○ Estratégias.</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo	+/- 5 min.	Grupo
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Características gerais da pele;</li> <li>✓ A importância da prevenção de úlceras de pressão no idoso dependente;</li> <li>✓ Principais cuidados para evitar o aparecimento de úlceras de pressão no idoso dependente;</li> <li>✓ Técnicas de posicionamento do idoso dependente;</li> <li>✓ Quais os principais cuidados a ter na prestação de cuidados ao idoso dependente com sonda nasogástrica;</li> <li>✓ Quais os principais cuidados a ter na prestação de cuidados ao idoso dependente algaliado.</li> </ul>	Expositivo Demonstrativo	+/- 40 min	Mafalda Velez
<b>CONCLUSÃO</b>	<p style="text-align: center;">Conclusão Resumo da temática</p>	Expositivo	+/- 5 min	Grupo
<b>AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Questionário de avaliação;</li> <li>✓ Partilha de experiências.</li> </ul>	Expositivo	+/- 10 min	Grupo

Questionário de avaliação:

- O idoso dependente deve permanecer mais de 2 horas na mesma posição;
- Posicionar frequentemente o idoso dependente e massajar as zonas de pressão são alguns cuidados que devo ter para prevenir o aparecimento do úlceras de pressão;
- As zonas de vermelhidão devem ser muito bem massajadas;
- A sonda nasogástrica não necessita de qualquer cuidado de higiene;
- Quando presto cuidados de higiene a um idoso com algália não me devo preocupar com as características da urina e o saco deve estar sempre em cima da cama do idoso dependente.

**Apêndice XVI – Cartaz divulgação 65 + Saúde: Cuidadores Formais**

# PROJECTO 65 + SAÚDE

**Cuidadores Formais**



**Sessões temáticas:**

**Diabetes**

**18 de Maio 2011, às 14 H**

**Hipertensão Arterial**

**25 de Maio 2011, às 14 H**

**O Idoso Dependente**

**1 de Junho 2011, às 14 H**

**Lar de Santo Amaro**



1º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Apêndice XVII – Poster Pé Diabético**

Escola Superior de Saúde de Portalegre  
19 Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

# Cuidados a ter com o Pé Diabético

As pessoas com **DIABETES** devem ter um cuidado especial ao cuidar dos seus pés.

O açúcar elevado no sangue (hiperglicémia) pode afectar:

## OS NERVOS DOS PÉS:

- deformação do pé;
- alteração da temperatura
- dor;
- pele seca, levando ao aparecimento de fissuras;
- pode aparecer uma ferida que não se sente.

## OS VASOS QUE LEVAM O SANGUE PARA OS PÉS:

- dor nas pernas ou nos pés quando se caminha;
- má circulação: pés frios e pálidos.

*As feridas infectam com muita facilidade e são difíceis de tratar.*

## MEDIDAS A ADOPTAR PARA EVITAR O APARECIMENTO DE FERIDAS:

- Lime as unhas com limas de cartão
- Lave os pés todos os dias e seque muito bem, especialmente entre os dedos
- Não use botijas nem sacos de água quente
- Quando tiver uma ferida deve procurar o seu enfermeiro
- Não ande descalço
- Veja se existe algum objecto no interior do sapato antes de se calçar
- Use sempre sapatos confortáveis
- Observe os pés todos os dias
- Use sempre meias de algodão

Elaborado por: Liliana Pereira, Mafalda Vieira, Maria José Raposo e Maria Rosário Gonçalves.  
Revisão: Mafalda Vieira, Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal (APDP, 2021).  
Adaptado a partir do trabalho de Liliana Pereira, Mafalda Vieira e José Luís de Sousa em 2021 em <http://www.apdp.pt/Arquivos/Infoma7.pdf>

**Apêndice XVIII – Apresentação PowerPoint – Cuidados com o idoso dependente**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE  
PORTALEGRE

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

## Cuidados ao Idoso Dependente

Projecto 65 + Saúde

Santo Amaro, Maio de 2011

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

## PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### PELE

- A pele é composta por diversas camadas;
- Dependes de factores genéticos e factores externos;
- Com o envelhecimento há redução da espessura com perda das fibras elásticas e do colageneo.

