



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estilos de vida dos idosos - Enfermeiro de reabilitação

Lifestyle in aged person - Rehabilitation nurse

Dissertação

Raquel João Ribeiro Costa

Porto 2021

Raquel Costa

Estilos de vida dos idosos - Enfermeiro de reabilitação

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ESTILOS DE VIDA DOS IDOSOS - ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO-

LIFESTYLE IN AGED PERSON - REHABILITATION NURSE-

Dissertação Académica Orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins
e Coorientada pela
Doutoranda Ana Faria

Raquel João Ribeiro Costa

Porto 2021

FRASE MOTIVADORA

“As doenças são os resultados não só dos nossos atos, mas também dos nossos pensamentos.”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

No terminar deste processo da minha vida fica aqui um enorme obrigada a quem me acompanhou durante esta etapa:

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela orientação deste projeto, bem como por todo o apoio, disponibilidade, compreensão e partilha de conhecimento.

À Doutoranda Ana Faria pela ajuda na orientação e pelo incentivo e disponibilidade demonstrada.

O maior agradecimento aos meus pais e irmão, que incondicionalmente me demonstraram que se acreditar os objetivos são passíveis de ser alcançados.

Aos meus amigos que acompanharam de perto esta caminhada, sinto-me lisonjeada por saber que nunca deixaram de me incentivar e carinhosamente me apoiaram no que fui precisando ao longo de todo este trabalho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPS – Educação Para a Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

HTA – Hipertensão Arterial

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEVI – Perfil de Estilo de Vida Individual

PNS – Programa Nacional de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

UCP-EDP – Unidade Científica Pedagógica – Enfermagem: Disciplina & Profissão

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Instrument to evaluate Quality Of Life

SPSS – Software Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

O envelhecimento da população é um dos temas que tem tido relevância devido ao contínuo aumento da população mundial levando, consecutivamente, a um aumento da longevidade desta população, o que pressupõe novas atuações por parte dos governos, profissionais de saúde e famílias, bem como outros métodos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Conceitos como atividade física, interação social, controlo de stress, alimentação e comportamentos preventivos, constituem elementos essenciais para a noção de qualidade de vida da população inquirida. A nossa inquietação foi compreender como algumas variáveis podem influenciar o estilo de vida e de que forma o enfermeiro de reabilitação pode ajudar na promoção da saúde dos idosos, pelo que definimos os seguintes objetivos: descrever a relação entre as características sociodemográficas dos idosos e as áreas que interferem com os estilos de vida dos idosos; analisar a relação entre as condições de saúde e os estilos de vida dos idosos e analisar o comportamento estabelecido na Escala de estilos de vida da população idosa Portuguesa. Desenvolvemos o estudo no paradigma quantitativo num estudo descritivo exploratório, tendo como foco o perfil dos Estilos de Vida dos Idosos. O instrumento de colheita de dados foi um inquérito aplicado por peritos à população idosa do município de Vila Nova de Famalicão.

Dos resultados salienta-se que, a amostra é maioritariamente feminina, com uma idade média de 73,79 anos, com estado civil casado. Baixo nível de escolaridade, sobretudo nos idosos acima dos 80 anos, onde a maioria concluiu apenas o 1º ciclo, ou nem sequer frequentado a escola e 245 não sabiam ler e 485 não sabiam escrever. A maioria dos idosos tem hábitos de risco como a ingestão de álcool e tabaco (62,7%) e não tem hábitos de fazer 4 a 5 refeições por dia ou evitar alimentos gordos. Verificamos ainda que, metade da amostra, pratica exercício nos tempos livres.

Conclui-se que a atividade física, a alimentação e a interação social representam-se como estilos de vida que influenciam positivamente, esta amostra.

Palavras Chaves: Estilos de vida; Enfermagem; Idoso; Reabilitação e Saúde

ABSTRACT

The population is getting old and this issue is requiring a lot of attention because the world's population is continuously growing. This growth of the old population demands some actions from governments, health professionals and families, as well as some other methods that can improve the old people's lives.

So, this project intends to get some conclusions and give some tips on the topic. Physical activity, social interaction, stress control, a healthy diet and preventive behaviours seem to be essential for a healthy lifestyle for the population on the survey.

In order to give answer to several questions associated to the topic, I have defined the following objectives: describe the relationship between the elders' social demographic characteristics and what interferes with their lifestyles; analyse the relationship between the elders' health conditions and their lifestyles as well, and compare all this with the Portuguese old population. To find the answer to the referred subjects, I have chosen to apply a survey, having as main focus the elders' lifestyles.

The results of this study highlighted that our sample is mostly composed by female with an average age of 73,79 years and with married status. Low level of education, especially in the elders over 80 years old, where the majority of this group completed only the 1st cycle or didn't even go to school. About 245 elders couldn't read and 485 couldn't write. Alcohol and tobacco consumption and the habit of do not eating 4 to 5 meals a day or avoiding fatty foods, appears with the most important risky habits in this population. We also found that half of the sample exercises in their free time.

As a result, I have come to the conclusion that physical activity, eating habits and social interaction seem to positively influence, in this report, the elders' quality of life. Only drinking alcohol and smoking have a negative impact, but not many people have these habits, as they know they are harmful for their health.

Key Words: Lifestyles; Nursing; Elder; Rehabilitation and Health

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	23
1 - ENVELHECIMENTO E ESTILOS DE VIDA	27
1.1- Envelhecimento em Portugal.....	32
1.2- Estilo de vida e saúde	38
2- OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE	43
2.1- Contextos de trabalho (ECCI).....	43
2.2- Competências dos enfermeiros de reabilitação	48
3 – PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	53
3.1- Da pergunta de partida às perguntas de investigação	55
3.2- Variáveis em estudo	55
3.3- Universo e Amostra	58
3.4- Instrumento de colheita de dados.....	58
3.5- Operacionalização das Variáveis.....	59
4- DA PERCEÇÃO DOS IDOSOS À FIABILIDADE DA ESCALA	61
4.1- Caracterização da amostra	61
4.2- Estilos de vida dos idosos	65
4.3- Análise da Escala dos Estilos de Vida	82
5- VANTAGENS DO USO DA ESCALA DOS ESTILOS DE VIDA PARA AS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO	89
6- CONCLUSÃO	97
7- BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	107
ANEXO I - Questionário	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas	56
Tabela 2 - Variáveis das condições de saúde	57
Tabela 3 - Variáveis dos estilos de vida	57
Tabela 4 - Distribuição da amostra por sexo	61
Tabela 5 - Distribuição da amostra estado civil.....	62
Tabela 6 - Distribuição da amostra por classes de idade	62
Tabela 7 - Distribuição da amostra pelas classes de idade do convivente/cônjuge.....	62
Tabela 8 - Distribuição da amostra consoante o inquirido saber ler.....	63
Tabela 9 - Distribuição da amostra consoante o inquirido saber escrever	63
Tabela 10 - Distribuição da amostra pela escolaridade dos inquiridos	64
Tabela 11 - Distribuição da amostra pelas fontes de rendimento	64
Tabela 12 - Descrição da perceção do estado de saúde	65
Tabela 13 - Distribuição das opiniões sobre a alimentação diária que inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.....	66
Tabela 14 - Distribuição da amostra quando evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces	67
Tabela 15 - Distribuição da amostra quando faz 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço	67
Tabela 16 -Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente nutrição	68
Tabela 17 - Distribuição da amostra quando no seu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança)	68
Tabela 18 - Distribuição da amostra quando pelo menos duas vezes por semana realizam exercícios que envolvem força e alongamento muscular	69
Tabela 19 - Distribuição da amostra por se no seu dia-a-dia, caminha ou pedala como meio de transporte e se, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador	69
Tabela 20 – Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente atividade física	70
Tabela 21 – Distribuição da amostra pelo conhecimento da sua tensão arterial, os seus níveis de colesterol e se procura controlá-los.....	70

Tabela 22 - Distribuição da amostra por evitar fumar e ingerir álcool com moderação (ou não beber)	71
Tabela 23 - Distribuição da amostra do respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool	71
Tabela 24 - Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente comportamento preventivo	72
Tabela 25 - Distribuição da amostra por procurar cultivar amigos e estar satisfeito com os seus relacionamentos	72
Tabela 26 - Distribuição da amostra perante no seu tempo livre procura ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais	73
Tabela 27 - Distribuição da amostra perante procurar ser ativo na comunidade, sentir-se útil no ambiente social	73
Tabela 28 - Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente relacionamento social	74
Tabela 29 - Distribuição da amostra por reservar tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar	74
Tabela 30 - Distribuição da amostra sobre se mantém uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	75
Tabela 31 - Distribuição quanto ao equilíbrio do tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer	75
Tabela 32 – Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente controlo de stress	76
Tabela 33 - Representação do estilo de vida global da amostra	76
Tabela 34 -Valores descritivos por item da escala de estilos de vida	85
Tabela 35 - Resultado da análise por componentes principais	86
Tabela 36 -Perfis gerais	88

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pentágono de bem-estar.....	34
Figura 2: Modelo de promoção da saúde	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da normalidade pelo total de itens dos estilos de vida	77
Gráfico 2: Comparação do estilo de vida por sexo	77
Gráfico 3: Estilos de vida face ao estado civil	78
Gráfico 4: Estilos de vida face às classes de idades	79
Gráfico 5: Estilos de vida face a saber ler	79
Gráfico 6: Estilos de vida face ao saber escrever	80
Gráfico 7: Estilos de vida face à escolaridade	81
Gráfico 8: Estilos de vida face ao rendimento	81
Gráfico 9: Estilos de vida face à perceção do estado de saúde	82

0 – INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população prendeu a nossa atenção, enquanto enfermeiros de reabilitação, considerando que o nosso trabalho transcende a intervenção depois dos processos de doença e também tem como grande foco a prevenção. Portugal tem uma população envelhecida, ou seja, após avaliar a média de idades, presenteamo-nos com mais idosos do que jovens a residir no país. Cerca de 21% dos portugueses têm 65 anos ou mais, e apenas 14% têm menos de 15. São um milhão de pessoas com idade superior ou igual a 75 anos (Ministério da Saúde, 2018), o que justifica ter um olhar particular para esta faixa etária.

Sabemos que a intervenção dos enfermeiros de reabilitação nos processos de doença aguda e crónica é já uma evidência, importa alertar para a mais valia que pode ser a intervenção destes enfermeiros na prevenção de algumas doenças, recordemos por exemplo as doenças coronárias que são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus. A incidência e prevalência destas doenças, são condicionadas por fatores de risco individuais e sociais, como: excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo (Ministério da Saúde, 2018).

Os estilos de vida condicionam a saúde individual, durante o ciclo de vida das pessoas, exigindo uma maior preocupação e atenção, tendo sido ao longo de muitos anos um foco dos enfermeiros nas faixas etárias mais jovens. Com este estudo, pretendemos compreender qual o sentido de investir também nas pessoas com mais idade.

O Retrato da Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde (2018), demonstra que o crescimento da esperança de vida em Portugal superou a média da União Europeia. Atualmente, a média de vida dos portugueses teve um aumento de 78,8 anos (em 2000), para 81,3 anos e como enfermeiros de reabilitação acreditamos que ao longo dos anos podemos contribuir para melhorar a qualidade de vida.

O envelhecimento exponencial da população deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se focar numa perspetiva positiva de promoção da saúde ao longo de todo o ciclo

vital. Mendes, Ponte e Faria (2015) referem que a promoção da saúde se assegura como uma estratégia promissora para enfrentar os vários problemas de saúde. Segundo as mesmas autoras, a educação para a saúde surge como o principal meio que viabiliza a promoção para a saúde e tendo um carácter multidimensional, surge na área da saúde primária como um fator influenciador da pessoa que procura a autonomia e a melhoria das suas condições de saúde-doença.

O enfermeiro de reabilitação tem um papel preponderante na promoção de estilos de vida saudáveis, implementando projetos que capacitem os idosos e os informem acerca deste tema, bem como as vantagens de serem ativos, mesmo envelhecendo, uma vez que o EEER (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, com base nos problemas reais e potenciais das pessoas.

O diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação são promovidas no sentido de assegurar: manutenção das capacidades funcionais; prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionando intervenções terapêuticas que melhorem as funções residuais; manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (como funções neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas e/ou outras deficiências e incapacidades) (Decreto-Lei n.o 392/2019, p. 13565).

A reabilitação enquanto especialidade, compreende um leque de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou sequelas, maximizando o seu potencial funcional e independência. Os objetivos gerais desta área visam melhorar a função, promover a independência e a maximizar a satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima, sendo que, para obter estes resultados, o EEER baseia a suas competências em 3 pontos fulcrais: cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo de todo o seu ciclo vital e em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação na sua atividade e/ou restrição para a reinserção na cidadania e por último maximizar a funcionalidade da pessoa, de forma a conseguir desenvolver as suas capacidades (Decreto-Lei n.o 392/2019, p. 13566).

Nas Unidade de Cuidados Continuados (UCC), os enfermeiros de reabilitação exercem funções específicas que podem ser utilizadas em populações alvo e de forma adequada às características sociodemográficas e económicas particulares dessa área geográfica para que, de uma forma mais eficaz, se criem condições facilitadoras de comportamentos saudáveis (Cardoso, 2016).

O trabalho destes enfermeiros tem elevada importância, uma vez que existe uma avaliação final após todo o processo de diagnóstico, planeamento, implementação de estratégias e planos, podendo desta forma reajustar, sempre que possível, o plano à pessoa, por inadaptação, insatisfação com o seu plano e progresso ou pelo surgimento de barreiras inibidoras para a evolução da mesma, tornando-se o trabalho destes enfermeiros uma mais-valia para a saúde das pessoas pela sua intervenção individualizada.

No âmbito do projeto da UCP-EDP da ESEP, “Viver bem, com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional”, surgiu a necessidade de realização do presente estudo, que pretende descrever o perfil sociodemográfico, os estilos de vida e os riscos em saúde dos idosos, do município de Vila Nova de Famalicão, relevantes para a elaboração de um programa de promoção da saúde do idoso. Desta forma, foi esboçado um desenho de investigação quantitativo, descritivo exploratório, de coorte.

Neste trabalho pretendemos contribuir para o projeto anterior, com dados sobre os estilos de vida dos idosos e ainda com uma análise da validação da escala que avalia os mesmos, de forma a justificar a necessidade de os enfermeiros de reabilitação intervirem junto desta dimensão de saúde.

O presente estudo, divide-se em cinco capítulos: inicia-se com a introdução à temática em estudo, seguindo-se à explicitação do enquadramento teórico que direcionou o decorrer de toda a investigação, correspondendo este ao primeiro capítulo. O segundo capítulo, remete-nos para o enquadramento metodológico, onde serão explicadas as etapas utilizadas para a realização da investigação. De seguida, apresenta-se a análise dos resultados obtidos que serão, à posteriori, discutidos no quarto capítulo, onde os resultados mais relevantes serão validados consoante a escala de estilos de vida dos idosos e, por último, a conclusão integrando o que foi alcançado no fim deste projeto bem como dificuldades sentidas.

Salienta-se que este estudo é apenas um contributo para melhorar a intervenção junto dos idosos nesta área não sendo por isso os resultados generalizáveis para a população Portuguesa.

1 - ENVELHECIMENTO E ESTILOS DE VIDA

Neste capítulo pretendemos dar início à compreensão do problema central do estudo, nomeadamente envelhecimento e estilos de vida a partir da melhor evidencia encontrada nas bases de dados que consultamos.

O envelhecimento pode ser definido como um fenómeno, com características biológicas, psicológicas e sociais, que explora o ser humano na sua totalidade, modificando a sua relação com o tempo, com o mundo e a sua própria história (Cardoso, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), caracteriza o envelhecimento como o acúmulo de vários danos moleculares e celulares. Com o tempo, estes danos levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, consequentemente um maior risco de contrair doenças e um declínio geral nas faculdades intrínsecas da pessoa. As mudanças biológicas recorrentes na idade avançada, normalmente são associadas por outro tipo de mudanças igualmente significativas, como por exemplo, mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de pessoas próximas.

As transformações demográficas inquestionáveis, referentes ao último século, revelam uma população cada vez mais envelhecida, evidenciando a garantia de uma sobrevivência maior e consequentemente uma boa qualidade de vida. Assim o conceito de qualidade de vida está relacionado com vários fatores Netto e Ponte (citado por Becker, 2013), identificam o envelhecimento quando a fatores intrínsecos (degradação dos sistemas orgânicos), são potenciados pelos fatores extrínsecos como o estilo de vida, alimentação e condição socioeconómica. Zajac-Gawlak e Polechonski (citado por Becker, 2013) consideram ainda que o envelhecimento bem-sucedido é definido por fatores como esperança de vida, condições físicas e mentais, habilidades sociais, exercício físico, condição mental e satisfação global com a vida.

Qualidade de vida é definida como a percepção da pessoa sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado

psicológico, o nível de autonomia, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as principais características do ambiente. A OMS identificou seis grandes domínios que descrevem aspetos fundamentais da qualidade de vida: domínio físico, domínio psicológico, nível de autonomia, relações sociais, ambiente e crenças pessoais/espiritualidade (World Health Organization, 1997).

Zaidi (2014) refere que as três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas são o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações que surgem no percurso de vida, nomeadamente, a reforma, a perda de um emprego, a viuvez, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima, a migração, entre outras (Zaidi, 2014).

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2006), corrobora e define também o envelhecimento humano como um processo de mudança biológica, psicológica e social das pessoas, que já mesmo antes do nascimento existe e se desenvolve ao longo da vida.

Tem-se vindo a verificar um crescimento expressivo nas últimas décadas por parte da população idosa a nível mundial, proporcionalmente ao vetor da expectativa de vida. Prevê-se que por volta do ano 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos chegue a 2 biliões, ou seja, 22% da população de todo o planeta. (Nahas, 2017). A forte desenvoltura na descoberta de novos fármacos possibilitou um maior controlo e um tratamento eficiente de doenças infectocontagiosas e crónico-degenerativas, somando as intervenções cirúrgicas modernizadas, aumentando a vida média da população portuguesa (Fries & Pereira, 2011).

Introduzindo Nahas, este acredita que “... um envelhecimento com mais qualidade está associado a uma vida também mais longa.” (Nahas, 2017, pág. 210), indo especificamente de acordo ao anterior autor, que caracteriza as novas descobertas a nível da saúde impulsionadoras de uma melhor qualidade de vida e de um aumento dos anos de vida.

Outro conceito importante na estrutura deste capítulo, surge através de Nahas (2017, pág. 22), que define o estilo de vida como o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas.”

Para Nahas (2017), existem vários fatores que interferem com o bem-estar da pessoa, nomeadamente a perda de independência (originada de doenças crónicas ou acidentes), a falta de rede social e apoio

(de amigos e familiares) e as questões de ordem financeira (que determinam o apoio comunitário, a alimentação e acesso a atividades de lazer).

A questão da independência e autonomia juntamente com a disposição para as tarefas do dia a dia e o lazer, podem ser preservadas se houver decisões bem informadas e estruturadas para um estilo de vida ativo, tanto física como mentalmente (Nahas, 2017).

Nahas (2017) salienta que para que haja um estilo de vida ativo é necessário:

- Reduzir o risco de morte prematura por todas as causas;
- Reduzir o risco de morte por doenças cardíacas;
- Reduzir o risco de desenvolver diabetes;
- Reduzir o risco de desenvolver hipertensão;
- Ajudar no controle da pressão arterial em pessoas hipertensas;
- Reduzir a sensação de depressão e ansiedade;
- Manter a autonomia e a independência do idoso;
- Auxiliar no controle de peso corporal;
- Auxiliar no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Ajudar indivíduos idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, dando-lhes mobilidade e reduzindo as quedas;
- Promover o bem-estar psicológico e a autoestima.

