



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



3º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
Unidade Curricular: Estágio e Relatório  
Título Conferido: Mestre em Enfermagem  
Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins  
Coorientadora: Mestre Paula Oliveira

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

**Volume I**

Aline Bastos Jordão

**novembro  
2017**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
Unidade Curricular: Estágio e Relatório  
Título Conferido: Mestre em Enfermagem  
Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins  
Coorientadora: Mestre Paula Oliveira

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

### **Volume I**

Aline Bastos Jordão

novembro

2017

*“Saúde se aprende, educação é que cura”*

Elaine Marasca, 2009

### **Agradecimentos**

À Professora Dr.<sup>a</sup> Maria Filomena Martins, pela sua orientação, pelo seu incondicional apoio e disponibilidade, pela sua infinita compreensão, sensibilidade e confiança, tão determinantes para a conclusão deste relatório.

À Professora Coorientadora Paula Oliveira, pela disponibilidade e orientação deste relatório.

Ao Sr. Diretor da ESSP, Professor Dr. Adriano Pedro pelo reconhecimento e oportunidade.

A todos os professores que lecionaram o III Curso de Mestrado em Enfermagem da ESSP, pelo seu contributo para uma Enfermagem Avançada, em particular, ao Professor Mário Martins pelo seu contributo na génese do mesmo.

Aos colegas do III Curso de Mestrado pela partilha e aprendizagem, com especial destaque para as colegas que comigo partilharam este grandioso trabalho, os momentos mais difíceis e os de maior regozijo que nos proporcionou. Nélia Lourenço, Helena Pires, Rosário Semedo e Susana Simões: conseguimos!

Aos idosos da Freguesia de Tramaga e toda a comunidade, por nos terem aberto a porta, por nos terem recebido e nos terem deixado entrar.

Às entidades locais e parceiros estratégicos que tornaram esta intervenção comunitária possível e mais rica, e cujo nome configura e se repete tantas vezes neste trabalho: bem hajam!

À minha amiga Helena Pires, pelo desafio para este Curso de Mestrado, pela presença e partilha, pela amizade à prova de stress, pela sempre aprendizagem, e pela sua contagiante energia ao longo destes 16 anos de Enfermagem.

À Mãe Josefa, pelo seu contributo fundamental para o nosso trabalho, pelo seu carinho e cuidado maternal que sempre imprime em tudo o que faz.

A ti, Ricardo, por tanto! A ti, Cristina, por tudo!

À minha família, em especial a ti, mãe, por nunca duvidares e sempre acreditares.

A todos os que torceram por mim e por este trabalho, em especial: Maria, Mara, Nuno, família Caramelo, Magda, Andreia, Branco, Aline, Isa, Lena, e mais uma vez, Ricardo e Cristina.

Ao Dr. António Sampaio.

E a Deus, por ter destacado tanta gente para me ajudar!

## **Resumo**

O atual envelhecimento demográfico é um descendente direto do progresso que pauta o curso da humanidade, constituindo um dos seus maiores desafios. As vantagens da longevidade num contexto de tamanho conhecimento e domínio desafiam os indivíduos, as comunidades e as sociedades a provar a sua supremacia e a refletir sobre o propósito de prolongar a sua existência. A convicção de que se trata de uma conquista e de um ganho carece de ser maior que os problemas que tão comumente lhe são associados. Estes acrescentam várias fragilidades sociais que implicam uma responsabilidade individual e coletiva enormes. Ficar indiferente a esta temática não é atualmente uma opção, é já tomar uma decisão negligente, que urge ser combatida. Importa compreender que o prejuízo é pessoal, familiar, comunitário e coletivo, e contraria o verdadeiro propósito do progresso, de viver mais e melhor.

O presente relatório refere-se a uma intervenção comunitária de cariz académico, decorrida entre setembro de 2013 e janeiro de 2014 e em prol da população de idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, implantada num Alentejo fortemente marcado pelo envelhecimento demográfico. Para justificá-la, foi levado a cabo um diagnóstico de saúde dessa população idosa no período imediatamente anterior, e com o qual foi possível identificar vários problemas de saúde e determinantes para a saúde dos mesmos, subjacentes à iliteracia em saúde, estilos de vida menos saudáveis e comorbilidades.

À luz desses problemas, a metodologia do Planeamento em Saúde foi utilizada para estruturar a intervenção comunitária que foi igualmente sustentada pela Promoção da Saúde, com recurso à Teoria da Organização Comunitária e aos conceitos de capacitação e *empowerment* individuais e comunitários, apelando ao envolvimento de todos como estratégia preponderante.

Assim, eram objetivos gerais sensibilizar a população idosa, entidades locais e comunidade para os problemas diagnosticados e para a importância do envelhecimento ativo, maximizar a sua literacia em saúde, e contribuir para a minimização dos fatores associados à mudança de comportamentos que condicionam a saúde da população, com recurso e valorização da abordagem intersectorial, para aquele período de intervenção.

Neste sentido, foram desenvolvidas várias atividades promotoras de conhecimento, de

capacitação, de consciencialização e de integração, que se traduziram em diferentes momentos de educação em saúde, nomeadamente o ‘*Fórum Comunitário*’, o ‘*Atelier de Saúde*’, a sessão conjunta ‘*Segurança do idoso*’, as reuniões com os dirigentes políticos locais e a publicação de informação adequada aos problemas identificados, através de folhetos e artigos publicados em meios de comunicação social locais.

Os indicadores de atividade apontam para um balanço positivo da intervenção comunitária, traduzindo-se numa dinâmica favorável à saúde dos idosos e a toda a comunidade da Freguesia de Tramaga, o que se encontra alinhado com os desígnios nacionais e internacionais relativos ao envelhecimento ativo, enquadrados nas políticas de Promoção da Saúde.

**Palavras-chave:** Idosos; Intervenção Comunitária; *Empowerment*; Envelhecimento Ativo.

### **Abstract**

The current demographic aging is a direct result of the progress that marks the course of humanity, being one of its greatest challenges. The advantages of longevity in a context of plentiful knowledge challenge individuals, communities and societies to substantiate their supremacy and reflect on the purpose of prolonging their existence.

The conviction that it is a conquest and a gain, needs to be greater than the problems that are so commonly associated with it. These add various social fragilities that imply enormous individual and collective responsibility. Being indifferent to this issue is not an option, it is already a negligent decision, which urgently needs to be confronted. It is important to understand that the damage is personal, familiar and collective, and opposite to the true purpose of progress, to live more and better.

This report refers to an academic intervention that took place between September 2013 and January 2014 in favor of the population aged 65 or plus in the locality of Tramaga, located in Alentejo, which is strongly marked by demographic aging. In order to justify it, a health diagnosis of this elderly population was carried out in the period immediately preceding, and with which it was possible to identify several health problems determinants for their health, underlying health illiteracy, unhealthy lifestyles and comorbidities.

In light of these problems, the Health Planning Methodology was used to structure the community intervention, that was also supported by Health Promotion, using the Community Organization Theory and the concepts of individual and community empowerment, calling for the involvement of all as a preponderant strategy.

As such, the general goals included the need to sensitize the elderly population, local entities and the community to the diagnosed problems and to the importance of active aging, in order to maximize their health literacy, and minimize the factors that constrain their health, associated with behaviour change, with the usage of the intersectoral approach, for that period of intervention.

In this sense, a number of activities were developed to promote knowledge sharing, training, situation awareness and integration, which resulted into different moments of health education, namely the “Community Forum”, the “Health Workshop”, the session “Elderly

Safety”, meetings with local political leaders and the publication of adequate information to the problems identified, namely leaflets and articles published in local media.

The activity indicators point to a positive impact resulting from the community intervention, reflecting a dynamic favourable to the health of the elderly and the entire community of the locality of Tramaga, which is in line with national and international strategic intent, related to Active Aging, as part of Health Promotion Policies.

**Keywords:** Elderly; Community Intervention; Empowerment; Aging Active.

### Abreviaturas e símbolos

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

cm – centímetros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMPS – Câmara Municipal de Ponte de Sor

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DALY - *Disability-Adjusted Life Year*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

EUROSTAT – Departamento de estatística da União Europeia

FMMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

GBD – *Global Burden of Disease*

GHDx – *Global Health Data Exchange*

GNR – Guarda Nacional Republicana

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

ICOR – Inquérito às Condições de Vida e Rendimento

idem – referência bibliográfica igual à que a antecede

IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

km – Quilómetro

mm/dl – Miligramas por decilitro

mmHg – Milímetro de mercúrio

nº. - Número

NUT - Nomenclatura das Unidades Territoriais

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PA – Perímetro Abdominal

PAPPS - Actividades de Prevenção e Promoção da Saúde

PIMPA - Plano Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade do Alto Alentejo

PROGRIDE – Programa para a Inclusão e Desenvolvimento

PNS – Plano Nacional de Saúde

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RUTIS - Rede de Universidades da Terceira Idade

S. – São

Sr. – Senhor

SEV - *Summary Exposure Value*

TMREL – *Theoretical Minimum Risk Exposure Level*

UFPSTVA – União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor

YLD - *Years Lived with Disability*

YLL – *Years of Life Lost*

% – por cento

€ - euro

## Índice geral

### VOLUME I

|   |     |
|---|-----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 16  |
| <b>PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CIENTÍFICA</b> .....                           | 19  |
| <b>1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO</b> .....   | 20  |
| 1.1 - ALTERAÇÕES FÍSICAS DO ENVELHECIMENTO.....                                     | 23  |
| 1.2 - ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO.....                                | 25  |
| 1.3 - ALTERAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO.....                                     | 30  |
| <b>2 - PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES E INCIDENTES NO IDOSO</b> .....                  | 33  |
| 2.1 - IMPLICAÇÕES DAS PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES NO IDOSO.....                     | 37  |
| <b>3 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO</b> .....   | 45  |
| <b>4 - RESPOSTAS SOCIAIS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO</b> .....                      | 48  |
| 4.1 - ENVELHECIMENTO ATIVO.....   | 57  |
| 4.2 – PROMOÇÃO DE SAÚDE.....  | 61  |
| 4.3 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....   | 66  |
| 4.3.1 – Planeamento em saúde.....   | 71  |
| <b>5 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA</b> .....                                       | 77  |
| <b>PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b> .....          | 89  |
| <b>1 – POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b> ..               | 90  |
| <b>2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL</b> .....  | 92  |
| <b>3 - PROBLEMAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO IDENTIFICADAS NO DIAGNÓSTICO</b> ..... | 98  |
| <b>PARTE III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA</b> .....                         | 102 |
| <b>1 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES</b> .....   | 103 |
| <b>2 – FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS</b> .....  | 108 |
| <b>3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS</b> .....   | 121 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>4 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS</b> ..... | 128 |
| <b>5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO</b> .....             | 130 |
| <b>6 – EXECUÇÃO</b> .....                           | 132 |
| <b>7 – AVALIAÇÃO</b> .....                          | 140 |
| <b>PARTE IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA</b> ..... | 149 |
| <b>CONCLUSÃO</b> .....                              | 153 |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b> .....                           | 158 |

## **VOLUME II**

### **APÊNDICES**

|   |     |
|---|-----|
| Apêndice I – <b>Projeto de Estágio de Grupo</b> .....   | 6   |
| Apêndice II – <b>Projeto de Estágio Individual</b> .....  | 63  |
| Apêndice III – <b>Guião para a Reunião com o Presidente da CMPS</b> .....   | 133 |
| Apêndice IV- <b>Guião para a Reunião com a Empresa Helphone</b> .....   | 137 |
| Apêndice V – <b>Cartaz de Divulgação do <i>Atelier</i> de Saúde</b> .....   | 142 |
| Apêndice VI – <b>Plano da Sessão do <i>Atelier</i> de Saúde</b> .....   | 144 |
| Apêndice VII – <b>Folheto sobre a HTA (<i>Atelier</i> de Saúde)</b> .....   | 149 |
| Apêndice VIII – <b>Folheto Sobre a Diabetes (<i>Atelier</i> de Saúde)</b> .....   | 152 |
| Apêndice IX – <b>Questionário de Avaliação do <i>Atelier</i> de Saúde</b> .....   | 155 |
| Apêndice X – <b>Convite para o <i>Fórum</i> Comunitário</b> .....   | 158 |
| Apêndice XI – <b>Cartaz para o <i>Fórum</i> Comunitário</b> .....   | 160 |
| Apêndice XII – <b>Plano de Sessão para o <i>Fórum</i> Comunitário</b> .....   | 162 |
| Apêndice XIII – <b>Power Point para o <i>Fórum</i> Comunitário</b> .....  | 165 |
| Apêndice XIV – <b>Fotografias do <i>Fórum</i> Comunitário</b> .....   | 175 |
| Apêndice XV – <b>Convite para a Sessão ‘Segurança do Idoso’</b> .....   | 177 |
| Apêndice XVI – <b>Cartaz para a Sessão ‘Segurança do Idoso’</b> .....   | 179 |
| Apêndice XVII – <b>Plano de Sessão ‘Segurança do Idoso’</b> .....   | 181 |
| Apêndice XVIII – <b>Power Point da Sessão “Segurança do Idoso”</b> .....  | 185 |
| Apêndice XIX – <b>Fotografias da Sessão ‘Segurança do Idoso’</b> .....  | 191 |
| Apêndice XX – <b>Publicação do Artigo: ‘Dê mais Anos à Sua Vida e Mais Vida aos Seus Anos’ no jornal ‘Aponte’</b> ..... | 193 |
| Apêndice XXI – <b>Publicação do Artigo: ‘Saber Mais, Viver Melhor’ no Jornal</b>  |     |

|  |     |
|--|-----|
| <b>‘Aponte’</b> .....  | 195 |
| <b>Apêndice XXII – Publicação dos Artigos no Jornal Digital ‘Sorsaúde’</b> ..... | 197 |

### **Anexos**

|   |     |
|---|-----|
| <b>Anexo I - Artigo 'Prevalência de Quedas em Idosos'</b> .....   | 205 |
| <b>Anexo II - Artigo 'Envelhecimento Activo em Programas Autárquicos'</b> .....                             | 215 |
| <b>Anexo III - Artigo 'Intervenção Comunitária em Idosos com Obesidade'</b> .....                           | 225 |
| <b>Anexo IV - Artigo 'Depressão no Idoso’</b> .....   | 233 |
| <b>Anexo V - Edital de Divulgação do 'Atelier de Saúde'</b> .....   | 250 |
| <b>Anexo VI - Folheto 'Prevenção, Segurança e Tranquilidade' – Helpphone</b> .....                          | 252 |
| <b>Anexo VII - Folheto 'Cuidado com as Burlas' – GNR</b> .....  | 254 |
| <b>Anexo VIII - Publicação da Sessão 'Segurança do Idoso' no Jornal 'Ecos Sor'</b> .....                    | 256 |
| <b>Anexo IX - Monitorização de Visualizações dos Artigos Publicados no Jornal Digital 'Sor Saúde'</b> ..... | 258 |

### **Índice de figuras**

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura nº 1</b> – Modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead.....        | 35 |
| <b>Figura nº 2</b> - Evolução da operação Censos Sénior desde 2011 em Portugal Continental..... | 51 |

## Índice de quadros

|   |     |
|---|-----|
| <b>Quadro nº 1</b> – Análise do Artigo ‘Prevalência de quedas’ .....  | 79  |
| <b>Quadro nº 2</b> – Análise do Artigo ‘Envelhecimento Ativo’ .....   | 81  |
| <b>Quadro nº 3</b> – Análise do Artigo ‘Obesidade’ .....  | 86  |
| <b>Quadro nº 4</b> – Análise do Artigo ‘Depressão’ .....  | 87  |
| <b>Quadro nº 5</b> – Lista reduzida de problemas diagnosticados na população de idosos de Tramaga .....   | 103 |
| <b>Quadro nº 6</b> - Comparação por pares dos problemas diagnosticados na população idosa de Tramaga .....  | 105 |
| <b>Quadro nº 7</b> – Problemas priorizados na população idosa de Tramaga .....  | 106 |
| <b>Quadro nº 8</b> - Objetivos específicos, metas e indicadores para a Reunião com o Sr. Presidente da UFPSTVA .....  | 112 |
| <b>Quadro nº 9</b> - Objetivos específicos, metas e indicadores para a Reunião com o Sr. Presidente da CMPS .....   | 113 |
| <b>Quadro nº 10</b> - Objetivos específicos, metas e indicadores para a reunião com o Sr. Comandante da GNR .....   | 114 |
| <b>Quadro nº 11</b> - Objetivos específicos, metas e indicadores para a reunião com o representante da Helpphone .....  | 115 |
| <b>Quadro nº 12</b> – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para o ‘Atelier de Saúde’ .....   | 116 |
| <b>Quadro nº 13</b> - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para o ‘Fórum Comunitário’ .....  | 118 |
| <b>Quadro nº 14</b> - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para a Sessão de Educação para a Saúde ‘Segurança do Idoso’ .....   | 119 |
| <b>Quadro nº 15</b> – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para a Publicação dos Artigos ‘Saber mais, viver melhor’ e ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ no Jornal ‘aponte’ e no Jornal digital ‘Sor Saúde’ ..... | 120 |
| <b>Quadro nº 16</b> – Estratégias de Intervenção Comunitária .....  | 124 |
| <b>Quadro nº 17</b> – Estimativa das despesas orçamentais .....   | 126 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Quadro nº 18</b> – Reunião com o Presidente da UFPSTVA .....  | 140 |
| <b>Quadro nº 19</b> – Reunião com o Presidente da CMPS .....   | 141 |
| <b>Quadro nº 20</b> – Reunião com o Comandante da GNR.....   | 142 |
| <b>Quadro nº 21</b> – Reunião com o representante da Helpphone.....  | 142 |
| <b>Quadro nº 22</b> – Avaliação do ‘Atelier de Saúde’ nas comemorações de S. Martinho da freguesia de Tramaga..... | 143 |
| <b>Quadro nº 23</b> – Avaliação do ‘Fórum Comunitário’ .....   | 145 |
| <b>Quadro nº 24</b> – Avaliação da Sessão ‘Segurança do Idoso’ .....   | 146 |
| <b>Quadro nº 25</b> – Avaliação da Publicação de 2 artigos nos Jornais ‘aponte’ e ‘Sor Saúde’ ..                   | 147 |
| <b>Quadro nº 26</b> – Avaliação das despesas realizadas .....  | 148 |

## INTRODUÇÃO

Viver no século XXI é reconhecer que vivemos mais, mas também, melhor.

Em comparação com o passado, o desenvolvimento científico que acompanhou o desenvolvimento da humanidade, evidencia que as condições que hoje temos são tão excepcionais que deixariam Darwin, no mínimo, surpreendido.

A evolução da nossa espécie, permitiu-nos aumentar a longevidade média, levando-nos a refletir sobre as suas circunstâncias e implicações. A mesma realidade, comporta as pessoas que vivem mais, as que têm menos filhos, as que ainda pouco viveram, as que se deparam com doenças crónicas que limitam ou comprometem a sua vida, as que têm menos oportunidades, e as que têm um futuro muito questionado, comportando assim inúmeros desafios sociais numa sociedade em constante e profunda interação e mudança.

Envelhecer foi-se configurando como um presente, mas de certa forma “envenenado”, condenando todos os que se vão tornando mais velhos a um lugar pouco atrativo, pouco positivo ou pouco desejável, como se a culpa de uma sociedade com problemas fosse sua ou nela deixasse de existir um lugar digno para os que envelhecem.

Viver mais, mas vivendo melhor, é hoje uma pretensão legítima e pertinente, em torno da qual se têm gerado ideias e ideais que têm vindo a ganhar forma, principalmente nas sociedades ocidentais, onde o envelhecimento demográfico se assume como uma preocupação económica crescente.

Pensar num envelhecimento mais positivo que desafie o envelhecimento demográfico, e se demarque das doenças e limitações que o assombram, parece ser a melhor solução e o caminho apontado. A construção desta resposta à altura, envolve uma sociedade mais consciente, com comunidades mais capacitadas e indivíduos com maior literacia, estando subjacentes as medidas políticas necessárias que a viabilizam, aliadas aos agentes, que se esperam cada vez mais competentes.

É precisamente neste cenário que se discutem as melhores estratégias de intervenção, fomentando a necessidade de se conhecer a realidade, quais os problemas que a põem em risco, e as melhores respostas, introduzindo as temáticas da Promoção da Saúde, *empowerment*, envelhecimento ativo e a enfermagem comunitária.

Assim, no âmbito da unidade curricular ‘Estágio e Relatório’, do 2º ano do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, disponibilizado pelo Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], na Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP], desenvolveu-se uma intervenção comunitária que culmina com a elaboração e apresentação do presente relatório. O estágio de intervenção comunitária, decorreu na Freguesia de Tramaga, teve como alvo os seus idosos com 65 e mais anos e restante comunidade, e decorreu no período compreendido entre 16 de setembro de 2013 e 21 de fevereiro de 2014, sob orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Maria Filomena Martins, Professora Coordenadora desta Escola, Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, tendo orientado todo o processo de realização do relatório com a coorientação da Professora Paula Oliveira, Mestre em Ecologia, e Especialista em Enfermagem Comunitária.

Este relatório tem como finalidade descrever, analisar, avaliar e refletir sobre as atividades planeadas e executadas durante o estágio, concluir a unidade curricular e o curso de Mestrado, ser alvo de discussão pública para a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem, e para obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, a conferir pela Ordem dos Enfermeiros [OE]. E subjacentes a estas pretensões, estão, naturalmente, a construção de novas aprendizagens e a aquisição de competências profissionais, pessoais e de cidadania.

Assim, o relatório foi estruturado em quatro partes.

A primeira, confere a moldura teórica e científica em torno da temática do envelhecimento, evidenciando conceitos, teorias, preocupações, e as várias configurações das respostas sociais existentes. Nesta, são contemplados os conhecimentos atuais sobre o envelhecimento, os dados estatísticos e as linhas orientadoras de uma intervenção comunitária, destacando a metodologia do planeamento em saúde como guião de atuação e os princípios da Promoção de Saúde construídos pelas Conferências Internacionais, para alicerçar a mesma.

A segunda parte remete para o conhecimento do local de estágio e intervenção comunitária, procurando proporcionar uma espécie de visita guiada às principais características da população escolhida que explicita o seu contexto e revele, simultaneamente, os problemas e necessidades de saúde identificadas com o diagnóstico de saúde, aí decorrido entre maio e setembro de 2013.

Apresentadas e reunidas estas condições, surge a terceira parte do trabalho, que percorrendo as etapas do planeamento em saúde, descreve detalhadamente toda a intervenção comunitária desde a definição de prioridades até à última etapa, a avaliação.

Por fim, a quarta e última parte deste relatório, traz a discussão e análise crítica sobre a

intervenção comunitária, os seus contributos numa perspetiva global, a evidência científica como fonte de saber e a concordância que se espera e preconiza, rematando com a conclusão do trabalho para balanço das aprendizagens e competências adquiridas.

Em termos de apresentação e para facilitar a visualização de apêndices e anexos, estes configuram o volume II, ficando o relatório em si, como volume I.

Este relatório foi redigido de acordo com as normas de elaboração de trabalhos escritos adotadas pela ESSP com base no manual de publicação da *American Psychological Association* [APA], escrito em português e ao abrigo do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, obrigatório desde 2015.

## **PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CIENTÍFICA**

Foi em torno do envelhecimento que se fez e projetou esta intervenção comunitária, pelo que importa começar a caracterizá-lo, ainda que de forma sucinta.

A primeira parte deste relatório está, por isso, centrada na contextualização teórica, histórica, estatística e científica do envelhecimento, estando orientada para a realidade portuguesa. Neste âmbito, foi feita uma pesquisa em livros e trabalhos publicados sobre a temática. Foram procurados conceitos, definições, teorias e concepções de vários autores referentes ao envelhecimento, desde que passou a ser alvo de interesse e estudo pela sociedade. Foram também procurados dados estatísticos que retratam o envelhecimento e, documentos e conteúdos publicados por organizações de referência ao nível nacional e internacional.

A par da revisão bibliográfica, procedeu-se igualmente a uma pesquisa de estudos, artigos e trabalhos de investigação publicados relacionados com o tema, a fim de sustentar e documentar as necessidades e intervenções comunitárias na área do envelhecimento, sublinhando uma prática baseada na evidência científica.

## **1 - PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**

Por se tratar de um conceito extremamente complexo, as fontes bibliográficas consultadas frisaram a dificuldade em obter uma definição geral do envelhecimento, embora seja unânime classificá-lo como um processo.

Reconhecendo-o como inevitável e integrante do ciclo de vida biológico, o envelhecimento é, portanto, um processo universal, que se caracteriza pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004). Envelhecer é, por isso, percorrer um caminho de transformações naturais, esperadas, progressivas e graduais, num determinado período de tempo. Pode ser interpretado como um produto da ‘incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam.’ (Ladislav Robert (1995), citado por Carvalho, 2013: 9).

Segundo Paúl (1997), referenciando Birren e Renner (1977), “o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica.” (Paúl, 1997: 10). Por sua vez, Fontaine (2000) acrescenta que a velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, realçando a importância da dimensão ‘tempo’ no envelhecimento. Contudo, a velhice deve ser perspectivada de acordo com “as condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo, o que significa que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas, em indivíduos com a mesma idade cronológica” (Carvalho, 2013: 10), e, sempre num contexto histórico específico, pois, como sugere Secco (1999), citado por Moura (2006), “o envelhecimento (...) é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época.” (Moura, 2006: 38). A idade cronológica de um indivíduo é definida pelo período compreendido entre o seu nascimento e o tempo presente, sendo apenas indicadora do período em que o mesmo viveu, em termos quantitativos, o que a torna insuficiente para definir o indivíduo e o seu envelhecimento. Considerar outros os fatores, é reconhecer que o processo de envelhecimento tem um carácter

absolutamente individual, apesar da expectável e universal transformação que ser mais velho implica. Assim, e segundo Paúl (1997), além da idade cronológica, devem ser consideradas a idade biológica, social e psicológica, que são medidas, respetivamente, pela capacidade funcional, pelos papéis e hábitos sociais e, pela competência de adaptação ao meio.

Contemplando a singularidade, subjetividade e complexidade do envelhecimento, a sua abordagem pressupõe um ponto de partida mas também o reconhecimento holístico das suas raízes. Estudar o fenómeno do envelhecimento, traz à tona os conceitos de pessoa idosa, ou idoso, que se socorrem da perspetiva cronológica. Cabete (2005) define idoso ou pessoa idosa como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos de idade, e muito idoso ou grande idoso aquele que se apresenta com uma idade superior a 70 anos. Em Portugal, e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002), são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Importa, contudo, clarificar que esta é a idade socialmente estabelecida para o início da velhice, e não para o envelhecimento, cujo processo não se inicia aos 60 ou 70 anos de idade: ocorre no dia a dia e vai-se manifestando de forma gradual. O progresso científico que pautou a transição das sociedades antigas para as modernas, mais marcado na passagem do século XIX para o século XX, permitiu que o tempo médio de vida do ser humano, inicialmente exíguo na nossa História, fosse aumentado exponencialmente (Moura, 2006). Viver mais tempo, chegar à velhice e ir além dos 65 anos é hoje possível e um dado quase adquirido para todos. E embora se tenha presente que envelhecer hoje, não é de todo idêntico à forma como se envelhecia no passado, a morte e incompetência celular que conduzem ao envelhecimento, foi suscitando interesse, sendo generoso o número de teorias documentadas para explicá-lo.

Considerando que o envelhecimento orgânico das células, tecidos e órgãos leva a uma diminuição do seu funcionamento e conseqüente diminuição da capacidade de sobrevivência (Cordeiro, 1994) do indivíduo que o experiencia, as questões biofisiológicas são óbvias. Nesta perspetiva, várias teorias afirmam que o envelhecimento é conseqüência de um processo genético definido e orientado, ou seja, de um programa genético, constituindo a ideologia defendida pelo grupo de Teorias Deterministas. Outras sugerem uma degradação que resulta das sucessivas lesões que, por desgaste, conduzirão o indivíduo à morte, sendo conhecidas por Teorias Estocásticas. Apesar dos seus contributos, estas teorias, por si só, não explicam o envelhecimento, cuja degradação celular ocorre de forma desigual dentro do próprio indivíduo, de indivíduo para indivíduo, em contextos tão variáveis como a época, o contexto geográfico, social ou psicológico, realçando os inúmeros fatores externos e internos que, em constante

interação, se refletem no processo de envelhecimento. Ainda que ímpar na forma como se processa, o envelhecimento só pode ser compreendido se nele se reconhecerem as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, a que se sujeitam todos os indivíduos. (Figueiredo, 2014), corroborando Birren & Cunningham quando afirmaram que “a forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece” (Birren & Cunningham, 1985, citados por Paúl, 1997:11), encarando o envelhecimento como uma “contrapartida do desenvolvimento” (idem).

Partindo do pressuposto de que o envelhecimento acarreta transformações, alguns autores procuraram distinguir as alterações decorrentes do avançar da idade, daquelas que são consequentes de processos patológicos identificados e associados à velhice. Assim, Birren & Cunningham (referenciados em Paúl, 1997) sugeriram que o envelhecimento humano consiste em, pelo menos, três processos distintos: o primário, o secundário e o terciário.

O envelhecimento primário, que se refere ao processo normal, ou senescência, é caracterizado pelas alterações orgânicas, funcionais e morfológicas que o desenvolvimento livre de patologias imprime na idade adulta, como por exemplo, a menopausa. O envelhecimento secundário, por sua vez, é fruto de um desenvolvimento prejudicial condicionado por fatores considerados evitáveis, como os estilos de vida, as doenças e as características ambientais (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 1989/2015). As mudanças são causadas por doenças dependentes da idade, em que o avançar da mesma aumenta a probabilidade de exposição a elementos de risco. O envelhecimento secundário ou patológico será, portanto, resultado de doenças ou fatores que o indivíduo pode controlar e evitar, ou seja, condicionado pelo próprio. Por fim, o envelhecimento terciário, ou terminal, refere-se ao período que antecede a morte, caracterizando-se por profundas perdas físicas e cognitivas resultantes do envelhecimento primário e ou secundário. Existem, contudo, questões subjacentes a esta classificação, nomeadamente, se uma dada alteração resulta unicamente do envelhecimento primário ou secundário, e da própria relação causa-efeito entre a senescência e o envelhecimento patológico. Por exemplo, várias mulheres poderão experienciar o envelhecimento primário, através da menopausa, sem ficarem doentes. Outras, porém, poderão ficar vulneráveis de tal forma que iniciam um processo depressivo, que em função de vários fatores, poderá evoluir favorável ou desfavoravelmente. Se crônica, a depressão poderá acelerar o envelhecimento primário, que por sua vez, poderá aumentar a probabilidade de agravar a doença e ou de outras doenças se manifestarem. Será, por isso, possível, que mulheres com a

mesma idade, aparentemente e evidenciem um envelhecimento muito distinto.

Baseando-se em Schroots e Birren, segundo Paúl (1997), o envelhecimento desenrola-se por processos biológicos, sociais e psicológicos, que se traduzem em alterações físicas, psíquicas e sociais, que importa conhecer.

### 1.1 - ALTERAÇÕES FÍSICAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento fisiológico engloba várias alterações nas funções orgânicas e mentais que interferem no equilíbrio homeostático, levando a que as funções fisiológicas comecem a declinar (Cancela, 2007).

Como já foi referido anteriormente, o envelhecimento é um processo natural e não uma doença. Contudo, se o indivíduo for sujeito a situações de *stress* físico, emocional ou outras, pode ter dificuldades em manter a sua homeostasia, manifestando uma sobrecarga funcional, que poderá causar processos patológicos pelo compromisso dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (*idem*).

O organismo envelhece como um todo, todavia, os seus órgãos, tecidos, células e estruturas experimentam diferentes envelhecimentos, ou seja, um declínio heterogéneo, alterando o funcionamento e aparência corporal (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). São vários os níveis a que ocorrem estas mudanças: ao nível das células e tecidos, ao nível muscular, ósseo e articular, ao nível da pele e tecido subcutâneo, e, ao nível dos tegumentos.

Com a idade, observa-se a perda da massa magra e de água no corpo, a proporção de gordura e o volume plasmático aumentam, com conseqüente perda de elasticidade e o aparecimento de rugas na pele. Esta fica mais fina, mais seca e com um tom, por vezes, amarelado. A epitelização é mais lenta, há uma diminuição da sua vascularização pela redução do nível do colagénio e fibroblastos, e surgem, frequentemente, manchas provocadas pelas alterações nos melanócitos e pela fragilidade capilar. Os cabelos ficam mais fracos, com menos volume e embranquecem. O corpo vê reduzir a quantidade de pelos, exceto na face, onde, por vezes, aumenta. As unhas têm um crescimento mais lento, tornam-se mais espessas, secas e quebradiças. Todos os músculos atrofiam, principalmente do tronco e das extremidades, levando a uma degeneração do tónus muscular, perda de potência, força e agilidade. Nas articulações, os ligamentos calcificam e ossificam, ao mesmo tempo que a própria articulação diminui de tamanho, provocando a limitação da funcionalidade. Verifica-se também uma diminuição da altura do idoso devido ao estreitamento das vértebras dorso-lombares. Os ossos tornam-se mais frágeis pela diminuição de poder de fixação do cálcio, surgindo a osteoporose,

principalmente nas mulheres, sendo muitas vezes a causa de fraturas. A osteoporose provoca a diminuição da cavidade torácica, podendo levar a uma diminuição da amplitude respiratória.

Para Berger & Mailloux-Poirier (1995), além das alterações estruturais, verificam-se também alterações funcionais ao nível dos sistemas orgânicos. No sistema cardiovascular, assiste-se a uma perda de eficácia e contratibilidade do músculo cardíaco, que lentifica o fluxo sanguíneo e conduz a uma diminuição do aporte de sangue às extremidades. Se sujeito a uma situação de esforço ou *stress*, o músculo cardíaco carece de mais tempo para recuperar. Os vasos sanguíneos perdem a elasticidade e calcificam, provocando um aumento da pressão arterial, mas também um aumento da fragilidade da parede dos mesmos. No sistema respiratório, observa-se uma menor elasticidade e permeabilidade dos tecidos alveolares, diminuindo a taxa de absorção de oxigénio. Estas alterações, associadas às mudanças da estrutura do tórax e da parte muscular diminuem a eficácia da tosse, dificultando a eliminação de secreções. No sistema renal e urinário, verifica-se uma diminuição do fluxo plasmático renal e da taxa de filtração glomerular, originando uma menor eficácia dos rins. A bexiga perde gradualmente a elasticidade, diminuindo a capacidade de retenção da urina. Os esfíncteres da uretra enfraquecem, e pode surgir a incontinência, sendo mais frequente nas mulheres. Já no sistema gastrointestinal, o desgaste e ou falta de dentição afetam a mastigação e a digestão. A diminuição das papilas gustativas altera o paladar que, associado à alteração do olfato, diminui o apetite. A redução da produção de saliva leva ao aumento da secura na boca. O reflexo de deglutição diminui, aumentando a probabilidade de ocorrer uma aspiração de alimentos ou de saliva. Devido à menor produção das glândulas e da diminuição da capacidade de esvaziamento gástrico, verifica-se a proliferação de bactérias e fungos. A alteração na absorção de gorduras induz a deficiências em vitaminas lipossolúveis, e a diminuição do tónus muscular, motilidade e lubrificação do intestino favorecem a obstipação. Observa-se ainda a alteração das necessidades energéticas, que associadas a outras alterações aqui descritas, poderão originar alterações no peso.

No sistema nervoso e sensorial verifica-se uma diminuição do número de neurónios e da capacidade de transmissão ou de receção dos influxos nervosos ao cérebro, sendo causadoras de perdas de memória, aumento do tempo de reação e movimentos mais lentos, despertar mais matinal e alterações do sono, alterações na termorregulação, alteração de certos comportamentos e perda de equilíbrio. Os órgãos dos sentidos também sofrem importantes alterações: o olfato e paladar ficam, geralmente comprometidos, o tato vê a sua sensibilidade à dor e alterações de temperatura reduzida, e as acuidades auditiva e visual ficam diminuídas. As

alterações visuais traduzem-se, inicialmente, pela diminuição da produção de lágrimas e enfraquecimento da musculatura do olho, passando pela diminuição da visão noturna, sensibilidade à luz ou visão turva, observando-se a perda progressiva da transparência do cristalino. As alterações ao nível da audição e visão, associadas à perda de equilíbrio, são um importante fator motivador de quedas no idoso. Além disso, os défices neurológicos e “sensoriais de natureza auditiva e visual são considerados como causas importantes do declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais.” (Carvalho, 2013: 12). Em relação ao sistema endócrino e metabólico, evidencia-se uma dificuldade no metabolismo da glicose, uma ligeira alteração da atividade da tiroide e grandes alterações hormonais ao nível do sistema reprodutor masculino e feminino, designadas por andropausa e menopausa, respetivamente. No homem, há uma diminuição do volume dos testículos e de testosterona, observando-se também a atrofia da próstata. Esta traduz-se numa dificuldade crescente em urinar e a ereção também se torna mais difícil, embora continue a ser fértil e sem alterações da libido. Na mulher, ocorre uma atrofia dos órgãos genitais, diminuição de estrogénios e cessação do ciclo menstrual com consequências na fertilidade, produzindo sintomas como sudorese, afrontamentos, depressão, cefaleias, insónias e quistos nos ovários. Observa-se um aumento do tecido adiposo nas coxas e nádegas, substituição do tecido glandular das mamas por gordura, com aumento da flacidez, que se podem traduzir em alterações no peso. A atrofia e diminuição da lubrificação da vagina, comprometem as relações sexuais, originando dor ou perdas hemáticas. A associação destas alterações pode condicionar a libido, verificando-se com frequência, uma diminuição da mesma. O sistema imunitário diminui gradualmente a sua eficácia, ficando o organismo mais frágil face à menor produção de linfócitos que ajudam a combater os agentes stressantes. E como já foi referido, o ritmo biológico e do sono fica alterado, dormindo por períodos mais curtos, de sono ligeiro ou interrompido mais vezes.

