

PROJECTO DE INTERVENÇÃO NA PESSOA IDOSA
Viver Mais...Viver Melhor

A promoção da saúde física, mental e social da pessoa idosa
Intervenção Especializada do Enfermeiro de Reabilitação

Elaborado pelas Alunas do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação:

Cátia Duarte nº5507

Isabel Santos nº5508

Lisboa

Novembro 2014

ÍNDICE

1. Fundamentação do projeto.....	3
2. Enquadramento Teórico.....	4
3. Planeamento do Projeto.....	12
4. Plano de Atividades.....	16
5. Plano da Primeira Sessão.....	16
6. Referências bibliográficas.....	19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – População de jovens e idosos em Portugal 2000-2050 (percentagem)

Figura 2 – Freguesias do concelho de Lisboa – segmentação da população idosa

Figura 3 - Resumo das principais alterações fisiológicas do processo de envelhecimento

Figura 4 - Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo

Figura 5 - Promoção da saúde física, mental e social da pessoa idosa: eixos de intervenção

1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO

A problemática do envelhecimento é atualmente uma preocupação das sociedades, dado o aumento da esperança média de vida conjugado com uma taxa de natalidade baixa, o que conduziu num curto espaço a “um estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do topo” (Henriques, 2013, p.115). O futuro reserva assim mais idosos e durante mais tempo, o que a nível de sustentabilidade coloca sérios desafios às sociedades, pelos consumos elevados de cuidados de saúde, apoio social e financeiro, já atualmente limitados quanto mais numa situação futura de aumento das necessidades e da procura da população.

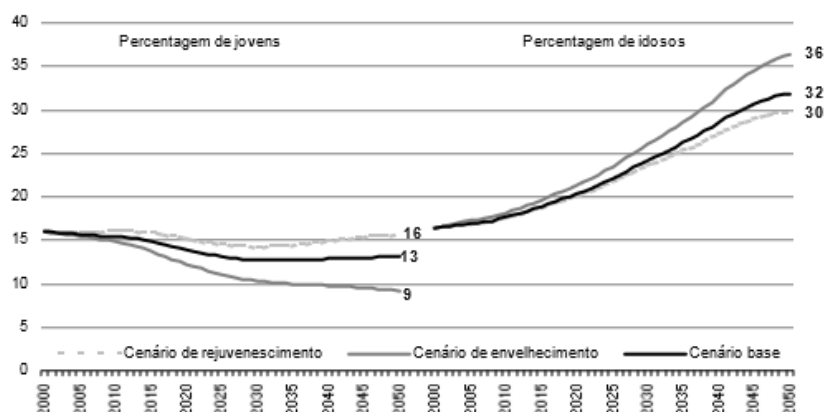
O processo de envelhecimento é por si só um fator de vulnerabilidade pelo “conjunto progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente” (Spiruso, 2005 citado por Bicudo, 2013, p.46), sendo assim criadas condições favoráveis ao aparecimento de “condicionamentos na capacidade funcional e cognitiva das pessoas, nas suas atividades de vida (Henriques, 2013, p.116). Se a estes fatores adicionarmos a elevada prevalência de doença (s) crónica (s) e a rápida deterioração em termos de funcionalidade produzida pela doença aguda (Stott & Quinn, 2013) o risco de incapacidade na pessoa idosa dispara e pode conduzir a situações de dependência precoce e prolongada de outrem.

Por estes motivos é essencial a abordagem da problemática do envelhecimento de forma positiva, com um filosofia de trabalho dos prestadores de cuidados de saúde, que vise a promoção e manutenção das capacidades da pessoa idosa, a minimização das limitações produzidas pelo envelhecimento no quotidiano da pessoa, favorecendo uma participação ativa a nível social e familiar.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Do ponto de vista demográfico, o crescimento exponencial do número de pessoas idosas ir-se-á agravar a nível mundial, e em Portugal as previsões são de que “a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050” (Carneiro, 2012, p.42).