Desta forma Becker (2013), identifica duas grandes visões acerca desta fase do desenvolvimento humano em que uma potencia as características e influência dos aspetos biofisiológicos e a outra enfatiza os aspetos socio-culturais-económicos como responsáveis no modo qualitativo do envelhecimento.

Becker (2013), evidencia que as pessoas mais sedentárias apresentam maior número de patologias associadas do que as pessoas que eram fisicamente ativas. Enfatiza ainda que o exercício físico regular foi o fator que mais influenciou positivamente os níveis de qualidade de vida. O mesmo nos diz Faria, Martins, Ribeiro e Gomes (2020, pág. 40) “O exercício físico aliado à capacitação de hábitos de vida saudáveis e a gestão de sintomas melhora não só a condição de saúde dos idosos, como a sua condição de vida.”

O Ministério da Saúde (2018), diz-nos que as doenças crónicas perfazem 80% da mortalidade em países europeus. São fatores de risco, excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. Cerca de 5,9 milhões de portugueses têm excesso de peso e nos idosos 8 em cada 10, tem excesso de peso. Sobre alimentação saudável, enfatiza que os hábitos alimentares inadequados da população portuguesa constituem o primeiro fator de risco de perda de anos de vida, sendo que 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura poderia ser evitado, eliminando os principais fatores de risco, sendo que a Direção Geral da Saúde (DGS, 2020b) caracteriza os hábitos alimentares como o quinto fator de risco que mais contribuiu para a perda de anos de vida saudáveis. Ainda o Programa Nacional de Promoção de uma Alimentação Saudável de 2020, esclarece-nos que o elevado consumo de carne vermelha, o baixo consumo de cereais e a elevada ingestão de sódio está no pódio dos fatores que limitam a promoção de anos de vida saudáveis.

A má alimentação ou uma alimentação descuidada induz fatores como o aumento da glicose, da hipertensão arterial, do IMC e colesterol, que fazem com que estes fatores se encontrem nos hábitos que também contribuem para a perda significativa de anos saudáveis (Ministério da Saúde, 2018).

A promoção de hábitos alimentares saudáveis previne o aparecimento de doenças. Um padrão alimentar suscetível de uma maior degradação do estilo de vida surge de uma alimentação rica em sódio e pobre em fruta e hortícolas. Portugal surge com uma incidência de um em cada dois portugueses não ingere a quantidade recomendada pela OMS de fruta e hortícolas. A primeira estratégia implementada no país para reduzir o consumo de sal foi em junho de 2013, sendo que todos os dias cerca de 100 portugueses morrem devido a doenças cérebro-cardiovasculares, sendo muitas passíveis de ser evitadas reduzindo o consumo de sal. O mesmo acontece com gorduras saturadas, nomeadamente, bolachas, biscoitos e produtos de pastelaria, em que os percentuais de gordura presentes são os mais elevados. Em Portugal, 17% da população refere ingerir pelo menos um refrigerante ou néctar por dia e a ingestão de açúcares simples traduz ainda outra das problemáticas, neste caso havendo uma ingestão de 30,7% por parte dos portugueses (Ministério da Saúde, 2018). Obviamente este estilo de alimentação traduz-se diretamente em problemas de saúde, caracteristicamente, a obesidade e/ou pré obesidade em 2019 afetava cerca de 1,5 milhões de pessoas e vários estudos revelam que a tendência é crescente para este número (DGS, 2019).

Almeida e Oliveira (2017) vão de encontro a esta ideologia reforçando que é importante alterar o padrão alimentar proveniente de alimentos processados e comida rápida. Considerando a dieta

mediterrânea através do seu valor nutricional e dos seus componentes mais tradicionais (como leguminosas, hortícolas, fruta, peixe e azeite) eximia e com uma boa associação entre o surgimento e a tratamento de doenças cérebro vasculares, diabetes, osteoporose, Alzheimer e vários tipos de cancro.

Silva (2013) considera essenciais os seguintes nutrientes: hidratos de carbono, gorduras, proteínas, fibras, minerais e vitaminas (B1, B2, B6, B9, B12, C, D e E). Sendo que dos hidratos, apenas devemos ingerir os complexos, uma vez que não aumentam os níveis de glicose no sangue. No que diz respeito às gorduras, os ómeegas (3, 6 e 9) são nos quais devemos focar a nossa alimentação, perspetivam-se assim um decréscimo das gorduras saturadas em 8% da sua ingestão total. Nahas (2017) identifica alguns antioxidantes que na sua constituição incluem algumas vitaminas, por exemplo, vitamina A, beta caroteno, licopeno e outros carotenoides, retinoides, selênio e fitoquímicos (substâncias biologicamente ativas) extremamente importante para mantermos o equilíbrio alimentar.

Dependendo da dosagem, o álcool pode ser considerado um tónico ou uma toxina, pois a sensibilidade individual do idoso ao álcool, o seu estado de saúde e a sua medicação habitual podem influenciar os seus benefícios (Silva, 2013). O mesmo autor sugere, segundo as recomendações internacionais, que não sejam ingeridas mais do que três bebidas alcoólicas standardizadas (15-45g etanol/dia), por outro lado, o consumo moderado está associado a também a benefícios, podendo contribuir para melhorar o apetite nos idosos. Por exemplo: em diabéticos com idades entre os 45 e 70 anos, o consumo moderado de álcool diminui os marcadores de inflamação e disfunção endotelial, ou seja, reduz o risco de doenças cardiovasculares, doenças arteriais e previne a doença de Alzheimer e cancro a partir dos 75 anos. Em Portugal o consumo de álcool tem uma prevalência de 16,7% da população.

O hábito de fumar provoca mortalidade prematura e segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020), Portugal aparece com maior percentagem de óbitos, em ambos os sexos associados ao consumo de tabaco. Estes óbitos foram registados na faixa etária dos 50 aos 69 anos, traduzindo uma percentagem de 24,8% do total de óbitos neste grupo. Estima-se que no ano de 2019, em Portugal, o tabaco tenha sido responsável por 10,9% do total de perda de anos de vida saudável (IHME, 2020).

Doenças cérebro-cardiovasculares, respiratórias crónicas e a diabetes mellitus tipo 2, associam-se ao consumo abusivo de tabaco. Fumar constitui uma diminuição da imunidade, contribuindo para infeções respiratórias e morte por tuberculose (DGS, 2020a).

O papel social também tem relevo na qualidade de vida do idoso, tendo a mudança de papéis sociais grande impacto no convívio social e na interação das relações tanto novas como antigas. A qualidade de vida, está diretamente correlacionada com vários domínios, nomeadamente, domínio físico, psicológico e social e tende a diminuir com o avanço da idade (Becker, 2013).

Claramente, a qualidade de vida é o fator dominante do envelhecimento ativo e constata-se, através dos dados teóricos estabelecidos neste capítulo que os “bons” anos de vida se associam à qualidade de vida, onde apenas com hábitos saudáveis e preventivos, se consegue atingir um envelhecimento saudável. O segredo para um envelhecimento ativo e com qualidade surge da atividade física e mental durante o nosso ciclo vital (Nahas, 2017).

1.1- Envelhecimento em Portugal

Sabemos que a população Portuguesa está bastante envelhecida, dados da Pordata (2020) revelam que 22% da população portuguesa tem mais de 65 anos, sendo o índice de envelhecimento elevado, mais especificamente, existem 161 idosos por cada 100 jovens. Na mesma base (Pordata, 2019), regista-se uma esperança média de vida em Portugal a rondar os 81,1 anos, sendo que para os homens a esperança de vida é de 78,1 anos e 83,7 anos para as mulheres, valores muito próximos dos médios apresentados na União Europeia (UE). Relativamente à morbilidade em Portugal, os indicadores recaem sobre a mulher que vive mais tempo, mas com pior estado de saúde.

Através da pesquisa elaborada durante todo o trabalho é possível estabelecer conceitos de extrema importância quando queremos uma distinção entre o que interfere/promove o estilo de vida individual, entre eles, podemos considerar a saúde, bem-estar, hábitos e estilos de vida, qualidade de vida, promoção da saúde e atividade física.

Nahas, Barros e Francalacci (2000) generalizam o pensamento das pessoas, pois frequentemente associam a saúde apenas à ausência de doença, preservando os conceitos singulares de absolutamente saudável ou doente. Para podermos considerar que uma pessoa tem saúde, temos que a ver numa

perspetiva holística, com várias dimensões, física, social e psicológica, considerada por polos positivos e negativos. Podemos assim definir saúde positiva quando existe a capacidade de ter uma vida dinâmica e produtiva, enquanto numa perspetiva de saúde negativa, vamos associá-la ao risco de doenças e, no extremo, com mortalidade prematura (Nahas, et al., 2000).

O bem-estar é sempre uma perceção, fruto de uma avaliação subjetiva e integra harmoniosamente os componentes mentais, físicos, espirituais e emocionais. Em geral, na qualidade de vida, associam-se fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, dignidade e espiritualidade. Já o estilo de vida é representado pelas ações quotidianas que refletem as atitudes e valores das pessoas. Desta forma, estes hábitos estão relacionados com a perceção de qualidade de vida individual. Assim, surge a promoção para a saúde, que pode ser considerada como a ciência de ajudar as pessoas a modificarem o seu estilo de vida (Nahas, et al., 2000).

O mesmo autor refere que os indicadores de qualidade de vida podem ter um carácter pessoal, individualizado, ou podem considerar grupos sociais, isto é, considerar pequenos grupos como um todo. Nahas (2017) identifica a nutrição, o tabagismo, o uso de outras drogas, a rede social de apoio (relacionamentos) e atividades físicas e mentais, como os fatores modificáveis principais que afetam o estilo de vida.

Nahas, et al. (2000) propõe o recurso a um pentágono do bem-estar (Figura 1) que tem em consideração as seguintes componentes: nutrição, stress, atividade física, comportamento preventivo e relacionamentos, sendo que o perfil do estilo de vida que deriva do pentágono do bem-estar, caracteriza-se por ser simples, autoadministrado e inclui estes cinco aspetos fundamentais, apresentando grande impacto na saúde das pessoas. Após a aplicação deste instrumento, foi possível verificar, apesar das diferenças culturais entre seres humanos, um ponto de convergência onde as pessoas procuram sempre o equilíbrio e harmonia, com todas as dimensões da vida. Devemos fazer pequenas mudanças, pois torna-se complicado alterar velhos hábitos e adquirir novos. Outra adjuvante para o bem-estar pessoal é a diminuição da frustração e stress, procurando refugiar-se no apoio social de amigos e familiares.

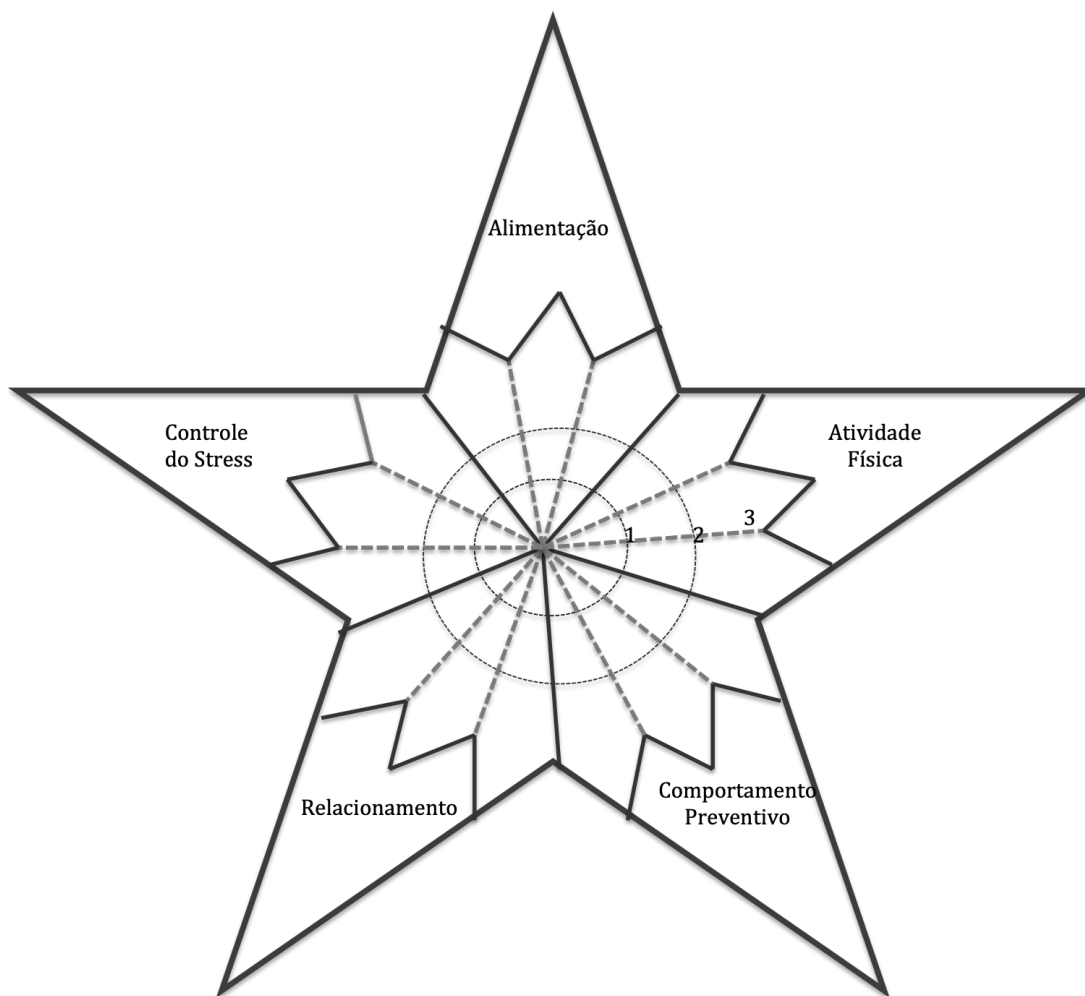


Figura 1 – Pentágono de bem-estar (Nahas et al., 2000, pág 57)

Silveira et al. (2015) destaca a importância de sabermos fazer a distinção entre qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar. No estudo de Silveira, constata-se que os itens com resposta positiva surgem em resposta às questões relacionadas ao sentimento com a vida no lar e no trabalho.

É importante destacar que a carga da doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa, as suas famílias, o sistema de saúde e a economia, traduzindo, pessoas com problemas de saúde precisam de mais cuidados e de maior apoio social por parte da família ou instituições sociais (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017).

Nahas (2013) refere que viver muito tempo não significa que essa pessoa gosta da forma como viveu ou vive, pois, o prazer, a alegria, a satisfação pessoal e as amizades são fatores com bastante relevo na nossa vida, Fernandes (2017) eleva as relações sociais como essenciais para o ser humano,

fundamentalmente para manutenção do bem-estar. As relações interpessoais e as interações são fontes de suporte social, que tem como objetivo possibilitar que o indivíduo não se sinta sozinho nem desacompanhado, depositando confiança em algumas pessoas, salvaguardando que estas o ajudarão a ultrapassar e acompanhar acontecimentos significativos.

Como já foi referido anteriormente, Portugal apresenta cada vez mais uma população envelhecida e a diferença verificada pela média de idades revela que morrem mais pessoas do que aquelas que nascem e, por outro lado, também têm saído do país mais pessoas do que as que entram. “A esperança de vida tem aumentado, sendo superior a 80 anos” (Ministério da Saúde, 2018, p. 10). Desta forma, torna-se fundamental apostar em alterar fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, para que seja possível, através da aprendizagem e aquisição de novos hábitos, haver uma diminuição dos comportamentos de risco como doenças crónicas, má alimentação, excesso de peso e sedentarismo (Ministério da Saúde, 2018).

Outro fator bastante importante que integra o pentágono do bem-estar é precisamente o controlo do stress, Nahas (2017) define o stress como a resposta do organismo a qualquer estímulo quer este seja bom ou mau, real ou imaginário, que altera o seu estado de equilíbrio. O mesmo autor sugere que fatores fisiológicos denominados de agentes stressantes aumentam a incidência de patologias como HTA, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), derrames cerebrais, cancro, depressão, úlceras, artrite, alergias e dores de cabeça. Entre as profissões que mais sofrem pelo stress surgem os bancários, professores do ensino básico, agentes prisionais, donas de casa, profissionais de emergência médica e bombeiros (Nahas, 2017).

O stress provém de um processo biopsicossocial que se manifesta através de estímulos internos ou do meio ambiente. Novamente os agentes stressantes podem surgir de estímulos físicos nomeadamente, do frio, calor, som, odor, fumo, drogas, agentes infecciosos (bactérias e vírus), lesões corporais e esforços físicos, no entanto, quando falamos dos estímulos psicossociais, incluem-se todos os eventos que possam interferir positiva ou negativamente no curso das nossas vidas (Nahas, 2017).

Como já abordado por Becker (2013), existe um aumento do número de patologias nas idades compreendidas entre 60-64 anos. Principais patologias referidas foram o colesterol elevado, hipertensão, doenças cardíacas diabetes, depressão, dislipidémia, hiperplasia benigna da próstata, artrose e osteoporose. Sendo que a incidência surge na hipertensão (48,5%) e no colesterol (43,6%).

Ministério da Saúde (2018) destaca as doenças crónicas como a HTA responsáveis por afetar 71% dos portugueses na faixa etária dos 65-74 anos. Quanto à diabetes, afeta 23,8% dos indivíduos entre os 65 e 74 anos.

Os pesquisadores do World Health Organization Instrument to evaluate Quality Of Life WHOQOL Group, após criarem a (WHOQOL)-Bref decidiram criar também o questionário WHOQOL-Old com o intuito de avaliarem aspetos como a qualidade de vida geral, numa tentativa de questionarem a população idosa, de forma a que fosse possível clarificar as alterações biopsicossociais que esta faixa etária está sujeita (Becker 2013). Este instrumento aborda seis dimensões, que os autores chamam de facetas, sendo elas: habilidades sensoriais; autonomia; atividade passada, presente e futura; participação social; morte e intimidade. Facetas que também serão fruto de investigação neste trabalho. Este autor ao implementar a escala de WHOQOL-Old no seu estudo, observou que o exercício físico implementado na sua população alvo alcançou resultados positivos, a nível físico e psicossocial. Constatou que os homens praticam mais exercício físico do que as mulheres, existindo ainda um número bastante elevado de idosos sedentários (numa amostra de 141 idosos, 40 não praticavam qualquer atividade física, uma percentagem de 28,4%) (Becker, 2013).

Pordata (2020a), no seu último relato de Portugal, identifica cerca de 87167 pessoas com mais de 65 anos que praticam desporto no seu dia-a-dia.

Becker diz-nos que ao implementar a escala de WHOQOL-Old no seu estudo, observou que o exercício físico implementado na sua população alvo alcançou resultados positivos, a nível físico e psicossocial. Constatou que os homens praticam mais exercício físico do que as mulheres e identificou que existia ainda um número bastante elevado de idosos sedentários, segundo Ministério da Saúde 2020, a proporção de pessoas que refere nunca praticar exercício físico aumentou com o aumento da idade.

Relativamente à atividade física, apenas 41,8% dos cidadãos tem uma prática física, desportiva e/ou de lazer regular, segundo o Relatório saúde 2018, demonstra ainda que 29% da população portuguesa não caminha. Estima-se que 14% das mortes anuais estejam associadas à inatividade física (Ministério da Saúde, 2018).

Doenças crónicas, como: doenças cardiovasculares, oncológicas, pulmonares, metabólicas, psiquiátricas, neurológicas e músculo-esqueléticas, teriam a atividade física, como um importante coadjuvante terapêutico na sua manutenção e evolução (DGS, 2020c).