## 1.2 - ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

Além das alterações atrás descritas, o envelhecimento resulta também da transformação do papel do idoso na sociedade, na família e ainda da representação mental que o indivíduo faz de si próprio e do meio que o envolve.

Apesar de aqui se separarem estas alterações, à luz da bibliografia consultada, importa sublinhar que as mesmas estão intimamente interligadas, sendo por vezes difícil falar das alterações psicológicas sem implicar as físicas e as sociais.

Compreender as alterações psicológicas pressupõe também o conhecimento da Psicologia

e das suas teorias de uma forma mais profunda, cujo propósito não coincide com o deste trabalho, embora algumas sejam aqui naturalmente referidas ou superficialmente explicitadas.

Ainda que as alterações físicas sejam divulgadas e esperadas, a sua constatação pelo idoso pode desencadear vários pensamentos, sentimentos, percepções e reações distintas, que irão depender de inúmeros e complexos fatores relacionados com o indivíduo, como o meio e a época em que vive e viveu, a sua personalidade, a forma como viveu, os seus valores e prioridades, as competências que desenvolveu, as suas relações, o apoio e aprovação dos outros, as suas condições socioeconómicas, a sua formação, educação e cultura, por exemplo, e, a forma como o envelhecimento se imprime no indivíduo, ou seja, se súbito, precoce, lento, tardio, com mais ou menos alterações físicas, associado ou não a processos patológicos, mais ou menos intensos, com ou sem gravidade, em maior ou menor número, e que determine maior ou menor perda de autonomia e eficácia nos seus comportamentos, entre outros. E se assim se percebe que variem de indivíduo para indivíduo, importa também frisar que a mesma pessoa pode apresentar pensamentos, sentimentos, percepções e reações diferentes ou inesperadas na sua experiência de envelhecimento. A própria fronteira entre as consequências do processo de envelhecimento e os problemas e ou patologias que este pode agravar ou precipitar, é difícil de estabelecer.

Seja nesta ou em qualquer outra fase da vida, a mudança desafia o ser humano a desencadear uma resposta, revelando a sua capacidade de adaptação.

A adaptação ao envelhecimento é, naturalmente, do interesse da Psicologia, sendo vários os autores e teorias a dedicarem-lhe atenção, partindo de teorias como as que enfatizaram a influência da mente inconsciente no comportamento, como a Psicanálise de Freud, teorias humanistas, que se centraram nas necessidades humanas e no seu percurso em busca da felicidade, gratificação e autorrealização, como a de Maslow, ou as teorias cognitivas, que se dedicaram ao estudo dos processos mentais para compreender a forma como as pessoas pensam, percebem, recordam e aprendem, sendo a teoria do desenvolvimento proposta por Piaget uma das mais influentes.

Face ao declínio das funções cognitivas pautadas pelo processo de envelhecimento (Carvalho, 2013) assumido por vários estudos, o indivíduo pode experimentar sentimentos de perda, insegurança, incerteza, medo, tristeza, desânimo, desvalorização, culpa, incapacidade, impotência e ansiedade. É fundamental perceber que as disfunções cognitivas, relacionadas com a memória, o tempo de reação e a percepção, não são doenças, mas sim estados fisiológicos do envelhecimento, mas que, para alguns indivíduos, podem ser interpretados como

dificuldades ou problemas. Outros autores, porém, defendem que não se pode admitir o declínio cognitivo como consequência direta de um envelhecimento dito normal. Segundo estes, ainda que se observem algumas disfunções cognitivas, “desconhece-se como é que esse declínio se traduz (...) na vida do dia a dia e no bem-estar dos idosos.” (Paúl, 1997: 17).

Para conseguir aceitar e gerir as situações induzidas pelas alterações associadas ao envelhecimento, é primordial que o indivíduo ao longo da sua vida tenha uma boa saúde física e mental, assegurando uma estrutura pessoal para esta fase da vida. Ao sentir-se bem e saudável, a pessoa tem maior facilidade em se manter ocupada, em manter a vida social e assim sentir-se útil contrariamente à pessoa que se sente doente e com baixa autoestima. Importa, por isso, continuar a viver ativamente e de forma satisfatória, recorrendo a habilidades para manter a sua autoestima e enfrentar novos desafios. “Os diferentes percursos de vida, determinam em grande medida os recursos dos idosos no seu estado atual.” (Paúl, 1997: 21).

Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), o estado de saúde física, as mudanças de papel, o estatuto familiar e marital e por fim a personalidade, são alguns dos fatores que influenciam a saúde mental do idoso. Os mesmos autores referem ainda que são principalmente as perdas de papel, as crises, situações de *stress*, a doença, a fadiga, o desenraizamento, entre outros fatores, que diminuem a capacidade de concentração e reflexão das pessoas idosas, podendo comprometer as atividades intelectuais.

Observando e estudando o desempenho adaptativo dos idosos, vários autores teceram algumas teorias onde exploram os conceitos e importância dos mecanismos de confronto e de controlo a que os indivíduos recorrem, em que o confronto refere-se às estratégias de coping e, o controlo, refere-se ao poder sobre o corpo ou a vida.

De acordo com Prem S. Fry (1989), deter controlo pessoal e autonomia traz benefícios e contribui para o bem-estar psicológico do idoso. Já a falta de controlo, é geradora de “uma experiência cumulativa de aumento de vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico” (Paúl, 1997: 25). Fry fala ainda de fatores que determinam o grau de vulnerabilidade, e do impacto que estes têm na autoestima, reconhecendo nos indivíduos com baixa expectativa no seu controlo, uma estreita relação com a vulnerabilidade. O tipo de controlo que o indivíduo reconhece em si, condiciona a sua expectativa face ao resultado de uma decisão ou comportamento.

A Teoria da Cognição Social desenvolvida por Bandura em 1986, defende que “as perceções que as pessoas têm das suas capacidades, afetam a forma como elas se comportam, o seu nível de motivação, os seus padrões de pensamento e as suas reações emotivas” (Paúl,

1997: 36). Aquele autor propõe uma relação de interação, explicada pelo modelo de reciprocidade triádica, entre os determinantes pessoais do funcionamento psicossocial, que são o comportamento, os acontecimentos ambientais, os fatores pessoais e os fatores cognitivos. Para Bandura, os fatores cognitivos correspondem a um conjunto de cinco capacidades mediadoras dessa reciprocidade. A capacidade de simbolização permite ao indivíduo idealizar soluções para os seus problemas e dotar de significado todas as suas vivências. A capacidade de aprender com a observação da experiência dos outros, tem o nome de vicariância. Antecipar as consequências de um determinado comportamento para melhor orientar as suas ações, designa-se por capacidade de previsão. As capacidades de autorregulação e autorreflexão, estão relacionadas com o controlo e o conhecimento de si, envolvendo processos de autoavaliação e reflexão, na construção do seu comportamento. Nesta linha de pensamento, Silva (2005) sublinha que uma personalidade saudável poderá estar associada a uma capacidade para olhar para si próprio e olhar o mundo sem grandes distorções, fundamental no reconhecimento real das suas capacidades, principalmente em situações críticas. Talvez por este motivo Rodin (1986, referido por Paúl, 1997: 52), alerte para os perigos das estratégias de aumento de controlo em pessoas que não esperam ou não se sentem capazes de deter controlo ou responsabilidade, podendo induzir maior *stress*. Atendendo à capacidade de simbolização de Bandura, descrita anteriormente, Neri (2007) afirma que munir a existência de significado é fundamental para se saber lidar com a perda e com a dor, admitindo que além da importância do significado, este deve traduzir satisfação pessoal e proporcionar bem-estar. De acordo com alguns autores, dentro das Teorias Psicossociais do Envelhecimento, a Teoria da Atividade, de Havighurst e Albrecht, defende que o significado advém do desenvolvimento das atividades sociais, referindo que um idoso deve manter-se ativo a fim de obter na vida a maior satisfação possível, mantendo a sua autoestima e conservando a sua saúde. Nesta perspetiva, a satisfação advém de um auto-conceito positivo influenciado pela aprovação social, que é obtida pela interação social. Existem, contudo, outros autores humanistas que enfatizam os relacionamentos significativos, valores, ideais e tradições, além das atividades, para a obtenção de significado, mas, na realidade, como avançou Wong (1989), citado por Neri (2007: 60), “o importante é que se esteja comprometido com alguma coisa ou alguém, a fim de se experienciar o sentimento de significado.”

Dotar a vida de significado, funciona assim como que uma espécie de imunidade, que é construída pelas competências que o indivíduo desenvolve para alcançar o que deseja para si, para ser feliz, para a manutenção da sua harmonia e bem-estar geral, ou, pelo menos, para estar

de bem consigo. O significado parece pois ser mais importante que a diminuição do controlo, percebido ou não, por parte do indivíduo, pois o valor que este atribui ao controlo pode ser relativo. A título de exemplo, uma pessoa crente pode aceitar as dificuldades da vida mais moralizada, por reconhecer que as mesmas fazem parte dos desígnios de Deus ou dos mistérios do universo, e admitindo que a transcendem, encaram a sua falta de controlo ou capacidade perante vários fenómenos de forma serena e consciente. Esta diminuição de controlo, não é necessariamente geradora de *stress* ou precursora da doença. Assim, as pessoas que agem e vivem de forma mais positiva, mais felizes, poderão obter melhores resultados nas suas relações interpessoais, contrariando a Teoria da Atividade.

Também Erikson enfatizou a influência das relações sociais em todo o processo do desenvolvimento humano, que postulou resultar da passagem por vários estádios sequenciais atravessados por uma crise psicossocial. De acordo com a sua teoria, as pessoas com mais de 65 anos encontram-se num estádio de reflexão do seu percurso de vida, onde fazem o seu balanço pessoal e, como em qualquer outro estádio, apresentam conflitos gerados pela interação que as pressões sociais têm com as suas necessidades psicológicas, que devem resolver. Assim, para as pessoas satisfeitas com o seu desempenho ao longo da vida, que não temem a morte, e que sejam bem sucedidas neste estádio, desenvolve-se um sentimento positivo de orgulho e integridade, que é mobilizador. Já aquelas que obtenham um balanço negativo, com pouco significado, e que sejam mal sucedidas neste estádio do seu desenvolvimento, sentir-se-ão desesperadas e amarguradas, evidenciando comportamentos inibitórios. Se experienciar o envelhecimento implica uma crise psicossocial geradora de *stress*, e que é transversal a todos os indivíduos, as diferentes respostas de reação e ação *versus* desespero e passividade dependem daquilo a que alguns autores chamaram de locus de controlo interno, uma capacidade que confere a quem a detém e mantém, uma confiança moralizadora e mobilizadora. Os que delegam o seu locus de controlo à sorte ou aos outros, como a família ou aos profissionais, ausentam-se da sua própria vida, evidenciando comportamentos menos positivos ou saudáveis. Estes pressupostos aproximam a saúde do controlo, remetendo para a teoria da auto-eficácia de Bandura.

“Falar de idosos passa sempre por falar da sua condição de saúde, (...) um dos aspetos chave do seu bem-estar geral” (Paúl, 1997: 56) que, deve ser trabalhado ao longo de toda a vida, criando estratégias e estrutura para minimizar e combater impactos psicológicos do envelhecimento.

### 1.3 - ALTERAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

A longevidade, como sugere a própria palavra, a possibilidade de ter uma vida longa, é um dos maiores triunfos da humanidade e, simultaneamente, um grande desafio pessoal e social.

Além das alterações descritas anteriormente, o envelhecimento também se pauta por transformações do papel do indivíduo na sociedade e na família, construindo ou desconstruindo a representação mental que faz de si e do meio que o envolve (Cordeiro, 2004).

No decurso da sua vida, e à medida que se envelhece, são vários os acontecimentos que podem transformar o papel social e familiar do indivíduo: o divórcio, a saída dos filhos de casa e a criação da sua própria família, a passagem da condição de pais para avós, a morte de familiares estruturais, como os seus pais, irmãos ou cônjuge e ainda de amigos de infância e pessoas próximas, o desemprego e a reforma. Estas transformações, serão mais ou menos dramáticas em função do impacto e da perda que representarem para si.

Não obstante, a forma com que os outros observam, avaliam e lidam com estas mudanças, a par das alterações mais notórias e inocentes do envelhecimento, como o aparecimento de rugas ou cabelos brancos, estrutura um pensamento coletivo que constrói a imagem social da pessoa mais velha.

Antigamente, os mais velhos eram considerados como fonte de conhecimento, sabedoria e experiência, sendo a velhice vista como uma promoção, digna de respeito e admiração (Ariés & Duby, 1991). Esta distinção com que os idosos eram vistos, não conseguiu perdurar ao ritmo crescente das inovações tecnológicas e às mudanças de valores que marcam as sociedades atuais, onde a atualização e a beleza associada à juventude, se sobrepõem à experiência. Embora a imortalidade e a juventude eterna alimentem o imaginário humano e sejam perseguidos desde sempre, a excessiva importância dada ao aspeto físico e conservação da juventude, ou apenas ao que é novo, diminui a importância que o conhecimento ganho com a experiência de vida tem (Moura, 2006), traduzindo uma inversão de valores perigosa e preocupante. Foi-se assistindo a uma desvalorização crescente dos mais velhos pela sociedade ocidental, construindo uma ideia preconceituosa e estereotipada que minou a imagem do envelhecimento. Esta cultura do desvalor, assenta também numa perspetiva sem rosto, despersonalizada do envelhecimento, olvidando que apesar de transversal, é um processo individual, pessoal, portanto, único. Tendencialmente, “a referência à terceira idade, apresenta uma visão de uniformidade dos idosos, (...) em que se esbatem todas as diferenças individuais” (Paúl, 1997: 21). E numa ideia generalizada, a pessoa idosa vai sendo encarada como ultrapassada, obsoleta, desnecessária

(Neri, 2007), menos válida, alvo de piedade, compaixão ou repulsa, à medida que evidencia as alterações associadas ao envelhecimento, especialmente se acompanhadas de doenças e limitações físicas ou intelectuais. Esta negatividade construída em torno dos mais velhos, naturalmente desperta sentimentos de insegurança, frustração, constrangimento e ansiedade que podem induzir ao isolamento social, alterando a vida do indivíduo e seus familiares. É expectável que, pensando no seu envelhecimento como um processo que o levará à morte, o indivíduo desperte sentimentos de incerteza, medo do desconhecido e de ficar só, questionando-se como se irá desvendar o seu fim. Se este processo for assombrado por estigmas sociais, em nada ajudará a pessoa, que poderá experimentar maiores dificuldades em se adaptar, ficar desmoralizada e ser dissuadida de viver esta fase inserida na sociedade. Se aliadas às alterações sensoriais ao nível da visão e audição, por exemplo, a vergonha em reconhecê-lo e o medo de cair, poderão ditar um afastamento da pessoa até dos mais próximos, preferindo ficar em casa.

Com o desenvolvimento das sociedades surgiram as políticas de velhice, nas quais se incluem a reforma e a pensão social de velhice, e que correspondem à idade em que um sujeito pode reclamar legalmente o direito de deixar a sua atividade laboral, com rendimento assegurado pelo sistema social. Este irá depender da política social adotada pelo país, que estabelece os requisitos, os montantes e a idade de reforma, que no caso de Portugal é variável desde 2014, em função da esperança média de vida, sendo atualmente aos 66 anos e 3 meses de idade. Acontece que as condições laborais foram-se modificando, e a ideia de um emprego para toda a vida com remunerações estáveis e progressivas, foi-se alterando para uma realidade de salários e empregos precários, com pessoas a ficarem desempregadas antes da idade da reforma, e com dificuldades em conseguir obter outro trabalho condignamente remunerado. Esta interrupção na ascensão da experiência reconhecida e no estabilizar da sua economia, é redutora e estigmatizante. E tal como avança Paúl (1997: 22), “mais complicado do que ser velho é ser pobre e chegar a velho”, remetendo para os constrangimentos que vivem as pessoas com menos recursos e maior idade, e que serão proporcionais ao impacto das crises económicas nos seus países residentes. De acordo com os últimos dados consultados, num estudo sobre Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal concluído em 2014, 17% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos estão numa situação de pobreza, em que a população reformada corresponde a 16% da população pobre, 22% das famílias cujo indivíduo de referência tem 65 ou mais anos são pobres e, entre os que vivem sozinhos e apresentam 75 ou mais anos, a taxa de pobreza atingiu os 30%, sendo por isso considerado um grupo com grande vulnerabilidade social e económica (Rodrigues, Figueira & Junqueira, 2016).

Efetivamente, em Portugal, existe uma grande fragilidade da população idosa face às situações de pobreza: dos indivíduos que sempre tiveram baixos rendimentos e assim continuam quando reformados, e dos que usufruíam de melhores rendimentos mas, quando reformados, a quebra de rendimentos não é suficiente para manter os padrões de vida anteriores (Cardoso, Carrilho & Brázia, 2008), pelo que acrescenta Paúl (1997: 22), “nos idosos pobres, o ciclo de vida dificilmente se distingue de um ciclo de pobreza (...)”, rematando que “muitos dos atuais idosos de risco, foram crianças de risco, jovens de risco, adultos de risco.” (idem), onde predominam as baixas qualificações e o desenvolvimento de atividades com baixos rendimentos ao longo da sua vida ativa.

A pobreza pode levar à exclusão social, mas existem outras formas de exclusão social que não envolvem pobreza. Como já foi referido, os idosos são muitas vezes socialmente excluídos, independentemente dos seus rendimentos, simplesmente porque são mais velhos, porque transitam para esse ‘desprestigiado estatuto’. A organização da sociedade e os estilos de vida podem conduzir a esta forma de exclusão, podendo provocar no idoso estados de privação e carências afetivas, psicológicas e relacionais (Costa, Baptista, Perista & Carrilho, 2008).

A família e os amigos são na maioria das vezes a principal rede de suporte do idoso perante o processo de envelhecimento e a transformação de papéis, pelo que estar integrado numa família, grupo de amigos ou vizinhos é fundamental para a pessoa se considerar integrada na sociedade. A separação pode fazer o idoso sentir-se isolado, sem recursos, abandonado, inseguro e com dificuldade em se adaptar. (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Face à atual esperança média de vida, esta solidão poderá durar longos anos, especialmente se o tempo livre que a reforma oferece, for sem ocupação, planos e objetivos concretos.

As perdas afetivas, económicas, de poder, de *status* e diminuição de contactos sociais estão estreitamente ligadas e afetam-se reciprocamente, originando uma velhice alterada.

## **2 - PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES E INCIDENTES NO IDOSO**

Qualquer perturbação que altere o contínuo saúde-doença do indivíduo, família ou comunidade, é o resultado da associação e estruturação de vários fatores, independentemente da idade. Segundo Reijneveld (1998), a saúde resulta de uma rede complexa de determinantes que envolvem fatores biológicos e genéticos, psicológicos e sociais, estilos de vida e comportamentos, o meio ambiente físico, socioeconómico e cultural, aspetos relacionados com os sistemas de saúde e as políticas de saúde. Havendo um desequilíbrio, cria-se a oportunidade de se desenvolver a doença.

Segundo Neri (1997), a velhice pode ser uma experiência bem sucedida e pautada pelo bem-estar geral do indivíduo, pode ser usual quando acompanhada de restrições funcionais ligeiras ou, ainda, uma experiência com patologia, onde a saúde é afetada e pautada por doenças agudas ou crónicas que condicionam a sua vida e comprometem a sua funcionalidade.

Considerando que o envelhecimento não é uma doença, mas que se caracteriza por uma progressiva e variável redução da capacidade funcional, importa também admitir que o organismo pode apresentar uma crescente vulnerabilidade com o avançar da idade, e que existem muitas doenças cuja frequência é comumente verificada, observando-se “um aumento exponencial da mortalidade (...) precedida por uma maior prevalência de entidades patológicas”. (Carvalho, 2013: 25).

Conjuntamente às fragilidades enunciadas nas alterações físicas e psicossociais neste trabalho, “em termos de morbilidade, existe uma elevada prevalência de determinadas patologias na população idosa, sendo as mais referenciadas: os reumatismos, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crónicas, diabetes e doenças mentais.” (Jaques, 2005: 116).

De acordo com os dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento [ICOR] em 2013, conduzido pelo EUROSTAT, a autoridade estatística da união europeia, da população portuguesa compreendida entre os 65 e os 74 anos, 65% revelou ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado, aumentando para 75% no grupo etário dos 75 ou mais anos, sendo que, em ambos os grupos, a proporção é mais elevada nas mulheres. (DGS, 2015).

Segundo o mesmo documento, os principais problemas de saúde são, em primeiro lugar,

as doenças cérebro e cardiovasculares, seguidas pelos tumores malignos, insuficiência renal crónica que implique diálise e, a partir dos 75 anos, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica [DPOC]. Destas, destacam-se o Acidente Vascular Cerebral [AVC], as doenças isquémicas do coração, outras cardiopatias e os tumores da próstata, mama, cólon, reto e estômago no *ranking* das patologias mais prevalentes nos idosos (*idem*).

Pode-se ainda afirmar que nos idosos, é comum identificar outras doenças como: a osteoporose, o glaucoma, cataratas, doenças infecciosas, doenças neurodegenerativas como a de Alzheimer e Parkinson e, os distúrbios psíquicos de maior incidência que incluem as demências e a depressão (Carvalho, 2013), cuja etiologia e evolução são variáveis.

Mas se há doenças que se iniciam na velhice, outras há que se verificam antes. Estará a velhice a começar mais cedo, ou algumas doenças a acometer os indivíduos de forma prematura?

Não querendo desviar a atenção do envelhecimento, tornou-se imperativo trazer para este trabalho outros factos relevantes da população em geral para complementar e enriquecer a temática.

Embora não se possa definir uma idade para o início do envelhecimento, nas sociedades mais ocidentais e industrializadas, têm-se verificado sinais e sintomas de um envelhecimento cada vez mais precoce e um curso paralelo de doenças crónicas (Paúl, 1997) não transmissíveis, que já representam 85% das doenças em Portugal (DGS, 2015). As restantes condições correspondem às doenças transmissíveis, maternas e neonatais, com 6% e, às lesões que resultam de vários tipos de acidentes, que atingem os 9%.

Quando em 2015 se perspetivou a saúde da população portuguesa, no seu todo, relativamente à morbilidade, incapacidade e morte prematura, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as perturbações músculo-esqueléticas, as doenças do foro mental e comportamental, a diabetes e outras doenças endócrinas, as doenças do sangue e, as urogenitais, revelaram ser as que mais contribuem para a sua configuração (*idem*).

Ao contrário do processo de envelhecimento, de acordo com George (2014: 2), estas “são doenças com expressão epidémica que exibem curvas não só crescentes como descontroladas”, acrescentando ainda que “muitas têm como denominador comum o facto de estarem associadas a comportamentos.”

As doenças crónicas são assim precipitadas por um conjunto de fatores de risco, que se enquadram dentro do modelo da determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead em 1991 (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS]),

2008), exposto na figura nº1. Este modelo, adotado pela Organização Mundial de Saúde [OMS] na definição dos seus conceitos e políticas, sustenta a forma como se analisa a saúde das populações, perspetivando as interações que os fatores da esfera pessoal, social e ambiental condicionam no equilíbrio entre a saúde e a doença. Em torno das características individuais, como o sexo, a idade e os fatores hereditários, bem como os estilos de vida adotados pelos indivíduos, estão outros fatores que condicionam essa esfera pessoal, designados por determinantes sociais da saúde. A um nível intermédio, situam-se as condições de vida e de trabalho, que condicionam o acesso dos indivíduos e a sua vulnerabilidade aos riscos de saúde. No último nível encontram-se os macrodeterminantes, que se referem às condições da sociedade inserida num contexto particular, mas determinados por influências globais. Pela sua abrangência, condicionam de forma determinante todas as camadas anteriores.



Figura nº1 – Modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead.  
Fonte: CNDSS, 2008: 23

Ao contrário da idade, do sexo e dos fatores hereditários, considerados como fixos, os comportamentos dos indivíduos são variáveis e muito determinantes na sua saúde. Os estilos de vida desenhados pelos hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool, drogas, tabagismo e comportamento sexual, condicionam os valores de pressão arterial, glicémia, perfil lipídico, peso, a condição imunitária dos indivíduos, entre outros problemas. Uma baixa imunidade, a obesidade, a hipercolesterolemia, a hiperglicémia e a hipertensão arterial, resultam de comportamentos e decisões inadequadas que podem ser modificados, evitando e atrasando o desenvolvimento das doenças supracitadas (George, 2014), (DGS, 2015).

A relação entre os fatores nutricionais e algumas doenças é inegável, pelo que a alimentação desempenha um papel primordial no combate às doenças não transmissíveis e que

tanto preocupam as sociedades atuais. Embora a relação direta entre a mortalidade e uma dieta inadequada seja difícil de quantificar, existem vários processos crônicos suscetíveis a uma alimentação adequada, como a cardiopatia isquémica, o acidente cerebrovascular, a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes mellitus, alguns tipos de cancro, como dos intestinos, mama e próstata, a osteoporose, a obstipação e também a anemia ferropénica (DGS, 2001). Segundo a mesma fonte, a obesidade é um fator de risco de extrema importância para a hipertensão e para a diabetes, onde a alimentação inadequada, combinada com a inatividade física, criam um ambiente mais favorável para as doenças cardiovasculares e metabólicas surgirem e subsistirem (idem). Os benefícios encontrados numa alimentação adequada passam pelo controlo destes problemas de saúde de forma significativa, podendo por isso condicionar os dados referentes à morbidade e mortalidade. Para a DGS (2001), há evidência de que reduzir o consumo de gordura na alimentação, diminui o risco de cardiopatia isquémica, e que a perda de peso é a medida mais eficaz no combate à hipertensão arterial, seguida pela redução do consumo de sal.

“O comportamento alimentar é complexo e deriva de uma série de ações, que incluem a compra, a preparação e o consumo de alimentos. Estas ações são determinadas por múltiplos fatores do próprio indivíduo e do ambiente.” (DGS, 2001: 66)

Muito associado ao progresso, aos ritmos por ele ditados, à mudança de valores, e à oferta disponível, consumir produtos menos saudáveis parece ser mais fácil, mais barato, mais rápido e mais apetecível. Mais fácil, na medida em que é de fácil acesso, que está disponível com maior frequência e em qualquer local. Mais barato, na medida em que toda a gente pode comprar a preços muito acessíveis, mesmo os que são considerados mais vulneráveis pela sociedade, como as crianças e os idosos. Mais rápido, porque os alimentos já preparados ou de preparação menos trabalhosa e demorada, parecem responder às necessidades de uma população sem tempo para cozinhar ou se dedicar à preparação racional de alimentos como nutrimentos. E mais apetecíveis porque o seu sabor, a sua imagem e o *marketing* que os transforma em produtos populares e aos seus consumidores em cidadãos modernos e atualizados, torna-se muito apelativo, principalmente nos grupos mais jovens. Acontece que todos estes produtos têm como denominador comum o excesso de calorias, altos teores de sal, de açúcar e de gorduras processadas (DGS, 2015). De entre os hábitos alimentares inadequados, a DGS (2015) destaca a dieta pobre em fruta, vegetais e frutos secos, a par da dieta rica em sódio e carnes processadas como aqueles que mais ameaçam a saúde de toda a população portuguesa, afetando a sua qualidade de vida.

Importa pois sublinhar a importância destes fatores na saúde, uma vez que estão

relacionados com as principais causas de morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos, com sérias limitações e incapacidades e com o aumento da despesa pessoal e pública (George, 2014), que configuram as implicações a abordar no subcapítulo seguinte.

## 2.1 - IMPLICAÇÕES DAS PATOLOGIAS MAIS PREVALENTES NO IDOSO

As doenças no processo de envelhecimento têm, naturalmente, implicações pessoais, mas também familiares e sociais, levantando várias questões de natureza política, social, de saúde e económica.

Quando o processo de envelhecimento é combinado com o curso de doenças crónicas, é frequente observar-se uma prevalência de dificuldades, muitas vezes geradoras de limitações e dependências funcionais. Contudo, há idosos que mesmo com doenças crónicas, conseguem garantir a sua independência, prescindindo de supervisão ou ajuda na execução das suas tarefas habituais, pelo que a doença não implica, obrigatoriamente, perdas funcionais e de autonomia.

Na realidade portuguesa, dos idosos entre os 65 e os 74 anos de idade, 44% apresenta limitações na realização de atividades, 16% dos quais com limitações severas. Para os que apresentam 75 ou mais anos, esses valores aumentam para 59% e 28%, respetivamente, sendo no sexo feminino que predominam as limitações (DGS, 2015). Estas podem determinar a perda de autonomia, ou seja, de capacidade de decisão e gerar situações de dependência de vários níveis, onde uma ou mais atividades diárias do idoso, só se realizam com ajuda externa. O EUROSTAT, faz a classificação da limitação na realização das atividades em ‘nada limitado’, ‘limitado mas não severamente’ e ‘severamente limitado’ (idem).

A propósito desta temática, no Modelo de Enfermagem desenvolvido por Roper, Logan & Tierney (2001), o *continuum* da vida compreende oscilações entre a independência total e a dependência total, passando por fases intermédias de dependência, ou seja, onde algo ou alguém substitui ou complementa o indivíduo na realização de uma ou mais tarefas em função das necessidades. Estas oscilações estão presentes ao longo de todo o ciclo de vida, não sendo um atributo exclusivo da pessoa com deficiência, doença, incapacidade ou mesmo idosa. Nesta perspetiva, o dia a dia das pessoas desenvolve-se de forma sistematizada em torno de um conjunto de atividades, que correspondem a doze dimensões complexas e interligadas, tradutoras de níveis de dependência, comprometimento ou independência. São elas a manutenção de um ambiente seguro, a comunicação, a respiração, a alimentação, a eliminação, a higiene pessoal e vestuário, o controlo da temperatura do corpo, a mobilidade, o trabalho e lazer, a expressão da sexualidade, o sono e a morte (Roper *et al*, 2001). Quando o idoso percebe

e reconhece para si que tem dificuldades, as inevitáveis recordações de quando vivia sem limitações trazem um desconforto físico e psicológico enormes, despertando um turbilhão de sentimentos. Poderá esforçar-se para ultrapassar essa dificuldade, ou desvalorizá-la e escondê-la de terceiros até ao seu limite, adiando pedir ajuda.

Segundo Zimmerman (2000), o idoso evita pedir ajuda por vários motivos: porque não quer incomodar, não se achando no direito de pedir, porque assume a ideia de que ‘cada um deve estar na sua vida’, não querendo ser responsável por ‘roubar’ o tempo de alguém, por recear preocupar e sobrecarregar o cônjuge, filhos, netos, amigos ou vizinhos, considerando que as atividades que estes desenvolvem são mais importantes que o seu problema, não querendo ser um ‘fardo’ para os mesmos, por não querer fragilizar a imagem que os outros têm dele ou que o considerem ‘chato’, inútil ou desinteressante, por medo de mostrar-se mais vulnerável, ouvir ‘não’ ou sujeitar-se à disponibilidade dos outros ou, por uma questão de orgulho. Além de correr o risco de ver agravadas as suas dificuldades, o idoso pode iniciar um processo de afastamento social, o que vai desencadear outros problemas. Nas pessoas idosas, a dependência tem contornos muito particulares, pois além das alterações que o envelhecimento naturalmente comporta, as comorbilidades que mais as acometem potenciam limitações, sendo as principais responsáveis pela redução das capacidades físicas e psicológicas que se traduzem em insegurança económica, solidão e dependência de terceiros, fundindo o conceito de velhice com doença.

Aprofundando e atualizando a pesquisa em torno das limitações até à atualidade, denota-se um claro e crescente interesse geral a propósito desta matéria, não só para com a população idosa, mas também com a população geral. De acordo com o *Institute for Health Metrics and Evaluation* [IHME] (2016), de entre os problemas de saúde que mais incapacitam a população portuguesa, aqueles que mais aumentaram entre 2005 e 2016 foram, por ordem decrescente, as doenças sensoriais, a diabetes, outras doenças músculo-esqueléticas, as lombalgias e cervicalgias, as doenças orais e as quedas. De notar que, de todas as doenças identificadas, apenas as quedas são resultantes de lesões, sendo as restantes doenças não transmissíveis. Estas, associadas às já enunciadas neste capítulo, podem condicionar a realização de tarefas diárias, atividade física, atividades de lazer, a socialização, a vontade de sair de casa e afetar a capacidade de trabalho dos indivíduos, podendo mesmo determinar graus de incapacidade e reforma antecipada.

Em função da condição que gera limitação, é possível observar diferentes implicações das patologias mais prevalentes no idoso.

Frequentemente associada ao conceito de doença, também a dor pode acometer o idoso, podendo originar ou ser originada por problemas de saúde.

A doença aumenta a suscetibilidade do idoso, aumentando a probabilidade de desenvolver outras doenças.

Por sua vez, doenças e sintomas estão comumente associados à polimedicação, ou seja, ao consumo de vários medicamentos em simultâneo, de um ou mais grupos farmacológicos. Apesar de nas sociedades ocidentais ser mais banal ou frequente a toma de medicamentos, a polimedicação pode determinar um grande número de interações e reações adversas (Henriques, 2006), originando mais problemas de saúde.

O recurso a tratamentos, terapias e a cuidados de saúde também se torna mais frequente, podendo ainda haver situações em que o idoso desenvolva uma relação de alguma dependência relativamente aos profissionais de saúde, associado ao modelo biomédico culturalmente enraizado, onde o diagnóstico e resolução dos problemas são atribuídos a estes.

Se a limitação da doença implicar níveis de maior dependência, o recurso a uma rede de apoio formal de serviços e cuidados de saúde torna-se inevitável.

Do ponto de vista económico, o rendimento do idoso também sofre alterações. Além das despesas habituais, o recurso a medicamentos e cuidados de saúde por doença e incapacidade com dependência, potenciam a vulnerabilidade do indivíduo à pobreza e exclusão social. Se as limitações que evidenciar o impedirem de realizar alguma atividade com rendimentos complementares ou como fonte de sustento, como a horta, por exemplo, o idoso ficará sujeito ao rendimento que auferir com a reforma para cobertura de todas as suas despesas, implicando muitas vezes o recurso à sua rede informal de apoio, a família, se a sua subsistência ficar muito comprometida, ou à rede formal. Não obstante, também a despesa pública em saúde aumenta com as doenças verificadas e as situações geradoras de cuidados e dependências. George (2014), afirma que além de serem responsáveis por 60% das causas de morte em Portugal, as doenças crónicas não transmissíveis determinam ainda encargos com a saúde crescentes, que poderão chegar aos 60% até 2020.

Todas as alterações referidas têm, portanto, impacto na qualidade de vida do idoso e na sua dinâmica familiar e social.

Segundo Paúl (1997: 93), “o papel das redes familiares é conhecido, e nele acentou, desde sempre, o apoio necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível”, sendo geralmente a estes que recorrem em primeiro lugar. O acesso é mais fácil, natural, e mais económico. Contudo, a

evolução social tem transformado as famílias e a sua disponibilidade para cuidar, acrescentando os amigos ou vizinhos. São as pessoas com laços ao idoso que desempenham o papel de cuidador, sejam eles familiares, sentimentais e ou estratégicos. Assim, “os cônjuges estão na primeira linha de prestação de cuidados em situações de doença e incapacidade” (Paúl, 1997: 106), apontando as filhas em segundo lugar no importante papel de cuidar dos pais idosos. A propósito das responsabilidades ou frequência no apoio ao idoso pela família, a autora acrescenta que existem vários fatores que o condicionam e que foram observados. Fazendo referência a um estudo de Matthews e Rosner, Paúl (1997) diz-nos que a probabilidade de assumir a responsabilidade de cuidar dos pais idosos é maior para as filhas do que para os filhos, acrescentando a conclusão de Merrill de que as noras constituem outro grupo de cuidadores dos sogros idosos (idem), evidenciando uma tendência de responsabilização das mulheres nos cuidados à família. À luz de Stoller, Forster & Duniho, Paúl (1997) avança ainda que a organização dos cuidados aos pais idosos varia consoante a disponibilidade dos filhos, sendo determinada por fatores como o tempo que têm disponível em função do seu estado civil e responsabilidades familiares para com os seus próprios filhos, em função do seu trabalho e ainda, da proximidade geográfica das suas residências, o que, por outro lado, aproxima os vizinhos de um apoio mais instrumental face ao idoso. E para concluir a abordagem ao apoio informal comum no cuidado ao idoso, a mesma fonte salienta o papel dos amigos no bem-estar da pessoa idosa pelo seu desempenho “na partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização, até ao apoio instrumental” (Paúl, 1997: 109), tendo como base uma relação afetiva, com interesses partilhados e construída livremente.