Figura 1 – População de jovens e idosos em Portugal 2000-2050 (percentagem)



Fonte: INE, 2003, p. 3

Segundo o relatório sobre o envelhecimento “no Concelho de Lisboa, existem várias freguesias, onde, praticamente para cada 100 idosos, mais de 70 vivem sós ou exclusivamente com outros idosos (Socorro, Penha de França, Alcântara, São Miguel, Santo Estevão, Santa Engrácia, Campo Grande, Santo Condestável, São Vicente de Fora e São João de Deus)” (Carneiro, 2012, p.100). Os dados existentes sobre a população idosa indicam um leque significativo destes utentes na totalidade dos residentes:

Figura 2 – Freguesias do concelho de Lisboa – segmentação da população Idosa

Com maior volume de idosos	Com maior peso de idosos	Com maior peso de idosos a viverem sós	Com maior peso de idosos a viverem com outros idosos	Com maior peso de idosos a viverem sós ou c/ outros
Santa Maria dos Olivais - 12184	Santiago - 34,8%	São Miguel - 44,6%	Socorro - 51,1%	Socorro - 83,5%
Benfica - 10722	São João de Brito - 32,0%	Santo Estevão - 44,0%	Penha de França - 50,1%	Penha de França - 80,5%
São Domingos de Benfica - 8356	Alvalade - 31,3%	Castelo - 37,5%	Alcântara - 49,9%	Alcântara - 79,3 %
Marvila - 7196	Graça - 31,0%	São Cristóvão e S.L. - 34,8%	Campo Grande - 45,9%	São Miguel 78,1%
Lumiar - 6716	Ajuda 29,7%	São Vicente de Fora - 34,6%	Benfica - 43,4%	Santo Estevão - 74,2%
São Jorge de Arroios - 4690	Benfica - 29,3%	Santos-o-Velho - 33,8%	Santa Engrácia - 42,8%	Santa Engrácia - 73,8%
Santo Condestável - 4320	Santa Maria de Belém 29,1%	Santo Condestável - 33,6%	São Domingos de Benfica - 42,5%	Campo Grande 73,5%
São João - 4135	São João de Deus - 28,9%	Mercês - 33,6%	São Francisco Xavier - 42,4%	Santo Condestável - 72,3%
Nossa Senhora de Fátima - 4016	Santo Estevão - 28,8%	Pena - 33,5%	Santa Maria Olivais - 41,2%	São Vicente de Fora - 71,1%
São João de Brito - 3720	Alcântara - 28,8%	Encarnação - 33,4%	Ameixoeira - 39,5%	São João de Deus 70,6%

Fonte: INE, Censos 2011

Fonte: Carneiro, 2012, p.99.

Neste sentido, nas prioridades de intervenção definidas pelas políticas de saúde mundiais e nacionais tem vindo a emergir o fenómeno do envelhecimento, e mais concretamente a necessidade de “pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social” (DGS, 2004, p.3). Esta premissa insere-se num compromisso e desafio global lançado pela OMS em 2002, no âmbito do *envelhecimento ativo* enquanto processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. (OMS, 2002)

O Processo de envelhecimento acarreta uma serie de alterações fisiológicas que podem ser sistematizadas em cinco domínios – Movimento e postura; alimentação e nutrição; sistemas sensoriais, comunicação e cognição; eliminação:

Figura 3 - Resumo das principais alterações fisiológicas do Processo de envelhecimento

Mobilidade E Postura	Alimentação E Nutrição	Sistemas Sensoriais E Comunicação
• Perda de densidade óssea e diminuição da resistência do tecido ósseo • Alterações da postura corporal: Cifose dorsal, flexão dos joelhos, anteriorização da cabeça, aumento da lordose cervical, que obriga à deslocação do centro de gravidade para a frente (diminuição do equilíbrio, risco de queda) • Diminuição da espessura da cartilagem, com rigidez dos tecidos moles envolventes da articulação • Perda de elasticidade de ligamentos e tendões. (diminuição amplitude de movimentos) • Perda de fibras musculares • Perda de elastina, sobretudo as do tipo I de contração rápida. • Diminuição da resistência muscular (diminuição da resistência a atividade) • Diminuição da massa muscular. • Menor velocidade na realização de movimentos e menos eficazes em termos de força produzida (dificuldades na marcha) • Redução do débito cardíaco Diminuição da capacidade vital (diminuição da tolerância ao exercício)	• Alterações das papilas gustativas (diminuição do gosto e do olfato) • Alterações da dentição • Diminuição da secreção salivar (dificuldades na mastigação e deglutição) • Diminuição do metabolismo Diminuição da motilidade digestiva (perda de apetite) • Diminuição da absorção de gorduras (redução do aporte calórico) • Diminuição da produção de enzimas digestivas • Diminuição da sensação de sede. (redução do aporte hídrico)	• Redução das sensações tácteis, temperatura e dor (Diminuição da capacidade de receber e tratar informações do meio ambiente) • Otoesclerose e atrofia do nervo auditivo (Limitações da participação social e comunicação) • Redução da acuidade visual, visão periférica e capacidade de acomodação às diferenças de luminosidade (Diminuição da capacidade de interação e adaptação)