A DGS (2020c, pág. 21) idealizou um programa de exercício físico para idosos (65 anos ou mais) onde salienta:

“Pelo menos, 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou, pelo menos, 75-150 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou combinação equivalente de ambas as intensidades ao longo da semana. Para benefícios de saúde adicionais, aumentar o volume semanal; Pelo menos 2 vezes por semana, atividades de fortalecimento muscular de intensidade moderada ou superior, que envolvam os principais grupos musculares; Pelo menos 3 vezes por semana, incorporar atividades físicas de intensidade moderada ou superior, que promovam o equilíbrio funcional e o aumento da força muscular;”

Concordando com as diretrizes anteriores, Fernandes (2015) indica que os níveis recomendados de atividade física para pessoas com 65 e mais anos, inclui atividade física no lazer (caminhar, dançar, jardinar, nadar), no transporte (a pé ou de bicicleta), no trabalho (se o indivíduo ainda trabalha), nas tarefas domésticas, no desporto ou mesmo exercício físico planeado, no contexto das atividades diárias, família e comunidade.

Segundo a DGS (2017) existem mudanças significativas a serem implementadas relativas ao processo de envelhecimento, neste sentido a DGS pretende que até 2025 seja possível reduzir a mortalidade prematura (<70 anos) para um valor inferior a 20% e aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos em 30%.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), vai de encontro a esta ideologia, visando quatro áreas prioritárias de ação para ajudar a alcançar as necessidades da população idosa, bem como potenciar e aumentar a sua capacidade funcional, sendo elas: alinhar os sistemas de saúde à população idosa, desenvolver sistemas de cuidados a longo prazo, criar ambientes favoráveis aos idosos e melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão.

Pode-se por fim estabelecer que o envelhecimento saudável é definido por dois conceitos chave, a capacidade intrínseca e a capacidade funcional. A capacidade intrínseca, refere-se a todas as capacidades físicas e mentais de cada indivíduo, já a capacidade funcional é definida como os atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas façam e sejam o que valorizam. Desta forma o relatório de saúde OMS, define o conceito de envelhecimento saudável como, o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar numa idade avançada (OMS, 2015).

1.2- Estilo de vida e saúde

“A forte e crescente evidência da vinculação entre a estrutura socioeconómica e o estado de saúde das pessoas tem contribuído para a consolidação do contexto sociopolítico e cultural como geradores da má saúde e das desigualdades em saúde. Esses fatores, também considerados estruturais, são os primeiros a influenciar a saúde do indivíduo. No entanto, essa influência não é direta, mas ocorre através de determinantes mais específicos.” (Geib, 2012, pág. 125)

Além disso, estes agentes podem afetar a saúde durante o curso da vida, tornando-a mais suscetível à determinação social pela exposição aos fatores de risco.

Os efeitos psicossociais destas condições são influenciados pelas circunstâncias socioeconómicas, culturais e ambientais gerais e, assim, tornam-se um dos principais mediadores da estratificação socioeconómica e da desigualdade entre os grupos de pessoas e a sua saúde. Como determinantes intermédios, embarcam fatores como a educação, a disponibilidade de alimentos e o padrão alimentar, as condições de habitação e saneamento e o próprio sistema de saúde (Geib, 2012)

Nahas (2013) refere existir evidência de que o estilo de vida individual, definido como um conjunto de crenças, valores e atitudes que se refletem nos nossos hábitos quotidianos, apresentam um elevado impacto na saúde, determinando o quão doentes ou saudáveis as pessoas serão, a médio e longo prazo. O mesmo autor aponta cinco fatores essenciais do estilo de vida: a nutrição, o nível de stress, a atividade física, o relacionamento social e o comportamento preventivo.

Como já asseguramos anteriormente, o aparecimento de doenças cardiovasculares, oncológicas e a diabetes tipo II, surgem da alimentação pouco saudável e a ausência de atividade física contribuem substancialmente para a morbilidade, mortalidade e incapacidade. (World Health Organization [WHO], 2018).

Com a finalidade de olhar o problema em estudo na perspetiva de enfermagem procuramos referências de enfermeiros sobre a promoção da saúde e encontramos o Modelo de promoção da saúde de Nola Pender desenvolvido em 1982 e revisto em 1996 e 2011, que serviu como base teórica para a construção de todo o trabalho. Em complemento ao seu modelo, a autora desenvolveu ainda

dois instrumentos de avaliação: o primeiro designado por *“Health promotion lifestyle Profile II”*, em que o seu objetivo é medir os estilos de vida promotores de saúde dos indivíduos e o segundo, *“Exercise Benefits/Barriers Scale”*, para medir os fatores cognitivos dos benefícios e das barreiras para a prática de exercício físico (Nascimento, 2013), contudo neste estudo não usamos este instrumento pois fazemos parte de um estudo cujo a decisão dos instrumentos não dependeu de nós.

Para Nola Pender, o comportamento é motivado pelo desejo de alcançar o bem-estar e o potencial humano. Este modelo tem por base ilustrar a natureza multifacetada das pessoas na sua interação com o meio ambiente quando tentam alcançar o estado de saúde desejado, tendo sido utilizado também como um guia para explorar o processo biopsicossocial e de interação do indivíduo com o ambiente (Nascimento, 2013).

O processo de promoção da saúde inclui 3 valores: a educação para a saúde, a prevenção da doença e a proteção da saúde Pender, Murdaugh e Parsons (citado por Nascimento, 2013).

Nascimento (2013), reforça ainda que existem dois fundamentos teóricos que sustentam este modelo: a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura e o modelo de Feather para avaliar as expectativas da motivação humana. Tendo sido baseado todo este trabalho no modelo de promoção da saúde de Nola Pender, é caracterizado por surgir numa proposta para integrar a enfermagem na ciência do comportamento, funcionando com um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva as pessoas a encorajarem comportamentos produtores de saúde. Para que isso seja possível é preciso identificar fatores que influenciam os comportamentos saudáveis que, segundo a autora, são 3 pontos principais: o primeiro ponto baseia-se nas características e experiências individuais, o segundo nos sentimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e, por último, no comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Para Pender o conceito de promoção de saúde passou de um objetivo para a sua concretização, com o intuito de promover a proteção da saúde e o nível elevado de bem-estar. Ou seja, este modelo não se limita a explicar os comportamentos de prevenção da doença, mas também identifica quais os comportamentos que as pessoas podem adotar ao longo da sua vida para melhorarem a sua saúde (Nascimento, 2013).

Através da análise do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, facilmente compreendemos que existe uma harmonia com os anteriores autores. Pender caracteriza a saúde através dos aspetos

individual, familiar e comunitário, enfatizando o bem-estar como uma melhoria no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, indicando que o desenvolvimento do ser humano deve ser estudado ao longo de todo o seu processo, tendo em consideração a idade, raça e cultura, sempre com um olhar holístico. Quando fala do ambiente, este surge como resultado das relações entre indivíduo e o acesso a recursos de saúde sociais e económicos, considerando que esta relação tem que alcançar um ambiente saudável. A autora defende que a pessoa é capaz de decidir sobre os seus problemas, com potencial para mudar os seus comportamentos de saúde (Victor, et al., 2005).

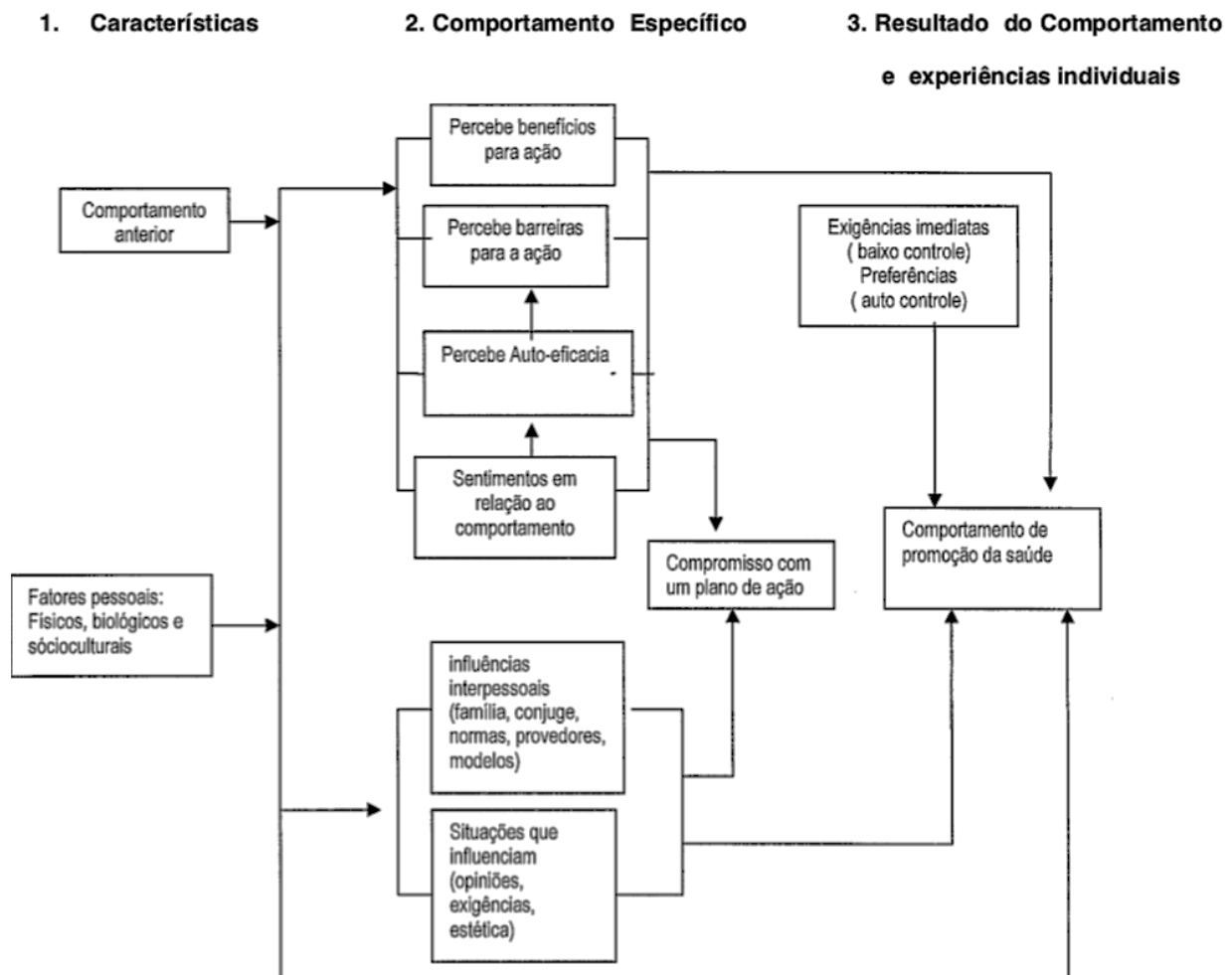


Figura 2 – Modelo de promoção da saúde (Modelo de promoção de saúde. McEwen e Wills (2016) cita Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A.

O modelo de promoção de saúde (Figura 2) surge com a intenção de estruturar a integração das perspetivas da enfermagem e da ciência comportamental em relação aos fatores que influenciam os comportamentos de saúde (McEwen & Wills, 2016).

Este modelo é muito utilizado como estrutura para uma pesquisa voltada para os estilos de vida promotores de saúde. Existem conceitos importantes neste modelo que surgem de características e experiências individuais, no caso, comportamento e fatores pessoais anteriores; de cognições e afeto específicos ao comportamento como, benefícios percebidos da ação, barreiras percebidas à ação, autoeficácia, afeto relacionado com a atividade, influências interpessoais e situacionais e ainda de resultados comportamentais sendo eles, comprometimento com um plano de ação, comportamento promotor da saúde. Nascimento (2013), seguindo o modelo de Pender constata exatamente os mesmos pressupostos, isto é, estabelece que as atividades e intervenções de enfermagem desenvolvidas centram-se na promoção do comportamento de vida saudáveis e prevenção de doenças e/ou complicações.

McEwen & Wills (2016) dizem-nos que pessoas de variadas idades podem beneficiar do atendimento de promoção de saúde, que devem estar disponíveis em locais que as pessoas passam a maior parte do seu tempo. Assegurando esta ideologia, os enfermeiros podem desenvolver e executar intervenções promotoras de saúde para indivíduos, grupos e famílias, em centros de enfermagem, ambientes de saúde ocupacional e comunidade em geral. Trabalhando de forma a fortalecer o autocuidado e a favorecer da capacidade de autocuidado do próprio doente, pela educação e o desenvolvimento pessoal.

Fazendo a ponte entre os aspetos defendidos por Nola Pender e este trabalho, pretende-se que após a avaliação dos estilos de vida dos idosos, seja possível verificar se existe um comportamento idêntico ao pressuposto pelo modelo construído pela autora, incluindo uma possível proposta para realizar intervenções promotoras de saúde.

2- OS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NA COMUNIDADE

No planeamento da assistência de enfermagem na comunidade, devemos considerar sempre os recursos disponíveis relativamente ao ambiente físico, nomeadamente, equipamentos, uso de acessórios e recurso pessoal (família, enfermagem e serviços de apoio). Na fase de intervenção de enfermagem, selecionamos e realizamos as ações de enfermagem, objetivando a prevenção de problemas, a promoção do conforto físico e psíquico, bem como a diminuição da dependência do idoso, capacitando-o para a realização dos autocuidados. Desta forma, devemos ter em consideração as rotinas do idoso, procurando minimizar os problemas relacionados com as AVD'S (Diogo, 2000).

Diogo (2000), defende que a reabilitação geriátrica se integra na enfermagem geriátrica e gerontológica, onde a atuação do enfermeiro numa equipa multidisciplinar se centra no processo educativo do idoso e dos seus familiares, tendo como finalidade a sua independência funcional, a prevenção de complicações secundárias e a adaptação da família à nova situação.

Em comentário pessoal, facilmente verificamos que o EEER na comunidade alcança um grande domínio no que diz respeito à sua influência, desde elaboração de planos de educação para a saúde como na reestruturação do domicílio para alguém que temporariamente ou permanentemente esteja debilitado. Os EEER agem na promoção da atividade física e prevenção do declínio funcional, desde a prevenção de quedas até aos cuidados a ter nos pós-operatórios. Ocupam ainda um lugar de confiança entre os doentes/prestadores de cuidados, na adaptação das condições domiciliárias, sociais e laborais, removendo barreiras arquitetónicas.

2.1- Contextos de trabalho (ECCI)

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), segundo (Decreto Lei n.º 101/2006, p.3862), são:

“Equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, fomentando a resposta integrada a situações de saúde e sociais da população e potencializar os recursos da comunidade, reforçando as capacidades e competências dos cuidadores, recorrendo a articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do centro de saúde e comunidade”.

Estas equipas incorporam-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, onde assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção. Este processo surge de forma ativa e contínua, atuando focalmente no tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, onde se insere componentes como a reabilitação, a readaptação, a reintegração social, a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

Por este motivo é fundamental existir uma Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), onde contenham equipas domiciliárias (ECCI) e que, acima de tudo, haja uma boa articulação com as demais equipas, destacando-se entre elas, Equipas de Gestão de Altas (EGA) e Equipas Coordenadoras Locais (ECL) que existem em cada ACES, pois é neste local que são identificados e assinalados os utentes em situação de risco e dependência encaminhados para as ECCI.

A rede tem como objetivo principal, a criação de um serviço de proximidade que vá de encontro às necessidades da pessoa com dependência e ao meio onde se encontra. É de realçar que a rede está em todo o país e potencia os cuidados prestados em contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários. A RNCCI, através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006, preconiza a participação e corresponsabilização da família e dos seus cuidadores principais na prestação de cuidados.

Para garantirmos os princípios descritos anteriormente, sabemos que tanto os enfermeiros de cuidados gerais como os especialistas em enfermagem de reabilitação, atuam diretamente na promoção da saúde e prevenção por exemplo, de quedas e acidentes domésticos os quais se tornam em fatores bastante importantes e com relevância nas pessoas na casa dos 65 anos ou mais. No que diz respeito aos acidentes domésticos e de lazer, 14% das vítimas são pessoas idosas e vários estudos revelam que a educação para a saúde na comunidade reduz significativamente o número destes acidentes.

Numa intervenção individual precoce na prevenção de quedas nos idosos, o EEER deve incidir a sua orientação para a prática de atividade física, e os benefícios dos suplementos de vitamina D, bem como educar sobre fatores de risco e proteção, evidenciar melhorias das condições de segurança da habitação e por último, efetuar uma avaliação do risco específico em cada pessoa, com duas ou mais quedas no ano anterior (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012).

Existem ainda vários outros acidentes que podem ocorrer como: intoxicações, queimaduras e choques elétricos, que podem ser facilmente evitados, através da orientação do EEER ao doente para algumas modificações no ambiente doméstico, eliminando assim os fatores de risco (DGS, 2012).

Resumindo, existem várias iniciativas nas ECCI'S que integram o EEER que, após alguma pesquisa, os programas com maior importância em Portugal nas instituições de cuidados primários são: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que enfatiza a promoção de ambientes capacitadores, recomendando ações para a prevenção de acidentes domésticos e de lazer, bem como a utilização, em segurança, dos transportes rodoviários; Programa Nacional de Promoção da Acessibilidade, onde o Instituto Nacional para a Reabilitação, planeia, executa e coordena políticas nacionais de promoção dos direitos das pessoas com deficiência e onde já tem em curso medidas sistematizadas de forma a promover a igualdade de oportunidades, a participação social e a autonomia das pessoas com mobilidade condicionada ou dificuldades sensoriais;

Variados programas seriam bastante vantajosos e deveriam ser tidos em conta no contexto das unidades de saúde familiares, quando falamos em educação para a saúde na faixa etária < 65 anos, verificamos que os seguintes programas: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, Programa Nacional para a Diabetes, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, são temas que constituem foco para a intervenção por parte da enfermagem de reabilitação, no sentido de promover hábitos de vida positivos, mais especificamente o propósito destes últimos programas centra-se na consciencialização dos idosos para hábitos de risco e fatores promotores de um estilo de vida saudável.

“A alimentação e exercício físico são também aspetos fundamentais na gestão/controlo da Diabetes. Apenas metade das pessoas com Diabetes, tinham registo de gestão do regime terapêutico, na vertente de hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso, no ano de 2018.” (DGS, 2020b, p. 18) O programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2020, diz-nos que apenas 26% da população portuguesa adere à dieta mediterrânea, dieta com características:

“confeção de alimentos com azeite”; “consumo elevado de fruta e hortícolas frescas” e “maior consumo de peixe do que carne”.

Indo de encontro a esta diretriz, existe uma preocupação em implementar as atividades elaboradas neste programa. De forma a haver uma maior adesão a esta dieta, existem cinco grandes áreas de intervenção: alimentação em números (aumentar a informação e a recolha de dados alimentares); ambientes alimentares (modificar a disponibilidade alimentar e influenciar o meio ambiente); literacia alimentar (informar e capacitar a pessoa); intersectoralidade (parcerias e projetos) e profissionais (melhorar a qualificação e modo de atuação).

Acerca das recomendações estabelecidas no programa nacional para a promoção da atividade física estabelecidas pela DGS (2020c) que já foram abordadas acima neste documento, apenas se torna relevante acrescentar o novo projeto-piloto de promoção da atividade física, que incide no aconselhamento breve para a atividade física de forma a promover a prática de exercício físico ou alguma outra atividade que evite o sedentarismo, este projeto pretende ainda que exista uma consulta específica de atividade física para contemplar a intervenção e a prescrição do exercício físico adequado, bem como fazer uma avaliação física da pessoa e da sua aptidão física. Constitui a equipa multidisciplinar, médico com formação pós-graduada em Medicina Desportiva e um profissional do exercício físico, com licenciatura e, preferencialmente, mestrado na área do Exercício e Saúde.