O papel de suporte da família é muitas vezes gerador de stress e dificuldades para os seus membros, sendo muitas vezes para o idoso, tão ou mais doloroso que a doença ou limitações que experimenta.

A depressão no idoso tem sido frequentemente apontada e relacionada com todos os aspetos já abordados neste trabalho.

Dos mais de 30 países que participaram num estudo epidemiológico de perturbações mentais para a OMS, Portugal destacou-se como o país com a terceira taxa mais elevada de perturbações psiquiátricas, com destaque para as depressivas e, simultaneamente, com a maior taxa de perturbações de ansiedade, fazendo-se acompanhar por preocupantes taxas de consumo de antidepressivos e benzodiazepinas (DGS, 2015). Tal como prova este estudo, a depressão não é exclusiva nos idosos, podendo surgir ao longo do ciclo de vida. Contudo, se vivida no decorrer do envelhecimento, pode interferir no funcionamento normal da pessoa, numa

complexa interação com as alterações físicas e psicossociais que acompanham o idoso. A depressão no idoso pode proporcionar uma experiência muito dolorosa de envelhecimento, contribuindo para a sua passividade, inatividade, desânimo, solidão e autopercepção negativa das suas capacidades, estado de saúde e da vida em geral. A morte de entes queridos, como os pais, irmãos, cônjuge e amigos potencia a dor, e a sua imagem de mais jovem, com mais saúde e independente não é suficiente para o aliviar, podendo mesmo agravar a sua tristeza. A qualidade e número de relações com significado que tinha e mantém, assume grande importância para o idoso. E numa espiral de crescente apatia, a depressão pode implicar maior dependência e limitação funcional, aumentando a inatividade. A renitência em iniciar atividades, principalmente novas, está muitas vezes relacionada com o idoso perspetivar o tempo futuro de forma reduzida (Neri, 2007), e perspetivando não acabar, prefere não começar.

Segundo a DGS (2015), a autopercepção do estado de saúde dos portugueses é afetada pelas doenças e rendimentos, sendo a autoapreciação do estado de saúde mais baixa nas mulheres, com o avançar da idade, em pessoas com níveis educacionais mais baixos, com menor estatuto laboral e poder de compra. Ora a grande maioria dos idosos portugueses encaixa, precisamente, neste perfil.

Assim, e perspetivando a vida com pessimismo, a decadência do corpo pode trazer infelicidade e, em situações extremas levar ao suicídio (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

Segundo a OMS (2003), são as pessoas com melhores hábitos de saúde que sobrevivem por mais tempo, sendo a incapacidade adiada e comprimida em poucos anos no final da vida. Esta clara relação entre as doenças e o estilo de vida com a morte, tem vindo a ser progressivamente e estatisticamente confirmada, pelo que importa conhecer.

O projeto *Global Burden of Disease and Risks Factors*, iniciado pela OMS em 1991, procurou diagnosticar e monitorizar tendências de saúde das populações de todos os países e assim poder fazer uma comparação internacional para a tomada de decisões estratégicas globais. Assim, e entendendo a morte como inevitável, procurou-se conhecer melhor as doenças, os fatores que as precipitam e os estilos de vida que determinam a forma como se morre. Assumindo a relação que as doenças têm com as incapacidades, procurou-se conhecer o seu peso, ou quão determinante é cada doença para a incapacidade. A Carga Global da Doença, do inglês *Global Burden of Disease* [GBD], permite conhecer e comparar a perda de saúde dos países, e tem como unidade de medida o DALY, que se refere ao tempo. Este acrónimo, resulta da combinação das palavras inglesas *Disability-Adjusted Life Year* [DALY] e entende-se que, um DALY corresponde a um ano de vida saudável perdido, ou seja, a um ano

de vida condicionado ou ajustado por incapacidade e doença. Uma doença tem uma carga global maior quanto maior for o seu valor de DALY, isto é, quanto mais tempo de vida saudável for comprometido. As principais causas de DALY têm vindo a ser identificadas desde o início deste projeto. Do período entre 1990 e 2010, o estudo GBD, publicou uma lista de 67 fatores de risco em 21 países diferentes, tendo acrescentado em 2013 outros fatores de risco, totalizando 79, outras dimensões e alargado a sua observação para 188 países (GBD 2013 Risk Factors Collaborators, 2015). Estes fatores de risco, diretamente relacionados com os determinantes sociais da saúde, foram agrupados em três categorias distintas. Assim, o GBD integra os fatores metabólicos ou fisiopatológicos, os fatores comportamentais e os fatores ambientais. Os primeiros referem-se ao aumento da glicémia em jejum, da tensão arterial, do colesterol e do Índice de Massa Corporal [IMC], mas também à diminuição da densidade mineral óssea e da taxa de filtração glomerular. Os segundos, remetem-se ao tabagismo, ao consumo de álcool e drogas, à atividade física insuficiente e à dieta inadequada. Os últimos estão relacionados com a poluição do ar, da água, com o saneamento, com os riscos ocupacionais, entre outros (Malta *et al*, 2017).

Os fatores de risco, são assim considerados por aumentarem a probabilidade de um problema de saúde acontecer, sendo identificados em comportamentos e opções tomadas face ao estilo de vida adotado. Além de permitir desenvolver medidas preventivas, a identificação dos fatores de risco pode ainda contribuir para determinar a proporção de risco que pode ser minimizado se a exposição ao fator de risco for reduzida, ou mesmo evitada (*idem*).

Procurando conhecer o que seria reduzido na carga global da doença se a exposição ao risco fosse alterada para um risco mínimo, o GBD estabeleceu o *Theoretical Minimum Risk Exposure Level* [TMREL], ou seja, o nível mínimo teórico de exposição a cada um dos 79 fatores de risco, para a ocorrência de doenças crónicas, considerando assim que os ganhos em saúde podem advir se a exposição ao risco for diminuída. Complementar ao nível de exposição, também foi introduzida a medida síntese de exposição de risco, do inglês *Summary Exposure Value* [SEV], que traduz a prevalência ponderada pelo risco. “A escala para o SEV varia de 0 a 100%, sendo que 0% reflete não exposição ao risco e 100% indica risco máximo.” (Malta *et al*, 2017: 218)

Os fatores de risco são a principal causa de anos de vida saudável perdidos, isto é, de DALYs, que são calculados pela diferença entre o estado de saúde ideal, ou aquele até ao qual o indivíduo deve viver sem doenças e incapacidades, e o seu estado de saúde atual. A quantidade de saúde perdida devido à doença é dada pela equação que relaciona o número de casos

incidentes, com a duração média da doença e ainda a gravidade da doença, obtendo assim os anos perdidos por incapacidade, do inglês *Years Lived with Disability* [YLD]. Da relação entre a mortalidade face à potencial longevidade, que corresponde à morte face à esperança média de vida para uma determinada altura, surgem os anos de vida perdidos pela mortalidade prematura, do inglês *Years of Life Lost* [YLL].

O conhecimento de todos estes conceitos combinados, permite então retratar melhor a realidade de cada país, na perceção global das doenças e seu impacto para as populações locais e para a população mundial, contribuindo para a construção de políticas e estratégias mais realistas. De acordo com o IHME, através da base de dados disponível na sua plataforma *Global Health Data Exchange* [GHDx], os últimos dados relativos a Portugal e que agora datam de 2016, revelam que para os anos de vida perdidos, 54% das cargas ainda não estão atribuídas. Contudo, e face às restantes 46% já atribuídas a fatores de risco identificados, é possível afirmar que dos 50 aos 69 anos, são os fatores de risco comportamentais, associados à atividade física insuficiente e dieta inadequada, que mais anos de vida perdidos determinam neste grupo etário, dando lugar aos fatores de risco metabólicos nos indivíduos com 70 e mais anos. Em ambos os grupos etários, os fatores de risco que contribuem, em segundo lugar, para aumentar o valor de DALY são os que combinam os riscos comportamentais e os riscos metabólicos.

A mesma fonte, citada pela DGS (2015), identifica os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida perdidos pela população portuguesa, que por ordem decrescente são: os hábitos alimentares inadequados, a hipertensão arterial [HTA] e o índice de massa corporal [IMC] elevado, também eles na origem das doenças que mais afetam a saúde dos portugueses. A Diabetes, por exemplo, é apontada como uma “doença crónica que não mostra tendência de redução de mortalidade, implicando, ainda, um risco de mortalidade em todas as outras patologias” (DGS, 2015: 34), sendo responsável por 25% dos internamentos hospitalares e 8% das consultas nos centros de saúde.

A última das implicações é a morte, e as três grandes causas de morte entre os 65 e os 74 anos são as doenças cerebrovasculares, as doenças isquémicas cardíacas e os tumores da árvore respiratória, ocupando a diabetes um lugar de destaque na lista de doenças que contribuem para a mortalidade deste grupo.

A partir dos 75 anos, as doenças do aparelho circulatório reforçam a liderança nas causas de morte, denotando-se ainda um crescimento da mortalidade associada a tumores e doenças respiratórias. As doenças mais fatais desta faixa etária são as cerebrovasculares, a doença isquémica cardíaca, a pneumonia e a diabetes (DGS, 2015).

Sendo a morte inevitável, e aceite com maior naturalidade no fim do ciclo de vida, a forma como se morre, ou se vai morrendo é uma preocupação pessoal e social, que requer uma reflexão e ação atempadas.

### 3 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento tem uma dimensão pessoal em constante interação e interferência com a dimensão social, razão pela qual a sua abordagem implica a perspetiva individual e a perspetiva demográfica (Moura, 2006). Segundo a autora, “o envelhecimento individual determina o aumento da longevidade ou esperança média de vida, e o envelhecimento demográfico, o aumento da simetria dos gerontes na população total.” (Moura, 2006: 41).

De acordo com o relatório da Organização das Nações Unidas [ONU], *World Population Prospects: The 2006 Revision*, a previsão do crescimento da população mundial até 2050 era de mais 2,5 mil milhões, excedendo os 9 mil milhões de habitantes. E ainda num cenário de previsão, a propósito da relação inversamente proporcional que se tem verificado entre a fecundidade e a longevidade, a ONU (2007) apontava para a duplicação do número de pessoas com mais de 60 anos, principalmente nos países desenvolvidos.

Efetivamente, o envelhecimento tornou-se num fenómeno comum a todos os países desenvolvidos e uma preocupação para os países da Europa no período pós segunda Guerra Mundial. Embora os progressos científicos tenham contribuído para a diminuição da mortalidade infantil e aumento da longevidade, proporcionando uma esperança média de vida em cerca de mais 30 anos, a inversão da pirâmide etária acabou por levantar outras questões que têm preocupado a Comunidade Europeia, principalmente pelos desafios sociais que têm constituído e pela tradução económica que condicionam (DGS, 2004). E neste cenário de envelhecimento global, Portugal passou a ocupar o 8º lugar no ranking mundial dos países mais envelhecidos (INE, 2012).

De acordo com os resultados obtidos no recenseamento geral da população portuguesa realizado em 2011 para o último decénio, designado por Censos, a população residente em Portugal é de 10 562 178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres. Na última década verificou-se um enfraquecimento do crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% observados na década de 90.

Para fins estatísticos, e para uma leitura setorial do dados, o território é dividido em regiões segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais [NUT] pelo INE, pelo que é possível falar das diferenças entre as regiões de Portugal.

A região do Alentejo apresenta menos 19 283 pessoas face a 2001, e com saldo positivo, surgem as regiões do Algarve, com mais 14%, as regiões autónomas dos Açores e da Madeira com, respetivamente, 2% e 9% e a região de Lisboa com 6%.

Por sua vez, o peso da população idosa mantém a tendência crescente: em 2011 os indivíduos a residir em Portugal com 65 e mais anos eram 2 010 064. A percentagem de idosos aumentou de 16% em 2001 para 19% em 2011. A Região do Alentejo é a que detém a maior percentagem de população idosa com 24%. O “agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país” (INE, 2012: 22). Em 2011, o Índice de Envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (INE, 2012).

Nas documentadas diferenças entre as várias regiões do país, o Alentejo é aquela que reúne os índices mais preocupantes relativos a esta temática.

O índice de envelhecimento corresponde à relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012). Com um índice de envelhecimento de 178, o Alentejo é uma das regiões menos representadas por jovens e mais envelhecida, onde a maioria da população idosa já tem mais de 75 anos, e é do sexo feminino.

O Índice de longevidade é uma medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Em 2011 este índice era de 48, face aos 41 em 2001. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas. O Alentejo com cerca de 52 é a única NUTSII em que o índice já ultrapassa os 50, o que significa que a maioria da população idosa já tem mais de 75 anos (INE, 2012).

O Índice de Dependência dos Idosos representa a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, e é definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (INE, 2012).

Assiste-se a um aumento do índice de dependência dos idosos que em 1960 era de 12,7% e em 2011 era de 28,8%.

O Alentejo é, a par do Algarve, uma das regiões que tem as famílias menos numerosas, registando uma média de 2,4 pessoas por família. Existem 741 454 pessoas a viver em famílias clássicas, ou seja, que têm uma relação de parentesco entre e si e residem num mesmo

alojamento, 27,1% das quais apresenta 65 ou mais anos. Destas 200810 pessoas em famílias clássicas com 65 ou mais anos, 64,7% são casadas e 28,1% estão viúvas, 79,5% das quais são mulheres. E se em Portugal existem 400864 pessoas com 65 ou mais anos a viverem sós, 22% dessas pessoas reside no Alentejo.

Simultaneamente, o rejuvenescimento da população ativa desta região regista um valor mais baixo, pois por cada 100 pessoas que saíram do mercado de trabalho, entraram apenas 84, e, por cada indivíduo idoso, existem 2,6 indivíduos em idade ativa, traduzindo um índice de sustentabilidade potencial muito reduzido. A tendência migratória do interior rural para o litoral urbano acentuou-se, verificando-se grandes disparidades na densidade populacional territorial portuguesa, onde o Alentejo apresenta uma densidade entre os 15-20 hab/km<sup>2</sup>, face aos 115 hab/km<sup>2</sup> da média do país, tendo perdido 3,4% da sua população para outras regiões. Apresenta, por isso, uma taxa de repulsão das mais elevadas do país, configurando uma região pouco povoada e com pouca oferta de emprego, cuja taxa de emprego é a mais baixa, com 45,6%.

Para 2020, embora a maioria dos cenários de previsão estabelecidos em 2012 apontasse para o não decréscimo da população, esperava-se que a proporção de jovens (0-14 anos) diminuísse para 14% e a população de 65 e mais anos aumentasse para 21%, 6% dos quais referentes a indivíduos com 80 ou mais anos (INE, 2012).

A caracterização sociodemográfica realizada pelos Censos 2011, mostra que, em geral, os idosos em Portugal acumulam baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social e baixa participação social e cívica, apresentando ainda condições habitacionais e de saúde desfavoráveis. São, por isso, um dos grupos populacionais mais vulneráveis à pobreza e exclusão social, quer por serem um grupo marginalizado socialmente, quer por usufruírem de rendimentos abaixo do limiar de pobreza (INE, 2002). E como refere a OMS (2002), o aumento da proporção de idosos no total da população, bem como o número de idosos a residirem sozinhos, tem vindo a potenciar a problemática do isolamento social, acrescentando novas questões sociais que aspiram novas soluções.

#### **4 - RESPOSTAS SOCIAIS DIRIGIDAS AO ENVELHECIMENTO**

De uma forma geral, todos os níveis da nossa sociedade são influenciados pelo fenómeno da velhice (Martins, 2006).

O envelhecimento da população tornou-se uma questão social e sobre a qual a sociedade se debruça cada vez mais. A preocupação em encontrar respostas ao desafio que se tornou é refletida no aumento de estudos e políticas em torno desta matéria. Por sua vez, o alerta social é refletido pelo número crescente de publicações nos *media* a propósito do envelhecimento, os seus números, as suas implicações para o país, para os indivíduos mais velhos, para as suas famílias ou para quem deles cuida.

Tornou-se então fundamental promover às pessoas não só que morram o mais idosas possível, mas paralelamente, tenham uma velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000).

Pinto (2001) refere que a sociedade depara-se com várias questões, que deve procurar compreender e resolver, destacando o aumento de pessoas idosas que necessitam de apoio, o que solicita uma intervenção nos cuidados de saúde e nos cuidados sociais com naturais consequências económicas.

Socialmente, tem-se verificado que cada vez mais cedo os idosos deixam a sua vida profissional, perdendo a ocupação e alguns dos seus papéis sociais. Por outro lado, também parece haver uma tendência de envelhecimento precoce para o atual mercado de trabalho, precipitando ou situações de desemprego ou reforma. Estas podem ser atribuídas antes dos limites legais para o efeito e por razões extrínsecas ao indivíduo, como por exemplo reestruturações empresariais. Esta realidade traduz uma nova forma de discriminação em que as condições de funcionamento do mercado de trabalho são diferentes para os indivíduos a partir dos 40 anos, que são considerados velhos face aos novos paradigmas da organização das empresas, dos mercados de trabalho e da população (Centeno, 2006).

Mas por outro lado, a melhoria das condições de vida e o aumento da esperança média de vida predispõe que os indivíduos vivam mais anos e que existam mais idosos com uma melhor qualidade de vida, com mais recursos económicos e com maior autonomia.

Fazendo uma pequena pesquisa sobre as políticas da velhice em Portugal, verifica-se que só em 1969 se inicia a sua discussão. O direito à Segurança Social em Portugal surge na década

de 70, com a Constituição da República Portuguesa a salvaguardar o direito das pessoas idosas à sua segurança económica, às condições de habitação, ao convívio familiar e ao respeito da sua autonomia pessoal, a fim de se evitar o isolamento e a marginalização social.

Assim, sob a alçada do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a Segurança Social é a instituição oficial de proteção social dos portugueses, assegurando às pessoas idosas as reformas por velhice, os subsídios por doença, as pensões sociais, o complemento por dependência ou o complemento solidário para idosos. O sistema de ação social contempla ainda o financiamento de serviços sociais disponíveis para os mais velhos, através das Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS], da Santa Casa da Misericórdia e Lares ou Residências, entre outras.

Fundamentais para a garantia da qualidade de vida dos idosos e para as respostas às necessidades deste grupo populacional, as políticas de apoio à velhice visam viabilizar as funções de apoio afetivo, apoio emocional, apoio percetivo, apoio informativo, apoio instrumental e de convívio social (Vaz Serra, 1999).

Martins (2005) afirma que o apoio social deve ser um processo dinâmico e complexo, que envolve transações entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promover e completar os recursos pessoais existentes, enfrentar as novas exigências e atingir novos objetivos.

Paúl (1991) refere que as redes sociais de apoio são as formas de como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio para manutenção e promoção da saúde das pessoas, e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema, destacando-se as redes sociais de apoio formal e informal.

Apesar das mudanças na estrutura familiar em Portugal, a resposta às necessidades dos idosos continua a ser maioritariamente dada pela família, que assegura o apoio informal, e afasta a institucionalização para segundo plano. Contudo, o aumento da procura, a indisponibilidade familiar e a complexidade de situações associadas aos problemas de saúde e dependência verificados determinou o alargamento das redes de apoio formal. Com efeito, surge uma ação social que é fortemente exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo estado, mediante protocolos de cooperação. Neste grupo, incluem-se os lares para a terceira idade, os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia, as residências séniores e outros conceitos similares. Os centros de dia constituem um apoio através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objetivo fundamental é desenvolver atividades que proporcionem a

manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar. Os lares de idosos são equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a favorecer respostas a idosos que se encontram em risco, como perda de independência ou autonomia. Proporcionam além do alojamento, alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, convívio, animação e ocupação.

A escolha da rede é determinada pela oferta, mas também pelos próprios idosos e famílias, de acordo com as suas possibilidades e necessidades.

As atuais políticas de terceira idade convergem para a manutenção do idoso o mais possível na sua residência, recorrendo ao apoio domiciliário para assegurar alguns serviços na própria residência do utente. Esta resposta continua a expandir-se, permitindo ao idoso ficar mais tempo na sua casa, com todas as vantagens que isso acarreta.

Foi sensivelmente nos finais dos anos 90 que os serviços de apoio domiciliário conheceram o seu alargamento para o domínio da saúde, sendo atualmente possível falar de um apoio domiciliário integrado, que une a resposta social à resposta de saúde.

Não obstante, a complementariedade entre o apoio formal e informal envolve-se de uma importância crucial que importa salvaguardar, embora a estruturação da resposta informal seja também da responsabilidade social, emergindo já várias iniciativas e preocupações em torno dos cuidadores informais.

As necessidades dos idosos, contudo, transcendem as que podem ser colmatadas pelas iniciativas enunciadas, exigindo uma resposta social mais completa. Como cidadãos com necessidades específicas, os idosos puderam assistir ao desenvolvimento de outras iniciativas sociais para reforçar a sua segurança e bem-estar.

A segurança dos idosos em particular começou por se evidenciar como uma área a reforçar, pois o número de casos de crimes por roubo e violência, e de morte sem assistência foi crescente e mediaticamente abordado, emitindo o alerta social às entidades competentes para a tomada de decisão. A atuação governamental, através do Ministério da Administração Interna, foi desenvolvendo programas e atividades para melhorar a segurança dos idosos, visando ainda potenciar e reforçar a sua integração na sociedade. Explorando o conceito de policiamento de proximidade, levado a cabo pelas forças de segurança pública, foram criados os programas ‘Apoio 65 – Idoso em Segurança’, ‘Solidariedade não tem idade – A PSP com os Idosos’ e a ‘Operação Censos Sénior’.

O ‘Programa Apoio 65 - Idoso em Segurança’ é um programa de proximidade desenvolvido pela Polícia de Segurança Pública [PSP] em parceria com a GNR, que atua nos

locais mais remotos e onde não existe esquadra da PSP. Este programa pretende identificar os idosos em situações desfavorecidas e vulneráveis, proporcionar e garantir condições de segurança e tranquilidade, prevenindo situações de risco. São assim identificadas as populações de idosos mais isoladas e ainda referenciadas as situações de risco, criando uma rede de apoio social que integra e melhora a colaboração entre os idosos e as instituições de apoio social.

O segundo programa, ‘Solidariedade não tem idade’, à semelhança do anterior, procura enquadrar a população mais idosa na sociedade e facilitar o seu acesso ao apoio social disponível e ao qual têm direito. Através do policiamento de proximidade, pretende-se criar uma relação de confiança entre os elementos da PSP e os idosos, potenciado o empowerment de ambos, na prevenção e minimização de situações de risco. Este programa pretende ainda potenciar a segurança dos idosos, fazendo o levantamento de áreas críticas como a falta de acompanhamento médico e familiar, o isolamento e exclusão social completa e a ausência de rede de contactos.

Os ‘Censos Sénior’ surgiram da necessidade de haver um levantamento dos idosos isolados, para garantir o direito de prestação de socorro ou assistência a todos os cidadãos, principalmente os que vivem nestas condições de particular vulnerabilidade. A 1ª edição da ‘Operação Censos Sénior’ decorreu em 2011, consistindo numa ação assegurada pela GNR que, porta a porta, realiza um inquérito para referenciar e identificar os idosos que vivem sós e isolados socialmente ou geograficamente. Nesta ação, que se tem repetido anualmente, os idosos ficam com os contactos da GNR. Os dados são reportados às juntas de freguesia a que pertencem esses idosos, mas também a instituições de apoio social caso se justifique, sendo os dados globais divulgados para conhecimento social. A figura nº 2 demonstra o aumento do número de idosos isolados identificados por esta operação, desde 2011 em Portugal Continental, tendo sido assinalados 15582 idosos na primeira operação e 43322 idosos isolados nos Censos Sénior de 2016.

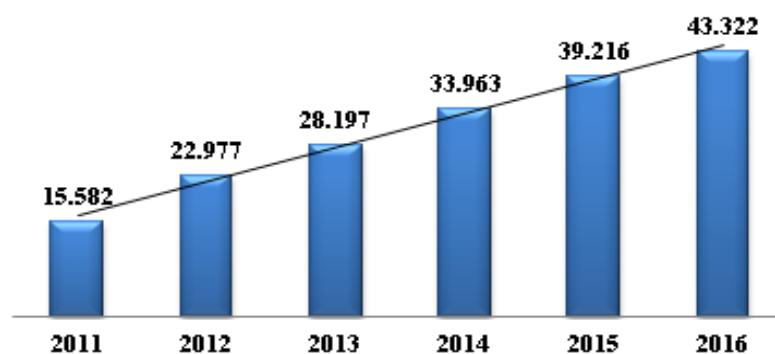


Figura nº 2 - Evolução da operação Censos Sénior desde 2011 em Portugal Continental  
Fonte: Cardoso, 2016

Uma das respostas sociais de natureza particular e que se enquadra na oferta de serviços aos idosos é a empresa Helpphone. Surgiu no nosso país no ano 2000 e oferece um serviço de **teleassistência domiciliária** com base nas tecnologias de informação. Em termos gerais, esta empresa dispõe de uma central de atendimento telefónico a funcionar 24 horas por dia, oferecendo os seguintes serviços: atendimento de emergência, contacto com as autoridades ou entidades de assistência em urgência e emergência, contacto a familiares ou pessoas significativas para auxílio se solicitado, uma linha telefónica disponível para apoio na solidão, aconselhamento telefónico sobre temas diversos, alertas telefónicos para consultas, exames ou para a toma de medicação, e ainda um serviço de assistência doméstica em caso de avaria ou reparação. A assistência em situações de emergência é assegurada com recurso a equipamentos de comunicação ligados à sua central telefónica, que garantem que a mesma seja assinalada e respondida, mesmo em situações mais complexas. Assim, através de um colar ou pulseira com um botão de controle remoto, pode ser acionado o serviço de teleassistência, que ativa a unidade base de teleassistência instalada no domicílio, e que por sua vez comunica com a central telefónica, identificando a chamada e o seu utilizador, associado a uma ficha de dados criteriosamente preenchida na adesão ao serviço. Os equipamentos estão preparados para dar resposta mesmo nas situações em que o seu utilizador esteja impossibilitado de falar ou esteja afastado da unidade base, disponibilizando ainda a teleassistência móvel àqueles que pretendem sair de casa com segurança. Os seus serviços são apontados neste trabalho por serem uma resposta frequentemente requisitada por várias autarquias ao nível nacional, dentro dos seus programas locais para o envelhecimento.

E no que diz respeito aos programas que visam melhorar a qualidade de vida dos idosos, foram identificados alguns que importa aqui serem destacados.

O **Programa para a inclusão e desenvolvimento**, designado por PROGRIDE, foi lançado no âmbito da Segurança Social e financiado com fundos nacionais, apoiando iniciais propostas por IPSS ou autarquias, no combate ao isolamento, desertificação e exclusão social, permitindo assim beneficiar pessoas em situações de vulnerabilidade e carência a nível nacional.

O programa europeu ‘**Portugal 2020**’, veio viabilizar a política do desenvolvimento económico, social e territorial. Tendo iniciado em 2014, e através de cinco fundos estruturais e de investimento europeus, este programa visa o crescimento nacional e a criação de emprego, havendo um compromisso em desenvolver-se em várias temáticas estratégicas, na qual se incluem a integração das pessoas em risco de pobreza, a promoção do desenvolvimento

sustentável e o reforço da coesão territorial, principalmente em cidades ou localidades de baixa densidade populacional.

O **Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas**, destina-se à qualificação das habitações com o objetivo de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, de forma a prevenir e evitar a institucionalização. Resulta do estabelecimento de uma parceria ativa através de protocolos entre a Segurança Social e os Municípios onde os idosos residem, obedece a vários requisitos, dentro dos quais residir nos distritos de Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Vila Real.

Reconhecendo o contexto urbano como determinante da saúde, a OMS criou também o conceito das **cidades amigas dos idosos**. Estas cidades são aquelas que procuram identificar e melhorar as estruturas e serviços para que o acesso das pessoas mais velhas seja assegurado, satisfazendo uma lista de requisitos definidos por este projeto.

Uma iniciativa social de interesse, para ocupação do tempo livre dos idosos, promoção da socialização e literacia, é a **Rede de Universidades da Terceira Idade** [RUTIS], criada em Portugal em 2005. A associação RUTIS é uma Instituição Particular de Solidariedade Social e de Utilidade Pública de apoio à comunidade e aos séniores, de âmbito nacional mas que também existe ao nível internacional. Atualmente conta com 45000 alunos séniores distribuídos pelas 305 universidades da terceira idade existentes no nosso país, desenvolvendo uma ação com importância social entretanto reconhecida oficialmente pela Resolução de Conselho de Ministros nº76/2016, em novembro de 2016.

As necessidades de saúde que acompanham o envelhecimento, requerem respostas mais ajustadas. Por esta razão, os serviços de saúde começaram a dirigir programas especificamente atentos a esta matéria.

Considerando as etapas do Ciclo de Vida definidas no **Plano Nacional de Saúde** [PNS] 2004-2010, o atual PNS 2012-2016 faz constar de um Plano Nacional específico para a Saúde das Pessoas Idosas. Neste propõem-se intervenções que se regulam por princípios da autonomia, independência, qualidade de vida, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa, devendo desenvolver-se no contexto familiar, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, nos locais de trabalho e lazer e, na comunidade, mantendo a articulação com diferentes instituições, nomeadamente com a Rede de Cuidados Continuados em Saúde.

Este plano específico assenta numa perspetiva preventiva e promotora do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida da pessoa idosa, associando fatores como a prática

de atividade física, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e manutenção da participação social, bem como a gestão do stress. Ao incidir sobre os determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida, não só concorre para um envelhecimento mais saudável, como contribui para a redução da morbilidade e da mortalidade face às doenças não transmissíveis, fomentando uma abordagem integrada e intersectorial no aumento de fatores de proteção. As ofertas deste plano, procuram especificamente reduzir a proporção de fumadores, aumentar o número de espaços públicos livres de fumo do tabaco, aumentar a proporção de população fisicamente ativa, reduzir o consumo de sal, a prevalência de excesso de peso, a obesidade e os valores médios do perímetro abdominal, aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais, reduzir o consumo total de gorduras, em particular de gorduras saturadas e de gorduras transformadas, não esquecendo a redução do consumo de álcool. Reduzir os fatores de risco e promover uma proteção e promoção da saúde dos idosos são pois as linhas orientadoras deste plano, que se concretiza nas seguintes medidas:

- **Saúde Oral das Pessoas Idosas** – incluída no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, foi alargado às pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde. Aponta recomendações de higiene oral a serem seguidas e fomenta o acesso dos idosos a cuidados preventivos e curativos de medicina dentária através dos Cheques-Dentista. Segundo a DGS (2008) a perda da dentição derivada das doenças orais não deve ser encarada como uma consequência inevitável do envelhecimento, sendo possível manter uma dentição saudável durante toda a vida. A saúde oral é considerada como uma parte integrante da saúde geral, relembrando que as doenças da boca e dos dentes têm consequências negativas na qualidade de vida das pessoas. O Programa de Envelhecimento Ativo da OMS contempla a Promoção da Saúde Oral entre as pessoas mais velhas e encoraja-as a manter os seus dentes naturais o maior tempo possível.
- **Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas** - Pretende delinear estratégias de forma a minimizar os riscos destas ocorrências no domicílio, melhorar a qualidade de vida e reduzir os gastos dos serviços de saúde devido a lesões nesta faixa etária. Muitas destas ocorrências podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustamentos na casa e no estilo de vida, promovendo assim a segurança das pessoas idosas. Aponta os fatores de risco para a ocorrência de acidentes domésticos e aponta soluções para minimizar os mesmos.

• **Envelhecer com sabedoria: Atividade Física para Manter a Independência** - apresenta recomendações para a prática de exercício físico, para que esta ocorra da melhor forma e traga efetivamente benefícios para a saúde. A atividade física apresenta benefícios em todas as idades e contribui para a qualidade de vida de todas as pessoas. Segundo a DGS (2008), a prática regular de atividade física moderada pode aumentar a esperança média de vida de 3 a 5 anos. Para um envelhecimento saudável, é importante melhorar e manter a qualidade de vida e a independência, podendo esta atividade acarretar inúmeros benefícios, mesmo que a sua prática comece em idade avançada. A atividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, força muscular, coordenação, flexibilidade, resistência, controlo motor, funções cognitivas e a saúde mental, para além dos benefícios relacionados com a prevenção de doenças crónicas. Favorece também a interação social, reduz sentimentos de solidão e exclusão social e aumenta a autoestima e a autoconfiança.

• **Envelhecer com sabedoria: Alimenta-se Melhor para Manter a Sua Saúde e Independência** – Recomenda princípios alimentares concretos úteis para todos os idosos. Uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e autonomia. Aconselha a manutenção de uma dieta adequada no sentido de reduzir o risco de doenças como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, hipertensão, osteoporose e alguns tipos de cancro, visando a melhoria da qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas. Segundo a DGS (2008), a qualidade de vida não se traduz apenas por ausência de doença mas também pela manutenção da independência, da mobilidade, das funções cognitivas, de um estado psicológico adequado, das relações sociais e das redes de apoio. A mesma fonte, identifica ainda fatores que influenciam os hábitos alimentares dos idosos, nomeadamente os fatores socioeconómicos, o sentimento de solidão, as doenças associadas e respetiva medicação, a falta de dentes ou o uso de próteses dentárias mal adaptadas, a diminuição da quantidade de saliva produzida, bem como os problemas de coordenação motora.

• **Envelhecimento Saudável** – Considera, de acordo com o que preconiza a OMS e a UE, a importância de medidas que contribuem para um envelhecimento saudável, valorizando aspetos como a autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e manter-se ativo. Salienta alguns aspetos relacionados com a prevenção das doenças e dificuldades mais comuns das pessoas idosas, nomeadamente, das doenças cardiovasculares e

acidente vascular cerebral, depressão, cancro, alteração das funções mentais e cognitivas, a medicação, a solidão e a sociabilidade.

Para as necessidades de saúde mais complexas, que impliquem mais do que o apoio formal já descrito, foi criada pelo Decreto-Lei n. 101/2006 a **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**, e resulta da parceria estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o Ministério da Saúde. Esta rede permitiu criar e fomentar respostas multissetoriais, com o propósito de promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social a toda pessoa que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal. O objetivo geral desta rede é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, não sendo por isso exclusiva para os idosos, proporcionando cuidados de saúde e cuidados de apoio social. É constituída por equipas domiciliárias, que asseguram Cuidados Continuados Integrados, o suporte em cuidados paliativos por equipas comunitárias, várias unidades de internamento, como as Unidades de Convalescença, as Unidades de Média Duração e Reabilitação, as Unidades de Longa Duração e Manutenção e, as Unidades de Cuidados Paliativos. Visa, portanto, ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida. Têm acesso aos Cuidados Continuados Integrados as pessoas com dependência funcional temporária, dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade relacionados com a dependência e a doença, situações de incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social e situações de doença severa, em fase avançada ou terminal. O ingresso na Rede é efetuado através de referenciação de doentes e obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela necessitam. Quando o doente se encontra no domicílio, é a equipa local que avalia a sua situação. Se reunir as condições necessárias para ser encaminhado para a Rede, a equipa local envia uma proposta de admissão para a Equipa Coordenadora Local de referência.

O PNS sensibiliza também para a dimensão de **‘Morrer com Dignidade’**, considerando que o doente em fase terminal da vida é aquele cujo estado clínico indicia uma aproximação da morte, sendo a decisão clínica fundamentalmente dirigida para o alívio de sintomas.

O plano sublinha que este doente deve ser cuidado com compreensão afetiva e respeito, sem terapêuticas fúteis, no domicílio ou em contexto hospitalar, em ambiente de privacidade e sempre que possível familiar, onde todos os cuidados prestados devem conduzir a uma morte digna, socializada, reconhecida e aceite.

#### 4.1 - ENVELHECIMENTO ATIVO

Envelhecer é uma das maiores conquistas da humanidade mas também um dos maiores desafios (OMS 2002).

Na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid em 2002, para fazer face aos desafios do envelhecimento, a OMS recomendou que as organizações, governos e sociedade civil adotassem políticas e programas de envelhecimento ativo. O conceito de envelhecimento ativo, criado pela OMS, foi utilizado para descrever o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (OMS, 2002).

O envelhecimento ativo promove assim a saúde enquanto bem-estar físico, social e mental e a participação das pessoas continuamente na sociedade, de acordo com os seus desejos, necessidades e capacidades, assegurando proteção, segurança e cuidados adequados. O objetivo é ampliar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida de todas as pessoas à medida que envelhecem.

Um aspeto chave do envelhecimento ativo é a manutenção da autonomia e independência.

As políticas de envelhecimento ativo assentam por isso em três pontos importantes: a saúde, a participação e a segurança. Têm como base o reconhecimento dos direitos humanos do idosos e os Princípios das Nações Unidas de independência, participação, dignidade, cuidado e autorrealização. É preconizado que as políticas e programas sejam delineadas com base no conhecimento dos determinantes do envelhecimento ativo e a sua influencia no envelhecimento dos indivíduos e populações.