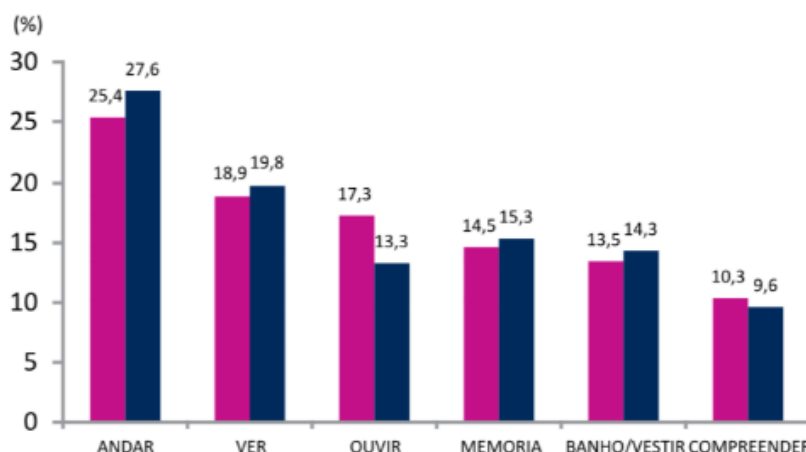
Comunicação e Cognição	Eliminação
Redução da velocidade de processamento de informações (Dificuldades na aprendizagem de novas situações) • Dificuldade em manipular informações simultâneas e mudar o foco atencional (Dificuldades acrescidas em executar tarefas que exijam concentração) • Diminuição da memória a curto prazo (Dificuldades em selecionar e reter nova informação) • Conservação da memória a longo prazo • Maior tempo para aquisição de novos conhecimentos • Diminui a velocidade de execução e de reação (Lentidão dos movimentos motores globais – maior tempo de reação)	Urinário: • Perda de nefrônios • Diminuição da filtração glomerular • Diminuição do tônus vesical e esfinteriano • Aumenta o volume residual (Menor capacidade de retenção; Potencial risco de infecções urinárias) Intestinal: • Perda da tonicidade do esfíncter • Diminuição da lubrificação da mucosa intestinal. (Diminuição do trânsito intestinal e Perturbação da regularidade) • Enfraquecimento da musculatura pélvica (Sentimentos negativos vs incontinência)

Fonte: Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999 (adaptado do projeto de estágio)

Estas alterações condicionam a pessoa idosa e podem resultar numa diminuição das capacidades da pessoa desempenhar as suas atividades de vida diária. A estas juntam-se outros fatores como as co morbilidades, a problemática da poli-medicação e do isolamento social e familiar.

A este respeito, o último CENSOS realizado (2011) apurou que no grupo de pessoas com mais de 65anos, quando questionadas a respeito de 6 atividades do dia-a-dia: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender, cerca de 50% referiram que não conseguiam ou tinham dificuldade em realizar pelo menos uma destas atividades (INE, 2011):

Figura 4 - Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo



Fonte: INE, 2011, p. 17

Assim dado o contexto, revela-se fundamental o desenvolvimento de intervenções de carácter preventivo e de promoção da saúde que visem a otimização da funcionalidade da pessoa idosa, com carácter regular, destinado à população idosa na sua globalidade, sendo o enfermeiro especialista em reabilitação um elo fundamental no planeamento de ações e intervenção com esta população.

Há que considerar a complexidade envolvente ao envelhecimento, não só resumido às alterações biológicas e naturais referidas (quadro), a que acrescem fatores de risco específicos como a presença de co-morbilidades, para além das consequências sociais e psicológicas do envelhecimento em que a perda do

estatuto profissional e a perda do poder económico (...) são, muitas vezes as causas para o afastamento e o isolamento do idoso perante a sociedade (Fernandes, 2010). Isto, requer programas de intervenção completos e multidimensionais.