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### Prevenção de Úlceras de Pressão

A úlcera de pressão é uma área localizada de morte celular que tende a surgir quando o tecido comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo.

- **PREVENÇÃO** é essencial para evitar o aparecimento de úlceras de pressão.

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### Prevenção de Úlceras de Pressão

Áreas com maior risco de desenvolver úlceras de pressão.

- Região sacro;
- Região dos trocanteres;
- Calcanhares.

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### Prevenção de Úlceras de Pressão

- Utentes com fralda devem ser bem lavados e secos;
- Aplicar creme hidratante quando apresentem pele seca;
- **Não massajar as zonas que apresentem vermelhidão;**
- Mudança de posição deve ser feita de 2/2h ou de 3/3h;
- Ter especial atenção à alimentação dos idosos debilitadas, devendo esta ser equilibrada.

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### Prevenção de Úlceras de Pressão

- Usar calcanheiras e colchões anti-escaras.

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

### Prevenção de Úlceras de Pressão

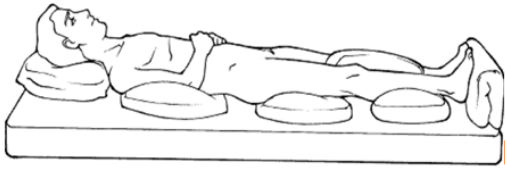
- **POSICIONAMENTOS**
  - São essenciais para a prevenção das úlceras de pressão e para o conforto do utente;
  - Devem ser usados **materiais de posicionamento, como almofadas**, para manter as proeminências ósseas longe do contacto directo umas com a outras ou com a cama.

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

Prevenção de Úlceras de Pressão

POSICIONAMENTOS

Decúbito dorsal

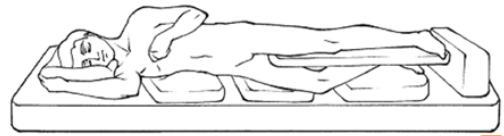


CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

Prevenção de Úlceras de Pressão

POSICIONAMENTOS

Decúbito lateral



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

Prevenção de Úlceras de Pressão

POSICIONAMENTOS

Colocação das almofadas



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

Prevenção de Úlceras de Pressão

POSICIONAMENTOS

Mudança de posição



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE  
**Cuidados com SONDA NASOGÁSTRICA**



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE  
**SONDA NASOGÁSTRICA**

- É um tubo plástico flexível que se mete pelo nariz e vai até ao estômago;
- Normalmente a sonda é mudada mensalmente;
- Serve para dar medicamentos, alimentos e água às pessoas que não conseguem engolir.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE  
**SONDA NASOGÁSTRICA**

o **Cuidados a ter com a Sonda Nasogástrica**

- Após lavar a cara ao utente ou após o banho, deve-se secar bem o tubo e trocar o adesivo de fixação ao nariz.
  - o Para evitar feridas, desconforto ao utente e mau odor.



- Limpar as narinas e tomar cuidado para não pressionar a narina quando se fixa o tubo, de forma a evitar o aparecimento de feridas;

CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE  
**SONDA NASOGÁSTRICA**

o **Cuidados a ter com a Sonda Nasogástrica**

- Deve-se evitar puxões, pois o tubo pode sair do sítio e deixar de cumprir a sua função;
- Algumas vezes é necessário proteger as mãos do utente com luvas sem os dedos, para o impedir de retirar a sonda;
- Após a administração da alimentação ou dos medicamentos deve-se lavar a sonda com água;
- Manter a higiene oral e hidratar os lábios.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