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

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas tem como base, os princípios orientadores das Nações Unidas referidos e também os princípios de que o envelhecimento ocorre ao longo de toda a vida, de que as pessoas idosas são um grupo heterogéneo e de que a diversidade individual, que se acentua com a idade, deve ser respeitada, assim como preservada a sua intimidade.

O programa da DGS integra os determinantes do envelhecimento ativo, acrescentando que não são só os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, que contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, mas também os fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais, dando o exemplo da depressão, dos fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas, que resultam da conjugação de vários determinantes. Os determinantes transversais incluem a idade, as especificidades do género e a cultura, que interferem por exemplo, nos comportamentos relativos à saúde e à doença.

No âmbito da promoção do envelhecimento ativo, a DGS define como recomendações para a ação informar e formar as pessoas idosas sobre vários temas: a atividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar, a estimulação das funções cognitivas, a gestão do ritmo sono-vigília, a nutrição, a hidratação, a alimentação e eliminação e, a manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase de reforma.

Espera-se que as pessoas envelheçam com qualidade de vida e, sempre que possível, continuem a contribuir para a sociedade através da sua experiência e agindo como indivíduos participativos. O maior desafio a colocar às pessoas idosas é conseguirem contribuir para que mesmo com as limitações progressivas que possam surgir, elas redescubram formas de viver com a melhor qualidade de vida possível.

Durante muito tempo, a longevidade foi o alvo de toda a atenção, começando a evidenciar-se a preocupação com a qualidade de vida.

Para Manso & Simões (2007) o conceito de qualidade de vida adquire um carácter multifacetado, pois integra várias áreas da vida, integra dimensões objetivas e dimensões subjetivas, que se podem desenvolver tanto a nível individual como coletivo, designadamente: dimensões objetivas (grau de instrução, rendimento, acesso a bens e serviços, condições ambientais, condições socioeconómicas, disponibilidade de bens e serviços públicos, desempenho dos sistemas de segurança social, o nível de desemprego) e dimensões subjetivas (grau de satisfação com a vida, a felicidade, as perceções de bem-estar e de saúde, capacidade de participação cívica e capacidade de influenciar os desenvolvimentos sociais).

Para Canavarro (2010), o conceito de qualidade constitui o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa, e o termo vida engloba o estado completo da atividade funcional de uma pessoa, incluindo o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer, sofrimento e o estilo geral de vida. Este autor, baseado em Naughton & Shumaker (2003), refere que o conceito de qualidade de vida está relacionado com a saúde, e deverá

comportar dimensões primárias, que dizem respeito ao funcionamento físico, social e psicológico do indivíduo e à sua satisfação com a vida e percepção de saúde, e dimensões secundárias, que devem incluir o funcionamento neuro-psicológico, a produtividade pessoal, a intimidade e o funcionamento sexual, a qualidade do sono, a dor, a presença/ausência de sintomas e a espiritualidade.

Pronunciar qualidade de vida, implica assim articular com saúde. O interesse pela qualidade de vida na saúde cresce a partir dos anos 70, como consequência da exigência de uma visão mais holística dos problemas de saúde, o que se reflete na própria definição de saúde da OMS como bem-estar físico, social e emocional e não somente a ausência da doença. Mais tarde, a OMS (1994) pronuncia-se relativamente à qualidade de vida e argumenta como sendo a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objetivo de vida, relações sociais e perspectivas de vida. Menciona também que ter qualidade de vida não é só a ausência de doença, é também analisar fatores aliados a esta temática como a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, prazer e espiritualidade.

Buss (2010) enfatiza o impacto da saúde na qualidade de vida, considerando a saúde como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida.

A saúde contribui para melhorar a qualidade de vida e esta é fundamental para que um indivíduo ou comunidade tenha saúde. Assim, a saúde representa o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem. A qualidade de vida, nas pessoas idosas é largamente influenciada pela saúde, pela capacidade em manter a autonomia e a independência.

Para a DGS (2003), o conceito de qualidade de vida tem a ver com a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar o estado de felicidade e de realização pessoal na procura de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência. A melhoria das condições sanitárias da população e os admiráveis avanços da medicina levaram ao aumento da esperança média de vida, mas trouxeram como reverso da medalha, em muitos casos, uma redução na qualidade dessa mesma vida. Reconhece-se então que as metas dos serviços de saúde devem não só prolongar a vida, mas também melhorar a sua qualidade.

De acordo com a OMS (2005), a qualidade de vida para o idoso é a compreensão individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais vive e em relação

com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada um. A mesma fonte identifica os principais fatores que afetam a qualidade de vida dos idosos, que são as alterações cognitivas, a depressão, o aumento ou diminuição excessivos da massa corporal, a limitação funcional de membros inferiores, a baixa frequência de contactos sociais, o baixo nível de atividade física, uma auto-perceção de saúde deficiente, o tabagismo e os distúrbios visuais.

De acordo com Ribeiro (1994), o envelhecimento é um processo natural, caracterizado por uma série de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no organismo ao longo da vida. Esse envelhecimento normal não impossibilita que o idoso desfrute de uma boa qualidade de vida, quando as suas funções vitais são avaliadas adequadamente, prevenindo o surgimento das doenças crónico-degenerativas.

Diz-nos Paschoal (1996), que viver mais tempo pode ter consequências sérias a nível físico, psíquico e social na vida humana. A longevidade pode ser sinónimo de perda de autonomia, depressão, isolamento social, doenças, declínio funcional e aumento da dependência. Esta realidade pode ser contrariada se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada autoestima e encontrando um sentido para as suas vidas.

Segundo Fonseca (2004), ao nível psicológico, mais do que o processo de envelhecimento, são as sucessivas crises pelas quais o idoso passa, designadamente lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida, que alteram as suas características psicológicas. Relativamente ao nível sociocultural, o idoso caracteriza-se muitas vezes pelo isolamento, mas pior que o isolamento é a solidão sentida, mesmo quando vive acompanhado por familiares ou outros, gerada pela impossibilidade de intimidade nas relações. Também no aspeto social, o facto do idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade leva a que seja tratado de modo diferente, o que não contribui para a sua integração social, mas antes para a sua marginalização. Todos estes aspetos influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa.

Para Chachamovich (2006), os níveis de sintomatologia depressiva interferem na qualidade de vida do idoso. Quanto maiores forem esses níveis, menor será a qualidade de vida em todos os domínios.

O envelhecimento é uma ocorrência estruturante das nossas sociedades. A revolução demográfica é hoje confrontada com profundas mudanças socioeconómicas, políticas, na situação da saúde e disposição territorial da população. O somatório das questões mais pertinentes para dar uma resposta e satisfazer a população mais envelhecida tem vindo a contribuir para que as entidades responsáveis criem novas estratégias políticas e

organizacionais de proteção social, que garantam o acesso dos idosos aos seus direitos cívicos e sociais. Deste modo o crescente aumento da população envelhecida constitui um grande impacto na sociedade contemporânea, cujas ações cada vez mais vão no sentido de promover a qualidade de vida dos idosos.

E para essa qualidade, muito contribui a consciência de que é preciso criar locais saudáveis e adequados a esta população, desenvolvendo políticas que sustentem a ideologia das cidades amigas dos idosos.

#### 4.2 – PROMOÇÃO DE SAÚDE

A promoção da saúde tem sido destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento. Para falar em promoção da saúde, e considerando a importância e complementaridade de todos os níveis de prevenção, não podemos deixar de referir dois conceitos que lhe são inerentes: a prevenção primordial e a prevenção primária.

De acordo com Almeida (2005), baseado em Alwan, a prevenção primordial tem como propósito evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença. Ao prevenir padrões de vida social, económica ou cultural que se sabe estarem ligados a um elevado risco de doença, promove-se a saúde e o bem-estar e diminui-se a probabilidade de ocorrência de doença no futuro. Para tal, procura-se elaborar e aplicar políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde na população em geral e em grupos selecionados. Através destas medidas, prevê-se que o impacto na saúde pública seja notável, dado terem como alvo um grande número de indivíduos e porque um mesmo determinante positivo ou comportamento saudável tem efeitos benéficos múltiplos na saúde.

As ações são dirigidas às populações ou grupos selecionados saudáveis, têm como consequência efeitos múltiplos nas várias doenças e impacto na saúde pública.

De acordo com Stanhope & Lancaster (1999), a prevenção primária consta na redução da suscetibilidade ou na exposição à doença do indivíduo que não apresenta sintomatologia. Visa evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença. Recorre a meios dirigidos ao nível individual, a grupos selecionados ou à população em geral. Desta feita, espera-se a diminuição da incidência da doença pelo controlo de fatores de risco ou causas associadas.

Desde meados da década de 70, tem havido preocupação em criar condições favoráveis para o desenvolvimento de políticas sustentadas e sustentáveis que previnam a doença e promovam a saúde das populações a nível mundial através das respetivas Conferências

Internacionais. Evidencia-se a Declaração de Alma-Ata, em 1978, fruto da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que constitui um marco importante, com a proposta de ‘Saúde Para Todos no Ano 2000’, baseando-se no reconhecimento de que a saúde é um propósito social de primeira importância, numa nova orientação para a política de saúde, conferindo peculiar afetação ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários setores da sociedade, bem como à criação dos Cuidados de Saúde Primários (Martins, 2005).

Mais tarde, a Carta de Ottawa define na sua declaração final um novo conceito de promoção da saúde, tendo revolucionado o conceito até aos dias de hoje. De acordo com a mesma, a promoção de saúde é entendida como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, melhorando-a como um recurso para a vida, exigindo estilos de vida saudáveis para obter o bem-estar, numa perspectiva de capacitação, sendo uma responsabilidade não só do setor da saúde mas também dos indivíduos e comunidades. Ou seja, visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam, englobando a elaboração de políticas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais.

Desde então, as atividades de promoção da saúde começaram a ser verdadeiramente equacionadas, debatidas, valorizadas e estimuladas.

A 7ª Conferência Internacional de Nairobi, decorrida em 2009, com o tema ‘Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Colmatando Lacunas de Implementação’, salvaguarda a importância das várias cartas que dão realce à Promoção da Saúde, reconhecendo o fato da sua aplicabilidade ter ficado muito aquém dos compromissos assumidos e das orientações sugeridas. Identifica como principais lacunas a aplicação das resoluções e apela a todos os governos e partes interessadas a responderem com urgência à implementação de estratégias e ações no sentido de utilizar o potencial inexplorado da Promoção da Saúde. Como estratégias e ações foram delineadas cinco orientações temáticas, designadamente: empoderamento individual, empoderamento comunitário, fortalecimento dos sistemas de saúde, parcerias e ação setorial, e a capacitação para a Promoção da Saúde.

O empoderamento individual tem por base a literacia como um sustentáculo fundamental para o desenvolvimento e promoção da saúde.

O empoderamento comunitário baseia-se na capacitação das comunidades, aumentando o controlo e a capacidade de decisão, adquirindo domínio sobre os fatores e deliberações que

moldam e têm impactos na sua própria vida. As comunidades devem compartilhar o poder, os recursos e as capacidades de decisão a fim de garantir as condições que sustentam a equidade em saúde.

O fortalecimento dos sistemas de saúde implica que as intervenções da promoção da saúde devam ser integradas nos sistemas de saúde que apoiam a equidade na saúde e apresentam padrões de desempenho adequados, com o intuito de reforçar a sua orientação para a prevenção da doença e promoção da saúde. As parcerias e ação setorial são imprescindíveis para intervir eficazmente sobre os determinantes da saúde e a equidade em saúde, sendo que os problemas dificilmente podem ser resolvidos por ações exclusivas da saúde, ou qualquer outro setor isolado, devem assim ser desenvolvidas com colaboração, cooperação e integração entre as várias áreas de intervenção, procurando melhorias na qualidade de vida e bem-estar das populações.

A capacitação para a promoção da saúde tem por base a construção de infraestruturas de promoção da saúde sustentáveis e desenvolver competências multissetoriais para colmatar as lacunas na implementação dos processos de promoção da saúde.

A dimensão capacitadora da promoção da saúde assenta no empoderamento das pessoas e das comunidades. Nessa perspectiva, a promoção da saúde constituir-se-ia numa passagem dos conhecimentos científicos sobre saúde, com construção de atitudes condizentes com tais aprendizagens na população.

A promoção da saúde compreende, portanto, a educação para a saúde.

De acordo com Hockenberry (2006), a educação para a saúde implica transmitir informação de forma compreensível para a população. Contudo, Carvalho & Carvalho (2006), reforçam que não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, é necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos, para operar mudança.

A educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas. Proporciona uma combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, tornando maior o seu conhecimento ou influenciando as suas atitudes ou comportamentos no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis.

A promoção da saúde vem assim trazer ferramentas para que o potencial de saúde seja explorado no tempo que têm disponível, realçando a importância da ocupação dos tempos livres dos idosos, o usufruto de espaços de lazer adequados, com condições de acessibilidade e outras

atividades, que devem ser assegurados pelas autarquias locais.

A promoção da saúde desenvolvida numa intervenção comunitária, só pode ser conseguida com o reforço de poder das comunidades, ou seja, com o empoderamento, permitindo que estas assumam o controlo das suas ações e respetivas consequências. Este é determinado pelo acesso contínuo à informação, cujas oportunidades devem ser asseguradas pelos sistemas de saúde e seus profissionais.

O aumento dos níveis de literacia em saúde é, um dos resultados esperados pela Promoção da Saúde, que considera não só evitar os fatores de risco, como potenciar os fatores protetores de saúde, fomentando a mobilização dos recursos existentes para a construção de outros, que assegurem maior bem-estar e melhor qualidade de vida. Dotar as comunidades de conhecimento, é capacitá-las para a sua influência sobre os determinantes da saúde que lhe estão mais próximos, implicando uma perspetiva holística, intersectorial, estratégica, equitativa e sustentável, e que a aproxima do conceito de salutogénese.

Falar de Promoção de saúde é também compreender a Saúde Comunitária, e o conceito de comunidade.

Para Stanhope & Lancaster (1999), comunidade é uma entidade com base num local, composta por sistemas de organizações formais, que refletem as instituições sociais, ou grupos informais, e os seus agregados. Estes componentes são interdependentes e a sua função é ir ao encontro de uma grande variedade de necessidades coletivas. Pode dizer-se que esta definição tem por base as dimensões individual, geográfica e funcional e afirma a interdependência ou interação entre os sistemas de uma comunidade.

Considera-se, deste modo, que a comunidade é um sistema ou grupo social com uma origem local, diferenciável no seio da sociedade do qual faz parte, baseado em características, interesses partilhados pelos seus membros e alguns dos subsistemas que dela fazem parte, designadamente a localidade geográfica, interdependência e interação psicossocial estável, sentido de pertença, identificação com os símbolos que a representam, e com as instituições que dela fazem parte.

A saúde comunitária assenta na promoção da saúde com o sentido de melhorar a capacidade de resposta positiva aos desafios do ambiente físico e social, seja ao nível dos indivíduos, concretizada nos objetivos de preservar o recurso pessoal de saúde e desenvolver as potencialidades de lidar com o *stress* biológico e psicológico, seja ao nível comunitário, de diminuir as desigualdades, melhorar os indicadores coletivos de mortalidade e morbilidade e diminuir o risco nas condições ambientais.

A participação como método para alcançar tais objetivos dirige-se ao *empowerment* das populações, em que o envolvimento de parcerias é entendido como essencial para uma intervenção comunitária bem-sucedida e para que haja continuidade.

A parceria é definida como a distribuição e redistribuição informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999), o que implica que todos os setores da sociedade precisam estar sensibilizados e comprometidos em intervir, sublinhando a necessidade de políticas de saúde que as sustentem mas que daí advenham.

O trabalho na comunidade deve ir ao encontro das necessidades sentidas e não sentidas da população e sempre com o envolvimento desta e ultrapassando as formas de participação habitualmente estabelecidas, devendo determinar o trabalho desenvolvido pelos profissionais implicados em intervenções comunitárias. Esta deve girar em torno das necessidades e do envolvimento da comunidade para que os ganhos em saúde sejam efetivos.

O reconhecimento de que a medicina curativa é insuficiente para resolver os desafios que as doenças não transmissíveis comportam, deve ser o ponto de partida de todos os envolvidos neste processo.

A procura e adoção de hábitos saudáveis, subjacentes à promoção da saúde, tem sido alvo de compreensão, sendo por isso importante conhecer os modelos que explicam as mudanças comportamentais.

Segundo a DGS (2001), têm sido propostos diversos modelos explicativos das alterações do comportamento, como a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria do Processamento da Informação do Consumidor, o Modelo das Crenças de Saúde, o modelo Precede e o modelo das etapas de mudança comportamental de Prochaska, que podem e devem ser utilizados e adequados à situação.

“Para fazer uma boa utilização da teoria numa situação prática, é necessário considerar os problemas sociais e de saúde em questão e o contexto organizacional ou comunitário para os quais a intervenção é direcionada” (Glanz, 1999: 50).

Para a escolha das teorias, a bibliografia aborda a ideia de que importa conhecê-las para enquadrá-las como teorias do problema ou explicativas, ou teorias da ação ou de mudança. As primeiras ajudam a compreender os fatores que determinam os comportamentos, e as segundas guiam as intervenções.

Por outro lado, importa também que se reconheça o nível de atuação dessas teorias, que podem ser mais orientadas para o nível pessoal ou para o nível comunitário. Em comum, está o

reconhecimento de que os comportamentos são determinados pelo conhecimento, e que este, apesar de necessário, não é por si só suficiente para produzir mudanças, remetendo para aspetos relacionados com as percepções, motivações, aptidões e fatores ambientais (Glanz, 1999).

Assim, as teorias individuais incluem a Teoria do Processamento da Informação do Consumidor, o Modelo das Crenças de Saúde e o modelo das etapas de mudança comportamental. As teorias do comportamento da saúde interpessoais incluem a Teoria da Aprendizagem Social e os Modelos Comunitários.

Glanz (1999) diz-nos que as teorias interpessoais assumem que os ambientes e as pessoas influenciam os sentimentos, percepções, conhecimentos, comportamentos e vivências dos indivíduos, que influenciam e se deixam influenciar num processo dinâmico e contínuo.

Os modelos comunitários, visam assim desenvolver iniciativas no âmbito da promoção da saúde em prol de populações específicas ou comunidades, suportando as intervenções que pretendam melhor saúde para os indivíduos, grupos, instituições ou comunidades, sendo por isso complementares das teorias individuais.

Assim, e no âmbito da promoção da saúde, a autora identifica três perspetivas para a mudança de comportamentos comunitários, que correspondem às teorias da Organização Comunitária, da Difusão de Teorias e da Mudança Organizacional.

Segundo Glanz (1999), a Teoria da Organização Comunitária é baseada no conceito de rede social de apoio, e defende que é a própria comunidade que detém o poder de avaliar e resolver os seus problemas sociais e de saúde. Assim, e de acordo com esta teoria, as comunidades são ajudadas a identificar e conhecer os seus problemas, mobilizar os recursos disponíveis, encontrar as melhores estratégias e procurar as melhores soluções.

Embora apresente vários modelos de mudança comunitária, esta teoria centraliza a sua abordagem em torno de conceitos fundamentais. São eles o já aqui referido empowerment, ou capacitação para a mudança, a criação da competência ou capacidade da comunidade se envolver, a participação das pessoas no seu próprio contexto, a seleção dos assuntos de sucesso e a consciência da causa dos problemas que afetam a comunidade (idem).

#### 4.3 – ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O assegurar de uma qualidade elevada na prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos é o âmago da enfermagem. Mas para uma profissão que aspira fazer a diferença, uma ênfase limitada aos problemas práticos dos cuidados diretos ao nível individual não é uma resposta suficiente às necessidades de cuidados de saúde presentes e futuras do país que neste

trabalho se retratou.

Se a enfermagem pretende ter um impacto positivo e significativo, os seus prestadores devem centrar a atenção em abordagens de promoção da saúde e prevenção da doença baseadas na comunidade, centradas na população (Stanhope & Lancaster, 1999).

E ao observar uma determinada comunidade, será possível identificar grupos e populações de risco que justifiquem intervenções dirigidas.

A Especialidade de Enfermagem Comunitária tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos da vida.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. (Regulamento nº128/2011).

Os enfermeiros são profissionais de saúde que detêm um papel primordial no apoio à pessoa idosa, com patologia ou não, independente ou dependente, com ou sem autonomia. São determinantes, particularmente no processo de reabilitação, levando a que os cuidados sejam efetuados de forma sistemática, possibilitando desta forma a identificação de problemas nos idosos de maneira individualizada, aplicando os seus conhecimentos teórico-práticos no “controlo” do processo do envelhecimento e mantendo a sua formação contínua a nível de cuidados preventivos, curativos e paliativos.

O enfermeiro deve zelar para que a pessoa idosa adquira hábitos saudáveis ou potencie os que já possui, reduza e compense as limitações decorrentes da idade e se conforte perante a angústia e debilidade da velhice, inclusive no processo de morte.

Segundo Silva & Serrão (2009), a autonomia do idoso e a sua capacidade para promover o seu desenvolvimento possibilita apostar cada vez mais intensamente na educação para a saúde como uma maneira de autorrealização, de aumento de conhecimentos, de desenvolvimento de modos de vida sã e de integração na sociedade. A educação para a saúde no idoso não pode ser encarada como um processo simplista, efetuado de forma pontual, mas deve ser permanente, possibilitando uma ação de integração e desenvolvimento interpessoal que o ajude a desenvolver novos papéis e novas aprendizagens. Importa que os enfermeiros também estejam

cientes de que, ao contrário do que muitos possam pensar, a educação para a saúde é um processo difícil, sobretudo na modificação dos hábitos de vida do idoso, pelo que é essencial que o idoso compreenda a verdadeira importância do autocuidado e da sua independência na melhoria da sua qualidade de vida.

A Promoção do Autocuidado tem emergido como fundamental na prática dos cuidados de enfermagem, estando prevista no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], designadamente pelo Decreto-lei nº 161/96, artigo 5º, ponto 4.

O Autocuidado, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2011: 41), define-se como “atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.”

Promover o autocuidado, particularmente no idoso, tem como objetivo, melhorar a qualidade de vida e devolver a independência na capacidade de realizar as suas atividades de vida diária, também propicia à socialização, uma vez que ao sentir-se bem consigo mesmo, tem mais facilidade em estabelecer relações interpessoais.

A compreensão dos idosos sobre a importância do autocuidado na melhoria da sua qualidade de vida é fundamental para que sejam menos resistentes às mudanças e se consigam responsabilizar pela sua saúde e bem-estar.

Cabe por isso ao enfermeiro reconhecer quais as atividades de vida diárias afetadas nas pessoas, como estão afetadas e, se é algo progressivo, temporário ou permanente, identificando a capacidade da pessoa em se adaptar ao seu meio e levar a cabo um conjunto de atividades e tarefas, designadamente, a preparação de refeições, lavagem da roupa, vestir-se e despir-se, fazer a sua higiene, alimentar-se, andar, tomar os medicamentos, fazer as compras, entre outros. O trabalho de reconhecimento é feito simultaneamente pelo enfermeiro e pelo idoso, e só um conhecimento realista e atempado podem determinar soluções adequadas, propostas pelo profissional, imaginadas, trabalhadas e aceites pelo idoso.

Berger & Mailloux-Poirier (1995), referem que o enfermeiro deve ter algumas aptidões necessárias para trabalhar com idosos, tais como agir com maturidade e autenticidade relativamente ao processo de envelhecimento físico, psicológico e social, ser criativo, flexível, polivalente, objetivo, deter espírito crítico, respeito pelo outro, sentido social e comunitário, empatia e capacidade de adaptação, devendo o enfermeiro adotar o modelo holístico, contemplar as dimensões psicológica, biológica, cultural e social, reconhecendo a importância dos conceitos de saúde, bem-estar e conforto. Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa

sustentam como finalidade ajudar a pessoa a aproveitar ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja a sua idade e estado de saúde.

Páscoa (2008), baseada em Berger & Poirier (1995), refere que os enfermeiros deverão atender a alguns propósitos na prestação de cuidados às pessoas idosas, designadamente: prevenir eventuais complicações decorrentes de situações patológicas; prevenir o isolamento social; promover e proteger a saúde; satisfazer as necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas; fomentar a identidade e a autonomia da pessoa; auxiliar o indivíduo a desenvolver novas capacidades; estimular o indivíduo a inserir-se no seu meio e auxiliar o indivíduo a preservar as suas capacidades físicas, sociais e psicológicas.

Borba *et al* (2012), referem que são diversas as ações que devem ser exploradas pelo profissional de enfermagem, designadamente:

- Conhecer quais as mudanças fisiológicas ocorridas no processo de envelhecer, contribuindo para proporcionar a máxima autonomia;
- Adquirir conhecimentos e competências acerca do processo de envelhecimento, pela perspetiva do aumento populacional de idosos;
- Trabalhar no sentido do cuidado preventivo, em consequência de debilidades decorrentes dos processos mórbidos que ameaçam a integridade física resultantes da incapacidade de realizar o autocuidado;
- Mobilizar a comunidade e família para assumir um papel ativo no processo de valorização do idoso;
- Atuar como educador da sociedade/contexto social, valorizando a tríade relacional família, idoso e comunidade;
- Realçar a importância da família no processo de envelhecimento, criando um ambiente proporcionador da recuperação de processos patológicos e na compreensão dos problemas mentais e fisiológicos, auxiliando-os no sentido de não se sentirem inúteis perante as suas limitações;
- Ajudar o idoso a valorizar a sua auto-imagem, incentivando-o a participar em atividades produtivas e processos decisivos, fazendo com que se sinta útil, desmistificando crenças preconceituosas e negativas acerca da velhice, contribuindo assim para um envelhecimento psicossocial bem sucedido.

Subjacente a estes propósitos, está a necessidade de o enfermeiro, como cidadão e profissional, contribuir para suprimir os preconceitos e atitudes negativas da sociedade em relação à velhice, para mudar mentalidades, e com o idoso encontrar uma imagem alternativa

mas real do seu próprio envelhecimento.

Para a OE (2007), o enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular, detentor de competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência.

Assim sendo, o enfermeiro especialista ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência. Estabelece assim articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

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

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é portanto dirigida à saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Na comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel fundamental pois tem um campo de intervenção mais alargado e abrangente dado que não só o utente é alvo de intervenção mas também a sua família/cuidador e meio envolvente.

Devido ao forte envelhecimento demográfico, o cenário com que nos deparamos atualmente e que se prevê aumentar no futuro, é de populações cada vez mais envelhecidas cujo cuidador/família a maioria das vezes não tem disponibilidade de tempo, económica ou geográfica para prestar assistência à pessoa necessitada. Assim, prevê-se que cada vez mais os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária sejam precisos junto dos utentes no seu domicílio.

Páscoa (2008) refere que a prática dos cuidados de enfermagem também se desenvolve em

função das orientações políticas e administrativas em que se enquadram as organizações de saúde. Se o ímpeto das políticas forem os cuidados hospitalares, tratamentos e reabilitação dos idosos, em substituição da aposta da promoção da saúde e prevenção da doença, dificilmente serão satisfeitas as necessidades de saúde nestas áreas.

A promoção de um envelhecimento saudável com melhor qualidade de vida é uma prioridade, dada a inquietante prevalência das doenças crónicas e incapacidades a elas associadas.

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso, o que segundo Páscoa (2008), vai ao encontro do intento da OMS de ‘Dar Qualidade de Vida aos Anos’. De acordo com a DGS (2000), o enfermeiro deverá promover o envelhecimento ativo e consequentemente a qualidade de vida, não só no idoso independente mas também no dependente, já que aqui também irá conseguir um envelhecimento ativo se encorajar o utente a lutar pela sua autonomia e independência.

O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável passa por um conjunto de estratégias: estimular o idoso na realização do seu autocuidado, orientar o idoso, família e comunidade para uma nova forma de convívio com o processo de envelhecimento, promover ações específicas de atenção à saúde do idoso que tendam a promover a saúde, o controlo de patologias, a prevenir o agravamento das mesmas, implementar ações educativas que focalizem a manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, ajudar o idoso, conjuntamente com a equipa multidisciplinar, na conquista de qualidade de vida e estimular a adesão de hábitos de vida saudáveis, designadamente alimentação, atividades físicas, convívio social e higiene.

São vários os autores que sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos, sustentando ainda a necessidade de intervenções devidamente planeadas.

#### **4.3.1 – Planeamento em saúde**

O envelhecimento demográfico tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora o enorme progresso das ciências da saúde tenha tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa mostra que os últimos anos de vida são maioritariamente acompanhados por situações de

fragilidade e de incapacidade relacionados com a saúde.

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

Perante este panorama, a resposta adequada passa por mobilizar os recursos e, perante as necessidades impostas, planear.

As metodologias de planeamento foram utilizadas inicialmente nos setores económicos, tendo sido progressivamente aplicado às ciências sociais. Em 1977 foi introduzido na área da saúde pela OMS, que no decorrer da 3ª Assembleia Mundial, o então diretor geral afirmou que “este instrumento, que denominamos planeamento em saúde, oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de traduzirem numa ação correta do desenvolvimento no domínio da saúde (...)” (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

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

Para Tavares (1990: 29), planear em saúde é “um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, afirmando ainda que quando o planeamento é bem concebido, é possível “conseguir uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos, derivada de uma necessidade de redução de recursos, para com eles beneficiar regiões menos favorecidas” (Tavares, 1990: 16).

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que

condicionam o mesmo, que são os biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes 1993).

As razões do planeamento em saúde levam a questões que apresentam múltiplas respostas, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de utilizá-los eficaz e eficientemente por serem escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, uma utilização mais racional de infraestruturas de elevado valor e diversos equipamentos.

Contudo, apesar de parecer positivo e eficaz, o planeamento da saúde em Portugal apresenta ainda muitas limitações, designadamente, a falta de envolvimento político, a dissociação entre planeamento e gestão e a dificuldade em concretizar, concomitantemente, com o que se faz noutros setores da saúde.

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

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

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

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

Como já foi referido anteriormente o processo de Planeamento em Saúde é dinâmico, no entanto a primeira etapa será sempre o diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

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

(Tavares, 1990).

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

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

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

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

A bibliografia consultada (Imperatori & Giraldes, 1993) sugere três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

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

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

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

objetivos.

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

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

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

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

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Giraldes 199: 30).

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

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

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

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

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993:

30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

## **5 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Ainda que seja a partir das necessidades levantadas num determinado local que toda a atividade se deve basear, o conhecimento e experiência por outros produzido é sempre fundamental na definição das estratégias e atividades que melhor respondem aos problemas, pelo que importa procurar e conhecer.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), as intervenções devem ser baseadas em três conceitos fundamentais, nos quais se incluem a prática baseada na evidência, a investigação em enfermagem e a melhoria da qualidade.

A prática de enfermagem baseada na evidência científica corresponde à prestação de cuidados constantemente fundamentada no melhor conhecimento científico comprovado pelas metodologias de Investigação. Esta prática assume uma importância primordial, na medida em que garante uma prestação adequada às necessidades dos utentes, mais real, mais pertinente, traduzindo-se, conseqüentemente, numa melhoria da qualidade dos cuidados, dos resultados em saúde e da própria profissão, em termos de imagem, conhecimento e evolução.

Assim, para iniciar a pesquisa neste trabalho, foi criado um conjunto de diretrizes para a seleção de conteúdos a analisar, ou seja, foi determinado o que se pretendia encontrar.

Tendo o envelhecimento e os seus desafios como linha orientadora, e tendo como base a moldura teórica aqui abordada, após a identificação dos problemas da população idosa escolhida, procedeu-se a uma pesquisa que decorreu no período que antecedeu a intervenção comunitária, enquanto a mesma decorreu e após a sua conclusão, o que correspondeu ao período decorrido entre 1 de setembro de 2013 e julho de 2014.

Por conveniência pessoal, foram selecionadas e utilizadas apenas fontes de pesquisa online, com recurso ao google académico, a Biblioteca de Conhecimento Online (B-on), a ProQuest, EBSCOhost e alguns repositórios nacionais e internacionais de referência, como o Repositório Aberto da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e SciELO. As palavras e temáticas procuradas foram o envelhecimento ativo, promoção de saúde com idosos, depressão no idoso, quedas do idoso e intervenção comunitária com idosos.

Foram definidos como critérios de inclusão apenas os artigos científicos publicados cujo texto disponível integral estivesse disponível, com títulos sugestivos e claros sobre estudos ou

intervenções com idosos, relacionados com o envelhecimento ativo, a depressão, as patologias ou problemas mais frequentes, estudos que revelassem pertinência de intervenção, que tivessem sido publicados nos últimos 6 anos, procurando sempre artigos credíveis e devidamente estruturados. O idioma ou local de intervenção não eram critério.

Considerar-se-iam excluídos todos os conteúdos que não obedecessem a estes critérios, nomeadamente artigos não publicados ou teses, publicações parciais, ou que fossem mais antigos.

Com um número significativo de resultados, e respeitando os aspetos definidos para os artigos que se pretendiam, a triagem efetuou-se pela leitura dos títulos que fossem mais sugestivos e respetivos resumos, para apurar o seu interesse. Pela pertinência dos estudos e relação com os problemas diagnosticados, foram selecionados quatro artigos para fazer uma revisão da literatura mais estruturada. Estes foram numerados aleatoriamente de 1 a 4, e assim foi estabelecida uma correspondência entre títulos e números, que se apresenta em seguida:

- ‘Prevalência de quedas e fatores associados em idosos’ (Anexo I) – Artigo 1
- ‘A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica’ (Anexo II) – Artigo 2
- ‘Intervenção Comunitária em pessoas idosas com obesidade’ (Anexo III) – Artigo 3
- ‘A depressão no idoso’ (Anexo IV) – Artigo 4

Para simplificar a sua leitura, os títulos foram substituídos pela ideia-chave dos artigos, pelo que assim foram tratados para identificação e análise. A nova correspondência foi a seguinte:

- Artigo 1 – Prevalência de quedas
- Artigo 2 – Envelhecimento ativo
- Artigo 3 – Obesidade
- Artigo 4 - Depressão

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer um inventário e um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação em que o investigador aprecia, em cada um dos documentos analisados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 2000).

Assim, no presente trabalho procedeu-se a uma revisão da literatura de quatro artigos

científicos através do método de PICO, cujas iniciais significam, respetivamente, Problema, Intervenção, ‘Compare’ ou Metodologia utilizada, e, ‘Outcomes’ ou resultados.

O método de PICO tem como principal objetivo maximizar as informações recolhidas nas bases de dados, focar o âmbito da pesquisa e facilitar o acesso às principais informações do artigo, e apresenta-se sob a forma de um quadro, em que a cada inicial corresponde a um espaço próprio.

Para que toda a informação necessária à referenciação do artigo seja reunida, é acrescentado um primeiro espaço, com os dados bibliográficos do mesmo.

Analisar os dados numa investigação é descrever sucintamente características de situações, acontecimentos e de pessoas. Tal como nos diz Fortin (2000), a análise dos resultados tem por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial.