Tal como é referido na Proposta de plano de intervenção para a área do envelhecimento “apesar do investimento ao nível da prevenção ser absolutamente fundamental, a realidade remete-nos, cada vez mais, para níveis de intervenção secundária e terciária, quer dizer, da manutenção e reabilitação, tentando prevenir o agravamento das situações de dependência, intervindo sempre no sentido de proporcionar qualidade de vida ao indivíduo independentemente do seu estado global.” (Jerónimo, 2010, p.71). O mesmo plano acrescenta ainda que “a promoção da autonomia, da reabilitação e da manutenção para a satisfação de necessidades fundamentais e melhoria da qualidade de vida implica um trabalho multidisciplinar concertado entre os vários intervenientes onde se inclui o próprio idoso” (Jerónimo, 2010, p.71)

As consequências biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento não podendo ser eliminadas, podem ser minimizadas e favorecidas.

O domínio do exercício continua a ser uma vertente importante a considerar. Segundo Fernandes (2010, p.30) citando Veríssimo (1999) “a atividade física regular e adequada à capacidade do idoso contraria o efeito de envelhecimento, quer a nível físico, quer a nível psíquico, sendo o aparelho cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, os mais beneficiados.”

A nível cognitivo, há que incluir estratégias de exercício intelectual e treino do pensamento. Fernandes (2010) refere que “no caso dos idosos que têm maior dificuldade em memorizar algo é importante que retenham dois fatores que lhes possam facilitar a memorização: a atenção e a repetição”. A este respeito Magalhães (2013) salienta a importância de atividades capazes de: exercitar os sentidos (neuróbica); provocar a imaginação, a criatividade e aplicar o pensamento em atividades diferentes do comum.

A alimentação é também um aspeto a considerar por ser habitualmente “desequilibrada qualitativa e quantitativamente, o que pode estar na origem de uma diversidade de patologias como: obesidade, diabetes, doenças

cardiovasculares e malnutrição (...)" (Fernandes, 2010, p.31). A mesma autora reforça a necessidade de considerar razões endógenas como - dificuldades em mastigar, mal absorção, incapacidade para a confeção e seleção de alimentos e razões exógenas como - isolamento ou exclusão social, problemas económicos, sedentarismo, álcool, tabaco, fármacodependência (Fernandes, 2010).

A ocorrência de quedas e acidentes domésticos são um problema comum e frequente nos idosos. Segundo a DGS (2005) em cada ano, uma em cada três pessoas idosas sofre um acidente doméstico; a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa e os acidentes são essencialmente devidos a quedas. Para isto contribuem não só as modificações posturais, sensoriais e cognitivas que de um modo global diminuem com o envelhecimento, mas também as condições ambientais do domicílio do idoso. Daí que o desenvolvimento de estratégias que otimizem quer a postura e capacidade do idoso, que o próprio ambiente em que esta inserido como por exemplo a criação de circuitos próprios, com contorno de obstáculos e treino de equilíbrio, irão determinar ganhos na segurança e prevenção de acidentes nos idosos.

As questões da eliminação, nomeadamente da incontinência urinária devem ser consideradas, pois assumem-se como um problema frequente e muitas vezes negligenciado quer pela própria pessoa, ao considerar uma inevitabilidade do avançar da idade, quer pelos profissionais de saúde ou familiares, que podem não estar sensibilizados para esta situação. Para tal, contribuem não só as modificações fisiológicas, mas também fatores medicamentosos, metabólicos e até funcionais (Reis et al, 2003). Esclarecimento, sensibilização, exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e tratamento comportamental são exemplos de algumas intervenções a valorizar numa área muitas vezes tabu para a maior parte das pessoas idosas.

A vigilância global em saúde que inclui aspetos mais gerais como a vacinação e a saúde oral, e aspetos específicos da doença crónica é também essencial. Tal como é destacado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas "a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a

sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações” (DGS, 2004, p.10)

Além disso, todas as iniciativas desenvolvidas ao contemplarem atividades em grupo e permitirem o desenvolvimento de relações interpessoais entre os idosos favorecem a «saúde social” ao promoverem “a participação em atividades sociais, fortalecer as relações com os amigos (...) a companhia, a entreaajuda” (Fernandes, 2010, p.30) que favorece a dimensão relacional, prevenindo o isolamento igualmente fundamental para a promoção da saúde do idoso.