O programa nacional para a prevenção do tabagismo de igual forma elaborado pela DGS (2020a) para o combate ao consumo de tabaco, pretende implementar campanhas eletivas em massa para a consciencialização da população dos malefícios do tabaco e ainda fornecer mais apoio às consultas de cessação tabágica realizadas nas Unidades de Saúde Familiar (USF), incluindo o aconselhamento por via telefónica a todos os que desejem parar de fumar. Em 2020, estiveram em funcionamento 152 locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, o que representou um decréscimo de 35,3% face a 2019. Portanto como demonstram os dados, entendemos a importância da educação para a saúde nos ganhos em saúde nesta área.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.22), “Os Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação são fundamentais tanto nas unidades como nas equipas domiciliárias (Unidades de Cuidados na Comunidade, por exemplo), já que estas estão direcionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional”

Com a incorporação dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação nos CSP em 2009 e posteriormente com o aparecimento das ECCI em 2010, estes profissionais foram alocados com o objetivo de dar resposta às necessidades supracitadas. (OE, 2010).

Para a OMS (2015) é essencial que quem contactar com os idosos de forma a promover a sua saúde e a capacidade funcional dos mesmos, tenha sempre presente cinco domínios (atender às suas necessidades; aprender, crescer e tomar decisões; movimentarem-se; construir e manter relacionamentos; contribuir), para que realizem as tarefas que valorizam.

O mesmo relatório da OMS, evidencia ainda áreas que não devem ser menosprezadas, pois influenciam o envelhecimento saudável, como a discriminação etária, a autonomia e a apoio que os idosos recebem para implementar políticas positivas e hábitos de promoção de saúde em todos os níveis do seu governo.

Gomes (2014) identifica o envelhecimento como um processo condicionante para a aptidão física e adjuvante do declínio da capacidade funcional. Conseguimos perceber que isto levará a que os idosos sejam mais dependentes, diminuam a sua atividade física e sejam menos ativos por si só. Esta autora identifica focos de atenção para manutenção da atividade física no idoso e para a diminuição do sedentarismo, nomeadamente, a distinção entre atividade física, exercício físico e aptidão física bem como a capacidade aeróbia, flexibilidade, coordenação, força (palmar e preensão palmar) e por último a agilidade/ equilíbrio.

Faria et al. (2021), concluíram que uma elevada percentagem da população idosa (60,7%) apresenta situações de fragilidade, sendo elas, a auto perceção de saúde deficitária, cansaço físico, dificuldade no equilíbrio, no andar e a falta de força nas mãos, entre outras.

Na enfermagem de reabilitação é importante ser proactivo no desenvolvimento de conhecimentos sólidos que fundamentem a prática, para que desta forma o papel educativo e preventivo do enfermeiro de reabilitação seja desenvolvido com primordial destaque. Neste contexto, Faria et al. (2021), consideram essencial identificar as condições e fatores de risco que previnem a progressão da fragilidade nos idosos, bem como as barreiras que limitam a capacidade funcional, cognitiva e participação nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. As mesmas autoras referem que a identificação da fragilidade, assim como os fatores que ocorrem para esta são determinantes para a prevenção, reabilitação e promoção da saúde nos cuidados de saúde primários.

Idealmente o papel da enfermagem de reabilitação deve centrar-se em educar o idoso na compreensão do envelhecimento e na manutenção da capacidade funcional para a realização das suas atividades (Fernandes, 2015). Considerando que o EEER na comunidade é importante na indicação e orientação da atividade física nos idosos, este deve explorar os motivos pelos quais os idosos não praticam atividade física, para que consequentemente consiga programar em conjunto estratégias e recursos disponíveis para diminuir os níveis de sedentarismo e o risco de complicações advindas da inatividade, pressupondo sempre que a participação dos idosos favorecerá a regulação da sua atividade física.

Faria et al. (2021) justificam ainda que os enfermeiros a nível comunitário são essenciais na intervenção precoce na fragilidade dos idosos. Devem desenvolver estratégias para a gestão de sintomas ou redução do risco de incapacidade e dependência, prevenindo assim resultados desfavoráveis como quedas, risco de institucionalização e mortalidade.

2.2- Competências dos enfermeiros de reabilitação

Fleury e Fleury (2001, pág. 183) definem competência: “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.”

Segundo o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A reabilitação, é a "especialidade multidisciplinar, que compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos (...) "sendo os seus objetivos gerais melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação. (Regulamento n.o 392/2019, pág. 13565).

O Enfermeiro especialista em Reabilitação é um profissional detentor de maior conhecimento e, com o contributo da prática, têm capacidade de tomar decisões na promoção de saúde, prevenir complicações secundárias e incapacidade. Além disso, têm como função "proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas

atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)" (Regulamento n.o 392/2019, pág. 13565).

Atuam desta forma, pois assim conseguem assegurar a manutenção de capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como também proporcionam intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, minimizar o impacto das incapacidades instaladas. A atuação destes profissionais de enfermagem estabelece-se tanto em momento de doença ou de acidente, como ao nível de disfunções neurológicas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas e outras deficiências e incapacidades. Para garantir o sucesso nos cuidados, os EEER utilizam técnicas exclusivas de reabilitação e intervêm na educação dos utentes e pessoas na família, na elaboração da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas no seio familiar e da comunidade, proporcionando, "o direito à dignidade e à qualidade de vida." (Regulamento n.o 392/2019, pág. 13565).

De acordo com o artigo 4º da publicação do Diário da República referida nos parágrafos anteriores, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes: *Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.*

No sentido de elaborar propostas de reabilitação eficazes que orientem os profissionais de enfermagem é necessário, uma avaliação cuidada do desempenho das AVD'S. Estes profissionais, tem como principal objetivo proporcionar um envelhecimento o mais independente possível (Fernandes, 2015).

No regulamento n.o 350/2015, o EEER no âmbito das suas intervenções, utiliza técnicas, prescreve produtos de apoio, como ajudas técnicas e dispositivos de compensação e intervêm na educação dos pacientes e das pessoas significativas ao longo de todo o seu ciclo vital e em todos os contextos da prática de cuidados. O regresso a casa, a continuidade de cuidados, a reintegração no seio comunitário, são características que o EEER deve ter em atenção.

Modelos como, o modelo das transições de Afaf Meleis e do autocuidado de Dorothea Orem, revelam-se estruturantes e de excelência para otimizar a qualidade do exercício profissional na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional o EEER deve sempre procurar: elevados níveis de satisfação dos doentes; promover a saúde do doente para que alcancem o máximo potencial; prevenir complicações para a saúde do doente, maximizar o bem-estar e o autocuidado suplementando/complementando as atividades de vida às quais o doente é dependente; desenvolver processos de readaptação funcional eficazes para os problemas de saúde; desenvolver processos de reeducação funcional, tendo em vista a qualidade de vida e reintegração e a participação na sociedade; promover a inclusão social das pessoas com deficiência e por último contribuir para a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.o 350/2015).

O regulamento n.o 350/2015, diz-nos que em Portugal, na restante Europa e outros países em desenvolvimento, o aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população acaba por se traduzir num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências e assim sendo a necessidade de cuidados de reabilitação nestas populações cresce exponencialmente e constitui um desafio constante para os especialistas em enfermagem de reabilitação.

O EEER deve continuamente procurar incorporar novas descobertas da investigação na sua prática, de forma a que desenvolva uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando em projetos de investigação que possibilitem o aumento do conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade. Isto vai de encontro aos objetivos gerais da especialidade bem como às competências deste profissional. (Regulamento n.o 392/2019). Para que desta forma seja possível fazer o melhor planeamento possível, implementando sempre a promoção da saúde do doente. Mantendo uma relação harmoniosa entre o saber e o fazer, ou seja, o nível de conhecimento é diretamente proporcional à qualidade dos cuidados que são prestados.

Nutbeam (1998) considera a educação para a saúde o pilar para aumentar a literacia em saúde, traduzindo a literacia em saúde num conjunto de competências que desenvolvidas no âmbito da sua utilização e compreensão, possam ter implicações positivas e que promovam e mantenham o estado de saúde da pessoa que as utilizar.

Assim este autor considera de extrema importância desenvolver a literacia em saúde, acrescer conhecimentos o mais atuais possíveis à comunidade sendo o caminho para que cada indivíduo possa tomar decisões conscientes e informadas sobre atitudes que influenciam a sua saúde.

É só através de programas promotores de saúde que conseguimos aumentar os níveis de literacia em saúde, bem como influenciar os comportamentos de saúde de forma a que a pessoa seja envolvida e reflita no seu estado de saúde. Como salienta Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (2010), os EEER atuam como agentes fulcrais na obtenção de ganhos em saúde da população portuguesa. Podem desta forma contribuir para o Plano Nacional de Saúde ao serem intervenientes e parceiros na criação de ganhos em saúde nas mais diversas áreas da sua intervenção, pois surgem como potenciadores de hábitos positivos, sendo que os ganhos em saúde podem ser diversos, é de salientar alguns: aumentar o nível de independência das pessoas e família; diminuir a incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade (úlceras de pressão, infeções respiratórias, infeções urinárias, deformidades osteoarticulares e hipotonicidade muscular); aumentar a adesão ao regime terapêutico; diminuir a dependência funcional e social e por último diminuir a morbilidade.

Com a implementação de um projeto pelo profissional de saúde é possível influenciar o processo de envelhecimento e as alterações envolvidas, adaptando as suas intervenções à situação (Bragança, 2020). Nos cuidados de saúde primários, o EEER pode integrar projetos e programas que tenham em conta a realidade de saúde e social, mais especificamente em programas de intervenção comunitária, como por exemplo, nos cuidados domiciliários. Adquire ainda um papel determinante na formação de empresas e organizações públicas e no âmbito da segurança social (Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2010).

Em suma a educação para a saúde em doentes com incapacidade, doenças crónicas ou resultantes do envelhecimento, torna-se importante na promoção da qualidade de vida da pessoa e família (Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 2010).

3 – PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Enfatizando o aumento da esperança média de vida, verificamos que o aparecimento de doenças crónicas, de comorbidades, de incapacidades e dependências também aumenta. A maior consequência desta situação é o aumento da procura pelos cuidados de saúde primários, fazendo com que eleve a importância das UCC, elaborando um programa de intervenção específico para a população idosa portuguesa e que este vá de encontro às necessidades dessa população (Cardoso, 2016).

Assim, a adoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida e a sua manutenção efetiva, revelam que nos períodos de transição como a meia-idade, é extremamente importante potenciar a saúde das pessoas, contribuindo para um maior controlo e gestão das situações crónicas, bem como prevenir as várias complicações que estão associadas (Canhestro, 2018).

Como refere Cardoso (2016), os desafios para mantermos um estilo de vida saudável, que surgem da problemática do envelhecimento, geram necessidades exponenciais, focando-se essencialmente na promoção da saúde do idoso e das suas particularidades, bem como a promoção da autonomia, da capacidade funcional e aumentando também a sua qualidade de vida e bem-estar.

Percebemos que é através da investigação que conseguimos alcançar algumas conclusões, particularmente as fases para definir o procedimento e consequentemente obter respostas e resultados para o estudo estabelecido, seguindo-se a próxima fase.

A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação, é no decurso desta fase que se determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. Após ter estabelecido a maneira de proceder, define-se a população em estudo, determina-se o tamanho da amostra e faz-se a precisão dos métodos de colheita de dados. Assegura-se ainda a fidelidade e a validade dos métodos de colheita de dados, de forma a obter resultados fiáveis (Fortin, 2009).

Vilelas (2017), diz que um método ou processo científico, consiste no conjunto de práticas utilizadas e comprovadas como válidas pela comunidade científica. As teorias científicas têm como objetivo, explicar os fenómenos observados, podendo ou não se apoiar em experiências que as certifiquem.

As etapas definidas, ou seja, as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenvolvimento do estudo (Fortin, 2009).

O estudo desenvolvido foi de natureza quantitativa, descritivo e exploratório e de corte, mas também com interesse metodológico considerando que nesta amostra pretendemos validar um instrumento pouco extenso que facilite avaliar o Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), com vista ao uso na prática clínica dos enfermeiros de reabilitação.

O presente estudo decorreu do desenvolvimento do projeto de investigação da Unidade Científica Pedagógica – Enfermagem: Disciplina & Profissão (UCP-EDP) da ESEP, “Viver bem, com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional”, que é um projeto desenvolvido em parceria entre a Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto UNIESEP/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão que, numa primeira etapa, integra uma investigação, a qual pretende obter informação para melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes neste concelho.

Fortin (2009) refere que, se deve indicar de forma clara e sucinta, qual o fim que se pretende atingir, particularizando as variáveis, a população onde serão colhidos os dados e o verbo que orienta a investigação, decorrente disso propomo-nos atingir os seguintes objetivos:

- Descrever a relação entre as características sociodemográficas dos idosos e as áreas que interferem com os seus estilos de vida;
- Analisar a relação entre as condições de saúde e os estilos de vida dos idosos;
- Analisar o comportamento estabelecido na Escala de estilos de vida da população idosa Portuguesa.

Desta forma, o presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades em saúde da população idosa portuguesa, no contexto dos estilos de vida dos mesmos, no concelho de Vila Nova de Famalicão, com o propósito de adequar a prática de enfermagem às potenciais necessidades reais dos idosos.

3.1- Da pergunta de partida às perguntas de investigação

Fortin (2009) afirma que as questões de investigação surgem “diretamente do objetivo de investigação e indicam o que o investigador quer obter como informação”. Estas referem-se à descrição de conceitos ou populações ou ao estabelecimento de relações entre variáveis.

Iniciamos pela pergunta de partida “Será que os idosos apresentam um perfil de estilos de vida de acordo com as suas características e capaz de ser avaliado por uma escala consistente e passível de se aplicar na prática de cuidados de reabilitação?”

Decorrente da pergunta de partida e tendo em conta os objetivos identificamos as seguintes questões:

- Será que os idosos apresentam estilos de vida específicos de acordo com as suas características sociodemográficas?
- Será que a perceção de saúde dos idosos, influencia os estilos de vida dos mesmos?
- Será que a Escala de Estilos de Vida de Nahas 2000, é fiável para se aplicar à população idosa portuguesa?

3.2- Variáveis em estudo

“As variáveis têm de estar de acordo com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses e em consonância com o marco teórico” (Vilelas, 2017, p. 135)

Segundo Vilelas (2017), uma variável mostra-nos que o importante na essência da investigação é compreender o porquê da variação dos valores, bem como a variação de uma variável como influenciadora de outra.

Para este estudo, utilizaram-se variáveis sociodemográficas, variáveis das condições de saúde e variáveis dos estilos de vida.

Para melhor compreensão dessas variáveis, apresenta-se a lógica da operacionalização.

Na tabela 1 encontram-se as variáveis sociodemográficas e as variáveis clínicas, com os respectivos tipos de variáveis e opções de resposta.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas

Variável	Tipo de Variável	Indicador de Resposta
Sexo	Nominal	Feminino Masculino
Idade	Numérica	Anos
Estado civil	Nominal	Solteiro/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viúvo/a
Idade convivente/cônjuge	Numérica	Anos
Número de filhos	Numérica	Número
Alfabetismo	Nominal	Sim Não
Escolaridade	Ordinal	Nenhuma Ensino básico – 1o ciclo (4o ano antigo) Ensino básico – 2o ciclo (6o ano antigo) Ensino básico – 3o ciclo (9o ano antigo) Ensino secundário – 12o ano (7o ano do liceu/ propedêutico) Ensino pós-secundário – curso de especialização tecnológica Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
Fonte de rendimento	Nominal	Trabalho Reforma/Pensão Rendimento social de inserção Outra: Qual

As variáveis socio demográficas tem dois objetivos por um lado a caracterização da amostra e por outro encontrar relação destas com o perfil do estilo de vida.

Na tabela 2 encontram-se representadas as variáveis das condições de saúde.

Tabela 2 - Variáveis percepção do estado de saúde

Variável	Tipo de Variável	Indicador de Resposta
Estado de saúde percebido	Nominal	Muito bom Bom Mau Muito mau

A variável percepção do estado de saúde advém da opinião sobre como o idoso vê o seu estado de saúde no momento.

Por fim, na tabela 3 encontram-se as variáveis dos estilos de vida.

Tabela 3 - Variáveis dos estilos de vida

Variável	Tipo de Variável	Indicador de Resposta
Alimentação Atividade física Comportamentos preventivos, Comportamentos relacionais, Controlo de <i>stress</i>	Nominal	Não faz parte do meu estilo de vida Por vezes corresponde ao meu comportamento Quase sempre verdadeiro no meu comportamento A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia

Os Estilos de Vida são um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2013). Foi utilizado o “Perfil do Estilo de Vida Individual” deste autor, que inclui cinco dimensões fundamentais: alimentação; atividade física; comportamento preventivo; comportamento relacional e controlo do stress. A escala compreende um total de 15 questões, três para cada um dos componentes do estilo de vida. Cada questão possui uma escala tipo Likert de resposta, que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil negativo de estilo de vida, e correspondem respetivamente a: “absolutamente não faz parte do meu estilo de vida” e “às vezes corresponde ao meu comportamento”. As respostas associadas ao perfil positivo correspondem aos valores “2” e “3”, os quais descrevem, respetivamente: “quase sempre verdadeiro no meu comportamento” e “sempre verdadeira no meu dia-a-dia” (Both, et al. 2008) e, quanto mais elevada for a pontuação total obtida, mais adequado é o estilo de vida do idoso, sendo utilizada apenas a classificação final.

3.3- Contexto do estudo

O presente estudo enquadra-se num projeto da ESEP e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, onde se estudou várias faixas etárias da população de um município. Contudo, neste estudo, delimitamos as pessoas com idade superior a 65 anos que, nesta região, se estimava serem 24560 indivíduos (Pordata, 2020b).

Amostra acessível, não probabilística, a partir de informantes chave que foram os presidentes das juntas de 26 freguesias, que aceitaram participar no estudo e assim obtiveram-se 2461 questionários válidos, pelo que a amostra garante um nível de confiança de 95% com um erro amostral de 2%.

3.4- Instrumento de colheita de dados

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi um inquérito, aplicado por peritos treinados para o efeito e do qual fazia parte a escala Perfil do Estilo de Vida Individual, testada e aprovada em português do Brasil, sendo esta aplicada através de uma entrevista.

“Durante a fase conceptual e metodológica do processo de investigação, o investigador tem liberdade de optar pelo tipo de estudo que melhor traduza a análise dos dados recolhidos, tendo sempre presente como fio condutor os objetivos traçados.” (Vilelas, 2017, p. 94), normalmente tem por base informações ou dados primários, que são obtidos diretamente da realidade.

Para a realização da colheita de dados, o instrumento aplicado foi o inquérito (Anexo I), sendo que este pode ser definido como a técnica de investigação, que se constitui por um determinado número que pode ser grande ou pequeno, de questões escritas e que tem como objetivo a descrição de populações (Vilelas, 2017). O inquérito ad hoc era a base da entrevista e foi construído no âmbito do estudo do “contexto familiar ao apoio institucional” e para o presente estudo apenas foi utilizada parte do instrumento, considerando os objetivos delineados.

O questionário construído (Anexo I) divide-se, então, em três partes principais:

Parte I – Características sociodemográficas e clínicas: permite a caracterização dos idosos quanto ao género, idade, estado civil, idade convivente/conjuge, número de filhos, alfabetismo, escolaridade e fonte de rendimento;

Parte II – Condições de Saúde: composto pela perceção do seu estado de saúde;

Parte III – Estilos de Vida: fornece informações relativas à alimentação, atividade física, comportamentos preventivos, comportamentos relacionais, controlo de *stress*.