Essa descrição é sintetizada nos quadros seguintes:

| <b>ARTIGO 1 - PREVALÊNCIA DE QUEDAS</b>   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| Artigo  |  |                                 |
| <b>Prevalência de quedas e fatores associados em idosos</b>   |  |                                 |
| <b>Autores:</b> Cruz, D., Ribeiro, L., Vieira, M., Teixeira, M., Bastos, R., Leite, I. (2011). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. In <i>Revista de Saúde Pública</i> . Acedido em 6 de setembro de 2013 em <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102012000100017">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102012000100017</a>   |  |                                 |
| Problema  | Intervenção  | Metodologia                     |
| Prevalência das quedas e fatores de risco em idosos   | Inquérito domiciliar a 420 idosos com 60 ou mais anos num estado brasileiro em 2010. | Estudo transversal quantitativo |
| Resultados  |  |                                 |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. As quedas entre idosos constituem um problema de saúde pública devido:<ul style="list-style-type: none"><li>- à frequência com que ocorrem, à morbilidade e mortalidade como consequências;</li><li>- ao elevado custo social e económico;</li><li>- a serem passíveis de prevenção</li></ul></li><li>2. Prevenção e promoção de saúde como instrumentos para diminuir e minimizar complicações secundárias:<ul style="list-style-type: none"><li>- Implicações de novas rotinas e cuidados especiais pelos familiares/cuidadores na reabilitação ou adaptação por perda de capacidade funcional pelo idoso após a queda</li><li>- Aumento do risco de institucionalização</li><li>- Diminuição da qualidade de vida</li></ul></li></ol> |  |                                 |

- Segundo o Ministério da Saúde no Brasil, 30% dos idosos caem uma vez por ano
3. Os resultados deste artigo referem que:
    - A prevalência de quedas foi de 32,1% dos idosos, (corresponde aos dados oficiais do Ministério da Saúde)
    - Destes, 53% tiveram uma única queda
    - 19% tiveram fraturas como consequência
    - Em 59%, a queda ocorreu no próprio domicílio
  4. Em relação à frequência das quedas:
    - Esta são mais frequentes no sexo feminino com idade igual, ou superior a 80 anos
    - Quando existe uma necessidade de auxílio para a locomoção (quer por auxílio humano, quer por dispositivos auxiliares)
    - Estas são mais frequentes nos idosos com osteoporose.
    - Mais frequentes na presença de outras doenças
  5. As quedas estão relacionadas com a má percepção de saúde que o idoso apresenta, mas também com:
    - As alterações de visão e dificuldade para andar
    - A polifarmácia
    - A ausência de informação/orientação para a prevenção de quedas
  6. Fatores positivos para que a ocorrência das quedas seja mais frequente nas mulheres:
    - Menor massa magra e força muscular do que nos homens da mesma idade
    - Maior perda de massa óssea/estrogénios
    - Aumento da probabilidade de osteoporose
    - Maior prevalência de doenças crónicas
    - Maior atividade doméstica e comportamentos de maior risco
  7. Fatores que derivam do envelhecimento:
    - Diminuição da força e elasticidade muscular
    - Instabilidade articular
    - Alterações do sistema sensorial. Estes contribuem para o sistema postural, marcha e equilíbrio
  8. O uso da tecnologia e dispositivos auxiliares pretendem possibilitar a promoção da independência funcional e facilitar a realização das AVD, contudo pode por vezes:
    - Contribuir para a locomoção insegura e risco de quedas (por má utilização/informação da utilização)
    - Possibilita maior liberdade de locomoção e segurança, aumentando o risco dos idosos se arriscarem em ambientes não seguros

Quadro nº 1 – Análise do Artigo- Prevalência de quedas

| <b>ARTIGO 2 - ENVELHECIMENTO ATIVO</b>   |   |  |
|--|---|--|
| Artigo   |   |  |
| <p><b>A promoção do envelhecimento ativo ao nível local:<br/>análise de programas de intervenção autárquica</b></p> <p><b>Autores:</b> Bárrios, M. &amp; Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. In <i>Revista Portuguesa de Saúde Pública</i>, Volume 32, Issue 2, 188-196. Acedido em 27 de dezembro de 2014 em <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000492">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000492</a></p>   |   |  |
| Problema   | Intervenção   | Metodologia  |
| <p>Programas de intervenção autárquica para a promoção do envelhecimento ativo</p>   | <p>Conhecer e analisar as políticas municipais orientadas para a promoção do envelhecimento saudável e ativo dos concelhos de Guarda, Covilhã e Castelo Branco.</p> | <p>Recolha documental com posterior análise documental</p> |
| Resultados   |   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envelhecimento demográfico é uma preocupação social do séc. XXI.</li> <li>2. Existem diferenças entre envelhecimento individual e envelhecimento populacional.</li> <li>3. Longevidade - Noção que a vida é mais longa, contudo a fase final é exigente física e emocionalmente, o que torna necessário repensar acerca do envelhecimento e prevenir estados de doença mórbidos, de forma a viver mais e melhor.</li> <li>4. O envelhecimento ativo tem em conta o ciclo de vida, identificação do seu ecossistema e intervém no sentido de capacitação do indivíduo.</li> <li>5. O envelhecimento ativo assenta em três pilares prioritários na orientação política:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover condições para a integração na vida social</li> <li>- Securização</li> <li>- Saúde</li> </ul> </li> <li>6. O envelhecimento ativo é muitas vezes mal-entendido por parte dos idosos, associado a atividade física ou participação na vida ativa em idade mais avançada.</li> <li>7. O envelhecimento ativo possibilita:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir problemas de saúde pública</li> <li>- Aumentar a qualidade de vida</li> <li>- Prevenir doenças incapacitantes</li> <li>- Promoção e participação ativa em diferentes contextos</li> </ul> </li> <li>8. A atividade laboral é uma das causas de doença, mas simultaneamente fonte importante de ganhos em saúde, em termos de manutenção da atividade e das redes</li> </ol> |   |  |

sociais, bem como de autoestima.

9. É necessário adequar as condições de trabalho para prevenir estados mórbidos e doenças incapacitantes, mantendo a adesão à vida laboral e adiantamento da reforma, contribuindo para a manutenção de uma vida produtiva e diminuição dos custos com o sistema de pensões.
10. O envelhecimento ativo, abrange a participação na vida política e social: cidadania ativa e trabalho voluntário em atividades de interesse público.
11. Evitar isolamento criando clubes, associações e centros de convívio
12. Evitar barreiras físicas em espaços públicos que limitam os idosos pela sua fragilidade física e psíquica – espaços públicos amigáveis.
13. Os países nórdicos são os que mais apresentam orientações políticas integrando estratégias de saúde pública, correspondendo ao projeto da OMS “Cidades Amigas das Pessoas Idosas”.
14. A saúde é condicionada pelas circunstâncias do ambiente urbano, sendo o conceito de cidade saudável prevista para uma nova visão de promoção de saúde:
  - Promover ambientes residenciais e trabalhos saudáveis e prósperos
  - Planeamento urbano direcionado para o bem-estar, segurança, mobilidade e interação dos seus residentes.
15. Portugal revela dificuldades para políticas públicas devido às deficientes condições económicas e sociais que caracterizam a população:
  - Baixas pensões
  - Baixos níveis de escolaridade
  - Condições habitacionais degradadas
16. As políticas em Portugal são dirigidas à população idosa com características segregacionistas e estigmatizantes, sendo inflexíveis e insuficientes às exigências dos mais velhos
17. Existem desigualdades de saúde entre grupos sociais desta faixa etária relacionados com o rendimento, escolaridade, local de residência e género.
18. Concluiu-se que, relativamente aos programas de prática de atividade física:
  - Todas as Autarquias possuem programas de atividade física para todas as idades, incluindo para os idosos. Dispõem ainda de programas exclusivos para idosos institucionalizados, contudo exibem um sentido de discriminação e possibilidade de ter um impacto negativo por serem realizados coletivamente e de uma forma impessoal.
  - De acordo com o envelhecimento ativo, devem existir iniciativas que não distinguem

idades de forma a incluir os idosos nos programas e em todos os espaços destinados a toda a população.

19. Programas ambientais:

- Em todos os municípios existem parques urbanos e fluviais.
- Existência de parque denominado “parque gerontológico” na perspectiva de envelhecimento ativo cria segregação dos idosos e contribui para que a restante população não o utilize.
- A existência de requalificação dos espaços públicos promotores de mobilidade e acessibilidade é uma boa prática. De acordo com o envelhecimento ativo, integra pessoas de mobilidade reduzida.
- Princípios de equidade e redução das desigualdades sociais, pressupõem inclusão das pessoas carenciadas.
- Ter em conta que todas as medidas devem garantir a qualidade ambiental, segurança e prevenção de criminalidade.

20. Programas de Ação Social:

- Os programas existentes de ação social são orientados para as populações com menos recursos, minimizando as dificuldades socioeconómicas. Como exemplo os cartões de 65+ que permitem descontos em transportes, na cultura, desporto, educação e lazer.
- Relacionar pobreza, isolamento e velhice pode ser uma conclusão errada.
- Estes programas assumem a exclusão e a condição carenciada como sinónimo de ser velho, existindo heterogeneidade associada à idade, e na mesma geração, diferenças a nível de capital social, escolar, cultural e económico.
- Necessário ponderar se estão a ser beneficiadas pessoas sem necessidades e apenas porque têm mais de 65 anos.
- Existe a criação de prestação de serviços gratuitos ou a baixo custo para os idosos, contudo mais uma vez se confunde pobreza com velhice, na medida em que estas necessidades são transversais a toda a população e não específicas nos idosos e estereótipo social considerar os idosos como um grupo carenciado à partida.

21. Programas Socioculturais e Educacionais:

- Existem programas destinados à cultura e ao lazer orientadas para a população idosa, institucionalizada ou não. Mais uma vez se conclui que estas atividades incorrem no segregacionismo da velhice. Em algumas atividades, reúnem crianças e idosos, podendo incorrer uma certa infantilização da velhice.
- Existem universidades de terceira idade que promovem o associativismo e a cooperação, tentando contribuir para o desenvolvimento social e cultural.
- Devem existir ofertas culturais que unam interesses de diferentes públicos, tornando os espaços multigeracionais. Sendo uma alternativa aos programas existentes a criação de centros culturais e educativos destinados ao público de todas as idades.

22. Programas habitacionais:

- Existem projetos habitacionais, que visam o conforto habitacional de pessoas carenciadas ou dependentes.
- Estes projetos constituem intervenções necessárias, contudo nem sempre se traduzem em resultados eficientes, na medida em que fazem coincidir a população de 65+ como sendo a população carenciada.

23. Programas de Saúde:

- Existem poucos programas e iniciativas nesta área na medida em que se atribui ao Ministério da Saúde a competência e responsabilidade neste setor.

24. Todos os programas das diferentes autarquias revelam preocupação com a problemática do envelhecimento, contudo conclui-se que os objetivos e programas criados baseiam-se no critério apenas da idade e não das necessidades. É a substituição deste critério, da idade pelas necessidades a medida política central para encarar o envelhecimento.

25. É necessário uma abordagem holística da vida, criando medidas integradas ao longo do ciclo de vida, promover a flexibilidade e articulação institucional e organizacional, em vários setores sociais, de forma a satisfazer as necessidades identificadas, priorizando-as de acordo com as expectativas e aspirações da população e otimizando os recursos disponíveis.

Quadro nº 2 – Análise do Artigo - Envelhecimento Ativo

| <b>ARTIGO 3 - OBESIDADE</b>   |   |   |
|---|---|---|
| Artigo  |   |   |
| <b>Intervenção Comunitária em pessoas idosas com obesidade</b>  |   |   |
| <p><b>Autores:</b> Lucas, J.; José, H.; Canhestro, A. (2013, fevereiro). Intervenção Comunitária em Pessoas Idosas com Obesidade. In <i>Revista de Enfermagem UFPE on line</i>, 7 (2), 497-503. Acedido em 18 de setembro de 2013 em <a href="http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13882/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria%20em%20pessoas%20idosas%20com%20obesidade.pdf">http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13882/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria%20em%20pessoas%20idosas%20com%20obesidade.pdf</a></p>  |   |   |
| Problema  | Intervenção   | Metodologia   |
| Obesidade em pessoas idosas   | <p>Intervenção comunitária multidisciplinar, em 12 meses, com 45 idosos obesos de uma freguesia de Beja.</p> <p>Acompanhamento multidisciplinar dirigido para a atividade física e alimentação saudável</p> | Entrevista e antropometrias de controlo (IMC e PA) aos idosos participantes |
| Resultados  |   |   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importância de uma equipa multidisciplinar para a eficácia do projeto/modelos de parceria.</li> <li>2. A existência de agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e unidades de cuidados na comunidade (UCC) possibilitaram a identificação das necessidades deste grupo e realização do projeto.</li> <li>3. O motivo de maior adesão e facilitador de mudança é o facto do projeto ser sentido por parte dos idosos como uma verdadeira preocupação e interesse por eles.</li> <li>4. Os resultados revelam que a dieta alimentar diária foi a alteração em que os participantes mais colaboraram, em que 60% alterou pelo menos um aspeto na sua alimentação.</li> <li>5. Verificou-se baixa adesão à prática de atividade física, em que 60% não iniciou nenhuma atividade, referindo como principais motivos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dores que sentem</li> <li>- Falta de vontade</li> <li>- Sentirem-se aborrecidos</li> <li>- Ter o cônjuge doente</li> <li>- Ter que sair de casa</li> <li>- Não valorizar o exercício físico na sua idade</li> </ul> </li> <li>6. As principais dificuldades em todas as alterações e mudanças propostas foram:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enraizamento de hábitos</li> <li>- Desconhecimento ou conhecimento insuficiente</li> </ul> </li> </ol> |   |   |

- Questões culturais

- Receio de ser alvo de críticas ( ex. fazer exercício)

7. Todos os utentes consideraram válido o projeto e o interesse em continuar.
8. No caso dos utentes mais resistentes à mudança é necessária uma abordagem e acompanhamento mais personalizado.
9. Valorizar e acompanhar os utentes que já efetuaram mudanças efetivas, mesmo que estas não se traduzam em perda de peso.
10. É de igual importância, valorizar e acompanhar utentes que embora não tenham alterado nenhum comportamento, demonstrem interesse, ponderem mudar e procurem informações.
11. O acompanhamento realizado pelos diferentes elementos da equipa, teve sempre em consideração as limitações, ritmos pessoais e motivação de cada utente.
12. O projeto teve algumas condicionantes por limitações orçamentais (impossibilidade de criar percursos pedonais) e por algumas alterações de elementos de equipa, o que impossibilitou consultas individuais, tendo sido realizadas em grupo.

Quadro nº 3 – Análise do Artigo 3- Obesidade

| <b>ARTIGO 4 – DEPRESSÃO</b>  |  |  |
|--|--|--|
| Artigo   |  |  |
| <b>A depressão no idoso</b>  |  |  |
| <p><b>Autores:</b> Drago, S. &amp; Martins, R. (2012, junho/dezembro). A depressão no idoso. In <i>Revista Millenium</i>, 43, 79-94. Acedido em 12 de setembro de 2013 em <a href="http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8180">http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8180</a></p>  |  |  |
| Problema   | Intervenção  | Metodologia                                      |
| Determinar níveis de depressão no idoso, identificando a influência dos aspetos sociodemográficos, o grau de satisfação com a vida e o nível de independência nas AVD para a mesma.  | Aplicação de um formulário a 119 idosos residentes em Tavira, Olhão e Faro | Estudo quantitativo<br>Correlacional-descriptivo |
| Resultado  |  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A depressão no idoso é de difícil diagnóstico, por ter características atípicas, consequentemente difíceis de tratar.</li> <li>2. A dificuldade de diagnóstico leva a que muitas vezes, os idosos sejam rotulados, como por exemplo de senis ou como tendo uma personalidade difícil.</li> <li>3. A depressão leva a 60% das admissões em Unidades de Psiquiatria Geriátrica.</li> <li>4. Em Portugal existem mais de um milhão e meio de pessoas com mais de 65 anos, das quais 100000 apresentam-se deprimidas, muitas das vezes mal diagnosticadas e insuficientemente tratadas.</li> <li>5. A forma de encarar o envelhecimento alterou-se ao longo do tempo. Os idosos outrora detinham papéis importantes na sociedade, grande poder económico e respeito pelo grupo social a que pertenciam.</li> <li>6. Fatores que atualmente contribuem para a perceção negativa da velhice e para o seu agravamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associação a problemas</li> <li>- Doenças</li> <li>- Incapacidades</li> <li>- Dependência</li> </ul> </li> <li>7. Diferentes autores consideram e relacionam diferentes fatores que associados à idade, contribuem para o aparecimento da depressão: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdas de familiares e amigos/Luto</li> <li>- Doenças crónicas</li> <li>- Perda de autonomia/Dependência</li> </ul> </li> </ol> |  |  |

- Reforma
  - Pensões insuficientes
  - Aumento das despesas de saúde
  - Perceção de vulnerabilidade e fragilidade
  - Institucionalização
  - Acidentes traumáticos
  - Divórcio
8. Os dois fatores, que mais contribuem para a depressão: a perda de familiares e amigos/processo de luto e institucionalização.
  9. A depressão é considerada um acontecimento normal no processo de envelhecimento, quer por parte da sociedade em geral, quer pelos próprios idosos.
  10. Verifica-se que a depressão atinge os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade quanto mais avançada for a idade, na medida em que esta se torna de diagnóstico cada vez mais difícil e consequentemente, de tratamento difícil.
  11. As mulheres apresentam níveis de depressão mais elevados.
  12. Os divorciados e os viúvos apresentam índices de depressão mais elevados em relação aos casados.
  13. A relação da depressão com a escolaridade não é linear, revelando que os idosos mais deprimidos possuem o ensino médio e, posteriormente, os analfabetos.
  14. A satisfação de vida contribui para a diminuição da depressão, e está relacionada com o envelhecimento bem sucedido, conseguida através da competência adaptativa e capacidade de resiliência.
  15. Quanto maior a satisfação com a vida, menos depressivos são os idosos.
  16. Quanto mais dependentes, mais depressivos são os idosos.
  17. Os fatores sócio-demográficos interferem com a ocorrência de depressão, à exceção da variável económica, que não se revelou influente na depressão.
  18. O local onde se vive influencia a depressão, na medida em que estar institucionalizado contribui para o aumento da depressão.
  19. Os resultados deste estudo apontam para uma correlação entre o grau de satisfação com a vida, independência funcional nas AVD e a depressão.

Quadro nº 4 – Análise do Artigo - Depressão

## **PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Esta secção do relatório pretende evidenciar as características gerais e específicas da população escolhida e comunidade onde se encontra inserida.

O capítulo um ilucida sobre as razões desta intervenção comunitária relativamente à escolha da população e do local de estágio, caracterizando-o em seguida. No segundo capítulo, essa caracterização irá ajudar a compreender onde estava, como estava, como funcionava e se organizava a comunidade alvo aquando da intervenção. Por fim, o terceiro capítulo revela os problemas e necessidades de saúde que foram encontrados na população escolhida através do diagnóstico de situação realizado.

## **1 – POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

A intervenção comunitária a que este relatório se refere, decorreu na então Freguesia de Tramaga, uma aldeia do Concelho de Ponte de Sor, no distrito de Portalegre, e que inclui as localidades de Tramaga, Cansado e Água Todo o Ano, sendo a primeira a maior das três localidades, e onde está sediada a Junta de Freguesia,

A intervenção foi planeada e desenvolvida para todos os idosos com 65 ou mais anos dessa freguesia com base no levantamento das necessidades de saúde dessa população, realizado entre maio e setembro de 2013.

A escolha do local e população está implicitamente relacionada com o facto de o Diagnóstico de Saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga aí ter decorrido, tendo pertencido ao grupo de mestradas que o desenvolveu. Os motivos para a escolha da população e local foram ainda os seguintes:

- Pertencer a uma das regiões mais envelhecidas do país, com base nos Censos 2011
- Pertencer ao meu distrito de origem e o mesmo da ESSP, sendo uma mais-valia para o conhecimento e desenvolvimento de iniciativas na região.
- Desviar as atenções académicas de Portalegre, que mais frequentemente é alvo de intervenções desta natureza.
- Ser a localidade mais próxima da cidade de Ponte de Sor, facilitando contactos e interações com entidades locais e parcerias de intervenção.
- Ter a melhor proximidade geográfica possível para todos os elementos do grupo de mestradas, a residir e trabalhar em Lisboa, Santarém, Torres Novas, Abrantes e Sardoal.
- Por um dos elementos do grupo pertencer e ter família nesta freguesia, facilitando a articulação para a intervenção.
- Pela possibilidade de intervir a favor de todos os residentes com 65 ou mais anos dessa freguesia, independentemente de terem participado no diagnóstico e envolver toda a comunidade.
- Por ser simultaneamente umas das freguesias mais jovens do concelho, surgindo a

oportunidade de também sensibilizar esta população para as temáticas e problemas identificados.

Esta intervenção contou com vários palcos de ação, sendo o edifício da Junta de Freguesia, sediado na localidade de Tramaga, o local de eleição.

## **2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL**

Este capítulo pretende dar a conhecer de forma sucinta as principais características geográficas, demográficas, económicas, sociais, funcionais e de saúde da localidade palco do estágio de intervenção comunitária. O seu conteúdo resulta da compilação de informação construída nos trabalhos deste percurso académico, com base em dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, Junta de Freguesia de Tramaga e pela listagem de facilidades existentes para a população.

A freguesia de Tramaga foi assim designada em 1993 e extinta em setembro de 2013, durante a reorganização administrativa do território das freguesias portuguesas, tendo-se registado a fusão numa só freguesia: a União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor [UFPSTVA].

Aquando da realização desta intervenção comunitária, Tramaga era uma das sete freguesias do concelho de Ponte de Sor, no distrito de Portalegre, constituída pela aldeia que lhe dava nome e pelos lugares de Cansado e Água Todo o Ano.

Em termos territoriais, a localidade de Tramaga fica a 3 km da cidade de Ponte de Sor e a 65,1 km da capital de distrito Portalegre, via Itinerário Complementar 13, durando este trajeto cerca de 1 hora. Tem como principais acessos a Estrada Nacional n.º 2 e a Estrada Nacional n.º 367.

Situada na margem direita do rio Sor, a cidade sede de concelho está implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, a Beira Interior e o Alentejo, distando da capital do país cerca de 162 km via estradas nacionais. Tal posição foi valorizada ainda no século XIX com a construção da primeira linha ferroviária portuguesa, a Linha do Leste, fomentando atividades comerciais essenciais para um desenvolvimento significativo da vila, que se vê elevada a cidade em 1985. Ponte de Sor continua a ser um importante local de passagem e ligação a outros concelhos vizinhos, como o Gavião, Avis, Alter do Chão e Crato, gerando uma dinâmica própria no transporte de mercadorias e pessoas, que também procuram a cidade por aí se concentrarem serviços inexistentes nas suas localidades. É nesta cidade que se encontram sediados os principais serviços públicos e privados, como finanças, segurança social, bancos, posto de correios, lojas que comercializam vestuário, calçado, drogarias,

supermercados, entre outros. Dispõe de iniciativas e ofertas culturais com regularidade para toda a sua população, que vão do cinema, a exposições, lançamento de livros, entre outras. Reconhecendo a importância da sua localização, Ponte de Sor tem vindo a desenvolver estratégias urbanas que exploram o seu potencial, e de forma mais sustentável, pelo que integrou o Plano Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade do Alto Alentejo [PIMPA] em 2013 e assume uma posição sensível e interessada face a esta temática.

Do ponto de vista económico, é um concelho situado numa área de grande vocação agrícola e florestal, onde predominam as culturas horto-industriais e pomares, e as grandes extensões de sobreiros e pinheiros. De acordo com os registos censitários, desde meados da década de 70 que se tem verificado uma diminuição progressiva da atividade agrícola da região, assumindo-se os setores secundário e terciário como predominantes da atividade económica do concelho. Ponte de Sor é hoje uma cidade de comércio e serviços, e uma referência para a indústria corticeira mundial, dispondo de indústrias de transformação de cortiça, empresas do ramo aeronáutico, construção civil e de transformação de produtos agrícolas, como o descasque de arroz, secagem e moagem do pimentão, preparação de carne de porco, moagem de trigo e preparação e curtimento de peles, entre outros. Por contingência das alterações registadas nos últimos anos em Portugal, determinadas pelo êxodo rural rumo às grandes cidades, o tecido empresarial e o mercado de emprego na região revelaram grandes constrangimentos, nada alheios à tendência demográfica nacional.

De acordo com os Censos de 2011, e à data desta intervenção comunitária, dos 16722 habitantes do concelho de Ponte de Sor distribuídos pelas sete freguesias, 1542 constituíam a então população residente na freguesia de Tramaga, sendo a faixa etária dos 25 aos 64 anos a mais predominante, com 825 pessoas. Apesar de ser uma população maioritariamente jovem, 22,7% apresentava 65 ou mais anos, ou seja, era composta por 350 idosos, face aos 367 residentes mais jovens, dos 0 aos 24 anos. Com um índice de envelhecimento de 175, esta freguesia reforçava a tendência nacional de envelhecimento demográfico, ultrapassando a média do país fixada nos 128, e aproximando-se do índice de 178 identificado no Alentejo naquela intervenção censitária.

Igualmente ladeada pelo rio e de enquadramento plano, a freguesia de Tramaga expandiu em construções essencialmente térreas e habitacionais. Além de ver aumentar o número de residências, entre 1993 e 2013, foram construídos edifícios públicos como o jardim de infância, a casa mortuária, o edifício de Junta de Freguesia, a extensão do centro de saúde de Ponte de Sor, foram também melhorados arruamentos, saneamento básico e construído um pequeno

jardim junto à casa mortuária. A freguesia dispõe de uma caixa multibanco, sete cafés, duas padarias e três mercearias, em que uma das quais disponibiliza o serviço *payshop* para o pagamento de contas como o telefone e a eletricidade. É na localidade de Tramaga que se concentram estes serviços e maior parte das residências, apontando habitações mais dispersas nas outras duas localidades da freguesia, Cansado e Água de Todo o Ano. As habitações estão dotadas de electricidade e água canalizada, sendo também uma zona explorada por empresas de comunicação que vendem serviços de televisão, telefone, telemóvel e internet. Além das publicações nacionais, os habitantes têm ao seu dispor o jornal regional quinzenário chamado 'Ecos do Sor' e o jornal regional mensário intitulado 'aponte'. Em termos de transportes, está disponível um autocarro que faz a ligação a Ponte de Sor, de manhã e ao final do dia, para o horário laboral e escolar. O uso de automóvel particular predomina, embora seja comum observar residentes de todas as faixas etárias a circular de bicicleta pela localidade e até à cidade. O clima deste local é, à semelhança todo o Alentejo, pautado por grandes oscilações térmicas, com invernos muito rigorosos e verões extremamente quentes.

Quanto à dinâmica social, a Junta de Freguesia de Tramaga desenvolve estratégias de lazer, apoiando financeiramente algumas atividades que envolvam toda a população mediante orçamento disponível, como o Carnaval de Tramaga e as Marchas Populares de Tramaga, e que atraem a atenção quer da população residente, quer das populações vizinhas. Para a promoção da atividade física, prática de desportos, desenvolvimento cultural e recreativo dos seus associados, nesta freguesia pode ainda encontrar-se o Grupo Desportivo Recreativo e Cultural da Tramaga, que dispõe de um campo de futebol e um edifício de dimensões compatíveis para aí acolher festas e outros eventos.

Para responder às necessidades dos idosos da freguesia, a Junta de Freguesia tem desenvolvido programas de apoio específicos para esta faixa etária.

Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados, que vivem no lugar do Cansado, nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que possam fazer as suas compras e resolver assuntos pessoais. A oferta de transporte de idosos estende-se às deslocações para as piscinas municipais para a aula de hidroginástica e para consultas médicas.

Anualmente, é tradição realizar-se o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, proporcionando de forma gratuita um convívio intergeracional da comunidade, com animação musical, e forte adesão por parte de jovens e idosos. A Junta de Freguesia organiza também anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita para fomentar o convívio entre estes,

proporcionando uma atividade fora do seu ambiente.

Existem ainda várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para pintura e bordados, que são expostos nas Festas da Cidade de Ponte de Sor e na festa do aniversário da Junta de Freguesia. Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia, pela Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, pela Associação dos Caçadores, pela Associação Tramaga Jovem, e pela Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga, mais conhecida por Centro Comunitário. Este oferece as valências de apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social, sendo frequentado maioritariamente por idosos. As suas despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo município. Para acederem aos seus serviços, os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e, em apoio domiciliário, cada serviço solicitado tem uma percentagem. A valência de lar do idoso está prevista, no entanto, sem data definida para a sua concretização.

A rede de apoio social do Concelho de Ponte de Sor tem ao dispor de toda a população um total de nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, situados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

A valência lar do idoso é também oferecida por várias instituições do concelho. A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor, disponibiliza desde 1978 o Lar Nossa Senhora do Amparo, tendo criado outros projetos como a Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário, o Lar Residencial da Ponte e a Cantina Social, um apoio à comunidade com dificuldades que não consiga suprir a sua necessidade em se alimentar. Ainda em 2013 foi inaugurada a ‘Casa dos Avós’, o mais recente lar de Ponte de Sor construído com ajuda de fundos comunitários e com capacidade para receber 72 utentes para aí residirem, 50 em centro de dia e 125 em apoio domiciliário para refeições, limpeza e lavagem de roupa. De cariz privado, existe também o lar ‘A Magnólia’ na localidade. Em relação aos lares existentes nas freguesias mais periféricas, encontram-se o da Freguesia de Foros de Arrão, o da Freguesia de Galveias, que dispõe de um centro de acamados e, o da Freguesia de Montargil, equacionando o município a construção de outros lares nas restantes freguesias, onde se inclui a de Tramaga.

Das IPSS locais, destacam-se o Centro Comunitário de Ervideira, a Associação

‘Caminhar’, a Associação Forense dos Amigos da Terceira Idade, a Associação Comercial e Industrial de Ponte de Sor, a Associação Comunitária Nossa Senhora dos Prazeres, a Associação para o Desenvolvimento e Ação Social da Freguesia da Tramaga, o núcleo de Ponte de Sor da Cruz Vermelha Portuguesa, o Lions Clube de Ponte de Sor e a Associação Comunitária Recreativa e Cultural Valdoarquense.

No município são também identificadas outras iniciativas que englobam a Freguesia de Tramaga, como:

- o projeto ‘Cidades amigas das Pessoas Idosas’ promovido pela OMS;
- o projeto local ‘Caminhar’, uma associação cristã de apoio social que visa capacitar as populações em áreas distintas como a educação e cultura, procurando ainda conhecer e satisfazer necessidades comunitárias locais. Esta associação disponibiliza, workshops variados para o público em geral, a Universidade Sénior, os ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades poderem aprender informática ou inglês, e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras. Um projeto que merece especial destaque é o ‘Solidão Acompanhada’, que organiza um grupo de visitantes domiciliários voluntários que fazem visitas regulares a pessoas que estejam em situações de solidão. No âmbito deste projeto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar a pessoa que vive só num passeio à rua, e ainda a possibilidade de substituir o cuidador por 1 a 2 horas, por exemplo.
- o projeto ‘Agir para Desenvolver’, integrado no PROGRIDE, que resulta de uma iniciativa entre a Câmara Municipal de Ponte de Sor e vários parceiros locais, reúne várias intervenções no âmbito da terceira idade, nomeadamente o serviço ‘Porta a Porta’. Através das juntas de freguesia, são asseguradas gratuitamente pequenas reparações em casa dos idosos, como a substituição de lâmpadas, a limpeza e montagem de esquentadores, a reparação de portas e janelas ou outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.
- O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades

desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

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

O destacamento territorial da GNR de Ponte de Sor, na linha dos programas nacionais de segurança, tem desenvolvido no concelho um policiamento de proximidade e proteção comunitária dos idosos, implementando o ‘Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança’ com ações de sensibilização por meio de visita domiciliária. As principais temáticas abordadas são as burlas, a prevenção da criminalidade, a prevenção de incêndios florestais e a entrada em circulação de novas notas emitidas pela UE, sendo distribuídos folhetos informativos e cartões de contacto telefónico da GNR local aos idosos. Na operação Censos Sénior, levada a cabo por esta entidade local, na Freguesia de Tramaga foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade, em 2013.

As respostas de saúde para os idosos desta freguesia são comuns a toda a população e não mudaram desde 2013.

Podem por isso recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que se encontra inserido no Agrupamento de Centros de Saúde de S. Mamede, da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano desde 2007, e oferece Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde, e na Freguesia de Tramaga, a extensão funciona diariamente para cuidados de enfermagem e duas vezes por semana para atendimento médico. O Centro de Saúde disponibiliza ainda um jornal digital designado “Sor Saúde”, um espaço de partilha e divulgação de conhecimentos e iniciativas de saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre, mas pela proximidade geográfica que reduz o tempo de deslocação, é frequente os seus habitantes procurarem cuidados de saúde na cidade de Abrantes. No concelho existem seis farmácias, três das quais na cidade de Ponte de Sor, e ainda respostas particulares de saúde, como consultas e exames.

### **3 - POBLEMAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO IDENTIFICADAS NO DIAGNÓSTICO**

Na fase de diagnóstico, é necessário relacionar e compatibilizar as necessidades sentidas, expressas ou não, com a oferta e procura de serviços.

O diagnóstico pretende medir o estado de saúde com base na morbi-mortalidade, havendo críticas de alguns autores para esta limitação (Imperatori & Giraldes, 1993).

No fim do diagnóstico da situação, “deverão definir-se os principais problemas de saúde, entendidos estes, fundamentalmente, como situação de doença e medidos em termos de morbi-mortalidade.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

Os problemas não devem ser identificados nem ao nível dos seus condicionantes, nem ao nível das respostas, carências de equipamentos ou de pessoal, que devem ser identificadas separadamente.

A descrição preferencialmente quantitativa do diagnóstico não exclui alguns elementos de difícil quantificação mas de utilidade para a explicação de determinados problemas de saúde.

Este trabalho de investigação tinha com principal premissa identificar as necessidades de saúde da população com 65, ou mais anos, da freguesia da Tramaga, caracterizando-a, caracterizando as condições sociofamiliares, económicas e habitacionais da população, avaliá-la física e mentalmente, no que respeita às AVD's e AIVD's, identificar os riscos associados à idade e reconhecer os sintomas depressivos da população.

Para isso, foi elaborado um questionário (que pode ser consultado no projeto individual, Apêndice II) estruturado com as dimensões sociodemográfica, física, psicológica e mental, com oito grupos temáticos, que incluía escalas de avaliação, nomeadamente, a escala das AIVD's de Lawton e Brody, a escala das AVD's pelo índice de Katz, a escala de depressão geriátrica e o Índice de comorbilidades de Charlson.

Este estudo decorreu em meio natural, traduzindo-se como um estudo quantitativo, pertencente à categoria-exploratório descritivo, por inquérito e, transversal. O diagnóstico de Saúde decorreu entre maio e agosto de 2013, e das 350 pessoas com 65 anos ou mais anos da Freguesia de Tramaga, 290 conseguiram colaborar com questionários válidos para interpretação e análise de dados, com recurso ao programa informático SPSS.

Os dados foram autorrelatados e obtidos por aplicação do questionário porta a porta, preenchidos pelo grupo de mestrandas e com base na autopercepção dos idosos.

Dos seus resultados, constata-se que a população idosa é maioritariamente do sexo feminino, com média de 76 anos de idade e revela elevada taxa de iliteracia, sendo nos grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados.

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

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

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

Em termos de saneamento, 17,2% dos inquiridos revelaram não ter rede de esgotos, e 28 idosos referiram ter casa de banho fora da divisão. A maioria dos idosos não dispunha de rampas ou corrimão no acesso às suas casas, acrescentando ainda que não tinham tapetes anti-derrapantes e a circulação dentro da habitação não estava livre de obstáculos.

O apoio institucional e a procura dos serviços sociais tem pouca expressão, possivelmente justificados pela independência da maioria dos idosos em relação à sua capacidade funcional para as AIVD's, mas também pela rede familiar que ajuda e apoia a maioria dos idosos e que parece ser eficaz. Os cuidadores que se destacam são os familiares: os que coabitam com o idoso são mais velhos e ajudam nas AVD's, enquanto os que não coabitam, são mais novos e ajudam nas AIVD's. Os valores obtidos nas questões que avaliam a depressão geriátrica sugerem que os idosos aparentam estar relativamente adaptados e aceitam as suas limitações e dificuldades, associadas à vida e ao envelhecimento, revelando-se, na sua maioria, satisfeitos com a vida, sem achar que os outros passam melhor que os próprios, contudo, a pontuação da escala classifica a maioria com depressão, que é mais marcada no sexo feminino e está associada à qualidade das relações sociais mantidas pelo idoso. A maioria referiu que prefere ficar em casa em vez de sair, revelando ainda que o medo de que lhe aconteça algo de mal está muito patente. Os valores obtidos nas avaliações antropométricas traduziram uma grande incidência na classificação de obesidade pelos IMC obtidos, e um grande risco de comorbilidades face aos valores elevados do perímetro abdominal. Estes, associados às

patologias mais apresentadas, que foram a HTA, Diabetes, Dislipidemia, Patologias osteoarticulares e Insuficiência Cardíaca, traduzem os distúrbios de base alimentar que fortemente afetam estes idosos, o que explica a polimedicação, com uma média de 5 comprimidos por dia. A maioria depara-se com défices sensoriais, sendo a visão a mais afetada. Foram registadas quedas em mais de 30% dos idosos nos últimos 6 meses, havendo tendência para serem as mulheres a caírem mais e aqueles que referiram uma diminuição na sua capacidade de mobilização. Os valores do índice de Charlson foram tanto maiores quanto maior a idade apresentada. A sua vigilância de saúde é feita predominantemente em casa, a procura dos cuidados de enfermagem baseia-se nos cuidados ambulatoriais, sendo a participação em programas de educação para a saúde pouco representativa.

Assim, os dados configuram que o sexo feminino é o mais vulnerável: são as mulheres que mais vivem sós, são elas que assumem os cuidados, são as que mais caem, as que apresentam maior incidência de depressão e maior risco de comorbilidade. Quanto mais velhos, mais doentes são os idosos desta freguesia; o apoio institucional e a procura de serviços tem pouca expressão e os cuidadores nas AVD's são os que coabitam, sendo também eles mais velhos, o que remete para o conceito comunitário implícito da prestação de cuidados de saúde ser assegurada pela família, que assume o papel de cuidador informal. Os idosos aceitam o seu envelhecimento, e os problemas de saúde que mais os afetam estão relacionados com distúrbios de base alimentar e ausência de atividade física. O isolamento é uma realidade que afeta 25,5% dos idosos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), para calcular os riscos de uma população devem utilizar-se os indicadores estatísticos negativos, como as taxas de mortalidade e morbidade. Para estes, foi importante atualizar os dados nacionais conhecidos sobre as doenças mais prevalentes, as mais incapacitantes, as que aumentam o risco de mortalidade prematura ou as que mais causam a morte no nosso país, e que constam da primeira parte deste relatório. Não obstante, os conceitos associados à carga global de doença, os anos de vida perdidos, e fatores de riscos, também foram fundamentais.