Assim, este projeto ainda que em pequena escala visa dar resposta e recuperar os três pilares enunciados no programa nacional de saúde para as pessoas idosas, nomeadamente:

- Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas

Fonte: DGS, 2004, p.13

3. PLANEAMENTO DO PROJECTO

Este projeto de intervenção surge assim no contexto do estágio de Enfermagem de Reabilitação, realizado na ECCI [REDACTED], tendo em conta a pertinência do tema e população predominantemente idosa do e para a qual esta instituição dá resposta.

A principal **finalidade** deste projeto de intervenção será a dinamização de práticas de promoção da Saúde física, mental e social da pessoa idosa, inserido numa filosofia de envelhecimento saudável e ativo.

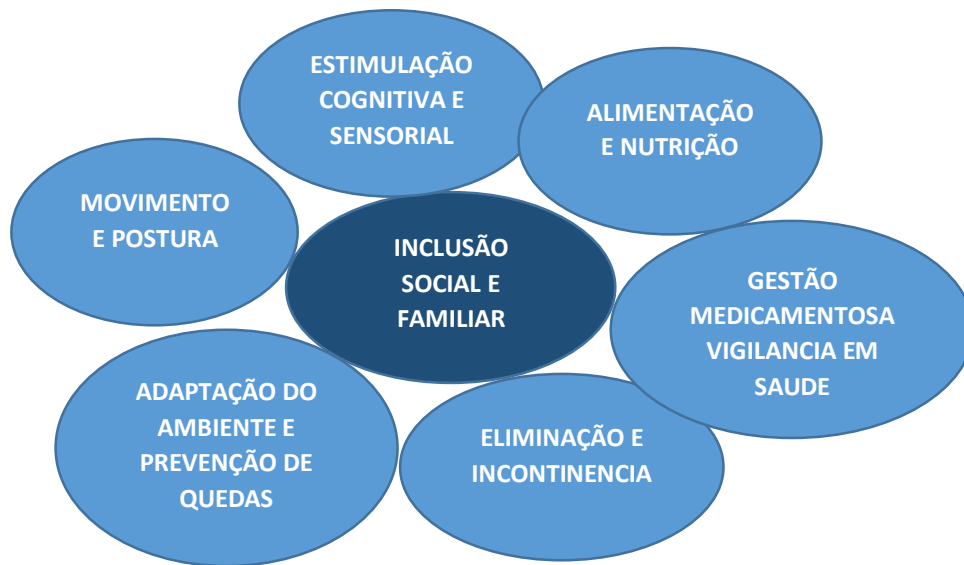
Definem-se como **objetivos gerais**:

- ✚ Sensibilizar para a problemática do envelhecimento
- ✚ Motivar para a adoção de uma atitude preventiva e ativa da pessoa idosa na sua saúde
- ✚ Contribuir para minimizar e retardar os efeitos negativos decorrentes do processo de envelhecimento

- ✚ Reforçar o convívio e laços sociais entre a população idosa: combater o isolamento social
- ✚ Reforçar dinâmicas de articulação das equipas de saúde com os parceiros sociais

Os **eixos de intervenção** definidos incluem os domínios da mobilidade, estimulação cognitiva, alimentação, prevenção de quedas e ambiente, gestão de problemas de incontinência e gestão medicamentosa e vigilância em saúde.

Figura 5 - PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA, MENTAL E SOCIAL DA PESSOA IDOSA: EIXOS DE INTERVENÇÃO



Mediante estes domínios, definem-se como **objetivos específicos**:

- ✚ Promover as capacidades cognitivas e de linguagem do idoso (orientação, atenção, capacidade aritmética e memória)
- ✚ Promover a capacidade de reagir estímulos visuais, tácteis, olfativos e auditivos
- ✚ Estimular a coordenação motora, flexibilidade, força e equilíbrio
- ✚ Dar a conhecer aos idosos exercícios específicos e adaptados
- ✚ Sensibilizar para estratégias adaptativas e ambientes capacitadores
- ✚ Alertar para as necessidades nutricionais dos idosos e estratégias para uma alimentação adequada
- ✚ Esclarecer sobre vigilância de saúde global e específica a privilegiar na idade avançada
- ✚ Promover práticas preventivas e de gestão da incontinência urinária
- ✚ Proporcionar momentos de convívio em grupo e as relações interpessoais
- ✚ Facilitar o intercâmbio inter-institucional e as relações entre parceiros sociais

Os **destinatários** destes projeto incluem todas as pessoas com mais de 60 anos, utentes de centros de dia; lares ou outras instituições de apoio social, além de utentes abrangidos pelas juntas de freguesia da área de abrangência da UCC.