Assim, o que se pretendia com esta investigação, foi realizar a descrição e exploração das principais características da população idosa do concelho de Vila Nova de Famalicão, de forma a validar a escala utilizada, por intermédio da aplicação do questionário a um grupo restrito.

3.5- Procedimento de colheita de dados

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com recurso ao paradigma quantitativo, tendo por finalidade identificar as necessidades de saúde observadas na amostra estudada, transpondo estes dados através da escala dos estilos de vida. Este programa destinou-se à população da área de influência do concelho de Vila Nova de Famalicão.

A colheita de dados decorreu durante todo o ano de 2018 e foi realizada através da deslocação dos colaboradores da investigação às diferentes freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, incluídas no presente estudo, pelo que o investigador não teve contacto com a população e com a amostra em estudo.

No total foram inquiridos 2461 idosos, residentes nas freguesias pertencentes ao concelho anterior.

O procedimento desenvolvido para a colheita de dados, desenrolou-se da seguinte forma:

- Formalizar o pedido de colaboração para participar no processo de investigação, realizado pelo presidente da junta ou uma pessoa a que este delegava e marcar o primeiro encontro;
- Explicar os objetivos desta investigação, garantindo que durante todo o processo existiria confidencialidade das respostas, assinar o consentimento e marcar o segundo encontro;
- Entregar o questionário e estabelecer com o idoso uma abordagem simples para que, através de uma avaliação inicial, fosse possível perceber se o mesmo era capaz de preencher o questionário ou seria tarefa do colaborador;
- Recolher o questionário de acordo com o negociado com o idoso.

Relativamente ao consentimento informado, foi obtido através da informação fornecida pelo colaborador e por escrito. No cabeçalho do questionário estava a apresentação do estudo e objetivos assim como foram disponibilizados alguns contactos telefónicos dos investigadores principais para o caso de ser necessário alguma informação ou esclarecimento adicional de alguma dúvida que surgisse no decorrer do preenchimento do questionário.

Todos os participantes foram informados acerca do direito de recusar a participação no estudo ou a desistência durante o mesmo, esclarecendo que, nessas circunstâncias, não haveria punição ou qualquer implicação. Foi ainda assegurado o anonimato, a privacidade e a confidencialidade de toda a informação recolhida. Os dados foram recolhidos no domicílio ou num local indicado pelo idoso.

4- DA PERCEÇÃO DOS IDOSOS À FIABILIDADE DA ESCALA

Posteriormente à colheita de dados, segue-se a análise e tratamento dos dados obtidos, que serão apresentados neste capítulo. O estudo das variáveis foi realizado através da análise da estatística descritiva, mediante o programa de Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. O que se pretende após a colheita de dados é sistematizar todas as informações fornecidas pelos idosos, acerca da sua percepção e opinião sobre a sua saúde.

4.1- Caracterização da amostra

Na apresentação do estudo aparecerão quadros, tabelas e gráficos como elementos de apresentação dos dados pesquisados. No tratamento estatístico são utilizadas frequências absolutas, medidas de tendência central (média, mediana, moda, medidas de dispersão e desvio-padrão) (Vilelas, 2017, p. 95), neste subcapítulo traçaremos o perfil dos participantes do estudo.

Tabela 4 - Distribuição da amostra por sexo

Sexo	Nº	%
Masculino	800	32,5
Feminino	1661	67,5
Total	2461	100,0

Verificamos através da tabela 4, um total de 2461 idosos, sendo mais de metade do sexo feminino (67,5%).

Tabela 5 - Distribuição da amostra estado civil

Estado Civil	Nº	%
Solteiro(a)	568	23,1
Casado(a)	1441	58,6
Separado(a)	30	1,2
Divorciado(a)	53	2,2
Viúvo(a)	369	15,0
Total	2461	100,0

Quando questionamos os idosos acerca do seu estado civil, podemos observar que a maioria é casado(a), 1441 idosos condizendo com uma percentagem de 58,6% (tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição da amostra por classes de idade

Classes de idades	Nº	%
dos 65 aos 75	1508	61,3
dos 76 a 85	741	30,1
mais de 85	212	8,6
Total	2461	100,0

Na tabela 6, verificamos que a maior representação deste estudo é de idosos dos 65 aos 75 anos, mais especificamente 1508, traduzindo-se numa percentagem de 61,3%. Esta amostra teve um intervalo de idades dos 65 aos 99 anos, tendo a media de idades ocorrido nos 73,79 anos com um desvio padrão de 6,812 e a moda nos 71.

Tabela 7 - Distribuição da amostra pelas classes de idade do convivente/cônjuge

Classes idade convivente/cônjuge	Nº	%
dos 20 aos 30	3	0,1
dos 31 aos 40	46	1,9
dos 41 aos 50	65	2,7
dos 51 aos 60	322	13,1
dos 61 aos 70	666	27
dos 71 aos 80	811	32,9
dos 81 aos 90	6	0,2
dos 91 aos 100	16	0,6
Total	1935	78,6

Conforme é possível verificar na tabela 7, o intervalo de idades do convivente/cônjuge com maior representação surge na classe de idades de 71 aos 80 anos com uma percentagem de 32,9%. As idades variam entre 24 e 94 anos, sendo a média de idades estabelecida nos 67,24 anos com um desvio padrão de 9,221.

Tabela 8 - Distribuição da amostra consoante o inquirido saber ler

Saber ler	Nº	%
Sim	2216	90,0
Não	245	10,0
Total	2461	100,0

Quando questionamos os idosos se sabia ler (tabela 8), 2216 responderam que sim (90,0%).

Tabela 7 - Distribuição da amostra consoante o inquirido saber escrever

Saber escrever	Nº	%
Sim	1976	80,3
Não	485	19,7
Total	2461	100,0

A mesma questão foi feita aos idosos, quanto ao saber escrever (tabela 9) e verificamos que 1976 idosos (80,3%) sabiam escrever, o que nos ajuda a compreender que há um aumento quase para o dobro dos que além de não saberem ler (245) também não sabem escrever (485).

Tabela 8 - Distribuição da amostra pela escolaridade dos inquiridos

Escolaridade	Nº	%
Nenhuma	1086	44,1
Ensino básico? 1º ciclo (4º ano antigo)	1141	46,4
Ensino básico? 2º ciclo (6º ano antigo)	125	5,1
Ensino básico? 3º ciclo (9º ano antigo)	49	2,0
Ensino secundário? 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	33	1,3
Ensino pós-secundário? curso de especialização tecnológica	6	0,2
Bacharelato	4	0,2
Licenciatura	14	0,6
Mestrado	2	0,1
Doutoramento	1	0,001
Total	2461	100,0

Com esta tabela (tabela 10), concluímos que existe uma grande discrepância quando falamos de escolaridade. Analisando estes dados, aferimos que 1086 (44,1%) idosos não têm nenhuma escolaridade. Os idosos com o ensino básico 1º ciclo (4º ano antigo), são os que ocupam maior percentagem 46,4% (1141).

Tabela 9 - Distribuição da amostra pelas fontes de rendimento

Fonte de rendimento	Nº	%
Trabalho	888	36,1
Reforma/pensão	1561	63,4
Rendimento social de inserção	5	0,2
Outra	7	0,3
Total	2461	100,0

Como a idade mínima para integrar o estudo era de 65 anos, após analisar a tabela 11, é expectável que a maioria dos idosos se sustente com base na reforma/pensão, o equivalente a 1561 (63,4%) dos idosos.

Tabela 10 - Descrição da percepção do estado de saúde

Estado de saúde	Nº	%
Muito Bom	724	29,4
Bom	1061	43,1
Mau	475	19,3
Muito mau	49	2,0
Total	2309	93,8

Sobre a percepção que os idosos têm da sua saúde, dados presentes na tabela 12, indicam que só 93,8% expressaram a sua opinião, podendo-se concluir que a maior percentagem dos idosos se considera com boa saúde (43,1%).

4.2- Estilos de vida dos idosos

Neste subcapítulo, serão analisados os dados correspondentes aos estilos de vida dos idosos, onde se irá perceber o perfil dos estilos de vida do idoso.

Recordando as orientações do autor Markus Nahas, que caracteriza um estilo de vida positivo ou negativo, de acordo com a forma como as pessoas usam os componentes, se o fizerem de forma correta, promovem um estilo de vida saudável. Os componentes são: a alimentação, a atividade física, o comportamento preventivo, o comportamento relacional e o controlo do stress (Nahas, et al., 2000). Cada um destes componentes é composto por um conjunto de três perguntas, que serão introduzidas de seguida na análise do perfil de estilo de vida. O autor considera haver qualidade de vida quando existe equilíbrio e harmonia em todos os aspetos da vida, especificando que quando vivemos com qualidade de vida prolongamos os anos de vida também. A proposta deste autor visa a gestão positiva dos 5 componentes que deram origem ao perfil dos estilos de vida dos idosos. Para uma boa manutenção destes estilos de vida é necessário que nos relacionemos com outras pessoas, que disponhamos sempre de tempo para relaxar e para nos sentirmos confortáveis com o ambiente que nos rodeia, apresentar comportamentos preventivos como, evitar o consumo de álcool e abstermo-nos do uso de drogas, atender sempre aos princípios ergonómicos e da utilização de equipamentos de

segurança no trabalho e ainda utilizarmos cinto de segurança e respeitar as regras de trânsito. Apresentamos um estilo de vida positivo quando realizamos atividade física constante e regularmente, durante a semana e associamos uma boa alimentação, em que nesta deve constar vegetais, fibras e não deve fazer parte alimentos agrotóxicos e gorduras saturadas. Por último é necessário existir também um controlo positivo e equilibrado do stress, pois surge como um fator importante para conseguirmos gerir as consequências de eventos que despoletem maior stress no quotidiano.

Tabela 11 - Distribuição das opiniões sobre a alimentação diária que inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças

Opinião sobre a alimentação	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	782	31,8
Por vezes corresponde	659	26,8
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	503	20,4
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	517	21,0
Total	2461	100,0

No que concerne à alimentação diária praticada pelos idosos estudados, 31,8% referem que a sua alimentação não contém pelo menos as 5 porções de frutas e hortaliças preconizadas, contrapondo, cerca de 21% dos idosos referem ser sempre verdadeira a imposição desta alimentação diariamente (tabela 13).

Tabela 12 - Distribuição da amostra quando evitar ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces

Evitar tipo de alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	633	25,7
Por vezes corresponde	892	36,2
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	404	16,4
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	532	21,6
Total	2461	100,0

Quando questionados sobre a ingestão de alimentos gordurosos, 25,7% dos idosos referem que a ingestão deste tipo de alimentos não faz parte do seu estilo de vida. No entanto, uma percentagem elevada (21,6%), afirmam que este comportamento está sempre presente no seu dia a dia (tabela 14).

Tabela 13 - Distribuição da amostra quando faz 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço

4 a 5 refeições por dia e um bom pequeno almoço	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	843	34,3
Por vezes corresponde	349	14,2
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	577	23,4
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	692	28,1
Total	2461	100,0

Na questão da tabela 15, voltamos a verificar que a maior percentagem se foca na não realização de 4 a 5 refeições por dia, com 34,4%, sendo que a percentagem para a realização de uma boa alimentação, considerando as 4 a 5 refeições, se fica por apenas 28,1%.

No que se refere à componente Nutrição do Estilo de Vida, uma parte muito significativa dos idosos (62.4%) afirma fazer um número adequado de refeições, incluindo um pequeno-almoço. Por outro lado, no que diz respeito ao consumo de alimentos prejudiciais à saúde como as gorduras ou a utilização de alimentos saudáveis como os legumes e as frutas, verifica-se que não são preferencialmente evitados ou consumidos, respetivamente.

Tabela 16 - Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente nutrição

Perfil	Frequência	Percentagem
Estilo de vida negativo	947	38,5
Estilo de vida positivo	1514	61,5
Total	2461	100,0

Pode-se assim concluir que o perfil de estilo de vida na alimentação é positivo para 61,5% dos idosos, ficando destes dados uma amostra de 38,5% de idosos que necessitam de intervenção para melhorar o seu estilo de vida alimentar.

Tabela 17 - Distribuição da amostra quando no seu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança)

Pratica de atividades físicas no tempo livre	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	366	14,9
Por vezes corresponde	1248	50,7
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	447	18,2
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	400	16,3
Total	2461	100,0

Após a análise da tabela 17, verificamos que, quando falamos de atividade física, uma parte dos idosos não praticam desporto, cerca de 14,9% e apenas 16,3% dos idosos pratica desporto no seu dia a dia.

Tabela 18 - Distribuição da amostra quando pelo menos duas vezes por semana realizam exercícios que envolvem força e alongamento muscular

Realiza exercícios que incluem força e alongamento muscular?	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	473	19,2
Por vezes corresponde	1257	51,1
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	346	14,1
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	385	15,6
Total	2461	100,0

O mesmo acontece com os exercícios de fortalecimento e alongamento muscular (tabela 18), em que apenas 15,6% dos idosos realiza exercícios de força e alongamentos, enquanto que, a maioria (51,1%), por vezes corresponde a prática destes exercícios no seu dia-a-dia.

Tabela 19 - Distribuição da amostra por se no seu dia-a-dia, caminha ou pedala como meio de transporte e se, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador

Caminha ou pedala, usa escadas ao invés do elevador	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	288	11,7
Por vezes corresponde	1461	59,4
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	379	15,4
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	333	13,5
Total	2461	100,0

Continuando no foco do exercício físico, na tabela 19, observamos a maior discrepância. Quando analisada esta questão, verifica-se que 59,4% da população idosa não utiliza com regularidade as escadas ao invés do elevador ou caminha em vez de utilizar meios de transporte. Só uma pequena percentagem diz que caminha ou pedala, usa escadas ao invés do elevador no seu dia a dia (13,5%).

Relativamente à atividade física, as questões colocadas não obtêm respostas com um sentido definido, ainda que a maior percentagem se situe preferencialmente no item: 'por vezes corresponde' com uma tendência positiva, isto é, são poucas as pessoas que referem a atividade física, nas opções apresentadas, como não fazendo parte dos seus estilos de vida. Esses dados, de certa forma, podem até ser surpreendentes, tendo em conta as características sociodemográficas da população, mas tendo em consideração os resultados, são um bom indicador.

Tabela 20 – Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente atividade física

Perfil	Frequência	Percentagem
Estilo de vida negativo	818	33,2
Estilo de vida positivo	1643	66,8
Total	2461	100,0

Sobre a atividade física numa visão global, podemos afirmar que 66,8% dos idosos tem um perfil positivo o que mais uma vez 33,2% necessitam de intervenção nesta área.

Tabela 21 - Distribuição da amostra pelo conhecimento da sua tensão arterial, os seus níveis de colesterol e se procura controlá-los

Conhece a tensão arterial, os seus níveis de colesterol e controla-os	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	754	30,6
Por vezes corresponde	898	36,5
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	311	12,6
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	498	20,2
Total	2461	100,0

Sobre o controlo dos parâmetros do estado de saúde como a tensão arterial, os seus níveis de colesterol e ainda se procura controlá-los, as percentagens mais elevadas correspondem aos idosos

que por vezes tem este conhecimento (36,5%), contudo salienta-se que só 20,2% afirma que no seu dia a dia tem conhecimento destes valores e controla-os.

Tabela 22 - Distribuição da amostra por evitar fumar e ingerir álcool com moderação (ou não beber)

Evita fumar e ingerir álcool?	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	915	37,2
Por vezes corresponde	926	37,6
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	326	13,2
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	294	11,9
Total	2461	100,0

Sobre os hábitos de fumar e ingerir álcool, uma pequena percentagem dos idosos (11,9%) tem por hábito evitar ingerir álcool e fumar tabaco no seu dia a dia, no entanto, a maior percentagem (37,6%) diz por vezes corresponder ao seu dia a dia evitar fumar e ingerir álcool.

Tabela 23 - Distribuição da amostra do respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduz, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool

Respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduz, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	1254	51,0
Por vezes corresponde	521	21,2
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	236	9,6
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	450	18,3
Total	2461	100,0

Quando analisados os resultados face ao comportamento preventivo no que respeita a normas de trânsito verificamos que a maioria (51%) diz não fazer parte do seu estilo de vida e apenas 18,3% diz ter esse cuidado no dia-a-dia.

Tabela 24 – Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente comportamento preventivo

Perfil	Frequência	Porcentagem
Estilo de vida negativo	340	13,8
Estilo de vida positivo	2121	86,2
Total	2461	100,0

Face aos dados analisados na avaliação global do comportamento preventivo verificamos que 86,2% recaí no estilo de vida positivo. Contudo, considerando as componentes desta variável podemos dizer que os enfermeiros devem reforçar a informação ou mesmo capacitação para “respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista)”; “quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool” seguindo-se “evitar fumar e ingerir álcool com moderação (ou não beber)” e “conhecimento da sua tensão arterial, os seus níveis de colesterol e se procura controlá-los”, pois as maiores percentagens dentro de cada uma pesam para os comportamentos negativos.

Tabela 25 - Distribuição da amostra por procurar cultivar amigos e estar satisfeito com os seus relacionamentos

Cultiva amigo e está satisfeito com os seus relacionamentos	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	967	39,3
Por vezes corresponde	630	25,6
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	320	13,0
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	544	22,1
Total	2461	100,0

A maior percentagem de idosos 39,3%, não cultivam amigos nem estão satisfeitos com os seus relacionamentos. Apenas 22,1% procuram cultivar amizades e estão satisfeitos com os seus relacionamentos.

Tabela 26 - Distribuição da amostra perante no seu tempo livre procura ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais

No tempo livre procura ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	758	30,8
Por vezes corresponde	808	32,8
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	438	17,8
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	457	18,6
Total	2461	100,0

Verificamos que a maior percentagem de idosos (32,8%) diz que por vezes procura no seu tempo livre ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participar em associações ou entidades sociais e apenas 18,6% preocupa-se em estar com amigos, participar em atividades de grupo ou associar-se a entidades sociais.

Tabela 27 – Distribuição da amostra perante procurar ser ativo na comunidade, sentir-se útil no ambiente social

Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	614	24,9
Por vezes corresponde	734	29,8
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	553	22,5
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	560	22,8
Total	2461	100,0

A percentagem dos idosos que procuram ser ativos na sua comunidade e sentirem-se úteis no seu ambiente social, apenas ocorre como comportamento no dia-a-dia em 22,8%. A maior percentagem dos idosos nesta componente (29,8%) só o procura fazer por vezes.

Tabela 28 – Distribuição do Perfil de Estilo de vida na componente relacionamento social

Perfil	Frequência	Porcentagem
Estilo de vida negativo	434	17,6
Estilo de vida positivo	2027	82,4
Total	2461	100,0

Quando analisada a componente relacionamento social, podemos afirmar que mais de três quartos (82,4%) têm um estilo positivo. Mas também podemos afirmar que os enfermeiros devem de utilizar estratégias que melhorem as condições de relacionamento dos idosos, pois um quarto da amostra não valoriza o relacionamento.

Tabela 29 - Distribuição da amostra por reservar tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar

Reserva tempo (5min) para relaxar	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	507	20,6
Por vezes corresponde	1078	43,8
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	468	19,0
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	408	16,6
Total	2461	100,0

Podemos observar na tabela 29, que cerca de 20,6% dos idosos não têm uma procura positiva para relaxar pelo menos 5 minutos por dia e apenas 16,6% dos idosos procuram de alguma forma, ter períodos de relaxamento ao longo do seu dia. A maior percentagem fá-lo às vezes.