Observados os dados obtidos, e considerando a sua evolução sem intervenção, é possível identificar os vários riscos na população de idosos da freguesia de Tramaga: o isolamento social, a insegurança e vulnerabilidades, os problemas de saúde que resultam de lesões, nomeadamente as quedas e os acidentes domésticos, o agravamento dos problemas de saúde existentes, a probabilidade de mais doenças não transmissíveis se desenvolverem e também elas serem agravadas e, o agravamento dos níveis de dependência. Estes, estão associados a fatores

como o género, a iliteracia, as dificuldades económicas, os distúrbios de base alimentar, as condições da habitação, a sua rede de apoio disponível, as patologias com carga global elevada, a polimedicação, entre outros. Certo é que podem ser agrupados em problemas de saúde que resultem de lesões, em isolamento social e suas implícitas relações com a insegurança, o medo, a depressão, as quedas, a dependência nas AVD's e AIVD's, défices sensoriais, dificuldades económicas e problemas de saúde, podendo ainda ser agrupados em problemas relacionados com as doenças não transmissíveis e com os níveis de incapacidade funcional.

O diagnóstico da situação de saúde é determinante para as atividades a desenvolver, funcionando como termo de comparação a partir do qual se medem os avanços alcançados com as atividades desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

“As necessidades de saúde constituem parte fundamental do diagnóstico, mas não a sua totalidade” (Imperatori, 1993: 45), pois as necessidades de saúde que se identificam resultam das necessidades sentidas expressas e não expressas, mas autorrelatadas, podendo haver dimensões ou problemas que o questionário pode não ter conseguido extrair.

Subjacentes aos problemas identificados e aos riscos enunciados, as necessidades emergentes são: a adoção de estilos de vida saudáveis, de comportamentos protetores da saúde e da segurança do idoso por parte do indivíduo mas também por parte da comunidade, a necessidade de conhecerem os dados que retraram os seus problemas, sensibilizar para o envelhecimento ativo e para o empoderamento pessoal e coletivo, necessidade de apoio, proximidade, disponibilidade, acessibilidade, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados, maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida.

“A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 43).

Uma vez concluída esta fase de diagnóstico, foi feita uma revisão da literatura para fundamentar a definição das prioridades, objetivos e estratégias, com recurso à moldura conceptual, mas também aos artigos científicos de trabalhos de intervenção comunitária com problemas e interesses comuns.

### **PARTE III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Considerando a complexidade dos problemas de saúde da população, a estrutura de todo o processo de planeamento pelas diferentes etapas, é de primordial importância.

Os critérios e a forma como se estruturou esta intervenção comunitária serão alvo de discriminação pormenorizada nesta secção do relatório.

A intervenção comunitária foi planeada e executada pelo grupo de cinco enfermeiras mestradas, no qual me incluo, tendo decorrido no período de 16 de setembro de 2013 a 21 de fevereiro de 2014 na então Freguesia de Tramaga, e para os seus idosos. Esta intervenção, recordo, decorreu no âmbito do estágio final do III Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária promovido pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, do Instituto Politécnico de Portalegre.

## 1 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Embora aqui figure como primeiro capítulo desta narrativa de intervenção, a definição de prioridades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde, partindo do pressuposto de que existem problemas de saúde entretanto diagnosticados e que foram identificados no capítulo anterior.

Um problema é uma “situação de doença ou risco de doença mensurável no indivíduo” (Imperatori&Giraldes, 1993: 63), e para a sua análise, importa identificar quais os fatores que o condicionam ou determinam, bem como as suas consequências ao nível de saúde das populações (idem).

Priorizar é escolher de entre os problemas identificados, aqueles que devem ser resolvidos, sendo para isso fundamental basear essa decisão num conjunto de critérios a considerar. Não obstante, fica a dificuldade em usá-los e combiná-los, que só foi contornada com a articulação de todos os elementos do grupo à medida que se foi dando resposta aos aspetos que os autores do Planeamento em Saúde ilucidam.

Para começar, os problemas identificados foram agrupados pela relação que os enunciados tinham entre si, permitindo uma linguagem e abordagem mais sintéticas para avançar para as fases seguintes, pois, quando o número de problemas é maior, a pré-seleção é aconselhada (Imperatori&Giraldes, 1993). A lista de problemas consta do quadro nº 5.

| <b>LISTA REDUZIDA DE PROBLEMAS</b> |   |
|------------------------------------|---|
| A                                  | Iliteracia  |
| B                                  | 25,5% dos idosos vivem sós, maioria mulheres                      |
| C                                  | Vivem com cônjuge, também idoso, que presta ajuda e cuida nas AVD |
| D                                  | Rendimentos não cobrem necessidades de 66,9% dos idosos           |
| E                                  | Isolamento da habitação em 5,9% dos casos                         |

|   |  |
|---|--|
| F | 17,2% idosos sem esgotos na habitação  |
| G | Quedas; 60% com banheira; sem tapetes antiderrapantes; circulação condicionada por obstáculos; défices sensoriais significativos |
| H | Depressão em 31,9%, depressão grave em 21,8%; mulheres mais afetadas   |
| I | Pré-obesidade em 42% e obesidade classe I em 23,1%   |
| J | Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; comorbilidade severa pelo ICC  |
| K | Polimedicação, proporcional ao ICC   |
| L | Patologias prevalentes: HTA, dislipidémia, osteoarticulares, DM, IC  |

Quadro nº 5 - Lista reduzida de problemas diagnosticados na população idosa de Tramaga

Para dar continuidade ao processo de definição de prioridades, considerou-se o horizonte de planeamento que, correspondendo ao tempo limite de estágio, determinou um plano a curto prazo.

Por sua vez, a área de programação desta intervenção correspondia ao enquadramento fornecido pelas prioridades nacionais, considerando os dados disponíveis sobre a mortalidade, morbidade e incapacidade divulgados pela DGS, bem como conceitos implícitos relacionados com os fatores de risco de algumas doenças, enunciados na Parte I deste relatório.

Assim, para hierarquizar e priorizar os problemas de saúde, foram considerados alguns dos critérios apontados por Imperatori & Giraldes (1993), nomeadamente a magnitude, a vulnerabilidade, a evolução, a irreversibilidade do dano, a conformidade legal, os fatores económicos, a relação do problema com fatores de risco conhecidos e a gravidade do problema. A magnitude corresponde à importância do problema relativamente à mortalidade e à morbidade, que será proporcional ao seu contributo para estes indicadores: quanto maior for esta relação, mais importante será o problema. A vulnerabilidade refere-se à possibilidade de intervir no problema para evitar uma doença e, a evolução, para a possibilidade do mesmo se solucionar, manter-se inalterado ou agravar-se. A irreversibilidade do dano atribui prioridade ao problema que o gera, e a conformidade legal está associada à legislação existente que determina que o problema seja resolvido.

“Definidos os critérios que se utilizarão na seleção de prioridades, é necessário encontrar a maneira de os combinar” (Imperatori & Giraldes, 1993: 66).

As distintas formas de combinação de critérios, originaram alguns métodos de seleção de prioridades explicitados pelos autores, sendo a combinação por pares aquela que pareceu ser a melhor opção para o nosso caso. Além de ser uma técnica de aplicação simples, permitiu a construção de uma opinião fundamentada no contributo individual para a definição de prioridades em grupo.

| TÉCNICA DE COMPARAÇÃO POR PARES |   |            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |       |    |     |
|---------------------------------|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|----|-----|
|                                 | Problemas   | Comparação |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Valor | Ordem |    |     |
| A                               | Iliteracia  | A          | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A     | A     | 2  | 10° |
|                                 |   | -          | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K     | L     |    |     |
| B                               | Viver só  | B          | B | B | B | B | B | B | B | B | B | B     | B     | 5  | 7°  |
|                                 |   | A          | - | C | D | E | F | G | H | I | J | K     | L     |    |     |
| C                               | Cuidadores de idosos também são idosos  | C          | C | C | C | C | C | C | C | C | C | C     | C     | 1  | 11° |
|                                 |   | A          | B | - | D | E | F | G | H | I | J | K     | L     |    |     |
| D                               | Dificuldades económicas   | D          | D | D | D | D | D | D | D | D | D | D     | D     | 0  | 12° |
|                                 |   | A          | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K     | L     |    |     |
| E                               | Isolamento da habitação   | E          | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E     | E     | 4  | 8°  |
|                                 |   | A          | B | C | D | - | F | G | H | I | J | K     | L     |    |     |
| F                               | Sem esgotos   | F          | F | F | F | F | F | F | F | F | F | F     | F     | 3  | 9°  |
|                                 |   | A          | B | C | D | E | - | G | H | I | J | K     | L     |    |     |
| G                               | Quedas: com banheira, sem tapetes antiderrapantes, circulação condicionada por obstáculos, défices sensoriais | G          | G | G | G | G | G | G | G | G | G | G     | G     | 11 | 1°  |
|                                 |   | A          | B | C | D | E | F | - | H | I | J | K     | L     |    |     |
| H                               | Depressão e depressão grave   | H          | H | H | H | H | H | H | H | H | H | H     | H     | 7  | 5°  |
|                                 |   | A          | B | C | D | E | F | G | - | I | J | K     | L     |    |     |
| I                               | Pré-obesidade/obesidade classe I  | I          | I | I | I | I | I | I | I | I | I | I     | I     | 9  | 3°  |
|                                 |   | A          | B | C | D | E | F | G | H | - | J | K     | L     |    |     |

|   |  |                         |    |    |
|---|--|-------------------------|----|----|
| J | Risco elevado e muito elevado de comorbilidade/comorbilidade severa pelo ICC | J J J J J J J J J J J J | 8  | 4º |
|   |  | A B C D E F G H I - K L |    |    |
| K | Polimedicação  | K K K K K K K K K K K K | 6  | 6º |
|   |  | A B C D E F G H I J - L |    |    |
| L | Patologias prevalentes: HTA, dislipidemia, osteoarticulares, DM, IC          | L L L L L L L L L L L L | 10 | 2º |
|   |  | A B C D E F G H I J K - |    |    |

Quadro nº 6 - Comparação por pares dos problemas diagnosticados na população idosa de Tramaga.

Para a executar, cada problema foi comparado a cada um dos outros, sendo o mais importante aquele que fica selecionado. Portanto, da comparação entre dois problemas, um deles é escolhido, e no final, depois da comparação entre todos os problemas, aquele que se repetir mais vezes será o problema prioritário, e assim sucessivamente. O quadro nº 6 refere-se à comparação por pares entre os problemas diagnosticados na população idosa da freguesia de Tramaga. Para facilitar a comparação, cada problema foi associado a uma letra, que obtém o seu espaço sombreado sempre que é escolhida face a outro. O valor corresponde ao número de vezes que essa letra se repetiu, ou seja, que o problema foi escolhido em detrimento de outro. O valor mais elevado recebe a maior prioridade e assim sucessivamente até ao problema que obteve menor número de seleções, que passa a ser o último na lista ordenada dos problemas. O quadro nº 7 resulta da ordenação atribuída pela comparação por pares aos dez problemas considerados para esta intervenção.

Importa salientar que esta ordenação foi obtida pela comparação entre problemas com recurso aos critérios escolhidos, mas numa perspetiva pessoal. Quando em grupo foram discutidos os problemas prioritários de cada elemento, a ordem obtida não foi exatamente a mesma, mas os mais prioritários geraram consenso, tendo sido selecionados como prioritários os primeiros dez problemas.

| PROBLEMAS ORDENADOS |   |
|---------------------|---|
| 1º                  | Quedas: com banheira, sem tapetes antiderrapantes, circulação condicionada por obstáculos, défices sensoriais |

|     |  |
|-----|--|
| 2º  | Patologias prevalentes: HTA, dislipidemia, osteoarticulares, DM, IC          |
| 3º  | Pré-obesidade/obesidade classe I   |
| 4º  | Risco elevado e muito elevado de comorbilidade/comorbilidade severa pelo ICC |
| 5º  | Depressão e depressão grave  |
| 6º  | Polimedicação  |
| 7º  | Viver só   |
| 8º  | Isolamento da habitação  |
| 9º  | Sem esgotos  |
| 10º | Iliteracia   |
| 11º | Cuidadores de idosos também são idosos                                       |
| 12º | Dificuldades económicas  |

Quadro nº7 – Problemas prioritizados na população idosa de Tramaga.

## 2 – FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS

Uma vez priorizados os problemas, a definição dos seus objetivos pode ser entendida como “o enunciado do resultado desejável do problema” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30), aquilo que se espera que aconteça e assim condicione a tendência natural da evolução do mesmo.

Assim, face aos problemas diagnosticados e priorizados em relação à população idosa da Freguesia de Tramaga, pretendia-se que, mais do que ficasse a conhecer esses resultados, toda a comunidade ficasse desperta para o que eles significam, o que determinam e as formas alternativas que existem para que o envelhecimento se afaste do conceito de problema. Contudo, a “natureza dos objetivos a atingir e das decisões a tomar e os prazos em que se enquadram estes elementos determinam diferentes tipos de planeamento” (idem: 26), o que importa sublinhar. Sabendo que o horizonte temporal para esta intervenção seria curto, ou seja, inferior a um ano, as atividades a desenvolver nesta intervenção teriam que ter um plano operacional, que pudesse ser quantificado de forma adequada. Da relação entre uma determinada atividade a desenvolver e a população em risco, surge o conceito de indicador. Embora a maior ambição perante os problemas seja solucioná-los e assim calcular os ganhos em saúde, em horizontes temporais mais pequenos, pretende-se quantificar as atividades desenvolvidas, e avaliar os seus contributos. Assim, “o resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 80) é dado em termos de indicadores de atividade definidos pelo objetivo operacional, também designado por meta.

Tendo reconhecido que esta intervenção comunitária pautar-se-ia pelas atividades que melhor respondessem aos problemas priorizados no período de tempo disponível, foram elaborados os seguintes objetivos gerais:

- Sensibilizar a população idosa, entidades locais e comunidade para os problemas diagnosticados e a importância do envelhecimento ativo;
- Contribuir para a divulgação e conhecimento dos comportamentos e estilos de vida saudáveis com base no *empowerment* da população idosa e comunidade;
- Contribuir para a minimização dos fatores que condicionam a saúde dos idosos da Freguesia de Tramaga numa abordagem intersectorial.

Para conseguir alcançar estes objetivos, outros tiveram que ser desenhados pensando nas

atividades que melhor poderiam responder ao desejável pelo grupo para esta população, inserida nesta comunidade, com estes problemas, com os recursos existentes, no tempo disponível e assim, fazer diferença.

Assim, com base nestes objetivos, e face aos problemas priorizados, entendemos que:

- os problemas detetados na população idosa tinham que ser do conhecimento não só dos idosos que colaboraram, mas de toda a comunidade, incluindo a família, outros residentes, entidades locais competentes e outros elementos da comunidade;
- o envolvimento efetivo das entidades locais e elementos da comunidade seria crucial para assegurar o desenvolvimento das atividades;
- as atividades iriam requerer uma diversificação na oferta, para garantir uma intervenção ampla e completa, dos envolvidos e das temáticas associadas a problemas priorizados;
- os problemas foram a forma através da qual nos aproximámos da comunidade, mas o interesse, as propostas e os contributos para os minimizar seriam a imagem que pretendíamos deixar gravada, associada ao *empowerment* individual e comunitário como forças dinamizadoras de recurso fundamental.

Assim, e para o tempo disponível, foi possível determinar as principais atividades que poderiam ser desenvolvidas face aos resultados esperados. Nesta linha de pensamento, foi em grupo que se decidiu que teríamos que reunir com as entidades locais com poder político para propor cooperação e intervenção, que face aos problemas mais prioritários a intervenção seria de sinergia com parceiros com interesses partilhados, as atividades que sustentariam a intervenção seriam de carácter formal e informal, com recurso aos meios mais frequentes, atuais, abrangentes e disponíveis, sem esquecer a forma como seriam recolhidos os dados para calcular os indicadores. Cada elemento do grupo pesquisou soluções para as nossas pretensões, que culminaram na conjugação de ideias que basearam esta etapa de fixação dos objetivos. Relembrando os problemas prioritários no cenário de pretensão, enquadrados nos conhecimentos enriquecidos pela moldura teórica e científica, mas também pelo conhecimento das características e dinâmicas locais, foi possível perspetivar os três grandes eixos das atividades desta intervenção: o estratégico, o de segurança e o eixo dos estilos de vida saudáveis. O eixo estratégico remete para as questões logísticas, contactos, espaços, parceiros, recursos, informações e sensibilizações, entre outros. O eixo da segurança, relacionado com os problemas de saúde identificados e priorizados, desenvolve-se numa perspetiva de literacia em saúde e *empowerment*, revelando um grande interesse em capacitar os idosos e comunidade

para reforço das medidas de promoção da segurança das pessoas mais idosas e mais vulneráveis, que vivem isoladas ou vivem sós. Em torno deste eixo, são desenvolvidas as iniciativas sugeridas para proporcionar um ambiente mais seguro e protetor dos idosos, pela redução do risco de acidentes e lesões associados às quedas, às alterações sensoriais patentes, aos acidentes domésticos evitáveis, e de problemas de saúde mais comuns que o frio trazido pelo inverno acarreta nestas populações, dado a intervenção decorrer nesta altura do ano. Para maximizar o contributo deste eixo, identificou-se na GNR local e na empresa Helpphone denominadores comuns que fizeram destes os parceiros selecionados numa abordagem conjunta para um tema tão importante. Em grupo, consideramos que os serviços que esta empresa comercializa podiam ser uma mais valia para os idosos que vivem sós e isolados, à semelhança de outras autarquias a nível nacional, que têm ajudado com a atribuição de equipamentos de teleassistência. Numa parceria com a GNR no combate ao isolamento e insegurança dos idosos, quisémos organizar uma sessão de esclarecimento conjunta a realizar nesta freguesia, cujos temas fossem a prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (da nossa responsabilidade, enquanto enfermeiras) e segurança do idoso (da responsabilidade da GNR), destinados aos idosos e suas famílias. Gostaríamos de incluir nesta sessão, a divulgação dos equipamentos de teleassistência como medida de segurança, com a demonstração dos mesmos, que, face à disponibilidade apresentada, seria da responsabilidade de um representante da Helpphone.

O eixo dos estilos de vida saudáveis é o que norteia as atividades para os benefícios dos comportamentos saudáveis sem, contudo, esquecer os problemas que mais condicionam o processo de envelhecimento saudável nesta população em particular. Este é o eixo que sublinha a possibilidade de um envelhecimento associado ao positivismo, de promoção de autonomia, conhecimento e qualidade de vida, mas que se contrapõe com a necessidade de minimizar os riscos e prevenir situações mais complexas que comprometem e determinam todo o processo, que não se inicia aos 65 anos.

Aproveitando o calendário festivo que se aproximava, pensou-se em associar um evento promotor de literacia em saúde, de proximidade dos cuidados, vigilância e importância da saúde, a um evento local compatível. E dentro das oportunidades e recursos existentes, divulgar e promover esta ideologia de maior controlo também sobre os problemas de saúde mais prevalentes.

Posto isto, foi possível elaborar objetivos específicos, metas e indicadores para as reuniões com o Sr. Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor [UFPSTVA], o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor [CMPS], com o Sr.

Comandante do Destacamento Territorial da GNR, doravante designado por Sr. Comandante da GNR, com o Representante da Empresa de Teleassistência Helpphone, doravante designado por Representante da Helpphone, determinantes nesta intervenção. Foram ainda definidos objetivos, metas e indicadores do evento de apresentação dos problemas identificados na população idosa pelo Diagnóstico de Saúde realizado, designado por ‘*Fórum Comunitário*’, do evento de vigilância e divulgação sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, intitulado ‘*Atelier de Saúde*’, da Sessão de Educação para a Saúde sobre a Segurança do Idoso, e também da publicação de duas temáticas chave em dois meios de comunicação distintos ao dispor desta comunidade.

Os quadros seguintes reúnem e sistematizam a informação referida, traduzindo os objetivos específicos, metas e indicadores das atividades.

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES PARA A REUNIÃO COM O SR. PRESIDENTE DA UFPSTVA</b>  |  |   |
|---|--|---|
| Objetivos Específicos   | Metas  | Indicadores de atividade  |
| Reunir, até ao final de outubro de 2013 com o Sr. Presidente da UFPSTVA e apresentar os problemas de saúde identificados na população idosa e proposta de intervenção comunitária | Realizar a reunião até à data prevista para apresentar os problemas identificados e proposta de intervenção comunitária;   | Realizada no prazo = 100%<br><br>Não realizada no prazo = 0%                |
| Solicitar ao Sr. Presidente da UFPSTVA, até ao final de outubro de 2013, colaboração nas atividades de intervenção comunitária na localidade de Tramaga.                          | Que exista colaboração em 30% das 6 propostas apresentadas:<br><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integração do ‘Atelier da Saúde’ no evento das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga e consequente apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga na cedência do espaço;</li> <li>2. Disponibilidade de materiais necessários, como mesas e cadeiras;</li> <li>3. Apoio de 1 a 2 funcionários da União das Juntas para auxílio e organização dos espaços;</li> <li>4. Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para o <i>Fórum</i> Comunitário;</li> <li>5. Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para a Sessão de Educação para a Saúde: ‘Segurança do Idoso’;</li> <li>6. Divulgação dos eventos para a comunidade através de Editais.</li> </ol> | $\frac{\text{Propostas aceites}}{\text{Propostas apresentadas}} \times 100$ |

Quadro nº 8 - Objetivos específicos, metas e indicadores para a Reunião com o Sr. Presidente da UFPSTVA.

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES PARA A REUNIÃO COM O SR. PRESIDENTE DA CMPS</b>  |   |   |
|--|---|---|
| Objetivos Específicos  | Metas   | Indicadores de atividade  |
| Reunir, até ao final de novembro de 2013 com o Sr. Presidente da CMPS e apresentar os problemas de saúde identificados na população idosa.   | Realizar a reunião até à data prevista para apresentar os problemas identificados   | Realizada no prazo = 100%<br>Não realizada no prazo = 0%                    |
| Apresentar ao Sr. Presidente da CMPS, até ao final de novembro de 2013, um conjunto de propostas para minimizar/resolver os problemas prioritários, pretendendo que estas sejam analisadas e alvo de intervenção | <p>Que exista compromisso de intervenção em 30% das 8 propostas apresentadas;</p> <p>Que 40% das 8 propostas apresentadas sejam aceites para análise.</p> <p>O conjunto de 8 propostas definido foi o seguinte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos;</li> <li>2- Funcionário da autarquia (com formação desportiva) desloca-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios com os idosos;</li> <li>3- Rampas de acesso nos locais públicos: igreja, casa mortuária, cemitério;</li> <li>4- Rampas de acesso em casas de idosos/via pública;</li> <li>5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia;</li> <li>6- Teleassistência;</li> <li>7- Projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever;</li> <li>8- Rede Municipal de Esgotos para todos.</li> </ol> | $\frac{\text{Propostas aceites}}{\text{Propostas apresentadas}} \times 100$ |

Quadro nº 9 - Objetivos específicos, metas e indicadores para a Reunião com o Sr. Presidente da CMPS.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE ATIVIDADE PARA A REUNIÃO COM O SR. COMANDANTE DA GNR  |   |   |
|---|---|---|
| Objetivos Específicos   | Metas   | Indicadores de Atividade  |
| Reunir, até ao final de novembro de 2013, com o Sr. Comandante da GNR e apresentar os problemas de saúde identificados na população idosa.            | Realizar a reunião até à data prevista para apresentar os problemas identificados   | Realizada no prazo = 100%<br>Não realizada no prazo = 0%                    |
| Solicitar ao Sr. Comandante da GNR, até ao final de novembro de 2013, colaboração nas atividades de intervenção comunitária na localidade de Tramaga. | Que exista colaboração em 50% das 2 propostas apresentadas:<br><br>1- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde ‘Segurança do Idoso’;<br>2- Empréstimo de material multimédia tela e <i>datashow</i> para 2 Sessões a desenvolver na comunidade: o <i>Fórum</i> Comunitário e a Sessão de Educação para a Saúde ‘Segurança do Idoso’. | $\frac{\text{Propostas aceites}}{\text{Propostas apresentadas}} \times 100$ |

Quadro nº 10 – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para a Reunião com o Sr. Comandante da GNR.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE ATIVIDADE PARA A REUNIÃO COM O REPRESENTANTE DA HELPPHONE  |  |   |
|--|--|---|
| Objetivos Específicos  | Metas  | Indicadores de Atividade  |
| Reunir, até ao final de novembro de 2013, com o Representante da Helpphone para apresentar os problemas de saúde identificados na população idosa e a proposta de colaboração. | Realizar a reunião até à data prevista para apresentar os problemas identificados e o pedido de colaboração.   | Realizada no prazo = 100%<br>Não realizada no prazo = 0%                    |
| Solicitar ao Representante da Helpphone, até ao final de novembro de 2013, colaboração nas atividades de intervenção comunitária na localidade de Tramaga.                     | Que exista colaboração em 50% das 2 propostas apresentadas:<br><br>1- Informação e demonstração sobre teleassistência;<br>2- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde 'Segurança do Idoso'. | $\frac{\text{Propostas aceites}}{\text{Propostas apresentadas}} \times 100$ |

Quadro nº 11 – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para a Reunião com o Representante da Helpphone.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE ATIVIDADE PARA O 'ATELIER DE SAÚDE' NAS COMEMORAÇÕES DE S. MARTINHO DA FREGUESIA DE TRAMAGA   |  |  |
|---|--|--|
| Objetivos Específicos   | Metas  | Indicadores de Atividade   |
| Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis aos participantes das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga no dia 16 de novembro de 2013. | <p>Que 50% dos participantes nas comemorações adira ao 'Atelier de Saúde';</p> <p>Que 80% dos participantes no 'Atelier de Saúde' receba os 2 folhetos informativos, com os títulos:</p> <p>1- 'Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável'</p> <p>2- 'Diabetes, aprender... corrigir..., melhorar...'</p> | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de aderentes ao 'Atelier de saúde'}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes nas comemorações}} \times 100</math></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ de aderentes ao 'Atelier de Saúde'}} \times 100</math></p>           |
| Vigiar e registar a tensão arterial e a glicémia capilar dos participantes aderentes ao 'Atelier de Saúde' no dia 16 de novembro de 2013.   | <p>Que 95% dos participantes no 'Atelier de Saúde' avalie a tensão arterial;</p> <p>Que 90% dos participantes no 'Atelier de Saúde' avalie a glicémia capilar;</p>   | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de avaliações de tensão arterial}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no 'Atelier de Saúde'}} \times 100</math></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de avaliações de glicémia capilar}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no 'Atelier de Saúde'}} \times 100</math></p> |
| Avaliar a importância atribuída pelos participantes à atividade 'Atelier de Saúde' no dia 16 de novembro de 2013.   | Que 50% dos participantes no 'Atelier de Saúde' classifique a atividade 'com razoável importância' ou 'com muita importância' quando questionados sobre a importância do mesmo.  | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas dentro dos critérios da meta}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no 'Atelier de Saúde'}} \times 100</math></p>  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Avaliar o interesse na participação em iniciativas similares ao 'Atelier de Saúde' no dia 16 de novembro de 2013. | Que 50% dos participantes no 'Atelier de Saúde' classifique o seu interesse em iniciativas similares 'com razoável interesse' ou 'com muito interesse' quando questionados. | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas dentro dos critérios da meta}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes no 'Atelier de Saúde'}} \times 100$ |
|---|---|---|

Quadro nº 12 – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para o 'Atelier de Saúde' nas comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga.

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE ATIVIDADE PARA O 'FÓRUM COMUNITÁRIO'</b>   |   |   |
|---|---|---|
| Objetivos Específicos   | Metas   | Indicadores de Atividade  |
| Apresentar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à população idosa da freguesia de Tramaga, Comunidade, e Entidades locais, até ao final de novembro de 2013. | <p>Que 10% das 35 Entidades convidadas participe no evento 'Fórum Comunitário';</p> <p>Que 10% da população idosa da Freguesia participe no evento.</p> | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades presentes no evento}}{\text{N}^\circ \text{ Total de entidades convidadas: 35}} \times 100</math></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos presentes}}{\text{N}^\circ \text{ Total de idosos da Freguesia}} \times 100</math></p> |

Quadro nº 13 – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para o 'Fórum Comunitário'.

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE ATIVIDADE PARA A SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ‘SEGURANÇA DO IDOSO’</b>   |  |   |
|--|--|---|
| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Metas</b>   | <b>Indicadores de Atividade</b>   |
| Capacitar os participantes sobre as medidas e recursos locais e nacionais disponíveis, para maximizar a segurança dos idosos no seu dia a dia, alertando para os principais riscos e perigos e sua prevenção, através de uma sessão de educação para a saúde em parceria com a GNR e empresa Helpphone, a realizar no mês de dezembro de 2013. | <p>Que 10% das 35 entidades locais convidadas participe na sessão ‘Segurança do Idoso’;</p> <p>Que 10% da população idosa da Freguesia participe na ‘Segurança do Idoso’.</p>  | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ Total de entidades convidadas: 35}} \times 100</math></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos presentes}}{\text{N}^\circ \text{ Total de idosos da Freguesia}} \times 100</math></p> |
| Fornecer aos idosos e outros participantes presentes informação complementar sobre as temáticas apresentadas, com recurso a folhetos e esclarecimento de dúvidas, na sessão de educação para a saúde a realizar no mês de dezembro de 2013.  | <p>Que 95% dos participantes receba os 2 folhetos informativos:</p> <p>1- ‘Prevenir para não cair...’<br/>2- ‘Inverno em Segurança’;</p> <p>Que 95% das questões colocadas pelos participantes na sessão sejam esclarecidas.</p> | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos distribuidos}}{\text{N}^\circ \text{ participantes na sessão}} \times 100</math></p> <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ de questões esclarecidas}}{\text{N}^\circ \text{ Total de questões colocadas}} \times 100</math></p>               |

Quadro nº 14 – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para a Sessão de Educação para a Saúde ‘Segurança do Idoso’.

| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS, METAS E INDICADORES DE ATIVIDADE PARA A PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS<br/>                     ‘SABER MAIS, VIVER MELHOR’ E ‘DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS’<br/>                     NO JORNAL ‘APONTE’ E NO JORNAL DIGITAL ‘SOR SAÚDE’</b> |   |  |
|--|---|--|
| Objetivos Específicos  | Metas   | Indicadores de Atividade   |
| Divulgar pela população em geral as temáticas relativas aos comportamentos e estilos de vida saudáveis e ao envelhecimento ativo, através da sua publicação em 2 meios de comunicação social locais selecionados, até ao final de janeiro de 2014                                  | <p>Que 50% dos 2 meios de comunicação social escolhidos aceite a publicação das temáticas dentro do prazo previsto.</p> <p>Os meios de comunicação social selecionados foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jornal ‘aponte’</li> <li>2. Jornal digital ‘Sor Saúde’</li> </ol> | <p><math>\frac{\text{N}^\circ \text{ dos meios de comunicação que aceite publicação}}{\text{N}^\circ \text{ dos meios de comunicação selecionados}} \times 100</math></p> <p>Nº dos meios de comunicação selecionados: 2</p> |
| Que os artigos ‘Saber mais, viver melhor’ e ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’, possam ser lidos pela população em geral, até ao final de janeiro de 2014.  | <p>Que os artigos obtenham tiragem mínima de 1000 exemplares, nas publicações do Jornal ‘aponte’;</p> <p>Que os artigos obtenham o mínimo de 100 visualizações no período de 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal digital ‘Sor Saúde’.</p>  | <p>Nº da Tiragem do Jornal ‘aponte’</p> <p>Nº Total de visualizações registados em 30 dias</p>   |

Quadro nº 15 – Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade para a Publicação dos Artigos ‘Saber mais, viver melhor’ e ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ no Jornal ‘aponte’ e no Jornal digital ‘Sor Saúde’.

### **3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS**

A seleção de estratégias corresponde ao processo de escolha de um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

Para a construção das estratégias de saúde, os autores sugerem que se considerem várias questões, como a criação dos critérios que concebem as estratégias, perspetivar as alterações que se evidenciem necessárias, esboçar estratégias potenciais e escolher as mais realizáveis, descrevendo-as detalhadamente. Recomendam ainda estimar grosseiramente os custos das mesmas, avaliando a adequação dos recursos e, por fim, se necessário, rever as estratégias e objetivos.

A criação de critérios na conceção das estratégias tem uma relação estreita com a política subjacente e os objetivos fixados, sendo este o nosso ponto de partida. Assim, foram criados os seguintes critérios de inclusão:

- estratégias assentes nos princípios do envelhecimento ativo, que visem a qualidade de vida das pessoas idosas;
- estratégias com base na promoção da saúde;
- estratégias que reforcem a capacitação individual e comunitária;
- estratégias que otimizem os recursos humanos, materiais e de tempo existentes;
- estratégias que tornem as atividades mais atrativas, com recurso a tecnologia ou meios existentes;
- estratégias de orientação e supervisão por pessoas experientes;
- estratégias administrativas e de comunicação adequadas e eficazes: de leitura fácil, atividades com design apelativo, contemporâneo mas ajustado ao público alvo;
- estratégias locais que comportem iniciativas desta intervenção no período previsto: festividades ou outras iniciativas locais;
- estratégias de cooperação e envolvimento de várias entidades em tempo útil;
- estratégias de articulação de elementos do grupo;
- estratégias gratuitas ou que acarretem menor custo possível para todos;
- facultar orientações apoiadas em informação escrita objetiva aos participantes;

- diversificar atividades para aumentar probabilidade de participação;
- conhecer bem os objetivos dos parceiros e entidades envolvidas para influenciar a sua cooperação;
- sensibilizar parceiros para os prazos e importância da sua colaboração para a nossa intervenção e para a comunidade;
- recorrer à ajuda de elementos facilitadores sempre que se revelem úteis durante toda a intervenção.

Em relação às modificações necessárias, Imperatori & Giraldes (1993) admitem a necessidade de se contornar ou vencer obstáculos potenciais à realização dos objetivos, com recurso a alterações em várias categorias, como nos equipamentos, recursos, funções do pessoal, ou mesmo nos processos, ao nível social e das atitudes.

Refletindo sobre os obstáculos potenciais para os objetivos traçados, foram identificados os seguintes:

- fraca adesão da comunidade às iniciativas do grupo, especialmente da população alvo;
- recusa ou indisponibilidade por parte das parcerias em colaborar nas solicitações propostas;
- resposta aos pedidos de colaboração fora de tempo útil;
- recursos materiais insuficientes ou falha nos recursos, como constrangimentos orçamentais ou falha de luz, por exemplo;
- recursos humanos reduzidos ou insuficientes;
- mensagem não percebida ou não recebida pelos destinatários em relação às temáticas chave da segurança, promoção da sua saúde e adoção de estilos de vida saudáveis.

Considerando estas dificuldades, contemplou-se a possibilidade de rever as estratégias, procurando que os principais objetivos fossem alcançados, ainda que de outra forma, ou seja, que face a contratempos, os problemas de saúde priorizados não fossem esquecidos mas sim combatidos por outras frentes.

Assim, as modificações necessárias que delinearão as estratégias potenciais foram as seguintes:

- Garantir a diversidade das iniciativas para aumentar a probabilidade de participação ou a probabilidade de, a mensagem que pretendíamos passar em torno dos eixos de segurança e estilos de vida saudáveis, chegasse à população idosa, ainda que de

forma indireta. Se o número de iniciativas fosse reduzido ou condicionado por problemas de natureza maior, outras atividades complementares ajudariam a manter a temática disponível. São exemplos, a entrega de folhetos previstos ainda que fora das atividades pensadas, a abordagem da temática salvaguardada por qualquer elemento do grupo, fundir adequadamente as temáticas para que não perdessem a sua prioridade e assim fossem abordadas, propor maior colaboração a outro parceiro, como por exemplo a publicação de mais temáticas nos jornais escolhidos, entre outros;

- Garantir a divulgação das atividades em tempo útil e pelos meios mais tradicionais, como cartazes ou convites feitos à mão, entregues presencialmente em algumas situações ou por comunicações orais privilegiadas por elementos da comunidade, como o pároco ou responsáveis pelo centro comunitário;
- Assegurar espaços para dúvidas, demonstrando disponibilidade no período de intervenção comunitária, relembrando apoio e acompanhamento assegurado pelos serviços de saúde locais;
- Munir as entidades envolvidas e parceiros com a informação necessária para esclarecer ou melhor responder à população idosa e comunidade da Freguesia de Tramaga, assegurando a linha de intervenção pensada com base na capacitação individual e comunitária;
- Reajustar conteúdos das atividades em caso de indisponibilidade dos parceiros, ou mesmo as atividades face à disponibilidade dos parceiros, desde que dentro de critérios de exequibilidade face ao tempo disponível;
- Conhecer espaços e meios alternativos para a realização das atividades, como outra sala ou auditório próximo do local previsto, ou outro aparelho multimédia para as apresentações;
- Preparar todos os elementos do grupo para mudanças inesperadas, garantindo canais de contacto sempre disponíveis, flexibilidade e disponibilidade para assumir atividades necessárias;
- Considerar eliminar algumas atividades paralelas ou minimizar despesas, como a não impressão de convites para entidades, ou realizar apenas um dos lanches convívio;
- Garantir orçamento para desenvolvimento das atividades fundamentais, como comunicações, deslocações, impressão de folhetos, entre outras.