As **entidades parceiras** que serão também os locais de realização das sessões previstas, incluem as Juntas de Freguesia referidas, Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras coletividades e associações da zona interessadas.

Os **Recursos previstos** incluem como formadoras as alunas do 5ºCurso de pós-especialização em Enfermagem de Reabilitação da ESEL – Cátia Duarte e Isabel Santos, sob a supervisão e colaboração das Enfermeiras Especialistas em Reabilitação da ECCI [REDACTED] – [REDACTED] e [REDACTED]. Além destes, será utilizados outros materiais ainda a definir, como forma de dinamizar as sessões. Sempre que necessário será pedida colaboração de outros profissionais da ECCI e ou entidades parceiras.

A **Duração do projeto** idealmente seria de 1 ano, através de uma metodologia dinâmica de sessões com uma periodicidade mensal, replicadas pelas quatro freguesias de ligação da UCC, correspondendo a um total de 5 sessões no mínimo em cada local, visando contemplar todos os eixos de intervenção.

Por limitações decorrentes do tempo do estágio apenas se prevê ser possível implementar o projeto numa única freguesia, e a primeira sessão referente a dois domínios – Mobilidade e Postura e Estimulação Cognitiva e Sensorial.

A **avaliação do projeto** será balanceada tendo por referência as avaliações individuais de cada sessão, que serão efetivadas através de um inquérito de satisfação solicitado aos participantes e responsáveis das instituições onde as mesmas serão desenvolvidas. Prevê-se a divulgação dos resultados obtidos aos profissionais das outras unidades de saúde do ACES [REDACTED].

4. PLANO DE ACTIVIDADES

Primeira Sessão – Mobilidade e Postura e Estimulação cognitiva

Sessão 1: Grupos de x participantes. Conforme a dimensão do grupo os participantes inscritos podemos ter:

- 2 Grupos e duas secções de atividades (Se total participantes superior a 10 pessoas):

Secção A - Atelier da estimulação cognitiva e sensorial

Secção B - Atelier da mobilidade e postura

ou

- Grupo único (Se total de participantes inferior a 10 pessoas) dividindo-se a atividade em dois momentos:

- Primeira parte: exercícios estimulação cognitiva e sensoriais

- Segunda parte: exercícios de mobilidade e postura

Duração da sessão: 60 minutos cada atelier ou momento

Nota: Destina-se a todos os participantes exceto aqueles com contra indicação específica de atividade física ou intolerância ao esforço por patologia respiratório ou cardíaca grave. Assegurar que todos os participantes alimentaram-se bem previamente ao exercício.

5. PLANO DA PRIMEIRA SESSÃO

MOBILIDADE E POSTURA E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E SENSORIAL				
Objetivos	Atividades	Tempo	Indicadores	Resultados
- Promover Orientação - Estimulação da memória - Desenvolver a capacidade aritmética - Estimular as capacidades de linguagem - Trabalhar a Atenção e concentração - Desenvolvimento das Gnosias - Desenvolvimento das capacidades visio-construtivas - Estimulação visual, auditiva, olfativa.	- Exercício de orientação temporal; espacial e pessoal (Folha de apresentação) Eu chamo-me... Nasci a Em.... Faço anos a... Estamos a dia, do mês, do ano... A minha profissão foi...	7 min.	- Grau de satisfação dos Idoso face ao Atelier	- Partilha de conhecimentos; - Manter e melhorar as capacidades cognitivas - Melhoria da qualidade e aumento da autonomia nas AVD's - Aumento da autoestima e confiança do idosos
	- Jogos de Reconhecimento auditivo (Bingo musical) Cartões de bingo com figuras de animais e objetos (ou nomes de musicas) e são emitidos os sons gravados respetivos de forma aleatória. O idoso deve reconhecer e assinalar no cartão ate preencher todo. Objetos: telefone, mota, barco, gato, travão, pássaro, onda mar, pato, autoclismo, bebé, piano, cão.	20min.		
	- Jogo de Reconhecimento olfativo (Adivinha o cheiro) São vendados os olhos e dado a experimentar vários odores em copos – café, canela, baunilha, limão, hortelã. O idoso deve diferenciar alguns cheiros.	10min.		
	- Exercício de treino da memória imediata e atenção (Encontra o par) Conjunto de 20 ou 30 cartas, com figuras conhecidas – cantores, apresentadores, políticos – em duplicado, são viradas para baixo e o idoso tenta virar 2 de cada vez para encontrar o par respetivo.	15min.		
	-Exercício de treino da memória remota e compreensão verbal (Saco dos provérbios) Coloca-se num saco várias frases em papel de provérbios inacabados, do tipo “Grão a Grão _____” e o idoso completa.	15min.		