**Cuidados a ter com a Sonda Nasogástrica – Alimentação**

- O utente deve estar **sentado** ou **quase sentado**;
- A comida deve estar a temperatura ambiente;
- Quando se coloca a seringa na extremidade da sonda ter cuidado para não entrar ar.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

**Cuidados a ter com a Sonda Nasogástrica – Alimentação**

- Os alimentos devem estar bem triturados, líquidos ou semi-pastosos.
- Pode dar leite, papas (tipo Nestum® ou Cerelac®), batidos de fruta, sumos naturais e sopa de legumes com carne ou peixe.
- Deve deixar o doente sentado 30 minutos após dar a alimentação.
- Dar água depois da alimentação (para hidratar e lavar a sonda).



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

**Cuidados a ter com a Sonda Nasogástrica – Medicamentos**

- Não juntar os medicamentos com os alimentos;
- Esmagá-los (se não forem líquidos) adicionando um pouco de água;
- Depois de dar os medicamentos, dar uma seringa de água para lavar a sonda.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

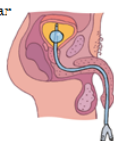
**Cuidados com ALGÁLIA**



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

**ALGÁLIA**

- A algália ou **sonda vesical** é um tubo que é introduzido pela uretra até à bexiga. É utilizada para esvaziar e recolher a urina da bexiga.
- Pode ser **temporária** ou **permanente**.
- Os utentes algaliados necessitam de cuidados para manter o seu funcionamento adequado e evitar infecções.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

**Cuidados a ter com o utente algaliado**

- Lavar os órgãos genitais diariamente e sempre que necessário;
- Prender o saco de urina à cama do utente, ou num local abaixo do nível da bexiga; **Atenção aos movimentos bruscos.**
- Ao mudar o saco não deve tocar com a ponta da algália ou com a ponta do saco novo em lado nenhum, para evitar que fiquem infectados;
- Mudar o saco colector semanalmente. Utilizar sacos com torneira para esvaziar;
- Certifique-se sempre que a algália e o saco ficaram bem ligados.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

**Aspectos a vigiar:**

- Quantidade de urina em 24 horas;
- Cor da urina (turva, com sedimento, com sangue, muito escura);
- Cheiro da urina;
- Se apresenta urina extra-algália.
- Inflamação na uretra ou em redor do meato urinário.
- Estabelecer rotinas.



CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE



- Obrigada pela vossa atenção!



**Apêndice XIX – Cartaz divulgação da visita ao Centro Cultural**



**PROJECTO 65 + SAÚDE**

**Quer vir visitar esta  
exposição?**

**Dia 8 de Junho de 2011  
as 14 horas**  
(Inscrições na junta de Freguesia)

**Venha conhecer e  
conviver!**

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

1º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Exposição A Paixão de Cristo**  
Ciclo de Exposições Temporárias

Centro Cultural de Souzel  
de 20 de Abril  
a 20 de Junho  
2011

A Colecção de Cristos de Souzel

## **ANEXOS**

**Anexo I – Cartaz Divulgação ‘Sousel Infantil’ 2011**



Anexo II – **‘Sousel Infantil’ 2011**



**Anexo III – Cartaz divulgação Caminha Sénior**



# JOA

FASE DISTRITAL DE  
CAMINHADA SENIOR  
21 DE MAIO 2011  
SOUSEL

**PERCURSO** turístico com visita  
aos principais monumentos de Sousel

PARA PESSOAS COM MAIS DE 55 ANOS

**CONCENTRAÇÃO**  
às 09.30h no Centro Cultural de Sousel

**DISTÂNCIA**  
de 4 km aproximadamente

Inscrições:  
Juntas de Freguesia  
Gabinete de Desporto da CMS  
desporto.juventude@cm-sousel.pt  
Tel.: 268 550 105

Organização



[www.cm-sousel.pt](http://www.cm-sousel.pt)