Posto isto, Imperatori & Giraldes (1993) orientam a equipa de planeamento a elaborar uma proposta final e pormenorizada das estratégias escolhidas, devendo esta descrever a metodologia a utilizar, os recursos humanos e materiais necessários bem como a população alvo. Assim, e de acordo com os exemplos dados pelos autores para a seleção de estratégias no domínio da saúde, optou-se por relacionar as estratégias com os problemas de saúde prioritizados, como no referido Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança, cujos fatores condicionantes e atividades nacionais em curso já sustentam.

“As estratégias propostas em relação a cada um dos problemas definidos como prioritários dizem (...) respeito tanto ao setor da saúde como a outros setores socio-económicos” (Imperatori & Giraldes, 1993: 93). Esta identificação dos fatores condicionantes e a necessidade de trabalho multisectorial, conspira para intervenções que ultrapassam a esfera da saúde.

As estratégias definidas podem assim ser observadas no quadro seguinte:

| Estratégias                        | Ações estratégicas   | Problemas Alvo   |
|------------------------------------|--|--|
| Reunir com o Presidente da UFPSTVA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para os problemas diagnosticados e importância do seu envolvimento;</li> <li>• Solicitar colaboração e parceria;</li> <li>• Propor medidas de intervenção.</li> </ul>  | Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Sem esgotos, Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão Comorbilidade Aumentada, Polimedicação. |
| Reunir com o Presidente da CMPS    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para os problemas diagnosticados e importância do seu envolvimento para os minimizar;</li> <li>• Apresentar propostas de intervenção que corroboram tendência de apoio da autarquia, dando exemplos concretos de outras autarquias;</li> <li>• Responsabilidade moral.</li> </ul>  | Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Sem esgotos, Iliteracia, Patologias prevalentes Obesidade, Depressão, Comorbilidade Aumentada, Polimedicação. |
| Atelier de Saúde                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maximizar conhecimentos sobre a importância dos comportamentos saudáveis num ambiente de lazer;</li> <li>• Proporcionar esclarecimentos individualizados e folhetos;</li> <li>• Avaliar a Tensão Arterial e glicémia capilar dos participantes;</li> <li>• Divulgar a atividade e outras atividades da intervenção;</li> <li>• Ação conjunta com entidade local.</li> </ul> | Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão, Comorbilidade Aumentada, Polimedicação.  |
| Fórum Comunitário                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar os resultados do Diagnóstico de saúde da população</li> </ul>  | Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Sem   |

|                           |   |   |
|---------------------------|---|---|
|                           | <p>idosa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para os problemas identificados;</li> <li>• Sensibilizar para a importância do contributo de todos para melhorar a qualidade de vida dos idosos;</li> <li>• Divulgar a sessão para atrair participantes;</li> <li>• Divulgar as outras atividades;</li> <li>• Envolver comunidade e entidades</li> <li>• Promover convívio.</li> </ul>  | <p>esgotos, Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão, Comorbilidade Aumentada, Polimedicação.</p> |
| Sessão Segurança do idoso | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir com parceiros GNR e Helpphone, sensibilizando-os para os problemas de interesse comum: viver só e isolamento;</li> <li>• Solicitar parceria à GNR e Helpphone para sessão conjunta;</li> <li>• Capacitar em contexto multidisciplinar;</li> <li>• Envolver entidades;</li> <li>• Fornecer informação na sessão e informação permanente (folhetos);</li> <li>• Divulgar a sessão em parceria para causar interesse:</li> <li>• Maximizar conhecimentos promotores da segurança do idoso e preventivos de acidentes e incidentes que ameaçam a mesma;</li> <li>• Proporcionar convívio e partilha.</li> </ul> | <p>Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Iliteracia, Depressão.</p>  |
| Publicação de artigos     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar todos os tipos de leitores para a adoção de comportamentos saudáveis, divulgando os estilos de vida saudáveis a toda a comunidade;</li> <li>• Proporcionar informação que remeta para os benefícios dos estilos de vida saudáveis.</li> </ul>   | <p>Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão, Comorbilidade Aumentada.</p>                         |

Quadro nº 16 – Estratégias de Intervenção Comunitária

Relativamente aos custos das estratégias, procurou-se apurar quais as atividades e respetivas despesas associadas a esta intervenção. O grupo assumiu o compromisso de viabilizar a intervenção comunitária, onde cada elemento garantiu suportar as despesas que individualmente apresentasse em relação à sua participação, tendo sido estabelecido um orçamento limite de 250€ para as restantes despesas.

Assim, e numa primeira categoria, listaram-se as atividades possíveis de serem realizadas

de forma gratuita ou tendencialmente gratuita, com base nos recursos existentes ou disponibilizados para o efeito, nomeadamente:

- comunicações telefónicas entre elementos do grupo e para todos os contactos necessários, com custos comportados por cada elemento de acordo com as condições contratuais existentes, ficando asseguradas;
- despesas de deslocação, como o combustível e a alimentação, também suportadas por cada elemento;
- espaços e recursos para as sessões, como mesas e cadeiras, disponibilizados gratuitamente pela Freguesia, ou cavalete para exibição de cartaz, pertencente a elemento do grupo, sem custos;
- material multimédia para apresentação das sessões, como tela e *datashow*, emprestados e sem custos;
- computador pessoal, para elaboração de todos os trabalhos de processamento de texto e para a apresentação das sessões onde fosse necessário, sem custos;
- pastas para entregar aos participantes de duas sessões, com base no patrocínio de um banco local, sem custos;
- material para monitorização de tensão arterial e glicémia capilar angariados entre os elementos do grupo e seus familiares, nomeadamente, os esfigmomanómetros, estetoscópios, máquinas, fitas e lancetas para avaliação da glicémia capilar, compressas e pensos rápidos, sem custos. Contentor para lixo contaminado e perfurantes, do grupo IV, cedido e devolvido ao Centro de Saúde, sem custos;
- elaboração e publicação de artigos para os meios de comunicação social, sem custos;

Considerando outras atividades e estratégias pensadas para esta intervenção, projetou-se um orçamento que compreendia as seguintes despesas, apresentadas no quadro nº 17:

| <b>ESTIMATIVA ORÇAMENTAL</b>                                     |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Despesas</b>  | <b>Custo estimado</b> |
| Impressão de folhetos, cartazes, convites e guiões para reuniões | 50€                   |
| Fotocópias, canetas  | 50€                   |

|              |      |
|--------------|------|
| Supermercado | 100€ |
| Florista     | 25€  |
| TOTAL        | 225€ |

Quadro nº 17 – Estimativa das despesas orçamentadas

Correspondem à lista de despesas previstas para a intervenção comunitária, todo o material impresso e fotocopiado necessário para divulgar e convidar para as sessões e eventos planeados, a aquisição de material para colocar nas pastas a entregar aos participantes das atividades, os folhetos a distribuir pelos participantes das sessões, as flores decorativas do auditório, e a logística para assegurar dois lanches depois de duas sessões. Do orçamento total disponibilizado pelo grupo, ficaria uma margem de 25€ para outras despesas que se insurgissem como essenciais.

#### **4 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS**

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

Distinto de um programa, que se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993: 129).

Subjacente a esta intervenção, estão as diretrizes nacionais traduzidas pelo Plano Nacional de Saúde 2012/2016 e as estratégias do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, de 2006 que, recorde, sugerem intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, com várias recomendações.

Assim, e de acordo com os problemas priorizados, foram desenhados o projeto de grupo (Apêndice I) e o projeto individual (Apêndice II) que estruturaram esta intervenção comunitária.

Em síntese, e para garantir o desenvolvimento das atividades em torno dos eixos estratégico, de segurança e dos estilos de vida saudáveis atrás pensados, as mesmas foram perspectivadas e estruturadas, planeando a forma como as estratégias iam ser implementadas no desenvolver da ação na intervenção comunitária.

Planearam-se ainda as seguintes atividades preparatórias ou paralelas que visavam estruturar a intervenção:

##### **Reuniões com entidades políticas locais**

- Contactos prévios via email e telephone;
- Elaborar guião (Apêndice III).

##### **‘Atelier de Saúde’**

- Listar materiais necessários;

Elaboração e fotocópias dos folhetos a disponibilizar;  
Registar dados referentes à participação no evento e caracterização dos participantes;  
Elaborar registo dos valores de glicémia capilar e tensão arterial dos participantes;  
Elaborar e solicitar preenchimento de um curto questionário sobre a importância atribuída ao evento e interesse dos participantes em iniciativas similares;  
Elaborar plano da sessão.

### **Fórum Comunitário e Sessão Segurança do Idoso**

Elaborar plano da sessão;  
Selecionar as 35 entidades locais a convidar e fazer o levantamento dos respetivos contactos;  
Elaborar um convite para o evento dirigido a cada uma das 35 entidades locais: para entregar pessoalmente e enviar por correio electrónico  
Elaborar um convite para o evento em formato de cartaz, dirigido a toda a população e que, depois de impresso e copiado, fosse afixado em pontos estratégicos da Freguesia;  
Divulgação e convite para o evento publicado em Edital elaborado e publicado pela Junta de Freguesia;  
Solicitar pastas ao banco Crédito Agrícola para entregar a cada um dos participantes;  
Adquirir canetas para completar a entrega das pastas aos participantes;  
Organização e preparação de um lanche convívio para o encerramento do evento;  
Fotografar evento e registar informação pertinente de acordo com os critérios ‘nº de entidades presentes’, ‘nº de idosos presentes’ e ‘nº total de participantes no evento’  
Elaborar folhetos, imprimir, fotocopiar e distribuí-los pelos participantes.

## 5 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Nesta fase do Planeamento em Saúde, procura-se organizar a execução, antecipando as relações entre as atividades, eventuais obstáculos e a gestão de recursos, de forma a que a fase seguinte possa decorrer com a maior facilidade. Considerando o projeto realizado, importa assim especificar de forma detalhada o seu processo de implementação. Assim, fez-se um ponto de situação relativamente às atividades a realizar e estabeleceu-se a forma como iriam ser preparadas, em termos de espaço, tempo, processo e divisão de tarefas.

O grupo apurou assim as tarefas necessárias para garantir a intervenção comunitária, atribuiu um horizonte temporal e fez a sua distribuição por todos os elementos. Face às atividades previstas, a distribuição de tarefas procurou ser equitativa, justa e de constante articulação, envolvendo todos os elementos em todas as atividades. Por outro lado, as facilidades e competências individuais também foram um recurso explorado, a fim de se obter o melhor resultado num menor tempo possível.

Dessa divisão, as tarefas e atividades atribuídas à minha responsabilidade foram as seguintes:

- Contactar a Junta de Freguesia, por email, para agendar a reunião, gerindo o agendamento e conteúdos relativos à mesma;
- Elaborar a folha de registo de dados e movimento do ‘*atelier* de saúde’;
- Elaborar a folha para colocar na pasta a entregar aos participantes da sessão conjunta ‘Segurança do Idoso’;
- Fazer o levantamento dos contactos telefónicos e email das entidades e parceiros a contactar;
- Elaborar convites e cartazes para as sessões ‘Segurança do idoso’ e ‘*Fórum* Comunitário’;
- Elaborar os textos dirigidos às entidades, para envio de convites via email;
- Elaborar a apresentação em *power-point* das sessões ‘Segurança do idoso’ e ‘*Fórum* Comunitário’;
- Contactar empresa Helpphone, agendar reunião, elaborar guião de reunião para

entregar aos participantes da mesma e, representar o grupo na reunião em Lisboa;

- Contacto via email para pedido de patrocínio de pastas ao banco Crédito Agrícola;

Para a gestão do tempo, foi construído um cronograma com as etapas do planeamento em saúde (anexado ao Projeto de Grupo, Apêndice I) e outro com as atividades que estruturaram esta intervenção comunitária (anexado ao Projeto de Grupo, Apêndice I), pelo que as tarefas de cada elemento tinham que ter em conta os prazos do cronograma, e a partilha atualizada de informações entre elementos, salvaguardando assim a intervenção no seu todo.

## **6 – EXECUÇÃO**

Esta fase compreende uma narrativa descritiva da intervenção comunitária, que para o efeito, corresponde a todas as atividades, ações ou iniciativas operacionais deste estágio, ou seja, que se iniciaram uma vez aprovado o projeto.

### **Reunião com o Sr. Presidente da UFPSTVA**

Esta reunião decorreu na manhã do dia 15 de novembro de 2013 na sala de reuniões da Junta de Freguesia da Tramaga, e contou com a presença do Sr. Presidente da UFPSTVA, do Sr. Vice-Presidente da UFPSTVA e do grupo de mestrandas.

Como atividade preparatória desta reunião, inclui-se o contacto informal com o atual Sr. Vice Presidente da UFPSTVA, que desempenhava o papel de Presidente da Junta de Freguesia de Tramaga no período anterior à reorganização territorial das autarquias. Precisamente por este motivo, a disponibilidade de ambos não permitia agendar uma reunião formal atempada, o que nos remeteu para a utilização do contacto informal como estratégia alternativa. Pretendíamos que o seu conhecimento e envolvimento no Diagnóstico de Saúde da População desenvolvido em maio de 2013, fossem facilitadores da colaboração pretendida para esta fase. Assim, foram partilhadas as principais ideias e atividades que pretendíamos desenvolver na comunidade, procurando conhecer a disponibilidade da União das Juntas de Freguesias em continuar a cooperar conosco, viabilizar o projeto e a possibilidade de integrar uma das nossas atividades nas comemorações de S. Martinho, já agendadas para 16 de novembro. Na sequência deste contacto, cujo parecer foi positivo, de acordo com a disponibilidade desta entidade, foi agendada a reunião formal para apresentação dos objetivos e atividades, mas com a certeza de que precisávamos para avançar.

Neste sentido, e de modo formal, foi feita posteriormente a apresentação dos problemas de saúde da população idosa da freguesia identificadas no diagnóstico desenvolvido, e a apresentação das atividades desta intervenção comunitária, para a qual a colaboração da Freguesia seria fundamental. Foram assim apresentadas as seguintes seis propostas:

- Integração do ‘Atelier da Saúde’ no evento das comemorações de S. Martinho na freguesia de Tramaga e consequente apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural;
- Disponibilidade de materiais necessários, como mesas e cadeiras;
- Apoio de 1 a 2 funcionários da União das Juntas para auxílio e organização de espaços;
- Disponibilidade do Auditório da Junta de Tramaga para ‘Fórum Comunitário’;
- Disponibilidade do Auditório da Junta de Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde: ‘Segurança do Idoso’;
- Divulgação dos eventos para a comunidade através de Editais.

No âmbito das intervenções sensíveis ao pelouro, foram também apresentadas as oito propostas tecidas, para seu conhecimento e consideração:

- Criação de espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livres;
- Deslocação de funcionário da autarquia com formação desportiva ao Centro Comunitário para realizar exercícios com idosos;
- Construção de rampas de acesso nos locais públicos: igreja, casa mortuária, cemitério;
- Construção de rampas de acesso a casas de idosos/via pública;
- Construção de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia;
- Teleassistência aos idosos que vivem sós/isolados;
- Oferta de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever;
- Conclusão de rede municipal de esgotos para todos os habitantes da freguesia.

Esta reunião durou cerca de 1:30h, e nela ficou clara a interdependência com a autarquia para as oito propostas de intervenção face às dificuldades económicas, tendo sido consideradas, registadas e aceites para análise. Quanto às seis propostas de colaboração, estas foram prontamente aceites, ficando o compromisso de total cooperação para o desenvolvimento das atividades.

### **Reunião com o Sr. Presidente da CMPS**

Esta reunião decorreu na tarde do dia 15 de novembro de 2013 na sala de reuniões da CMPS, e contou com a presença do Sr. Presidente da CMPS, com a Responsável pela Área

social do Município e com grupo de mestrandas.

Como atividades preparatórias desta reunião, incluem-se o agendamento da mesma e a elaboração de um guião de suporte (Apêndice III).

Neste sentido, apresentou-se o grupo e o trabalho por este desenvolvido com o Diagnóstico de Saúde, remetendo para os seus resultados. A partir dos problemas de saúde então identificados, foram elaboradas as oito propostas partilhadas na reunião anterior, e que ali apresentámos:

- Criação de espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livres;
- Deslocação de funcionário da autarquia com formação desportiva ao Centro Comunitário para realizar exercícios com idosos;
- Construção de rampas de acesso nos locais públicos: igreja, casa mortuária, cemitério;
- Construção de rampas de acesso a casas de idosos/via pública;
- Construção de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia;
- Teleassistência aos idosos que vivem sós/isolados;
- Oferta de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever;
- Conclusão de rede municipal de esgotos para todos os habitantes da freguesia.

Esta reunião durou cerca de 1:30h e após consideração das propostas, o Sr. Presidente da CMPS revelou-nos que algumas eram já projetos da autarquia que, por constrangimentos orçamentais e outras prioridades, ainda não haviam iniciado. A construção de rampas para melhoria da acessibilidade no município era já uma necessidade assinalada e para a qual a autarquia tinha iniciado respostas, reconhecendo a possibilidade de melhorar e assegurar a sua construção no acesso às casas de idosos mais carenciados. Considerando a conclusão da rede municipal de esgotos, foi assumido o compromisso de saneamento básico na restante freguesia.

As restantes cinco propostas foram ainda consideradas pertinentes e alvo de análise para futuras intervenções, tendo o Sr. Presidente revelado pessoal interesse na criação de espaços verdes e ambientes promotores de atividade física.

Nesta reunião, foi ainda divulgada a data de realização da apresentação dos resultados aqui apresentados, sob a forma de ‘*Fórum Comunitário*’, e para o qual a autarquia estaria naturalmente convidada.

### **Reunião com o Sr. Comandante da GNR**

Esta reunião decorreu na manhã do dia 1 de novembro de 2013 no posto de Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor, e contou com a presença do Sr. Comandante. Com ele foram partilhados os problemas identificados na população idosa da Freguesia de Tramaga, sendo a segurança um denominador comum no exercício de ambas as atividades profissionais. Frisando o isolamento e o envelhecimento, destacou-se a importância de uma abordagem multisectorial e conjunta em prol desta população, pelo que foi proposta uma parceria, para a realização de uma sessão conjunta sobre a segurança do idoso. Esta foi recebida com interesse, sendo prontamente disponibilizados meios e espaço para a sua concretização. Assim, além da proposta de colaboração, foi também solicitado o empréstimo de material multimédia tela e datashow.

Nesta reunião, foi ainda divulgada a data de realização da apresentação dos resultados do Diagnóstico de Saúde, sob a forma de ‘*Fórum Comunitário*’, e para o qual o Sr. Comandante e destacamento territorial da GNR foram naturalmente convidados.

### **Reunião com o Representante da Helpphone**

Esta reunião decorreu na tarde do dia 13 de novembro de 2013 no escritório de Lisboa da Helpphone e contou com a presença do Administrador e um Representante Comercial da empresa.

Como atividades preparatórias desta reunião, incluem-se os contactos via email com esta empresa, agendamento de reunião e a elaboração de um guião de suporte entregue aos participantes (Apêndice IV).

Com base nos dados obtidos no diagnóstico de saúde da população, relativos ao isolamento e à condição de viver só, foram apresentadas duas propostas de colaboração. Uma das propostas correspondia à participação na sessão de educação para a saúde ‘segurança do idoso’ em parceria com o grupo de mestrandas e a GNR, onde fornecessem informação sobre os seus serviços de teleassistência. A outra proposta pretendia que a empresa pudesse apresentar os equipamentos que asseguram os seus serviços, demonstrando o seu funcionamento.

A reunião, que durou 2:30h, resultou numa parceria, tendo havido por parte da empresa interesse e disponibilidade em colaborar com ambas as propostas, em sessão a realizar no dia 6 de dezembro de 2013.

A empresa foi ainda informada da proposta dirigida à autarquia no sentido de ponderar a

aquisição dos seus serviços de teleassistência, e convidada a assistir ao ‘Fórum comunitário’.

### **‘Atelier de Saúde’ nas comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga**

Esta atividade decorreu no dia 16 de novembro de 2013, às 19:30h, no Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga no âmbito das comemorações de S. Martinho organizadas pela freguesia. Nele estiveram presentes três elementos do grupo de mestrandas, e tendo uma duração total de 2:30h.

Como atividades preparatórias, incluem-se os contactos estabelecidos para solicitação e organização do espaço e evento, a criação do cartaz de divulgação do ‘atelier’ (Apêndice V), a sua distribuição por pontos estratégicos da localidade, a divulgação feita pela União de Freguesias através do Edital (Anexo V), o plano de sessão do ‘atelier’ (Apêndice VI), a preparação e recolha do material necessário para a vigilância de saúde, a realização dos folhetos para distribuir no evento (Apêndices VII e VIII), a preparação das folhas de registo do ‘atelier’ e a elaboração do questionário para avaliação dos participantes (Apêndice IX).

Para evidenciar a existência do ‘Atelier’ nas comemorações, foi colocado um cavalete com o cartaz de divulgação à entrada do recinto, convidando os participantes a fazer a avaliação da sua tensão arterial, glicémia capilar e obter informações, esclarecimentos e aconselhamento sobre comportamentos e estilos de vida saudável. Foram também colocados ao dispor dos participantes folhetos de informação sobre HTA e DM.

Foi ainda aplicado um curto questionário para avaliar a importância e o interesse atribuídos pelos participantes ao evento, bem como os registos pretendidos para a avaliação da atividade.

Das 80 pessoas presentes nas comemorações de S. Martinho, 61 pessoas participaram no ‘atelier de saúde’. Todas avaliaram a tensão arterial, e 59 pessoas avaliaram a glicémia capilar. Os folhetos foram entregues a 52 pessoas.

### **‘Fórum Comunitário’: apresentação dos resultados do Diagnóstico de Saúde das pessoas com 65 e mais anos da Freguesia de Tramaga**

Foi realizado no dia 29 de novembro de 2013, pelas 14h, com a duração aproximada de 2h, no auditório da Junta de Freguesia de Tramaga. A apresentação, feita em *power point*, foi da responsabilidade dos elementos do grupo, e conseguida através de *datashow* e tela cedidos pela GNR.

Como atividades preparatórias desta reunião, incluem-se:

- os contactos com o Sr. Presidente da UFPSTVA, que assegurou o espaço, apoio na organização do espaço e evento através de uma funcionária, bem como a divulgação do evento;
- a realização de convite para o ‘Fórum comunitário’ (Apêndice X);
- a realização de um cartaz de divulgação do ‘Fórum’ (Apêndice XI) afixado em vários pontos estratégicos da localidade;
- o plano de sessão para o ‘Fórum’ (Apêndice XII);
- a preparação dos conteúdos para a apresentação (Apêndice XIII);
- o contacto via email para pedido de patrocínio ao banco Crédito Agrícola, que cedeu 40 pastas de apoio para entregar a cada um dos participantes do evento;
- aquisição de 40 canetas e 80 folhas, para colocar nas pastas dos participantes;
- entrega e envio de convites para o ‘Fórum comunitário’ para as 35 entidades e parceiros: Presidente e Vice Presidente da UFPSTVA, Presidente da CMPS, Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho, Centro Saúde de Ponte de Sor, GNR, Padre da Paróquia, Centros Comunitários do Concelho, Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, Associação de Jovens de Tramaga, Associação de Caçadores de Tramaga, Associação de Caçadores de Água todo o Ano, Associação Caminhar, Meios Comunicação (Jornal ‘aponte’ e ‘Ecos do Sor’) Teleassistência Helpphone e IPP-ESSP.

Foi entregue uma pasta com folhas feitas para a sessão e uma caneta a cada um dos participantes no início do evento, que continha ainda o convite para a sessão conjunta ‘Segurança do Idoso’.

A apresentação decorreu de acordo com o plano de sessão e nela foram apresentados os resultados obtidos no diagnóstico de saúde, sublinhando a necessidade de resposta e contributo por parte de todos.

No final da sessão, houve espaço para dúvidas ou esclarecimentos mas não foram apresentadas questões.

Terminada a apresentação, foi proporcionado um momento de convívio entre os presentes, a quem se ofereceu um lanche.

Participaram nesta atividade 37 pessoas com 65 ou mais anos e estavam representadas 5 entidades convidadas, num total de 7 pessoas: o Presidente e Vice presidente da UFPSTVA, o

Comandante da GNR, o Vereador da Câmara, as Enfermeiras Chefe e subchefe do Centro de Saúde e a Professora Orientadora de estágio da ESSP-IPP.

Foram registados os dados relativos à atividade e fotografados alguns momentos do ‘Fórum’(Apêndice XIV).

### **Sessão de educação para a Saúde ‘Segurança do Idoso’**

Esta atividade decorreu no dia 6 de dezembro de 2013, no auditório da Junta de Freguesia da Tramaga às 14h. Foi desenvolvida em parceria com a GNR e a empresa Helpphone que, com o grupo de mestrandas, dividiram a apresentação.

Para convidar os participantes, foi elaborado um convite e cartaz de divulgação do evento. (Apêndices, XV e XVI). O plano da sessão (Apêndice XVII) foi apresentado e desenvolvido, tendo sido abordados os temas previstos por cada um dos intervenientes e exibidos em *power-point*. A apresentação por nós elaborada encontra-se no Apêndice XVIII.

Cada participante recebeu uma pasta, com informações e contactos da Helpphone (Anexo VI) e da GNR (Anexo VII).

Neste evento estiveram presentes 45 pessoas, 43 das quais com 65 ou mais anos e 11 pessoas em representação das entidades convidadas, nomeadamente o Presidente e o Vice Presidente da UFPSTVA, 3 elementos da GNR, 1 Representante da Helpphone, as Enfermeiras Chefe e subchefe do Centro de Saúde, 1 membro da Assembleia de Freguesias e um jornalista do Jornal ‘Ecos do Sor’.

A todos os presentes foram entregues os folhetos por nós realizados sobre a temática, totalizando 45 pessoas com ambos os folhetos disponibilizados.

No final da sessão, foram colocadas 5 questões, 3 dirigidas à Helpphone e 2 dirigidas à GNR, que foram de imediato esclarecidas.

O evento registou um lanche para convívio e encerramento do mesmo.

Foram registados os dados relativos à atividade e fotografados alguns momentos da sessão (Apêndice XIX).

Este evento foi noticiado pelo jornal regional ‘Ecos Sor’ no dia 10 de dezembro de 2013 (Anexo VIII).

### **Publicação dos artigos ‘Saber mais, viver melhor’ e ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ no Jornal ‘aponte’ e no Jornal digital ‘Sor Saúde’**

Os artigos foram elaborados e enviados em novembro de 2013 para a redação do Jornal ‘aponte’ e para o Jornal do Centro de Saúde ‘Sor Saúde’.

Assim, e relativamente ao Jornal ‘aponte’:

- o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ foi publicado no mês de janeiro de 2014, na página 9 (Apêndice XX), cuja tiragem foi de 1500 exemplares;

- o artigo ‘Saber mais, viver melhor’ foi publicado no mês de fevereiro de 2014, na página 14 (Apêndice XXI), cuja tiragem foi também de 1500 exemplares.

No Jornal digital ‘Sor Saude’, ambos os artigos foram publicados (Apêndice XXII) no dia 21 de janeiro de 2014 no sítio <http://sorsaude.blogspot.pt/>, tendo registado 266 visualizações no período de 30 dias após a sua publicação (Anexo IX).

No final do estágio, o grupo trabalhou todos os dados recolhidos para que, individualmente, cada elemento pudesse utilizá-los no seu relatório de intervenção comunitária para a avaliação, discussão e análise crítica.

## 7 – AVALIAÇÃO

Face ao horizonte temporal que caracterizou esta intervenção comunitária, os indicadores de atividade, definidos previamente, serviram para fixar as metas que determinam esta avaliação a curto prazo, pois, “é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (Imperatori & Giraldes, 1993: 178).

No final de cada atividade, e com os dados recolhidos, foi possível analisar o cumprimento das metas, através do cálculo dos indicadores de atividade, atribuindo assim a respetiva avaliação. A formulação dos cálculos dos indicadores foi especificada no capítulo da fixação dos objetivos, pelo que se apresentarão aqui as frações e respetivos valores. Para facilitar a leitura das metas e avaliação dos indicadores, foram criados quadros que reúnem de forma sintética essa informação. E nessa linha de pensamento, as metas pretendidas foram realçadas a cinzento, figurando a verde os resultados que traduzem uma meta alcançada, e a vermelho os resultados que traduzem uma meta não alcançada.

Assim, a avaliação possível por atividade é traduzida nos quadros seguintes:

| REUNIÃO COM O PRESIDENTE DA UFPSTVA             |                                  |
|---|----------------------------------|
| Metas   | Avaliação                        |
| Reunir dentro do prazo previsto = 100%          | Não = 0%                         |
| Colaboração em 30% das 6 propostas apresentadas | $\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$ |

Quadro nº 18 – Avaliação da Reunião com o Presidente da UFPSTVA.

O Quadro nº 18 retrata a avaliação da Reunião com o Presidente da UFPSTVA.

Perante a dificuldade em cumprir a reunião formal com o Presidente da UFPSTVA, a meta de reunir dentro do prazo estipulado não foi atingida, o que gerou uma modificação na estratégia. Mais do que reunir dentro da data limite, o grupo precisava saber se a intervenção planeada com a colaboração desta entidade seria possível. Assim, ainda que não tenha sido agendada para o tempo definido como ideal, a confirmação informal permitiu o projeto ser desenvolvido dentro do plano desejado. As propostas de intervenção de natureza política

também foram apresentadas a esta entidade que, assumindo não ter autonomia financeira, e face à recente reorganização territorial das freguesias, foram consideradas para análise. A meta relativa à colaboração solicitada foi alcançada e superada. Recorde-se que as propostas de colaboração eram relativas ao apoio em termos logísticos para muitas das atividades desta intervenção, como a disponibilização do auditório para as sessões, a inclusão do ‘Atelier’ nas comemorações e a comunicação por editais. Apesar de não ter sido cumprida a primeira meta, os objetivos de reunir com o Presidente da UFPSTVA para com ele partilhar os problemas de saúde identificados, a proposta de intervenção comunitária e solicitar a sua colaboração nas atividades planeadas, foram verdadeiramente atingidos. Estes, não só contribuíram para atingir os objetivos gerais, como foram primordiais para que toda a ação se desenvolvesse sem implicar ajustes ao planeamento, estratégias alternativas ou comprometimento de outras atividades.

| REUNIÃO COM O PRESIDENTE DA CMPS                               |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Metas  | Avaliação                         |
| Reunir dentro do prazo previsto = 100%                         | Sim = 100%                        |
| Compromisso de intervenção em 30% das 8 propostas apresentadas | $\frac{3}{8} \times 100 = 37,5\%$ |
| Aceite para análise 40% das 8 propostas apresentadas           | $\frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$ |

Quadro nº 19 – Avaliação da Reunião com o Sr. Presidente da CMPS.

Relativamente à reunião com o Presidente da CMPS, e tal como evidencia o Quadro nº 19, a avaliação é positiva e todas as metas foram alcançadas. Recorde-se que as 3 propostas com as quais houve compromisso estavam relacionadas com o saneamento básico e melhoramento de acessibilidades para os idosos na via pública mas também no acesso às suas casas, ou mesmo dentro de casa em situações de carência económica. À semelhança da reunião anterior, também esta tinha muita importância para o grupo, uma vez que os decisores políticos são, por excelência, determinantes sociais da saúde. Desta reunião ficou patente que existia por parte do então Presidente da CMPS e enquadramento político local, um forte interesse e sensibilidade face à temática do envelhecimento, consentâneo com os dados por nós evidenciados mas também constantemente actualizados desse fenómeno no concelho de Ponte de Sor. E embora não pudesse haver compromisso com todas as propostas, justificado com os constrangimentos

orçamentais e priorização de todos os problemas do concelho, o valor reconhecido e empatia evidenciada para com as mesmas, foi também uma avaliação muito positiva, ainda que subjetiva, para a intervenção comunitária.

| <b>REUNIÃO COM O COMANDANTE DA GNR</b>          |                                  |
|---|----------------------------------|
| Metas   | Avaliação                        |
| Reunir dentro do prazo previsto = 100%          | Sim = 100%                       |
| Colaboração em 50% das 2 propostas apresentadas | $\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ |

Quadro nº 20 – Avaliação da Reunião com o Sr. Comandante da GNR.

Da reunião com o Sr. Comandante da GNR (quadro nº 20), a avaliação é igualmente positiva pois as metas foram atingidas. Os ganhos traduzidos por esta parceria foram determinantes para toda a intervenção: pelo que facilitaram, com o empréstimo do material de apresentação, mas também pela colaboração na sessão de educação de saúde sobre segurança, pensada para os idosos e comunidade. Os números, contudo, não realçam a disponibilidade e iniciativa que esta entidade revelou ao longo de todo o contacto estabelecido, garantindo o seu apoio em tudo o que estivesse ao seu alcance, mesmo que ainda não tivéssemos pedido. Foi o caso do material de apresentação usado em duas das nossas atividades, que foi prontamente oferecido, face à antevisão de que iríamos certamente precisar. Esta parceria foi particularmente positiva e frutífera, sendo ainda um privilégio muitas vezes idealizado e sem realidade que o sustente, ao qual atribuímos grande importância.

| <b>REUNIÃO COM O REPRESENTANTE DA HELPPHONE</b> |                                  |
|---|----------------------------------|
| Metas   | Avaliação                        |
| Reunir dentro do prazo previsto = 100%          | Sim = 100%                       |
| Colaboração em 50% das 2 propostas apresentadas | $\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ |

Quadro nº 21– Avaliação da Reunião com o Representante da Helpphone.

O quadro nº 21 demonstra que as metas apresentadas para a reunião e parceria com a empresa Helpphone também foram atingidas, traduzindo a cooperação existida e que acrescentou outro valor à sessão conjunta. Pelo tipo de serviços que presta, a HELPPHONE costuma ser contactada por particulares ou por autarquias na tentativa de responder às

preocupações relativas à segurança de pessoas ou grupos em risco. Esta iniciativa teve por isso um contorno particular, pois segundo a empresa, tratou-se de uma abordagem que ainda não tinham experienciado, quer pelo contexto académico, quer pela profissão de enfermagem. A surpresa e interesse com que esta parceria se estabeleceu, tornam a sua avaliação ainda mais positiva. Para o grupo, contactar a empresa, conseguir uma reunião, reunir e conseguir uma parceria, foi uma conquista de grande importância, até porque saía fora daquela comunidade, ou seja, um recurso disponível, que muitos desconheciam sequer existir, e que foi mobilizado apenas pelos objetivos e propostas efetuadas, sem qualquer conhecimento prévio dos seus intervenientes. Ainda que, como empresa, os seus objetivos estejam naturalmente associados a fins lucrativos, não deixa de ser digno do devido reconhecimento decidirem colaborar e deslocarem-se ao Alentejo para divulgar e demonstrar os seus serviços e equipamentos à população em causa.

| <b>‘ATELIER DE SAÚDE’ NAS COMEMORAÇÕES DE S. MARTINHO DA FREGUESIA DE TRAMAGA</b>   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Metas   | Avaliação                            |
| Que 50% das 80 pessoas presentes adira ao ‘Atelier de Saúde’  | $\frac{61}{80} \times 100 = 76,25\%$ |
| Que 80% dos 61 participantes receba os folhetos informativos  | $\frac{52}{61} \times 100 = 85\%$    |
| Que 95% dos 61 participantes avalie a Tensão Arterial   | $\frac{61}{61} \times 100 = 100\%$   |
| Que 90% dos 61 participantes avalie a Glicémia Capilar  | $\frac{59}{61} \times 100 = 96,7\%$  |
| Que 50% dos participantes no ‘Atelier de Saúde’ classifique a atividade ‘com razoável importância’ ou ‘com muita importância’ quando questionados sobre a importância do mesmo. | $\frac{61}{61} \times 100 = 100\%$   |
| Que 50% dos participantes no ‘Atelier de Saúde’ classifique o seu interesse em iniciativas similares ‘com razoável interesse’ ou ‘com muito interesse’ quando questionados.     | $\frac{61}{61} \times 100 = 100\%$   |

Quadro nº 22– Avaliação do ‘Atelier de Saúde’ nas comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga.

Relativamente à atividade ‘*Atelier* de Saúde’, o quadro nº 22 sintetiza a informação e reflete como decorreu relativamente aos indicadores definidos.

As comemorações de S. Martinho na Freguesia de Tramaga reuniram 80 pessoas no recinto do Grupo Desportivo, 61 das quais participaram no ‘*Atelier* de Saúde’. Os dados recolhidos aos participantes, permitem fazer uma breve caracterização dessa participação: 57,4% dos participantes era do sexo masculino e em média apresentava 60 anos. O participante mais novo do ‘*Atelier*’ tinha 14 anos, e o mais velho tinha 81 anos. Com 65 ou mais anos, participaram 24 pessoas, representando 39,3% dos presentes no ‘*Atelier*’. Todos os participantes avaliaram a tensão arterial, e apenas 2 recusaram avaliar a glicémia capilar. A tensão arterial média dos participantes foi de 151/91 mmHg, com os valores máximos registados de 213 mmHg para a sistólica e de 118 mmHg para a diastólica. Quanto à glicémia capilar, em média, os participantes apresentaram 106 mg/dl, tendo-se registado o valor máximo de 206 mg/dl e o valor mínimo de 77 mg/dl. O interesse e a importância do evento ou em eventos similares para os participantes, também foi alvo de registo, com recurso ao pequeno questionário de participação. Importa pois recordar que eram colocadas duas questões, uma referente à importância atribuída pelo participante ao ‘*Atelier*’ enquanto experiência e iniciativa, e outra que explorava o interesse do participante do ‘*Atelier*’ em envolver-se em iniciativas promotoras da sua saúde. As respostas, sob a forma de escala de Likert de 1 a 5, opunham a falta de interesse ou importância, no nível 1, ao muito interesse ou importância, se no nível 5.

Através dos resultados obtidos, ficou patente que os envolvidos atribuíram importância máxima a esta iniciativa, pois, o valor médio de resposta foi igual a 4,9, ou seja, com muita importância. E, à semelhança deste, com um valor médio de 4,8, as respostas traduziram um grande interesse em participar em iniciativas do género. Não obstante, importa sublinhar que quer o contexto mais comemorativo em que decorreu este evento, quer o facto de se terem colocado estas questões pelos próprios elementos do grupo de mestrandas aos populares depois de participarem no ‘*Atelier*’, podem ter condicionado a forma como responderam os participantes. Mas a avaliação global do evento é, de facto, muito satisfatória, e corrobora a importância e interesse. O número de idosos presentes nesta iniciativa também pode ser observado. Se por um lado, para o grupo de mestrandas e para os próprios idosos, teria sido melhor que em maior número tivessem participado, não deixa de ser importante referir que era uma atividade a decorrer fora do horário diurno, e numa noite particularmente fria, condicionando a participação de todos, em geral, mas dos idosos, em particular. Além do que os dados traduzem, fica subentendido o sucesso na realização e organização da atividade, que,

à exceção do frio, não acrescentou qualquer dificuldade, havendo recursos e condições para que a mesma fosse desenvolvida, com uma avaliação bastante positiva.

A apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde dos idosos da freguesia de Tramaga, realizada na sessão ‘Fórum Comunitário’, pretendia informar e sensibilizar a população idosa e a comunidade para os problemas identificados, deixando as nossas propostas mas também a abertura para todos refletirem sobre outras soluções. Quanto mais pessoas e entidades estivessem presentes no evento, maior seria o nosso contributo, possível, para esta reflexão. Esta oportunidade, foi traduzida em metas e indicadores elaborados com base no número de participantes, e cujos dados são evidenciados no quadro nº 23.

| <b>‘FÓRUM COMUNITÁRIO’: SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE AOS IDOSOS COM 65 OU MAIS ANOS DA FREGUESIA DE TRAMAGA</b> |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Metas  | Avaliação                            |
| Que 10% das 35 entidades convidadas participe no ‘Fórum’   | $\frac{7}{35} \times 100 = 20\%$     |
| Que 10% da população idosa da Freguesia participe no ‘Fórum’   | $\frac{37}{350} \times 100 = 10,6\%$ |

Quadro nº 23 – Avaliação do ‘Fórum Comunitário’

A observação deste quadro traduz a mensagem pretendida: as metas foram atingidas, com indicadores de atividade superados. Reconhecemos que o número de participantes desejável seria maior que o estipulado nas metas, mas é de frisar que devem ser consideradas várias questões que podem ter condicionado a participação nesta sessão, como a disponibilidade das pessoas, os transportes ou interesse priorizado sobre a matéria. A presença das entidades, também condicionada pela sua disponibilidade, merece a devida atenção. Importa relembrar que existem fases pautadas por vários compromissos em simultâneo, e com um agendamento tão próximo, corria-se o risco de não poder contar com a sua participação, ainda que houvesse interesse. A reorganização das freguesias, a aproximação do final do ano e o envolvimento em atividades mais frequentes nesta altura, relacionadas com a organização de eventos e outros assuntos prioritários em curso, foram apontadas como as principais razões para a ausência das entidades convidadas. Ainda que aqui não estejam contempladas sob a forma de indicadores, não podemos deixar de registar o interesse que muitas entidades revelaram face ao evento, ao trabalho desenvolvido e à intervenção comunitária. Além de se terem manifestado, agradecendo

o convite e explicando a indisponibilidade ou informando que iriam tentar presentes, algumas das entidades convidadas pediram-nos, inclusive, que enviássemos a informação que iríamos partilhar, a fim de terem acesso à mesma. Este interesse tem, por isso, uma avaliação muito positiva para o grupo e para a importância da intervenção/atividade.

O lanche associado ao ‘Fórum’, decorreu num ambiente de convívio, confraternização e descontração e aproximou os presentes, atingindo o seu propósito.

Em relação à sessão conjunta ‘Segurança do Idoso’, o quadro nº 24 reflete que a avaliação foi positiva, permitindo-nos atingir todos os objetivos propostos. À semelhança do ‘Fórum’, o número de entidades presentes foi condicionado pela disponibilidade, tendo sido manifestado o interesse pela temática e pela dinâmica que a sessão anunciava. Termos 43 idosos presentes foi para nós muito positivo, pois sabemos que embora o tema suscitasse interesse, nem todos conseguiriam assegurar a sua presença, pelas mais variadas razões. E contar com as duas parcerias para concretizar esta sessão melhorou, sem dúvida, a forma e conteúdo da mensagem de segurança. Pela dinâmica diferente, de partilharmos a apresentação com outros parceiros, revelou-se uma experiência nova e enriquecedora na nossa aprendizagem, que beneficiou os presentes mas também o nosso próprio grupo. A restante sessão trouxe um balanço muito positivo, onde os vários grupos se envolveram em explorar as questões e as respostas relacionadas com o tema, numa interação efetiva, espontânea e produtiva. E mais uma vez, o convívio proporcionado pelo lanche, completou o clima de partilha e de comunidade.

| SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ‘SEGURANÇA DO IDOSO’   |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Metas  | Avaliação                            |
| Que 10% das 35 entidades convidadas participe na Sessão ‘Segurança do Idoso’                                 | $\frac{11}{35} \times 100 = 31,4\%$  |
| Que 10% da população idosa da freguesia participe na Sessão ‘Segurança do Idoso’                             | $\frac{43}{350} \times 100 = 12,3\%$ |
| Que 95% dos participantes receba os folhetos informativos: ‘Prevenir para não cair’ e ‘Inverno em Segurança’ | $\frac{45}{45} \times 100 = 100\%$   |
| Que 95% das questões colocadas pelos participantes na sessão sejam aí esclarecidas.                          | $\frac{5}{5} \times 100 = 100\%$     |

Quadro nº 24 – Avaliação da Sessão ‘Segurança do Idoso’

Por fim, e em relação aos artigos elaborados pelo grupo, a sua publicação e respetivos

indicadores avaliam esta atividade como positiva, como revela o quadro nº 25. A tiragem do jornal ‘aponte’ foi confirmada pelo próprio, e o número de visualizações foi extraído de uma ferramenta disponível no sítio da internet onde o jornal digital ‘Sor Saúde’ se encontra publicado, designada *Sitemeter*.

Os objetivos foram, por isso atingidos, e com eles a confirmação de que as temáticas dos estilos de vida e envelhecimento ativo puderam chegar a mais pessoas idosas, esperamos nós, mas também de outros grupos etários, disseminando a importância desta matéria por toda a comunidade local e regional. Embora a proposta de publicação dos artigos obedecesse a uma ordem estabelecida em cronograma, a disponibilidade de publicação foi gerida pelos jornais, pelo que se verificou mais tarde do que o esperado. Assim, para ver publicados os artigos e recolher a informação relativa às visualizações, a data de fim do estágio acabou por ser prolongada até ao dia 21 de fevereiro de 2014. A intenção de publicação e divulgação da informação foi concretizada, sendo possível obter os dados necessários para a avaliação desta atividade. Em relação aos artigos publicados no jornal digital ‘Sor Saúde’, como complemento ao número de visualizações, as publicações foram classificadas como ‘interessante’ por cinco vezes, havendo ainda registo de um comentário positivo pelo trabalho apresentado.

| <b>PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS ‘SABER MAIS, VIVER MELHOR’<br/>E ‘DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS’,<br/>NO JORNAL ‘APONTE’ E NO JORNAL DIGITAL ‘SOR SAÚDE’</b> |                                  |
|--|----------------------------------|
| Metas  | Avaliação                        |
| Que 50% dos meios de comunicação selecionados aceite e publique os artigos   | $\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ |
| Tiragem mínima de 1000 exemplares no jornal ‘aponte’ = 100%  | 1500 tiragens = 150%             |
| Registo de 100 visualizações em 30 dias no jornal ‘Sor Saúde’ = 100%   | 266 visualizações = 266%         |

Quadro nº 25 – Avaliação da publicação de 2 artigos nos Jornais ‘aponte’ e ‘Sor Saúde’.

Findas as avaliações por atividade, a avaliação de toda a intervenção comunitária é, por isso, positiva e satisfaz as metas definidas. Pode-se por isso afirmar que, face aos problemas identificados e priorizados, e no período de intervenção comunitária compreendido entre 16 de setembro de 2013 e 21 de fevereiro de 2014 na então Freguesia de Tramaga, a população idosa, as entidades locais e a comunidade foram sensibilizadas para os problemas diagnosticados e para o envelhecimento ativo, que foram divulgados comportamentos e estilos de vida saudáveis,

que se envolveu e articularam setores e que, os fatores que condicionam a saúde dos idosos desta freguesia sofreram algumas alterações. Sendo nossa ambição ter criado condições e possibilidades geradoras de mudança de comportamento, pressupõe-se que as atividades satisfizeram os objetivos gerais desta intervenção, tendo-se criado um ambiente favorável para a minimização dos problemas de saúde priorizados dos idosos da Freguesia de Tramaga. Importa ainda confirmar que o plano orçamental previsto esteve à altura das despesas realizadas, sem desvios ou custos acrescidos, traduzindo uma gestão de despesas com avaliação positiva (Quadro nº 26). O valor total foi assim dividido pelos cinco elementos do grupo.

| <b>DESPEASAS REALIZADAS</b>                                      |                |                |
|--|----------------|----------------|
| Despesas   | Custo Previsto | Custo Real     |
| Impressão de folhetos, cartazes, convites e guiões para reuniões | 50€            | 40€            |
| Fotocópias, folhas, canetas                                      | 50€            | 51,16€         |
| Supermercado   | 100€           | 80,76€         |
| Florista   | 25€            | 25€            |
| <b>TOTAL</b>   | <b>225€</b>    | <b>196,92€</b> |

Quadro nº 26 – Avaliação das despesas realizadas

A avaliação, num relatório, é ainda um momento de reflexão sobre a forma como a descrição de todas as etapas se desenvolveu, sendo muitas vezes necessário voltar atrás para melhorar uma descrição, contexto ou conceptualização, sustentando o ímpeto de ser o mais completo possível de um processo dinâmico e contínuo (Imperatori & Giraldes, 1993). E assim, depois desta ponderação, poder, livre e estruturadamente, refletir.

## **PARTE IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA**

Quando todo o processo de intervenção comunitária termina, outra fase se inicia, que se prende com uma profunda reflexão sobre tudo o que foi feito, o que podia ser feito, como foi feito, se foi de fato eficaz, entre outros aspetos. É que a avaliação reveste-se principalmente de uma perspetiva quantitativa da intervenção, permitindo daí fazer uma apreciação qualitativa da mesma. Contudo, esta requer ser complementada com uma análise e uma interpretação que ultrapassem os indicadores obtidos. Além desta perspetiva, o enriquecimento pessoal de quem levou a cabo uma intervenção comunitária só poderá ser efetivo se todo o percurso e ação forem refletidos.

Esta narrativa pode, pois, começar pela metodologia utilizada e os princípios que a regeram.

O planeamento em saúde é uma ferramenta de orientação absolutamente imprescindível, tendo funcionado como uma bússula para o caminho a percorrer. Mesmo dispondo das suas linhas orientadoras, a leitura constante das etapas a percorrer e a forma como se estruturam revelou-se de extrema utilidade, sendo mesmo inevitável fazer do planeamento em saúde um processo dinâmico, em que as etapas são visitadas com frequência e não necessariamente pela sua ordem, a fim de que as ações se comprovem intimamente ligadas e fundamentadas.

A sua metodologia proposta, ajuda a construir uma intervenção realista e prática, e embora esse processo tenha sido complexo, a sua implementação acabou por se revelar muito simples e completa, pois todos os aspetos mais importantes estavam salvaguardados. Embora nesta intervenção, os custos não fossem a maior preocupação, os recursos disponíveis e a forma como foram mobilizados para a garantir foram determinantes para, numa primeira linha, assegurar a sua execução, e numa segunda linha, revesti-la de valor e qualidade, condicionando o seu sucesso.

As principais dificuldades sentidas nesta intervenção estão relacionadas com o fator tempo e com o fator inexperiência.

O horizonte temporal para esta intervenção, embora devidamente planeado, não deixou de ser um grande desafio pessoal e de grupo. Os problemas priorizados e as atividades propostas, acabaram por envolver muitos prazos interdependentes, de elementos do grupo, mas também

das entidades locais e parceiros, determinando em grande medida esta intervenção. As estratégias definidas, a divisão de tarefas e o trabalho em equipa motivado para o mesmo fim foram fulcrais para que todas as atividades previstas fossem desenvolvidas. Contudo, também estes aspetos foram condicionados pelas alterações na dinâmica do grupo, impostas pela disponibilidade condicionada por vários fatores individuais dos vários elementos, realçando a importância da articulação, sentido de grupo, cooperação e missão para a execução e sucesso da intervenção comunitária. A inexperiência do grupo foi superada com a orientação sempre presente e disponível dos elementos de referência, que foram primeiramente os professores orientadores, mas também dos docentes das outras disciplinas do curso de mestrado por nós frequentado. A partilha constante entre elementos do grupo, a discussão mais do que frequente de ideias, a procura de soluções na bibliografia disponível e na evidencia científica, foram também recursos mobilizados para minimizar as dificuldades que a inexperiência nestes contextos podem implicar.

Embora não tenham sido de definição linear, as estratégias apontadas revelaram ser eficazes para atingir os nossos objetivos: a população, entidades e comunidade foram sensibilizadas para os principais problemas, a comunidade e entidades foram envolvidas, proporcionou-se a disseminação da importância da capacitação, da adoção de estilos de vida saudáveis e comportamentos protetores de saúde, a mensagem foi passada, mobilizaram-se os recursos existentes na comunidade, conseguiu-se a articulação de parceiros, numa atuação com ‘muito empowerment’, concretizou-se a ideia de ‘espalhar’ a informação por vários canais, na esperança que possa ter atingido mais elementos da comunidade.

Nesta intervenção, foi possível denotar um interesse muito positivo por parte de todos os intervenientes, proporcionando uma boa dinâmica de grupo. Da nossa parte, havia um grande interesse e curiosidade face à intervenção, à forma como se iria desenrolar, à aceitação dos idosos e famílias, ao interesse das entidades, e em ver realizadas todas as atividades com sucesso. Temos encontrado nas nossas atividades alguns dos idosos que nos responderam ao questionário durante a fase de diagnóstico, revela que foram envolvidos e, de alguma forma, se interessaram. Foi igualmente positivo ver presentes os seus familiares, interessados e preocupados em saber mais para melhor responderem aos desafios colocados pelo apoio informal que prestam. Foi também importante notar o interesse de entidades convidadas a participar nas nossas iniciativas, que se manifestou em pedidos para repetir algumas das atividades ou facultar a informação que as mesmas divulgaram. A disponibilidade dos parceiros e a sua colaboração efetiva nas nossas atividades foram um êxito a repetir, permitindo

experienciar os benefícios da sinergia intersectorial pretendida e tão recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais. A disponibilidade e receptividade com que as entidades políticas locais nos receberam e conosco discutiram os problemas e propostas, proporcionou outra experiência de grande valor, não só pessoal, mas também comunitário. Houve um bem-estar geral percebido em todas as atividades desenvolvidas, sendo um dos balanços mais positivos desta intervenção. Os momentos mais informais de convívio, como no ‘*atelier*’ e nos lanches após as sessões, aproximaram a população do nosso grupo, permitindo-lhes expressar a sua gratidão, reforço positivo, interesse ou esclarecimentos adicionais, assumindo estes grande importância na intervenção comunitária. Perceber, no seu *feedback*, que os assuntos escolhidos nas apresentações, folhetos e nas publicações nos jornais locais eram do seu interesse e tinham utilidade, também se reveste de grande importância, indo por isso ao encontro das suas necessidades percebidas, curiosidade ou preocupação, como no casos dos familiares cuidadores interessados em aumentar o seus conhecimentos na sessão de ‘segurança do idoso’.

Não deixa de ser interessante constatar que os enfermeiros foram nesta intervenção comunitária os promotores da dinâmica que pautou aquela comunidade no período definido, tendo funcionado como mediadores dos recursos que, na realidade, já lá se encontravam. Termos mobilizado e articulado os recursos existentes, foi o suficiente para configurar um ambiente diferente, inspirador e de aproximação. Por este motivo, é agora possível afirmar que não é necessariamente dispendioso proporcionar uma intervenção adequada. Ainda que se possa reconhecer que logisticamente teve a sua complexidade, os custos associados e previstos foram perfeitamente acessíveis.

Não se podem medir os ganhos em saúde, o impacto que as atividades desenvolvidas tiveram ou a forma como a informação foi processada. Contudo, e face à avaliação e *feedback* aqui revelados é possível presumir que foi deixado um contributo significativo nesta comunidade.

Face ao período de tempo decorrido deste o fim desta intervenção comunitária, é possível acrescentar a este trabalho outras informações complementares e de grande interesse, na freguesia de Tramaga.

O lugar de Água Todo o Ano, que tinha apenas fossas sépticas já tem rede de esgotos, pelo que o saneamento básico da freguesia foi concluído. Inaugurada em 2016, a freguesia de Tramaga dispõe agora de uma nova Associação, a ‘Clave do Sor’, que se assume como uma escola amadora de artes ao serviço de toda a comunidade, o que acrescenta dinâmica intergeracional aos seus fregueses. Em termos de exercício físico, a freguesia disponibiliza

agora para toda a população aulas de zumba, uma vez por semana, e neste ano de 2017, inaugurou o parque infantil e desportivo, com espaços verdes e circuito de manutenção, disponíveis a toda a comunidade. Os idosos que frequentam o centro de dia são vistos muitas vezes neste novo ponto de encontro intergeracional da freguesia, utilizando as máquinas de exercício ao ar livre ou apenas para conviver e confraternizar. A Associação Caminhar dispõe também de uma Tuna Sénior, que tem realizado algumas atividades locais. Os projetos autárquicos para o futuro entretanto divulgados, contemplam o do lar de idosos na freguesia de Tramaga, que vai avançar em 2018, e a construção de um percurso pedonal entre o espaço verde agora disponível e a zona dos moinhos, para dinamizar as atividades turísticas e de lazer ao nível local.

Recorrendo à prática baseada na evidência, os conteúdos que os artigos selecionados acrescentaram, permitiram sustentar e enriquecer esta intervenção comunitária.

Para elaborar esta intervenção comunitária em pormenor, conhecer as ofertas nacionais e locais que melhor respondem aos problemas identificados foi fundamental, da mesma forma que incorporar as temáticas abordadas na moldura teórica também o foram. Estar completamente ciente das diretrizes do Plano Nacional de Saúde, das medidas preconizadas pela Promoção de Saúde, as ferramentas disponíveis trazidas pelo planeamento em saúde, a par do modelo de intervenção comunitária com base na sua organização e *empowerment*, permitem reconhecer que só de uma profunda interligação de todos estes conceitos, se pode ambicionar contribuir para a mudança e procurar desafiar os problemas de saúde de uma população, que se evidencia cada vez mais próxima do conceito de salutogénese e se afastam da doença como ponto de partida para todas as ações e intervenções.

Como sugestão de estudo, parece fazer sentido explorar a temática dos cuidadores informais nesta freguesia, pois face aos resultados obtidos no diagnóstico, a procura de serviços é pouco expressiva e os cuidados são assumidos pela família, sendo já reconhecido a nível nacional a importância de se conhecer melhor esta realidade face ao desafio complexo que trazem as novas organizações da família em Portugal, a falta de políticas protetoras para quem assume estes papéis e de quem cuida dos cuidadores, que, também são idosos ou mais velhos, vêm o risco de desenvolver e ou agravar doenças e problemas de saúde com forte impacto pessoal, e por isso, comunitário e nacional. O acesso aos serviços saúde por parte dos idosos também parece ser um assunto sobre o qual importa pesquisar, pois a procura pouco expressiva, principalmente no âmbito da salutogénese, remete para que se reflita sobre as razões que determinam este afastamento.

## **CONCLUSÃO**

Viver mais tempo, trouxe-nos inúmeras possibilidades, percepções mas também preocupações, e por isso responsabilidades.

Todos os dias tomamos decisões que comportam riscos para a saúde, e a sua manifestação é, geralmente mais tardia, pelo que importa saber e agir antecipadamente.

Quando se fala de envelhecimento, fala-se de processo, e o fim deste processo vai ser determinado pela forma como se inicia e se pauta o seu decurso.

Nesta perspetiva, torna-se fundamental melhorar os níveis de literacia, cidadania e as condições socioeconómicas, criando uma sociedade mais igualitária ainda na infância, o que determinará a velhice.

Embora Portugal não seja conhecido pela sua riqueza económica, importa que mais do que um país rico, se assuma como um país que sabe distribuir a sua riqueza, seja ela em dinheiro ou em saúde.

Podemos continuar a ter dificuldade em descobrir a melhor solução para todos. O que importa é que, individualmente, não deixemos de tentar, e se encontrem pequenas soluções, pois a sua tradução será maior, e por isso melhor.

A forma como se estruturou este enquadramento foi, por si só, um grande exercício de análise e reflexão pessoal, pois face à complexidade e oferta bibliográfica do tema, a sua abordagem completa mas sucinta, obriga a uma lógica e estratégias muito pessoais.

Um trabalho desta natureza nunca começa numa ponta e acaba noutra: implica constante reavaliação e atualização, de todas as suas partes, o que, mais uma vez, nesta experiência se confirmou. Nunca é nem nunca será suficiente apenas saber, porque o saber está em constante atualização, logo, nunca saberemos tudo ou estaremos completos.

Com este relatório procurei aliar os conhecimentos adquiridos na construção da moldura teórica e científica, mobilizando as competências de pesquisa, análise e planeamento adquiridas no curso de mestrado. Não como se de uma soma de partes se tratasse, mas antes como de um produto, de uma multiplicação.

O enquadramento teórico procurou separar o conceito de envelhecimento do conceito patológico, abordando as implicações da sua conjuntura.

Ainda que venha corroborar outros estudos e concepções sobre o envelhecimento, este trabalho foi mais um contributo para o conhecimento dos idosos portugueses, em geral, e de um Alentejo esquecido, em particular, apontando necessidades que não devem ser olvidadas.

As nossas decisões, enquanto pessoais, são poderosos instrumentos na determinação da saúde individual, comunitária, mas também coletiva, o que não pode ser negligenciado. Os decisores políticos são, por excelência, determinantes sociais da saúde. A complementariedade de decisões tem por isso maior potencial de mudança.

Acredito num envelhecimento ativo enquanto solução para muitos dos problemas sociais e de saúde que se verificam na nossa sociedade portuguesa. Entendo é que a discussão desta matéria seja difundida entre os mais velhos, mas, também, e já, pelos que se encontram a meio do seu ciclo de vida, que serão os mais velhos do futuro. Enraizar comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis durante toda a vida, desde cedo poderá minimizar as dificuldades em implementar medidas para um envelhecimento ativo tardiamente.

Importa pois que se interrompa o ciclo de pobreza, pois se ser rico não é garantia de se ter saúde, ser pobre determina a vida e a saúde das pessoas, condicionando um envelhecimento ativo mais utópico e menos real, e por isso desigual. E mesmo falando de envelhecimento, importa reconhecer que se as crianças pobres não virem as suas condições económicas melhorarem, o envelhecimento ativo dificilmente se configurará uma realidade nas suas vidas.

Importa ainda que a imagem social relativamente aos mais velhos seja profundamente alterada, e que a abordagem ao envelhecimento ativo se paute por um arquétipo altamente inovador.

Para colmatar as inúmeras lacunas que a sociedade deixou crescer relativamente ao envelhecimento, é estritamente necessário que cada um sinta a responsabilidade e o dever de fazer alguma coisa para ajudar. É necessário que a sociedade olhe para os idosos com o carinho que olha para as crianças, que aceite as limitações dos idosos como aceita as limitações das crianças, que valorize aquilo que o idoso é capaz de fazer em vez de o confrontar com o que deixou de conseguir fazer, tal como com as crianças, porque da mesma forma que é importante fazer a criança crescer com qualidade, com amor, carinho e dedicação, é importante ajudar o idoso a envelhecer dessa forma amparada e repleta. É nosso dever. É um direito que eles têm.

Realizar um trabalho que nos obrigue a refletir, é algo que, de alguma forma, nos ocupa mais tempo que qualquer outro, uma vez que o pensamento tem que ser organizado de forma a que tudo faça sentido. É, portanto, uma tarefa difícil mas extremamente útil para a nossa formação, quer pessoal, quer profissional. A reflexão é uma grande capacidade de autoanálise

na vida de um enfermeiro, para além de fundamental, é sempre bem-vinda, apoiando a célebre ideia do filósofo Sócrates de que a vida que não é refletida ou examinada não vale a pena ser vivida.

Espera-se do enfermeiro especialista, que detenha um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

A atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de distinguir, difundir e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

De acordo com a OE (2010), a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.

As alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde. É reconhecido o papel determinante dos cuidados de saúde primários na capacidade de resposta aos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e ativa. Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, com base no seu conhecimento e experiência, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com distinta capacidade para responder às necessidades das pessoas, grupos ou comunidade, propiciando ganhos em saúde.

Para a OE (2010), o enfermeiro com a patente formação especializada adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal, nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção perspetivando a capacitação e o *empowerment* da comunidade. Intervém assim, em múltiplos contextos, assegurando acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados, e ajustados a grupos sociais com necessidades específicas. Desenvolve atividades inerentes à educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação de cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de fevereiro de 2011, este enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 128/2011).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve reconhecer quais as necessidades dos idosos e suas famílias de modo a determinar quais as intervenções mais adequadas a todo o grupo. Assim, e segundo a Ordem dos Enfermeiros, este enfermeiro especialista deve considerar a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, capacitar indivíduos e comunidades, contribuir para a vigilância epidemiológica e atuar de acordo com os propósitos nacionais para a saúde, definidos pelo PNS, através dos programas de âmbito comunitário.

As sessões de educação para a saúde são uma das principais estratégias que o enfermeiro deve utilizar no sentido de contribuir para aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da comunidade, neste caso em particular uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, assim como viver num ambiente seguro, evitando acidentes domésticos e erros de polimedicação.

O trabalho desenvolvido e que a este relatório se refere, torna-se pertinente dada a conjuntura social e de saúde nacional atual, e vai ao encontro daquilo que é preconizado ao nível das políticas de saúde em vigor.

“As atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados, são motor de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social.” (DGS, 2015: 4)

O enfermeiro tem a prerrogativa de trabalhar com e para a comunidade, estar junto da população, tornar-se um membro ativo da mesma, capaz de identificar as suas principais necessidades e problemas, sendo um elemento fundamental para delinear estratégias eficazes e mobilizar as competências específicas que adquiriu, e assim, promover a saúde em toda a comunidade.

Analisar este percurso, permitiu-me ter ainda mais certeza da minha evolução e da importância que a formação tem tido em mim.

Nesta fase, sinto que abordei o essencial e que transmiti grande parte daquilo que fui, sou e pretendo ser num futuro próximo e longínquo.

Quis criar competências que me distingam como uma profissional de qualidade, mais do

que uma pessoa que me limite a desempenhar um conjunto de tarefas. Para tal, reconheço a extrema importância que a complementação teórica trazida pela frequência neste curso determina, bem como todo o envolvimento teórico e científico subjacente. Contudo, e nesta fase, não posso deixar de acrescentar que o estágio de intervenção comunitária desenvolvido e este relatório em particular são as peças fundamentais que completam este ciclo de aprendizagem. O fator que mais contribuiu para alcançar os objetivos propostos e assim desenvolver as competências para o título de especialista em enfermagem comunitária e saúde pública foi a percepção de que estas só foram adquiridas com a execução prática do projeto. O envolvimento e intervenção comunitária, com todas as dificuldades e desafios inerentes, permitiu a percepção e a tomada de consciência, para além do vasto conhecimento académico também adquirido pela exaustiva pesquisa bibliográfica sobre o envelhecimento e as melhores respostas, e só a prática nos permite adquirir estas necessárias competências. Só assim os conceitos de envelhecimento, fragilidade, necessidades, adaptação, resiliência, viver só e importância de medidas políticas, por exemplo, ganham uma nova dimensão e significado que o contato com a teoria nem sempre proporciona.

Assim, além dos objetivos pessoais, gerais e académicos de todo este percurso terem sido atingidos, as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, foram adquiridas, pelo que estou à altura de, publicamente, comprovar e receber o respetivo título.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. M. (2005, janeiro/junho). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde*, Volume 23, nº 1.
- Ariés, P. & Duby, G. (1991). *Histórias da Vida Privada: da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias*. Porto: Edições Afrontamento.
- Bárrios, M. & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 32, Issue 2, 188-196. Acedido em 27 de dezembro de 2014 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000492>
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global. Processo de Enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Borba, C.; Santos, A.; Andrade, P. & Melo, S. (2004.). O papel da Enfermagem no Envelhecimento: uma realidade educacional (p. 05-06). Acedido em 25 de abril de 2013
- Buss P. (2010). Saúde, sociedade e qualidade de vida. In *Reviver espaço: Saúde, sociedade e qualidade de vida*. Acedido a 21 de abril de 2013 em <http://reviverespaco.blogspot.com/2010/12/saude-sociedade-e-qualidade-de-vida.html>
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento Hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Canavarro, M. & Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspetiva da OMS*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia*. Porto: Universidade Lusíada do Porto.
- Cardoso, A.; Carrilho, P.; Brázia, A. (2008). *Envelhecer em Matosinhos: Panorama Atual e*

*Cenários de Futuro*. Câmara Municipal de Matosinhos.

- Cardoso, J. (2016). Os Censos Sénior na Guarda Nacional Republicana. In *Operação Censos Sénior*. Acedido a 2 de março de 2016 em <https://pt.linkedin.com/pulse/os-censos-s%C3%A9nior-na-guarda-nacional-republicana-jesus-cardoso>
- Carvalho, A. (2013). *A Institucionalização da pessoa idosa*. Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior (Mestrado em Empreendedorismo e Serviço Social, 2º ciclo de estudos), Covilhã.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2005). Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Braga: Universidade do Minho. Acedido a 15 de maio de 2013 em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>
- Cavanaugh, J. & Blanchard-Fields, F. (2015). *Adult Development and aging*. (7ª edição). Stamford, EUA: Cengage Learning. (Original publicado em 1989)
- Centeno, L. (2006). Envelhecimento e Barreiras da Idade no Emprego. *Proteção Social – Cadernos Sociedade e Trabalho, nº 155-178*: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social- Direção Geral de Estudos, Estatísticas e Planeamento
- Chachamovich, E. (2006) *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros*. Dissertação Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, p.09 - 120.
- CIPE (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [ed.] Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. Vol. Versão2.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS] (2008). *As causas sociais das iniquidades de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3ª edição, Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa, A., Baptista, I., Perista, P. & Carrilho, P. (2008). *Um lugar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Gradiva.
- Cruz, D., Ribeiro, L., Vieira, M., Teixeira, M., Bastos, R., Leite, I. (2011). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. In *Revista de Saúde Pública*. Acedido em 6 de setembro de 2013 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017)

- Direção-Geral da Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde: Programa de Actividades de Prevenção e Promoção da Saúde [PAPPS] – Espanha*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde. Acedido em 5 de maio de 2013 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2008). Planos Locais de Acção em Habitação e Saúde: manual para projetos. In *Ministério da Saúde*. Acedido a 27 de agosto de 2013 em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/habsaude-manual-pt-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2010). É Tempo de Agir - Declaração para uma vida melhor. In *Ministério da Saúde*. Acedido a 27 de agosto de 2013 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/e-tempo-de-agir-declaracao-para-uma-vida-melhor.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *A Saúde dos portugueses. Perspetiva 2015*. Ministério da Saúde, Portugal, Lisboa. Acedido a 15 de março de 2016 em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
- Drago, S. & Martins, R. (2012, junho/dezembro). A depressão no idoso. In *Revista Millenium*, 43, 79-94. Acedido em 12 de setembro de 2013 em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8180>
- Figueiredo, M. (2014). *O Envelhecimento Humano: aprender a viver com a idade*. Lisboa: Edições Vieira da Silva.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*: Campus do saber, 8. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2017). Retrato de Portugal na Europa PORDATA, Edição 2017. In *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Acedido a 15 de outubro de 2017 em <http://www.pordata.pt/ebooks/PT2017v20171012/mobile/index.html#p=2>
- GBD 2013 Risk Factors Collaborators (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or

- clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. In *The Lancet*, Volume 386 , Issue 10010 , 2287 – 2323. Acedido em 17 de março de 2017 em [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00128-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00128-2.pdf)
- George, F. (2014). Sobre determinantes da saúde. In *Direcção-Geral da Saúde*. Acedido em 6 de maio de 2017 em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*, 9-55. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Henriques, M. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Revisão Sistemática de Literatura (2004-2006). Programa de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Hockenberry, M. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.<sup>a</sup> edição. São Paulo : Elsevier Editora.
- Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. (2016). Country Profiles: Portugal. In *Institute for health metrics and evaluation*. Acedido em 27 de setembro de 2017 em <http://www.healthdata.org/portugal>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (novembro de 2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. In *Revista de Estudos demográficos* (vol. nº 32). Lisboa: INE, I.P.185-208.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. *XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3<sup>a</sup> edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Jaques, M. (2005). *Idosos e dinâmicas de parceria: contributo para uma velhice bem sucedida*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Lucas, J.; José, H.; Canhestro, A. (2013, fevereiro). *Intervenção Comunitária em Pessoas Idosas*

- com Obesidade. In *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7 (2), 497-503. Acedido em 18 de setembro de 2013 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13882/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria%20em%20pessoas%20idosas%20com%20obesidade.pdf>
- Malta, D., Felisbino-Mendes, M., Machado, Í., Passos, V., Abreu, D., Ishitani, L., *et al.* (2017, maio). Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. In *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20 Suppl 1, 217-232. Acedido em 20 de agosto de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00217.pdf>
- Manso, J. & Simões, N. (2007). Os Municípios e a Qualidade de Vida em Portugal: Proposta Metodológica com vista à sua mensuração e ordenação. In *Observatório para o desenvolvimento*. Acedido a 20 de abril de 2013 em [http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid\\_vida\\_pmanso\\_nuno.pdf](http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid_vida_pmanso_nuno.pdf)
- Martins, R. (2005). *A relevância do apoio social na velhice*. Viseu. Acedido a 25 de maio de 2013 em [www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf)
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. In *Millennium - Revista do ISPV*, n.º 32, 126-140. Acedido a 25 de maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>
- Moura, C. (2006). *Século XXI: Século do envelhecimento*. Loures: Lusociência.
- Neri, A. (2007). *Qualidade de vida e idade madura*. Coleção Vivacidade. 7ª edição. S.Paulo: Papirus Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido a 26 de junho de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 01 de maio 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. *Revista da*

*Ordem dos Enfermeiros*, nº10.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. In *Ordem dos enfermeiros*. Acedido em 12 de maio de 2013 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

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

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação – Closing The gap: from evidence to action*. Conselho Internacional dos Enfermeiros. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Organização Mundial de Saúde (2003). What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? - Health Evidence Network. In *World Health Organization*, 2-17. Acedido a 21 de junho de 2013 em [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Organização Mundial de Saúde (2005). *WHOQOL: Measuring quality of life*. In *World Health Organization*. Acedido a 28 de maio de 2013 em: [www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)

Organização Mundial de Saúde. (2017). Estatísticas de saúde e sistemas de informação – Estimativas globais de saúde. In *World Health Organization*. Acedido a 2 de novembro de 2017 em [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)

Paschoal, S. (1996). Qualidade de vida na velhice. In *Portal do Envelhecimento*. Acedido em 2 de maio de 2013 em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/eqvspp4.htm>

Páscoa, P. (2008) *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Porto. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde acedido a 8 de maio de 2013 em: <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportantiadoExercEnvelheiActivo.pdf>

- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pinto, M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Reijneveld, S. A. (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. In *International Journal of Epidemiology*, 27, 33-40. Acedido em 22 de março de 2013 em <https://pdfs.semanticscholar.org/efee/e5e8639a49ea1e7de3002476ba776d7374f2.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011
- Ribeiro, J. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2/3 (XII), 179-191.
- Rodrigues, C.; Figueiras, R.; Junqueira, V. (2016). Desigualdade do Rendimento e Pobreza em Portugal: as consequências sociais do programa de ajustamento. In *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Acedido a 3 de julho de 2017 em <https://www.ffms.pt/FileDownload/dd40884a-16bd-4709-b488-da838f8972b5/desigualdade-do-rendimento-e-pobreza-em-portugal>
- Roper, N.; Logan, W.; Tierney A. (2001). *O modelo de enfermagem de Roper-Logan Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, 137 – 156. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.
- Stanhope M. & Lancaster J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.

Vaz Serra, A. (1999) – *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. São Paulo: Artemed Editora.