Tabela 30 - Distribuição da amostra sobre se mantem uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado

Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	406	16,5
Por vezes corresponde	868	35,3
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	649	26,4
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	538	21,9
Total	2461	100,0

Verificamos que a maior percentagem dos idosos (35,3%) só por vezes consegue manter-se numa discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado, contudo 21,9% consegue manter-se calmo durante uma discussão, mesmo quando contrariado.

Tabela 31 - Distribuição quanto ao equilíbrio do tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer

Equilíbrio de tempo dedicado ao trabalho com o dedicado ao lazer	Nº	%
Não faz parte do meu estilo de vida	493	20,0
Por vezes corresponde	959	39,0
Quase sempre verdadeiro no meu comportamento	520	21,1
A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia	489	19,9
Total	2461	100,0

Verificamos que percentagens entre os idosos que equilibram o tempo dedicado ao trabalho e ao lazer são de 19,9% próxima dos valores percentuais dos que não o fazem (20,0%), contudo a maior percentagem é dos que o fazem as vezes (39%).

Tabela 32 – Distribuição do Perfil de Estilo de vida no componente controlo de stress

Perfil	Frequência	Percentagem
Estilo de vida negativo	662	26,9
Estilo de vida positivo	1799	73,1
Total	2461	100,0

Quando analisada esta componente no global, verificamos um estilo positivo com 73,1%.

Mantendo-se nas três dimensões valores próximos dos vinte por cento, para os que tem o melhor posicionamento dentro de cada uma.

Quando analisado o estilo de vida no global do valor oferecido pela escala verificamos que a representação do estilo de vida positivo passa a ser de cerca de metade da amostra, o que justifica o trabalho necessário a ser desenvolvido nesta área pelos enfermeiros, apresentando os seguintes valores:

Tabela 33 – Representação do estilo de vida global da amostra

Perfil	Frequência	Percentagem
Estilo de vida negativo	1171	47,6
Estilo de vida positivo	1290	52,4
Total	2461	100,0

Verificamos que a maioria dos idosos apresenta um estilo de vida positivo (52,4%), o que nos levou a explorar mais esta variável no seu todo, face às características dos idosos.

De seguida, irão ser respondidas as perguntas de investigação reformuladas na fase de planeamento: Será que os idosos apresentam estilos de vida específicos de acordo com as suas características sociodemográficas?

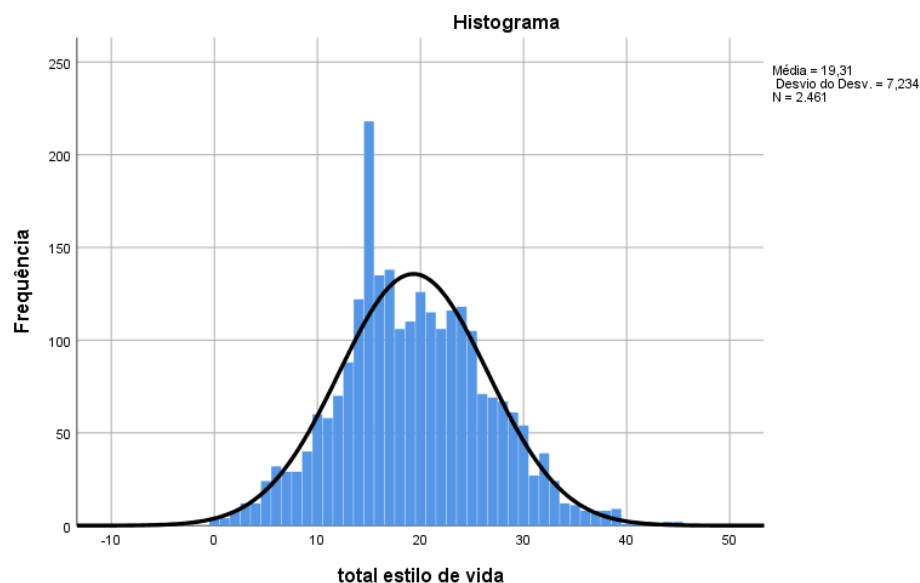


Gráfico 1 - Distribuição da normalidade pelo total de itens dos estilos de vida

Através do histograma apresentado no Gráfico 1, é possível verificar que existe uma distribuição próxima da normalidade quanto aos estilos de vida, verificando a curva em forma de sino, característica da distribuição normal.

Sobre a relação entre estilo de vida e sexo dos idosos verificamos não ser igual nos dois grupos, com recurso a uma análise de amostras independentes por sexo e ao teste de Mann-Whitney e com uma análise de significância de 0,05 com um valor de 0,003.

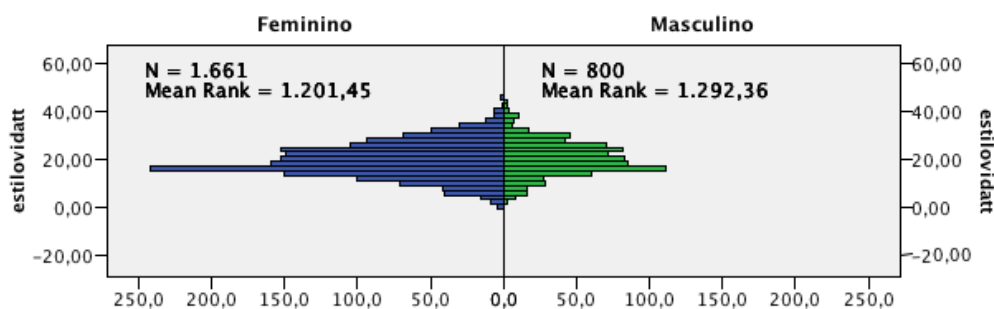


Gráfico 2 - Comparação do estilo de vida por sexo

Analisado o ranking das mulheres (1.201,45), este é menor do que os homens (1.292,36) (Gráfico 2).

Quando observamos o estado civil e o estilo de vida a partir de amostras independentes por estado, verificamos que ocorre uma distribuição diferente com o valor de 0,000 com recurso ao teste de Kruskal- Wallis e com uma análise de significância de 0,05.

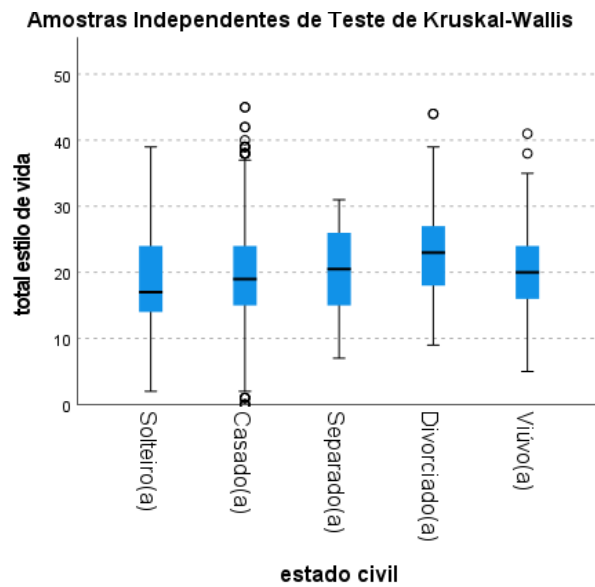


Gráfico 3 - Estilos de vida face ao estado civil

Da análise do gráfico de caixas (Gráfico 3), verificamos que existem variações dos valores de estilos de vida, sendo que, por grupo, o valor médio mais elevado é no grupo dos divorciados e o menor é no grupo dos solteiros, seguido dos viúvos. Os casados são os que têm maior dispersão.

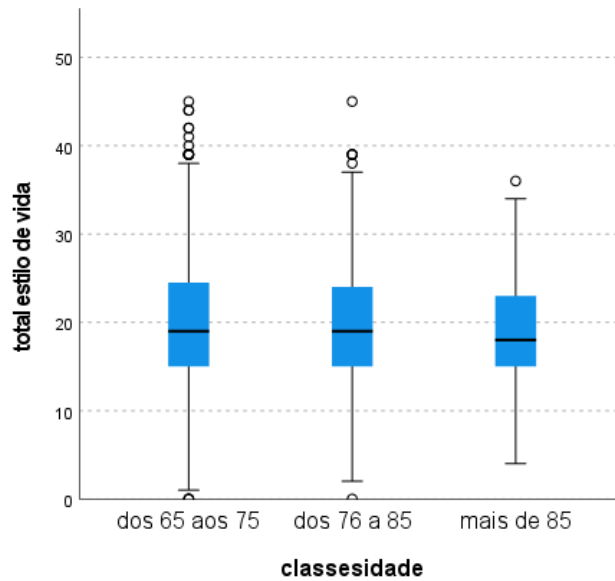


Gráfico 4 - Estilos de vida face às classes de idades

A distribuição de total estilo de vida é igual nas categorias, considerando as classes de idades com um recurso à análise de amostras independentes de teste de Kruskal-Wallis com um resultado de 0,568 e o nível de significância de 0,050.

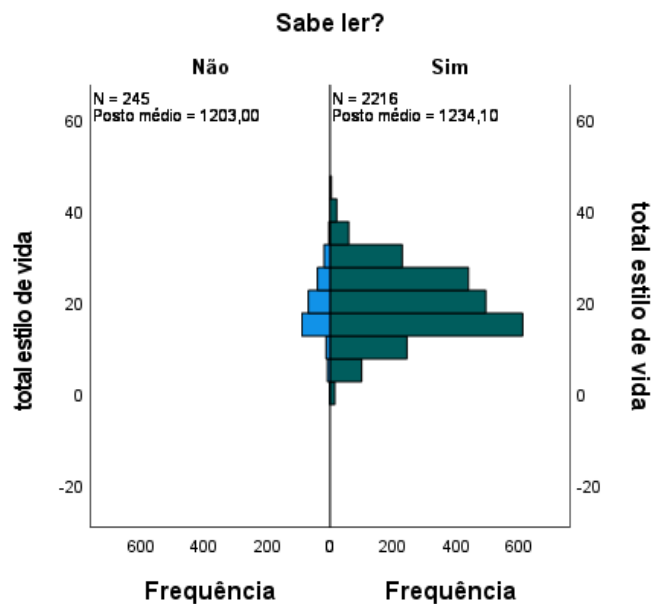


Gráfico 5 - Estilos de vida face ao saber ler

A distribuição de total estilo de vida é igual nas categorias de “Sabe ler”, confirmado pelo Teste U de Mann-Whitney para amostras Independentes com um valor 0,515313 para um nível de significância é de 0,050.

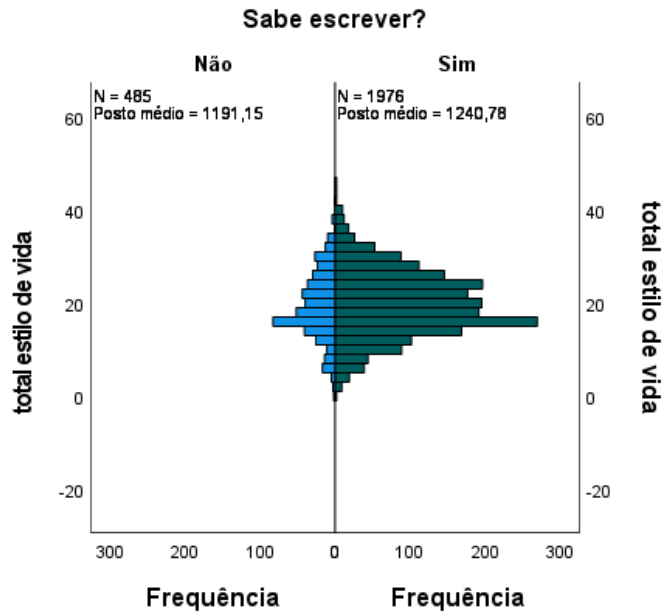


Gráfico 6 - Estilos de vida face ao saber escrever

A distribuição de total estilo de vida é igual nas categorias de “Sabe escrever”, confirmado pelo Teste U de Mann-Whitney para amostras Independentes com um valor 0,168 para um nível de significância é de 0,050.

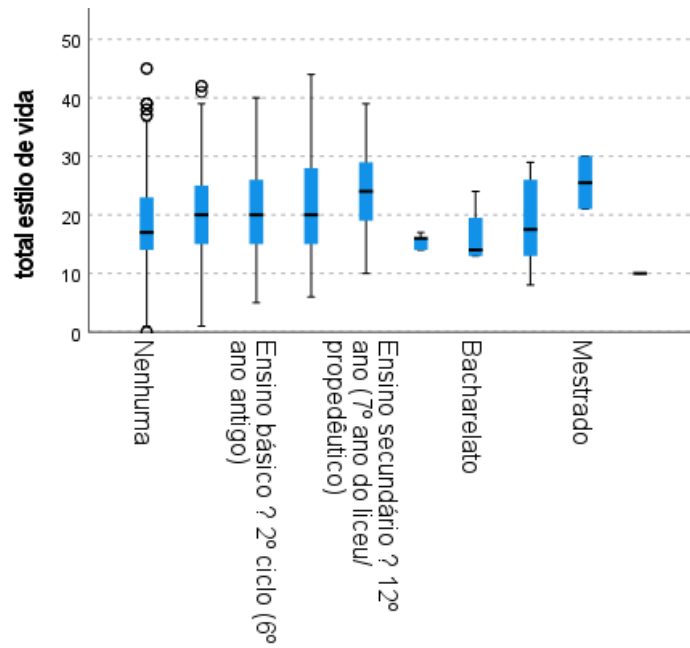


Gráfico 7 - Estilos de vida face à Escolaridade

A distribuição de total estilo de vida não é igual nas categorias de escolaridade confirmado pelo teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes, com o resultado de 0,000 e o nível de significância é 0,050.

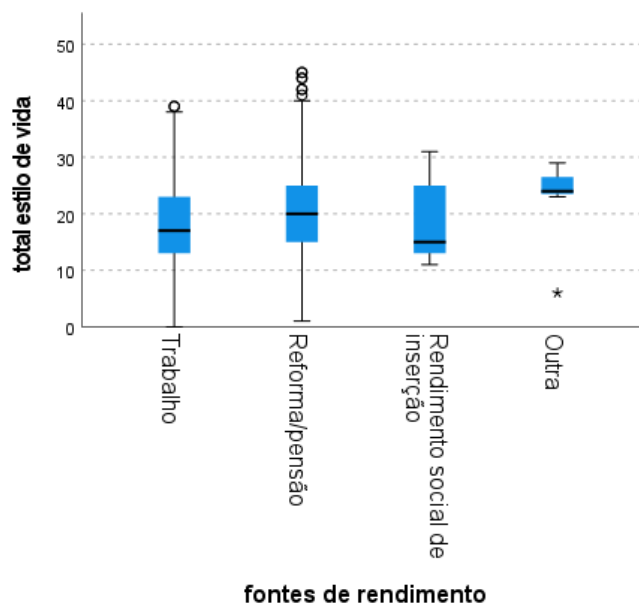


Gráfico 8 - Estilos de vida face ao rendimento

A distribuição de total estilo de vida não é igual nas categorias de rendimento, confirmado pelo teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes, com o resultado de 0,000 e o nível de significância é de 0,050.

A segunda pergunta formulada foi: Será que a percepção de saúde dos idosos, influencia os estilos de vida dos idosos?

A distribuição de total estilo de vida não é igual nas categorias de percepção do estado de saúde com base no teste de Kruskal-Wallis com o resultado de 0,000 e o nível de significância é de 0,050.

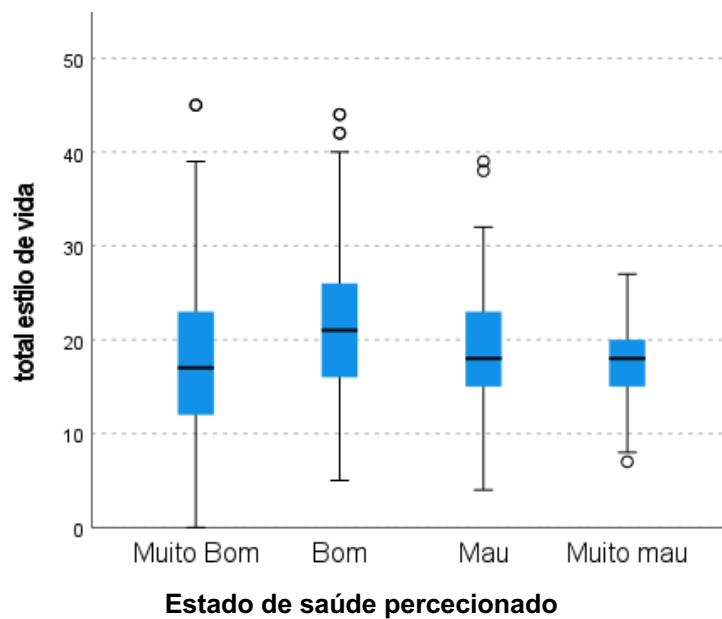


Gráfico 9 - Estilos de vida face à percepção do estado de saúde

O Grupo dos idosos que percebe o estado de saúde “muito mau”, é o que apresenta um intervalo de variação do estilo de vida menor, por outro lado os que consideram “bom”, tem dentro do seu grupo o valor da mediana mais elevada.

Em síntese podemos afirmar não ter sido identificadas características sociodemográficas dos idosos específicas face ao valor global dos estilos de vida.

4.3- Análise da Escala dos Estilos de Vida

Derivado do pentágono de bem-estar do autor Markus Nahas, surge o instrumento do “Perfil do Estilo de vida do Idoso” que, quando avaliado, revela fatores que contribuem e influenciam o estilo de vida saudável, sendo eles: a alimentação, a atividade física, o comportamento preventivo, o comportamento relacional e o controle de *stress* (Nahas, et al., 2000).

A confidencialidade é a capacidade de reproduzir um resultado de forma consistente, tanto no tempo como no espaço. Isto é realizado através de diferentes observadores, indicando aspetos sobre a coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade, sendo este um dos principais critérios de qualidade de um instrumento (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017).

Segundo o mesmo autor, é importante salientar que a confidencialidade não é uma propriedade fixa de um questionário. Aliás, pelo contrário, a confidencialidade depende de vários fatores como: a função do instrumento, a população em que é aplicado, as circunstâncias e o contexto. Com isto, significa que o mesmo instrumento pode não ser o mais adequado e conseqüentemente o mais confiável, consoante as diferentes condições.

Existem três critérios delimitadores de maior confiabilidade para os pesquisadores: a estabilidade, a consistência e a equivalência.

No que diz respeito à estabilidade de uma medida, esta representa o grau em que os resultados similares são obtidos em dois momentos distintos, isto é, corresponde à consistência das repetições da medida. Este método tem como sobreposto que o fator medido permaneça o mesmo nos dois momentos de aplicação dos testes e qualquer mudança no score, pode ter sido causada apenas por erros aleatórios.

Contudo, quando se remete para a consistência interna, esta indica-nos se todas as subpartes do instrumento avaliam ou medem a mesma característica, ou seja, na maioria dos pesquisadores, estes avaliam a consistência interna por intermédio do coeficiente de alfa de Cronbach (Souza, et al., 2017).

Por último, o fator da equivalência refere-se ao grau de concordância entre os observadores (dois ou mais), quanto aos scores do instrumento. Este fator inter-observadores depende, essencialmente do

treino adequado dos avaliadores e de uma padronização da aplicação do teste. Conclui-se que, quanto maior a concordância entre os avaliadores, menor é o erro de medição (Souza, et al., 2017).

Para dar resposta à terceira pergunta formulada: Será que a Escala de Estilos de Vida de Nahas 2000, é fiável para se aplicar à população idosa portuguesa? Apresentamos os resultados encontrados.

A presente escala foi validada numa população de 2461 idosos, verificando-se que a média global por itens foi de 1,288, onde o mínimo foi de 0,952 e o máximo de 1,536, ocorrendo uma variância de 0,025. Quando analisada a média da escala, verificou-se um valor de 19,31 com uma variação de 52,324 e um desvio padrão de 7,234. Para melhor visualização apresentamos de seguida o comportamento por cada item.

Tabela 34 - Valores descritivos por item da escala de estilos de vida

Perguntas	Média	Desvio padrão	N
1 - A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças	1,31	1,126	2461
2 - Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	1,34	1,082	2461
3 - Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	1,45	1,223	2461
4- No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	1,36	0,923	2461
5 - Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	1,26	0,944	2461
6 - No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador	1,31	0,847	2461
7 - Conheço a minha TENSÃO ARTERIAL, os meus níveis de COLESTEROL e procuro controlá-los.	1,22	1,092	2461
8 - Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	1,00	0,991	2461
9 - Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	0,95	1,155	2461
10 - Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos	1,18	1,173	2461
11 - No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais	1,24	1,082	2461
12 - Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	1,43	1,095	2461
13 - Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	1,32	0,980	2461
14 - Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	1,54	1,008	2461
15- Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	1,41	1,020	2461

O item com maior média é o que diz respeito ao “manter uma discussão sem me alterar”, mesmo quando contrariado ($X = 1,54$), seguido do “fazer 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço” ($X = 1,45$). O item com pior média é o “respeitar as normas de trânsito (como

pedestre, ciclista ou motorista); quando conduz, usa sempre cinto de segurança e nunca ingere álcool” (X- 0,95).

Para análise da organização desta escala, validou-se a organização da mesma por cinco componentes, tal como apresentada no modelo Nahas, et al. (2000), com recurso ao método de extração de componentes principais.

Tabela 35 – Resultado da análise por componentes principais

Perguntas	Componentes				
	1	2	3	4	5
A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças	0,099	- 0,132	0,203	0,381	0,858
Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	0,175	- 0,091	0,246	0,317	0,852
Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	0,343	0,392	0,691	0,401	0,468
No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	0,365	0,904	0,359	0,133	- 0,076
Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	0,381	0,907	0,383	0,105	- 0,074
No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador	0,482	0,426	0,388	0,809	0,193
Conheço a minha TENSÃO ARTERIAL, os meus níveis de COLESTEROL e procuro controlá-los.	0,358	- 0,108	0,490	0,849	0,524
Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	0,429	0,049	0,616	0,736	0,375
Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	0,515	0,317	0,822	0,414	0,122
Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos	0,685	0,243	0,769	0,417	0,277
No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais	0,712	0,484	0,720	0,209	0,092
Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	0,821	0,367	0,657	0,260	0,109
Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	0,854	0,312	0,419	0,447	0,174
Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	0,845	0,258	0,510	0,393	0,220
Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	0,811	0,281	0,548	0,380	0,179

Embora faça sentido a organização dos componentes, nesta amostra surgem valores estatísticos que propõe estatisticamente uma reorganização diferente de agrupamento das componentes.

Um primeiro fator composto por quatro perguntas a que poderíamos manter o nome controlo de stress: Procuo ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social; Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar; Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado; Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

Um segundo fator composto por duas perguntas sobre atividade física: No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança). Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.

Um terceiro fator com comportamentos preventivos com 6 perguntas: Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.; Procuo cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos; No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais e Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.

Um quarto fator com três perguntas sobre comportamentos de saúde: No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador; conheço a minha TENSÃO ARTERIAL, os meus níveis de COLESTEROL e procuro controlá-los; evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).

E um último fator com duas perguntas sobre alimentação: a minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças; evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.

Podemos afirmar que, para os idosos desta população poderíamos usar esta escala, mas com uma reorganização dos fatores mantendo as questões.

Para avaliação da consistência interna, recorreremos ao teste de Alpha. A maioria dos pesquisadores avalia a consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach, sendo este método o mais utilizado para a avaliação da confiabilidade desde 1950. O coeficiente alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala, sendo que, quanto menor for a variância dos itens, mais consistente é, considerando o instrumento (Souza, et al., 2017).

Tabela 36 - Perfis gerais

Fatores	Escala do Autor	Escala proposta no estudo
Perfil alimentar	0,140	0,622
Perfil atividade física	0,510	0,543
Perfil Preventivo	0,543	0,536
Perfil Relacional	0,693	0,536
Perfil preventivo de stress	0,632	0,683
Total	0,730	0,730

Considerando a reorganização face aos dados deste estudo, verificamos que a escala apenas deve ser utilizada na sua totalidade, porque só assim se observou um α de 0,730, valor aceitável e fiável, demonstrando homogeneidade na mesma dimensão, considerando a referência de Maroco e Marques (2006). Este autor justifica a fiabilidade apropriada de um alfa de pelo menos de 0,70 e, com recurso a Nunnally (1978), acrescenta-se que, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um α de 0.60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução. DeVellis, (1991) e Peterson (1994) referem ainda que, numa meta-análise da utilização do α de Cronbach na literatura das ciências sociais e humanas, observa-se um α médio de 0.70 (na medição de valores) a 0.82, o que nos ajuda a considerar aceitáveis os valores encontrados.

Em síntese podemos afirmar que o uso da escala na sua totalidade é fiável para a população portuguesa no nosso caso para os idosos, pelo que pode ser considerado um bom recurso para o trabalho dos enfermeiros.

5- VANTAGENS DO USO DA ESCALA DOS ESTILOS DE VIDA PARA AS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO

Face aos resultados é determinante iniciar uma discussão dos mesmos contrastando com outros estudos.

“Instrumentos de avaliação na prática clínica são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações físico-psíquico e espirituais, de aferir fenómenos subjetivos, de acompanhar de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação de um estado de saúde-doença além de criar um mecanismo de direção ao examinador e à equipe assistencial.” (Gardona & Barbosa, 2018, pág. 1991)

Gardona e Barbosa (2018) constataam que estes instrumentos são capazes de uniformizar a conduta a ser aplicada em situações específicas, tendo especial função no uso epidemiológico, onde os dados mais recentes oriundos de instrumentos são capacitados para extrair de forma precisa dados que muitas vezes refletem problemas de saúde pública.

A utilização destes recursos traduz-se em benefícios para a prática clínica diária, trazendo segurança em relação à confiabilidade do instrumento em questão. O rigor e referenciais teóricos que sustentam os construtos, visam reduzir a incerteza sobre o diagnóstico que o próprio instrumento se propõem, questão extremamente relevante para a fase de diagnóstico de enfermagem, onde constantemente utilizamos variados instrumentos e escalas (Gardona & Barbosa, 2018).

No presente estudo 1441 idosos são casados (58,6%), o que pode facilitar as nossas ações de promoção de saúde e originando também uma atenção redobrada para os idosos que estão sozinhos, pois precisarão de um maior apoio na transmissão de informação e no planeamento de hábitos saudáveis e preventivos. Um dos fatores que pode vir a ter alguma importância, é o facto de o idoso ter um companheiro fixo para futuramente ajudar no planeamento dos cuidados e na promoção da saúde, porque o companheiro e a própria família podem interferir positivamente, informando e ajudando nos cuidados de enfermagem (Mendes et al., 2015).

Ferreira e Domingues (2021) verificaram que o suporte social obtido pelos parceiros conjugais está diretamente relacionado com a realização de atividade física, sendo importante o encorajamento dentro do casal para o mesmo tipo de atividade, nomeadamente o incentivo, persuasão e motivação facilitam a prática de atividade física.

Geib (2012), menciona que as condições de emprego e trabalho, bem como a posição social que os idosos se encontram, são influenciadoras da situação de saúde da pessoa e da sua família. Existem evidências de que trabalhadores manuais têm maior exposição a danos físicos e químicos do que administrativos e profissionais liberais. Isto é uma situação preocupante, pois segundo os dados estabelecidos, cerca de 36,1% (888 idosos) da população estudada, apresenta como fonte de rendimento o trabalho, havendo, segundo a informação anterior maior predisposição para adquirir alguma doença devido ao tipo de trabalho físico e a exposição no mesmo. Com a mesma importância vemos no Ministério da Saúde (2018), a evidência de que os indivíduos desempregados ou sem atividade profissional, registam mais casos de hipertensão arterial, obesidade e diabetes, considerando os dados do nosso estudo, é possível identificar que cerca de 20,2% dos idosos não controla diariamente os valores da TA e colesterol, apenas 30,6% o fazem. Sabemos que 63,9% dos entrevistados não trabalha logo devemos também ter atenção a este grupo de idosos, no surgimento de doenças crónicas. Através do gráfico 8, verificamos ainda que é no grupo de idosos que usa como sustento a reforma/pensão o surgimento de maior dispersão quando comparamos o total de estilos de vida e o tipo de rendimento.

A atividade física para Nahas (2017), surge como qualquer movimento corporal que seja produzido pela musculatura esquelética e resultante de um gasto energético acima dos níveis de repouso. Esta atividade pode surgir de atividades ocupacionais (trabalho), atividades de vida diária (vestir, tomar banho e comer), deslocação e atividades de lazer que incluam exercícios físicos, desportos, dança e artes marciais.

No presente estudo verificamos que 66,8% dos idosos tem um estilo de vida positivo em relação à atividade física, mas apenas 16,3% desenvolve no seu dia à dia práticas de atividades físicas (exercícios, desporto ou dança) verificando-se ainda que uma percentagem baixa de 15,6%, realiza duas vezes por semana exercícios que envolvem força e alongamento muscular e numa percentagem ainda inferior 13,5% considera que no seu dia-a-dia, caminha ou pedala como meio de transporte e

preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador, o que nos ajuda a compreender a importância que pode ter um enfermeiro de reabilitação nesta faixa etária na comunidade.

Nahas (2017) considera inatividade física quando uma pessoa apresenta baixos níveis de atividades físicas. Enfatizando o facto de uma pessoa inativa ter um gasto energético (trabalho + lazer + atividades domésticas + locomoção) inferior a 500 Kcal por semana. Sabe-se que atividade física nos países industrializados tem diminuído nos últimos 100 anos e o aumento das horas de trabalho têm como consequência a diminuição do tempo de lazer, originando um estilo de vida mais sedentário e deixando de parte a atividade física nas atividades de vida diárias (Tavares, 2010), observa-se que no nosso estudo, apenas 14,9% dos idosos não apresenta hábitos de atividade física/desporto ou dança diários, 11,7% não caminha e pedala e 19,2% não realiza exercícios de alongamento e força, traduzindo num número baixo de idosos que não apresentam qualquer atividade física.

Tavares (2010) refere que vários estudos demonstram que a participação em atividades físicas diárias e moderadas podem retardar o declínio funcional dos indivíduos. Ao aumentar a atividade física regular, podemos, de facto, aumentar a longevidade, a flexibilidade, a funcionalidade, a resistência óssea, o bem-estar, melhorar o sono e ajudar a controlar o peso, diminuindo o risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), Diabetes Mellitus tipo II, depressão, obesidade e perda de memória, bem como Scherer et al. (2018) que traduzem a atividade física leve e a moderada a vigorosa, como benéficas para a saúde e no que diz respeito a programas de atividade física corrobora a aplicação dos mesmos na manutenção dos níveis de atividade física nos idosos de forma a aderirem a um estilo de vida positivo. Como é possível apurar através dos nossos dados quando abordamos os idosos acerca da prática de atividades físicas 67% deles refere ser algo presente no seu quotidiano, em relação à realização de exercícios de força e alongamento obtivemos também um feedback positivo, sendo que 66,7% dos idosos que é algo que implementam no seu dia a dia, por fim quando abordamos no sentido de perceber se pedalam e canhinham diariamente, cerca de 72,9% dos entrevistados refere que realizam com regularidade. Com estes valores conseguimos perceber que a nossa população não está tão vulnerável à incidência de doenças crónicas e pressupõe-se que existe um aumento da flexibilidade e da funcionalidade da população estudada.

Identifica-se ainda que 19,2% não implementa exercícios de alongamento e força muscular no seu dia-a-dia e 11,7% desta população não caminha ou pedala diariamente. Apesar de termos um perfil positivo para este estilo de vida, estas percentagens são sempre preocupantes e foco de atenção para

a nossa intervenção precoce. Gomes (2014), diz-nos que a atividade física é de extrema importância, pois quando comparou sujeitos que praticavam exercício físico com os que não praticavam, os primeiros apresentavam uma maior funcionalidade dos membros inferiores. Corroborou ainda que os idosos que praticavam exercício físico diferenciavam-se dos que não faziam quanto aos valores relativos aos diversos parâmetros avaliados na aptidão física. Concluindo Mendes et al. (2015) e Nahas (2017) indicam que a manutenção do peso e a prática regular de atividade física potencia um estilo de vida saudável.

Quando abordamos a implementação de estilos de vida saudáveis e conhecimentos acerca dos mesmos, sensivelmente mais de 1/3 (36,5%) da população em estudo, tem conhecimento acerca das patologias associadas à má alimentação/falta de atividade física. Logo, estão consciencializados de que a promoção da saúde nesta área diminui o risco de incidência de complicações. Contudo, podemos afirmar que sabem que a atividade física diminui o risco de desenvolver algumas doenças neoplásicas, da vesícula biliar, fraturas e demência (Tavares, 2010). Conforme a distribuição do perfil preventivo, cerca de 2121 idosos apresenta um estilo de vida positivo, alcançando uma percentagem de 86,2%.

As recomendações internacionais para o consumo de álcool para idosos são entre 1 a 3 bebidas alcoólicas por dia (15-45g etanol por dia). Mais de 3 bebidas já apresenta um maior risco de mortalidade e impulsiona algumas doenças (Silva, 2013). Nahas (2017) adverte para o consumo moderado de álcool, não devendo ultrapassar as duas bebidas por dia. Verificamos que após a análise dos dados acerca desta temática, uma percentagem preocupante dos idosos (11,9%) tem por hábito ingerir álcool diariamente, sabendo que este hábito em excesso será um risco para a sua saúde e pode levar ao surgimento de patologias associadas à sua ingestão.

No entanto, verificamos que nas questões do Perfil do Estilo de Vida Individual nomeadamente acerca do conhecimento sobre TA, níveis de colesterol e se evitam fumar/beber sem moderação, 30,6% não tem conhecimento dos valores nem procura controlá-los, bem como 37,2% não procura evitar fumar/beber álcool. Aqui está uma área que deveria ter mais atenção, pois convertendo para densidade populacional ainda totalizam numas centenas, estes dados servem para demonstrar que existe uma necessidade continua de planos de intervenção e ações de formação, bem como planos de promoção para a saúde nesta população. Como nos diz Ministério da Saúde (2018) o consumo de bebidas alcoólicas em Portugal entre os anos de 2016/2017 era bastante elevado e apesar de observarem uma tendência decrescente deste consumo no sexo masculino, no sexo feminino verificaram um aumento

de cerca de 6%. Outro dado deste relatório que vai de encontro a este tópico refere-se ao consumo de tabaco, que tem sido motivo de preocupação nas mulheres, pois o seu consumo teve um aumento entre 2012 e 2016. No nosso estudo, através do gráfico 2, chegamos à conclusão de que as mulheres apresentam um ranking inferior aos homens no que diz respeito aos estilos de vida.

Ao contrário do que defende Silva (2013) e Nahas (2017), que referem ser recomendado realizar 4 a 6 refeições ligeiras durante o dia e ingerir um pequeno almoço completo, uma preocupante percentagem de 34,4% dos idosos deste estudo diz que não faz parte do seu estilo de vida diário, apenas 28,1% realiza uma boa alimentação todos os dias.

As refeições a evitar são os doces, fritos e gorduras saturadas (Silva, 2013). Verificamos que os idosos quando questionados acerca da ingestão de alimentos gordurosos, cerca de 25,7%, referem que a ingestão deste tipo de alimentos não faz parte do seu estilo de vida. Em suma, a percentagem de idosos que ingere sempre estes alimentos é bem mais reduzida, ou seja, $\frac{1}{4}$ dos idosos têm mais atenção em evitar a ingestão de alimentos menos saudáveis. Como menciona Geib (2012), as mudanças nos padrões alimentares, com o aumento de consumo de alimentos mais saudáveis como frutas, vegetais, grãos, cereais e legumes, representam uma ação positiva sobre o aparecimento de doenças cardiovasculares, de alguns tipos de cancro e de diabetes. No estudo de Abade e Amaro (2019), chegaram à conclusão através da comparação dos grupos do seu estudo, que o grupo com boa adesão à dieta mediterrânea apresentava melhores resultados, nomeadamente em relação à prevalência de obesidade, dislipidemia, hipertensão e de hemoglobina glicada.

Por fim, através da análise do perfil do estilo de vida individual relativamente à componente nutrição conclui-se que 1514 idosos apresentam um estilo de vida positivo, apresentando uma percentagem (61,5%) bem superior ao negativo. O mesmo nos diz a DGS (2020b), em Portugal a adesão ao padrão alimentar mediterrâneo cresceu 17% desde 2016, tendo uma percentagem superior no sexo feminino.

Novamente, no retrato de saúde de 2018, é referido que as pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para o surgimento de doenças crónicas, sugerindo que nelas existe menor prevalência de hipertensão arterial, diabetes e obesidade, conforme podemos observar através do gráfico 7, quando comparamos o total dos estilos de vida face à escolaridade, observamos que a maior dispersão de valores existe nos níveis abaixo do ensino básico (2º ciclo), o que nos induz que este grupo de pessoas possa estar mais suscetível ao aparecimento de doenças como as descritas anteriormente.

De acordo com Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette e Del Prette (2007), a falta de interação social é um fator de risco tão prejudicial como fumo, tensão arterial elevada, obesidade e ausência de atividade física, ou seja, este conjunto de fatores mostram-nos que a deterioração da saúde pode ser provocada, não só por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas também pela diminuição da quantidade ou qualidade das interações sociais. Assim, através dos dados obtidos no nosso estudo, conclui-se que quem tem maior contacto social (60,7%) vive mais e com melhor saúde, do que as pessoas com menor contacto social (39,3%). Já Massa (2013), corrobora esta informação, estabelecendo que os idosos mais satisfeitos com os amigos tendem a revelar uma qualidade de vida melhor. O mesmo autor evidencia que os idosos mais satisfeitos com a família apresentam melhor saúde mental.

Quando questionamos os idosos acerca da sua satisfação com os relacionamentos e suporte social verificamos que um total de 60,7%, está satisfeito com a sua situação, fator relevante, pois segundo Massa (2013), justifica que a satisfação com o suporte social, está relacionada com a idade, ou seja, quanto mais avançada a idade mais prejudicial vai ser para a satisfação com as atividades sociais. Desta forma é justificável a percentagem de 39,3% correspondente aos idosos que não estão satisfeitos com os seus relacionamentos, pois a mesma pode incluir as idades mais avançadas desta amostra.

Geib (2012), salienta ainda que as redes sociais são formadas por amigos, parentes e clubes recreativos, tendo estas a importância de possibilitar aos idosos relações de solidariedade e confiança com as pessoas. Para muitas pessoas, especialmente as idosas, as redes constituem o único recurso que utilizam para aliviar as suas preocupações da vida quotidiana e aquelas que surgem da enfermidade. Através dos dados obtidos percebemos que este é um fator positivo para os idosos que foram alvo deste estudo, pois 32,8% diz que por vezes procura no seu tempo livre ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais e 18,6% deles preocupa-se em estar com frequência com amigos, participar em atividades de grupo ou associar-se a entidades sociais.

Um fator promotor de saúde é o controlo do stress, pois o mesmo proporciona ao organismo uma redistribuição das fontes de energia, o que pode levar ao aumento da pressão arterial, vasoconstrição coronária e diminuição da estabilidade elétrica do miocárdio Mendes et al. (2015), indo esta ideologia de encontro aos resultados obtidos, verifica-se no perfil de distribuição do stress, que cerca de 1799 idosos (73,1%) apresentam um estilo de vida positivo, mais especificamente um total de 79,4% dos

idosos reserva tempo para relaxar e um total de 80% dos idosos equilibra o tempo entre trabalho e o lazer, conforme nos diz Nahas (2017) estes dois fatores também vão de encontro aos seus dados, sendo ambos importantes para que haja equilíbrio e saúde.

Silveira et al. (2015) constatou através da elaboração de uma escala de satisfação com a vida que a grande maioria da sua população (76,7%), se encontrava no patamar bom relativamente à satisfação com a vida, pois neste nível o inquirido classifica como bom o seu estado de saúde de forma geral. Proporcional a estes achados, surgem os dados do nosso estudo, em que a maioria dos idosos (43,1%) considera ter também um bom estado de saúde.

Chega-se à conclusão, que os idosos no seu dia-a-dia têm um estilo de vida positivo globalmente (52,4%), o que nos mostra que considerando as competências dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas das várias áreas há necessidade de intervir nesta área.

Sobre os resultados da utilização da escala como validação para a prática clínica e para a pesquisa somos levados a afirmar que apresenta uma consistência e fiabilidade aceitável com um alfa Cronbach de 0,730 considerando a referência de Maroco e Marques (2006) em que nos apresenta uma síntese de pareceres de outros autores tais como Davis, 1964 que defende que para uma previsão individual, o valor de alfa deverá ser acima de 0,75 e para uma previsão para grupos de 25-50 indivíduos, acima de 0,5, contudo Kaplan & Sacuzzo (1982) apresenta como valores de referência para uma investigação fundamental 0,7-0,8 e para uma investigação aplicada 0,95. Acresce ainda o parecer de Murphy & Davidsholder, (1988), referem que a fiabilidade inaceitável deverá ser <0,6, a fiabilidade baixa e de 0,7, a fiabilidade moderada a elevada 0,8-0,9 e a fiabilidade elevada é de >0,9. Ainda com base da análise de Maroco e Marques (2006) e em referência a Nunnally, (1978), os valores que indica é para investigação preliminar 0,7, investigação fundamental 0,8 e investigação aplicada 0,9-0,95 e, considerando a natureza do nosso estudo podemos afirmar que o uso da escala é seguro.

Pressupõe-se que os enfermeiros, enquanto influenciadores interpessoais, encorajem os idosos para a mudança de padrões erráticos, enaltecendo competências para aumentar ações positivas e de mudança, salientando que, após este estudo, existem fatores em que os idosos já se encontram num patamar favorável, promovendo a saúde e prevenindo a doença, apesar de serem valores apenas aceitáveis são justificáveis da avaliação anterior, como quando olhamos para o perfil alimentar ($\alpha = 0,622$) e para o perfil preventivo do *stress* ($\alpha = 0,683$). O mesmo não acontece quando olhamos para o perfil da atividade física ($\alpha = 0,543$), o perfil preventivo ($\alpha = 0,536$) e o perfil relacional ($\alpha = 0,536$),

em que os estes valores ficam ligeiramente abaixo dos aceitáveis para valores de α , determinando que estes patamares são os que mais devemos investir, no sentido de realizar mais estudos que elevem a fiabilidade deste tema, tornando esta escala uma possibilidade de recurso para o trabalho dos enfermeiros.

6- CONCLUSÃO

Os idosos assumem, cada vez mais um lugar de destaque na população portuguesa, revelando-se essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimento das necessidades da população idosa, de forma a intervirem preventivamente no combate às incapacidades e comorbilidades, associadas ao processo de envelhecimento e às patologias decorrentes do envelhecimento e, por norma, associadas a estilos de vida inadequados.

Com o estudo descritivo caracterizamos as condições de saúde e estilos de vida dos idosos de um município a partir de uma amostra representativa e assim delineamos os fatores de risco associados aos estilos de vida.

Dos resultados obtidos, é possível traçar o perfil sociodemográfico dos idosos do concelho de Vila nova de Famalicão apresentando-se como mulheres, casadas, de baixa escolaridade, com hábitos de risco no que concerne ao álcool e tabaco, número de refeições, mas com um perfil de atividade física positivo, onde verificamos que metade da população inquirida pratica exercício nos tempos livres e tem uma perceção boa do seu estado de saúde.

Apesar dos perfis da atividade física e alimentar apresentarem valores positivos, futuramente seriam os que mais teríamos de investir a nível de promoção da saúde e projetos promotores de atividades que envolvam os idosos com maior regularidade nestas temáticas. Como profissionais de saúde temos pleno conhecimento que estes dois fatores, representam enorme relevo para um estilo de vida saudável e são os que crescem maiores complicações para o surgimento de doenças quando descorados.

A forma como envelhecemos deve-se sobretudo aos estilos de vida que adotamos ao longo da nossa vida, onde fatores como a alimentação, a atividade física, o comportamento preventivo, relacional e o controlo de stress, intensificam as consequências deste envelhecimento. Assim se pode explicar que, as pessoas com idade mais avançada, possam apresentar melhor condição de saúde. Faria et al. 2020, após implementarem um programa para o envelhecimento ativo, obtiveram resultados positivos nos

vários domínios dos estilos de vida estudados, ocorrendo maior mudança na gestão do stress, exercício físico e comportamento preventivo, sendo que na adesão a hábitos alimentares adequados e comportamentos relacionais, verificaram também melhoria. Esta seria uma boa forma de combater os valores negativos observados neste estudo. Estas autoras consideram que a promoção do envelhecimento ativo é um adjuvante para a melhoria da atividade física após a reforma, pois previne o declínio funcional, a solidão, a depressão e fragilidade que ocorre a par do envelhecimento.

Depois deste processo de aprendizagem pela investigação podemos afirmar que, conhecer e intervir nos estilos de vida, é o meio para a obtenção de um envelhecimento mais saudável e ativo. Com este estudo constatamos que os idosos necessitam de melhorar sobretudo a alimentação saudável e à prática de exercício.

Validamos neste estudo que, a educação da pessoa por parte dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação em contexto comunitário, visa o papel do idoso com uma perspetiva crítica, em que a sua aprendizagem implica construir hábitos novos e não apenas adquirir conhecimentos. Significa desenvolver habilidades pessoais e sociais e não simplesmente replicar comportamentos, ou seja, dando continuidade à possibilidade de uma participação ativa no processo de tomada de decisão e implementação de estratégias que melhorem as condições de saúde, podendo desta forma dizer-se que o Enfermeiros Especialistas de Reabilitação tiveram sempre em consideração os fatores influenciadores, nomeadamente de ordem social, cultural e religiosa, que envolvem o conhecimento, a decisão e a ação deste grupo de pessoas (Sousa, Martins & Novo, 2020). Isto vai de encontro ao modelo de Nola Pender que, quando utilizado como uma ferramenta poderosa na área da enfermagem, serve para compreender e promover as atitudes, motivações e ações das pessoas, principalmente o conceito da autoeficácia, em que os profissionais de enfermagem avaliam a relevância das suas intervenções e explorações realizadas Hoyos, Borjas, Ramos e Méendez (2011), fortalece a nossa disciplina e fundamenta objetivamente o nosso trabalho, para o interesse dos profissionais e as necessidades dos doentes.

Constatou-se ainda que o comportamento relacional e a participação social em atividades de grupo e prática de exercício em grupo, assume uma importante função, sendo que estudos nos indicam que existe um aumento na qualidade de vida e longevidade quando os idosos se predispõem a uma vida social intensa. Nesta amostra esta componente apresenta-se afetada, pois mais de ¼ da amostra não participa em atividades sociais e mais de outro ¼ por vezes participa.

Quando abordamos a fiabilidade da escala implementada, esta só traduz resultados satisfatórios apenas quando utilizada como um todo, quando analisamos os resultados para cada tópico esta perde a sua força e não conseguimos garantir que os dados sejam totalmente viáveis se utilizados e interpretados em separado.

Da análise deste percurso que se tornou difícil face à conciliação da vida profissional e a vida académica, podemos referir algumas fragilidades tais como: a impossibilidade de questionar novamente os idosos sobre as escolhas nas respostas ao inquérito, deixando assim uma porta aberta para um novo estudo nesta população, mas de natureza qualitativa. Evidencia-se ainda como limitação do estudo não relacionar as componentes do perfil do estilo de vida individual com outras variáveis da mesma população, mas que pela limitação de tempo nos levou a esta decisão.

Finalizo, dizendo convictamente de que a elaboração desta dissertação contribuiu para aprofundar conhecimentos sobre um grupo etário crescente na população portuguesa e de determinada forma, ajudar a desenvolver respostas ajustadas às necessidades gerais e específicas desta faixa etária. É bastante importante referenciar ainda que o papel do enfermeiro de reabilitação apresenta bastante impacto e potência na adaptação dos idosos às suas novas situações de saúde/doença, elevando que a integração dos mesmos na comunidade deve ser investida e melhorada para que haja uma melhor resposta a estas necessidades e apresente um maior leque de soluções perante a crescente população que iremos observar nos anos futuros.

7- BIBLIOGRAFIA

Abade, M. R., Amaro, J. (2019). Associação entre a adesão à dieta mediterrânica e a qualidade de vida de pacientes diabéticos. *Acta Portuguesa de Nutrição, Vol. 18*, pág. 20-24. Retirado de https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2019/12/04_Artigo-Original.pdf

Almeida, M., Oliveira, A. (2017). Padrão alimentar mediterrânico e atlântico – uma abordagem às suas características-chave e efeitos na saúde. *Acta Portuguesa de Nutrição, Vol. 11*, pág. 22-28. Retirado de <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2018/01/n11a04.pdf>

Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. (2010). Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*, Lisboa, Portugal.

Becker, A., M. (2013). *Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em Idosos Portugueses: Um Estudo Exploratório do Instrumento WHOQOL-OLD*. (Dissertação de mestrado) Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25068/1/Andrea%20Marinho%20Becker%20-%20Tese%20de%20mestrado.pdf>

Cardoso, T. (2016) *Unidade de Cuidados na Comunidade e Promoção da Saúde do Idoso-Enfermeiro de Reabilitação*. (Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17136/1/DISSERTAÇÃO%20TATIANACARDOSO.pdf>

Carneiro, R., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20* (2), pág. 229-237. Retirado de <https://www.scielo.br/j/prc/a/N478Dh5G85YhRMdXfmTj6Bj/?lang=pt&format=pdf>

Diogo, M. J. D'E. (2000). O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. *Revista latino-am. enfermagem, 8* (1), pág. 75-81. Retirado de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TFX8P79jCBxKfZ3githDCdp/?lang=pt&format=pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020a). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2020b). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2020c). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2019

Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Lisboa: Direção Geral da Saúde e Fundação MAPFRE.

Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Faria, A., Martins, M. M., Laredo-aguilera, J., Ribeiro, O., Fonseca, E. & Flores, J. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4 (1), pág. 6-14. Retirado de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/46/292>

Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), pág. 36-41. Retirado de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/95>

Fernandes, C. (2015). *Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da região Minho-Lima Contributos para a Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Recuperado de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1420/1/Carla_Fernandes.pdf

Fernandes, R. (2017). *Perceções de Qualidade de Vida e Bem-Estar em Idosos Institucionalizados* (Trabalho de projeto de mestrado não publicado, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto). Recuperado de <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/2562/1/TESE%20DOCUMENTO%20FINAL%20pdf.pdf>

Ferreira, R. W., Domingues, M. R. (2021). Can your partner influence your physical activity? The role of social support provided by partners. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 26, pág. 1-9. Doi: 10.12820/rbafs.26e0195

Fleury, M. T., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5 (spe), pág. 183-196. Doi: 10.1590/S1415-65552001000500010

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos de Etapas do Processo de Investigação* (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fries, A., Pereira, D. (2011). Teorias do Envelhecimento Humano. *Revista Contexto & Saúde*, 10 (20), pág. 507-514. Doi: 10.21527/2176-7114.2011.20.507-514
- Gardona, R. G., Barbosa, D. A. (2018). Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (4), pág. 1921-1922. Retirado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/wJNmGt9cQmmgPjrWfJFTmGQ/?lang=pt&format=pdf>
- Geib, L. T. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17, 2012, Vol. 1, pp. 123-133. Retirado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/fbHvqCDM5Hcx5VKY3SXXXjP/?format=pdf&lang=pt>
- Gomes, J. (2014). *Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na prevenção do declínio funcional em idosos institucionalizados* (Trabalho de projeto de mestrado não publicado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança). Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10012/1/Joana%20Rita%20Lamas%20Gomes.pdf>
- Hoyos, G. P., Borjas, D. M., Ramos, A., Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8 (4), pág. 16-23. Retirado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2020). *GBD Compare Data Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Recuperado de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- Maroco, J., Marques, T. G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*. 4 (1), pág. 65-90. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Massa, V. (2013). *Qualidade de Vida e Suporte Social em Idosos* (Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Recuperado de [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Matsudo, S., Araújo, T., Matsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L. C. & Braggion, G. (2001) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista de Atividade Física & Saúde* 6 (2), pág. 5-18. Doi: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18
- Mcewen, M., Wills, E. (1998). *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4ª ed.) Porto Alegre: Artomed.
- Mendes, A. J., Ponte, K. M., Farias, M. S. (2015). Cuidados de enfermagem para adesão, por idosos, de hábitos saudáveis de vida, com base na Teoria da Promoção da Saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 18 (4), pág. 269-287. Doi: 10.23925/2176-901X.2015v18i4p269-287
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Portugal: Ministério da Saúde.

Nahas, M. V. (2017). *Atividade física e qualidade de vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo*. (7ª ed.). Florianópolis: Markus Vinicius Nahas.

Nahas, M. V. (2013). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf.

Nahas, M., Barros, M., Francalacci, V. (2000). Pentáculo do Bem-estar - Base conceptual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Atividade Física & Saúde*, 5 (2), pág. 48-59. Doi: 10.12820/rbafs.v.5n2p48-59

Nascimento, R. M. (2013). *Relatório de estágio* (Relatório de estágio não publicado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14942>

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), pág. 349-364. Doi: 10.1093/heapro/13.4.349

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?*. Lisboa 33, pág. 22-27.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Estados Unidos da América: Organização Mundial de Saúde.

Pordata. (2020a). *Retrato de Portugal*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2020v20200710/mobile/index.html>

Pordata. (2020b). *População residente: total e por grandes grupos etários*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+total+e+por+grandes+grupos+etários-390>.

Pordata. (2019). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Recuperado de [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+\(base+triénio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo+(base+triénio+a+partir+de+2001)-418).

REGULAMENTO no101/2006. D.R. II – Série. No 109 (2006-06-06), p. 3856-3865.

REGULAMENTO no350/2015. D.R. II – Série. No 119 (2015-06-22), p. 16655-16660.

REGULAMENTO no392/2019. D.R. II – Série. No 85 (2019-05-03), p. 8658-8659.

Scherer, F. C., Gerage, A. M., Borges, L. J., Borges, R. A., Melo, F. C., Teixeira, D. C. & Benedetti, T. R. (2018). Efeito de dois programas na promoção da atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física e saúde*, 23, pág. 1-9. Doi: 10.12820/rbafs.23e0034

Serra, F. M. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/28070/1/DissertaçãoFVS.pdf>

Silva, A. L. M. R. (2013). *A importância da alimentação no envelhecimento saudável e na longevidade*. (Trabalho final de mestrado não publicado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/33270/1/TRABALHO%20FINAL.pdf>

Silveira, P. M., Borgatto, A. F., Silva, K. S., Oliveira, E. S. A., Barros, M. V. G. & Nahas M. V. (2015). Criação de uma escala de satisfação com a vida por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64 (4), pág. 272-278. Doi: [10.1590/0047-2085000000089](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000089)

Sousa, L., Martins, M. M., Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (1), pág. 64-69. Doi: [10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763](https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763)

Souza, A., Alexandre, N., Guirardello, E. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, 26 (3), pág. 649-659. Doi: [10.5123/S1679-49742017000300022](https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022)

Tavares, A. (2010). *Idosos e Atividade Física - programas, qualidade de vida e atitudes*. (Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro. Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/2847/1/2010001221.pdf>

Victor, J. F., Lopes, M. V., Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), pág. 235-240. Retirado de <https://www.scielo.br/j/ape/a/JSdnpDhFQzg7gmWzzB9Dhzz/?format=pdf&lang=pt>

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª ed.) Lisboa : Sílabo.

World Health Organization. (2018). *Healthy Diet: Fact Sheet nº 394*. United States of America: World Health Organization.

World Health Organization. (1997). *Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life*. United States of America: World Health Organization.

Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review. *Human Development Report Office*. Pág. 1-50. Doi: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Questionário

INVESTIGADORES: Costa, R.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, preenchendo com uma cruz na resposta que mais se adequa.

Nº questionário _____

Código do entrevistador _____

Data de colheita da entrevista _____

Preenchimento do questionário: ____ A pessoa com mais de 65 anos ____ O entrevistador

PARTE I - Características sociodemográficas e clínicas

1- Sexo? ____ Masculino ____ Feminino

2-Idade? (anos completos) ____ : Data de nascimento ____/____/____

3 - Estado civil:

____ Solteiro(a)

____ Casado(a)

____ Separado(a)

____ Divorciado(a)

____ Viúvo(a)

4 - Idade Convivente/Cônjuge: ____ (anos completos)

5 - Número de filhos: _____

6 - Alfabetismo:

Sabe ler? ____ Sim ____ Não

Sabe escrever? ____ Sim ____ Não

7- Escolaridade: (completa)

____ Nenhuma

____ Ensino básico – 1o ciclo (4o ano antigo)

____ Ensino básico – 2o ciclo (6o ano antigo)

____ Ensino básico – 3o ciclo (9o ano antigo)

____ Ensino secundário – 12o ano (7o ano do liceu/ propedêutico)

____ Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica

____ Bacharelato

____ Licenciatura

____ Mestrado

____ Doutoramento

8- Fonte de rendimento:

____ Trabalho

____ Reforma/pensão

____ Rendimento social de inserção

Outra Qual? _____

PARTE II - Condições de Saúde

1 - Como considera que está o seu estado de saúde, neste momento?

____ Muito Bom

____ Bom

____ Mau

____ Muito mau

PARTE III - Estilos de Vida

37 - Nas afirmações que se seguem coloque uma cruz na pontuação que considera identificar o seu comportamento:

[0] Não faz parte do meu estilo de vida

[1] Por vezes corresponde ao meu comportamento

[2] Quase sempre verdadeiro no meu comportamento

[3] A afirmação é sempre verdadeira no meu dia-a-dia

37.1 Componente: Nutrição	0	1	2	3
a. A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.	[]	[]	[]	[]
b. Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	[]	[]	[]	[]
c. Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	[]	[]	[]	[]
37.2 Componente: Atividade Física	0	1	2	3
d. No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	[]	[]	[]	[]
e. Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	[]	[]	[]	[]
f. No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador.	[]	[]	[]	[]
37.3 Componente: Comportamento Preventivo	0	1	2	3

g. Conheço a minha TENSÃO ARTERIAL, os meus níveis de COLESTEROL e procuro controlá-los.	[] [] [] []
h. Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	[] [] [] []
i. Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	[] [] [] []
37.4 Componente: Comportamento Relacional	0 1 2 3
j. Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos.	[] [] [] []
k. No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.	[] [] [] []
l. Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	[] [] [] []
37.5 Componente: Controle do Stress	0 1 2 3
m. Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	[] [] [] []
n. Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado.	[] [] [] []
o. Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	[] [] [] []