MOBILIZAÇÃO E POSTURA				
Objetivos	Atividades	Tempo	Indicadores	Resultados
- Estimular a coordenação motora, flexibilidade, força e equilíbrio - Dar a conhecer aos idosos exercícios específicos e adaptados	- Exercício de orientação temporal; espacial e pessoal (Apresentação Individual) Eu chamo-me... Nasci a Em.... Faço anos a... Estamos a dia, do mês, do ano... A minha profissão foi...	7 min.	- Grau de satisfação dos Idoso face ao Atelier	- Partilha de conhecimentos; - Melhoria da qualidade e aumento da autonomia nas AVD's - Aumento da autoestima e confiança dos idosos - Melhoria da postura corporal, equilíbrio, amplitude e força muscular
	Fase de Aquecimento - Exercício sentado: alongamentos, flexibilidade articular e técnica respiratória de relaxamento	5-10min.		
	Fase de exercício aeróbio - Mobilizações ativas dos membros inferiores, posição sentado - Mobilizações ativas dos membros superiores, posição sentado	15min.		
	(Nesta fase pode-se adicionar exercícios com bola ou com musica; como forma de abrandar ou acelerar o ritmo das mobilizações permitindo a adaptação a tolerância do grupo)			
	Treino do equilíbrio - Mobilizações ativas dos membros inferiores, posição de pé com apoio cadeira	10min.		
	(Caso o grupo de participantes detenha uma limitação significativa de tolerância ao exercício, apenas se fará a tipologia de exercícios sentado, adicionando a componente do treino equilíbrio sentado – ex. Avião)	15min.		
	Fase de Relaxamento e Finalização - Exercício sentado: alongamentos, flexibilidade articular e técnica respiratória de relaxamento	5-10min.		

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bicudo, M. J. G. A. (2013). Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos dos enfermeiros. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (39-75). Loures: Lusociência.

Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – Relatório Final*. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.

Jerónimo, L. et al (2009). Proposta de plano de Intervenção para a Área do Envelhecimento, Lisboa: Cidadãos por Lisboa. Acedido em 23-06-2014. Disponível em <http://www.cidadaosporlisboa.org/documentos/1353939570P7mWZ4su3Zs79CD4.pdf>

DGS, Direção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS. Acedido em 20-07-2014. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

DGS, Direção Geral de Saúde (2005). *Prevenção dos Acidentes Domésticos com as Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em 20-07-2014. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC EQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdocumentos-e-publicacoes%2Fprevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.aspx&ei=4ZTbVL-FJ4b4UJeAgcAD&usq=AFQjCNErrm7CorKzOm2PBIKAyc0cyERnOg>

Fernandes, S.L.C (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Departamento de Ciências da Educação e Património. Acedio em 07-06-2014. Disponível em <http://repositorio.uportu.pt:8080/jspui/bitstream/11328/219/2/TME%20434%20tese.pdf>

Fernandes, M.J.S.R.S. (2013). Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (3-38). Loures: Lusociência.

Henriques, A. (2013). A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem. In Lopes, M.A.P. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (115-175). Loures: Lusociência.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções para a população portuguesa 2000-2050*. Lisboa: INE. Acedido em 20-03-2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEStipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107750&PUBLICACOESTema=55466&selTab=tab0

INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Saúde e incapacidades em Portugal*. Lisboa: INE.

Magalhães, C. (2013). *Habilidades funcionais, nível de atividade, integração na comunidade e saúde em idosos institucionalizados em lar: resultados preliminares*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Politécnico de Serviço Social do Porto.

Reis, et al (2003). Incontinência urinária no Idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*. 18 (5), 47-51. Acedido em 20-10-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/acb/v18s5/a18v18s5.pdf>

Stott, D. J.; Quinn, T. J. (2013). Principles of Rehabilitation of Older people. *Medicine in Older Adults*, 47(1), 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.014>

Organização das Nações Unidas (2002). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento* (A. Santos trad). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (Tradução do original espanhol Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, Comisaria del Comitê Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri).