

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Volume II

Aline Bastos Jordão

**novembro
2017**

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Volume II

Aline Bastos Jordão

novembro
2017

Índice geral

VOLUME I

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

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

VOLUME II

APÊNDICES

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

‘Aponte’	195
Apêndice XXII – Publicação dos Artigos no Jornal Digital ‘Sorsaúde’	197

Anexos

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

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio de Grupo



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

Outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

Outubro
2013

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias
AVD's – Atividades de Vida Diárias
DGS – Direção-Geral da Saúde
Dr. – Doutor
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
etc. – *et cetera*
f. – folha
GNR – Guarda Nacional Republicana
ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson
IMC – Índice de Massa Corporal
IPP – Instituto Politécnico Portalegre
km – quilómetro
km² – quilómetro quadrado
nº – número
NIS – Núcleo Idosos em Segurança
OMS – Organização Mundial de Saúde
p.e. – por exemplo
PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade
PNS – Plano Nacional de Saúde
S. Mamede – São Mamede
S. Martinho – São Martinho
% – por cento

Índice geral

	f.
INTRODUÇÃO	8
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	11
1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	11
1.1.1- Freguesia de Tramaga	17
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
2.1-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	21
2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga	22
2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	23
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	25
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	25
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	26
2.6- AVALIAÇÃO.....	26
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS	30
ANEXO I - Plano de Atividades	31
ANEXO II – Cronograma de Atividades 2013/2014 - Planeamento em Saúde.....	53
ANEXO III – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar..	55

Projeto de Estágio

Índice Figuras

	f.
Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	11
Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	16

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

6

Índice de Quadros

	f.
Quadro n.º 1 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga...	17
Quadro n.º 2 - Problemas diagnosticados e priorizados	24
Quadro n.º 3 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor , Tramaga e Vale de Açor.....	32
Quadro n.º 4 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.....	35
Quadro n.º 5 - Intervenção Comunitária – “Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.....	38
Quadro n.º 6 - Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”	41
Quadro n.º 7 - Intervenção Comunitária - “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.....	45
Quadro n.º 8 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”.....	49
Quadro n.º 9 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.....	51
Quadro n.º 10 - Cronograma de Atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.....	54
Quadro n.º 11 - Cronograma de Atividades 2013/2014 - Intervenções a implementar.....	56

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio enquadra-se no âmbito do 1º semestre do 2º ano do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária e emerge na sequência da realização de um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, tendo decorrido entre maio e setembro de 2013. Este diagnóstico teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Findo o Diagnóstico de Saúde, pretendeu-se definir perfis críticos desta população no sentido de levantar problemas e necessidades, e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Sustenta-se deste modo a evidência da génese deste projeto no sentido de ser criado um instrumento orientador devidamente pensado, estudado e planeado em termos de intervenções na comunidade visada e deste modo permitir efetivar com sucesso o desenvolvimento do inerente estágio. Tem assim como objetivos perspetivar e planejar intervenções na comunidade direcionadas para os principais problemas e necessidades identificadas.

O Estágio de intervenção na comunidade decorrerá no período de 16 de setembro 2013 a 31 de janeiro de 2014 e pretende-se com este a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contíguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer

Projeto de Estágio

articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é impreterível perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude a DGS (2004) o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

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

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso

Projeto de Estágio

o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de “Dar Qualidade de Vida aos Anos”.

O enfermeiro possui um largo espaço de atuação nos grupos de idosos, com autonomia, sistematizando através de experiências e criatividade, ações que permitem assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso no que se refere à sua capacidade de gerir a sua própria independência e saúde.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é limitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Ponte de Sor dista de Portalegre (capital de distrito) 62,1 km, sendo o Itinerário Complementar 13 a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido.

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº1).

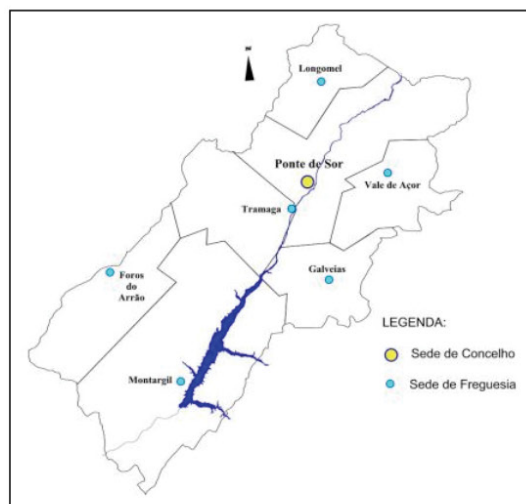


Figura nº 1 – Mapa do concelho de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, em particular, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social nasceu da vontade de intervir na comunidade pontessorense, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante.

A missão desta Associação passa por desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

A Associação Caminhar desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial destaque é o “Solidão Acompanhada”. O principal objetivo deste projeto passa por minimizar a solidão em que muitos dos seniores e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar está a desenvolver o projeto "Solidão Acompanhada", que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações.

No âmbito do projeto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta é sem dúvida uma Associação que com o decorrer dos anos, se afirmou em Ponte de Sor, e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos seniores, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Projeto de Estágio

Para ajudar a ultrapassar estas dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Almoço de Idosos do Concelho; Projeto 'Porta a Porta', Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Almoço de Idosos do concelho é uma atividade já antiga. Trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O Serviço 'Porta a Porta' visa prestar apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de saúde, a população idosa defronta-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço 'Porta a Porta', que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas casas, são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso dever-se-á inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como a substituição de lâmpadas, a reparação de portas e janelas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto cIDADES, projeto criado em torno do conceito 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas', concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto cIDADES, é promovido pela

Projeto de Estágio

Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’ pretende identificar práticas e serviços em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas, propõe soluções, constitui ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

Relativamente à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que possui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre a cerca de 60 km.

São inúmeras as instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Relativamente a lares de idosos, podemos contar com várias Instituições em todo o concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor já exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do

Projeto de Estágio

Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar a Magnólia, de carácter privado.

Está também previsto para o presente ano a inauguração de um novo Lar de idosos em Ponte de Sor, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa primeira fase, o serviço de apoio domiciliário ficará em *standby* uma vez que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias podemos contar com lar de idosos e centro de acamados.

Na Freguesia de Foros de Arrão está também localizado um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

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

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, nomeadamente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no intuito de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

Projeto de Estágio

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os intervenientes, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura nº 2).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).

SECÇÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS



Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.
Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR.

Projeto de Estágio

1.1.1- Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga dista da sede de concelho cerca de 3 km e apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor. O quadro n.º 1 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Quadro n.º1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24 anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o ‘Carnaval de Tramaga’ e as ‘Marchas Populares de Tramaga’. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for possível.

Projeto de Estágio

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária. Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

Uma outra atividade apoiada pela Junta de Freguesia de Tramaga é o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.

Anualmente, é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical. Este é um almoço que ocorre há muitos anos e que é do agrado dos idosos da Freguesia.

Uma vez que existem alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente, fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, tendo entrado em funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente, conta com dezasseis funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. Em regime de centro de dia estão inscritos 37 idosos. É fornecido apoio domiciliário a 49 pessoas, a maioria idosos.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo

Projeto de Estágio

município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, exigindo assim uma “reformulação” na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade Portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

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

Perante este panorama podemos dizer que a “chave” para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planear.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes 1993).

Assim sendo, e nesta linha de pensamento urge várias questões “Porque razão se planeia a saúde? Será possível pensar na ideia de planear em saúde? Fará sentido um planeamento em Saúde?”

São múltiplas as respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de

Projeto de Estágio

utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano à priori definido, permitirá o seu uso. Pela competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de plano; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

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

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

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

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

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

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

Neste âmbito, e considerando a abrangência do Diagnóstico de Saúde efetuado apresentamos de forma sucinta respetivo perfil crítico.

2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga

De acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde efetuado constata-se que a população idosa da freguesia de Tramaga é maioritariamente do sexo feminino, com média de 76 anos de idade e revela elevada taxa de iliteracia, são os grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados.

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

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

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

O apoio institucional e a procura dos serviços sociais tem pouca expressão, possivelmente justificado pela independência da maioria dos idosos em relação à sua capacidade funcional para as AIVD's, mas também pela rede familiar que ajuda e apoia a maioria dos idosos o que parece ser eficaz. Os cuidadores que se destacam são os familiares: os que coabitam com o idoso são mais velhos e ajudam nas AVD's, enquanto os que não coabitam, são mais novos e ajudam nas AIVD's. Os valores obtidos nas questões que avaliam a depressão geriátrica sugerem que os idosos aparentam estar relativamente adaptados e aceitam as suas limitações e dificuldades, associadas à vida e ao envelhecimento, revelando-se, na sua maioria, satisfeitos com a vida, sem achar que os outros passam melhor que os próprios, contudo, a pontuação da escala classifica a maioria com depressão, que é mais marcada no sexo feminino e está associada à qualidade das relações sociais mantidas pelo idoso. Os valores obtidos nas avaliações antropométricas, bem como as patologias mais apresentadas, associadas à obesidade e ao risco de comorbilidades, traduzem os distúrbios de base alimentar que afetam estes idosos.

Assim, é possível apontar os riscos, que se traduzem em problemas e suscitam necessidades nesta população.

Os principais riscos identificados nesta população prendem-se com: existir uma taxa de iliteracia elevada, viver só, apresentar dificuldades económicas, ter banheira em vez de

Projeto de Estágio

políban, a existência de tapetes não antiderrapantes, os principais cuidadores dos idosos nas AVD's serem familiares que coabitam e também eles serem idosos, a presença significativa da classificação de depressão e depressão grave na população, principalmente feminina, associada ao isolamento da habitação, possivelmente não diagnosticada e ou acompanhada, os valores do perímetro abdominal sugerirem um risco elevado e muito elevado de comorbilidade em ambos os sexos, existirem idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I, a obstipação, as quedas, que são mais frequentes nas mulheres e nos mais idosos, os problemas de visão e audição, a polifarmácia, as patologias como a hipertensão arterial, a dislipidemia, as doenças osteoarticulares, a diabetes e a insuficiência cardíaca, a comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson, a procura menos expressiva de alguns cuidados de enfermagem, nomeadamente de monitorização e vigilância e, dos programas de educação para a saúde.

As necessidades de saúde subjacentes aos riscos enunciados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

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

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

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

Projeto de Estágio

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

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

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

Neste âmbito, e considerando os vários critérios sugeridos destacamos e agrupamos os seguintes problemas:

Quadro n.º 2 – Problemas diagnosticados e priorizados.

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS E PRIORIZADOS
Viver só
Isolamento da habitação
Classificação de depressão e depressão grave
Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
Risco elevado e muito elevado de comorbilidade
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
Quedas: Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição
Acessibilidade; condição habitacional
Polifarmácia
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos
Iliteracia

Projeto de Estágio

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

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

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

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

Apresentamos em anexo inerentes objetivos. (consultar anexo I)

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

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

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

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

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

Apresentamos em anexo respetiva seleção de estratégias. (consultar anexo I)

Projeto de Estágio

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

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

2.6- AVALIAÇÃO

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

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

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

Neste âmbito, remetemos para consulta de anexo I.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. Apesar de estar disponível muita informação sobre este assunto acreditamos que nunca é demais estudar e abordar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro das necessidades e problemáticas existentes, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de intervenção apresenta o planeamento das intervenções que nos propomos desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para os problemas e necessidades identificados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, e considerando as intervenções a que nos propomos desenvolver é intenção do grupo de trabalho dinamizar e potencializar ao máximo as mesmas.

Convictas que a duração de intervenção em estágio limita seus resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, no entanto, com a nossa passagem por esta região, cuja população não nos ficará indiferente pela receptividade e positividade demonstrada, deixaremos propostas às entidades locais expectantes da sua observância e interferência futura.

BIBLIOGRAFIA

- Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Linhares, L. & Cunha, L. (1999) - *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: Geriatria, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG 20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf)
- Páscoa, P. (2008) *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Porto. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde acedido a 8 de maio de 2013 em: <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>
- PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpvny5/vq1515
- PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Projeto de Estágio

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.*

Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.*

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.

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

Projeto de Estágio

ANEXOS

Projeto de Estágio

ANEXO I – Plano de Atividades.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 3 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E VALE DE AÇOR
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Viver só;• Isolamento da habitação;• Classificação de depressão e depressão grave;• Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;• Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico);• Iliteracia;
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar junto do Sr.º Presidente responsável pela Freguesia de Tramaga (Presidente de União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.) para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da União de Freguesias (Tramaga);• Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas sensíveis à sua intervenção.
META	<ul style="list-style-type: none">• 30% De propostas aceites;• 40% De propostas para análise;

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis à Intervenção da União de Freguesias: - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; Criação de grupo de caminhadas; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (Tramaga).
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reuniões do Sr.º Presidente da União de Freguesias – na Junta de Freguesia de Tramaga; • Folha de papel e caneta.
<p>INDICADOR AVALIAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de propostas aceites</u> X 100 = Número de propostas efetuadas

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">• $\frac{\text{Número de propostas para análise}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 15 de Novembro de 2013, às 10:30 horas, na sala de reuniões da União de Freguesias – Tramaga com duração prevista de 1:30 horas.

Quadro n.º 4 – Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA CÂMARA DA PONTE DE SOR, COM A PRESENÇA DA RESPONSÁVEL MUNICIPAL PELA ÁREA SOCIAL.
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Viver só;• Isolamento da habitação;• Classificação de depressão e depressão grave;• Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;• Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico);• Iliteracia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal da área social para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da Autarquia;• Apresentar à Autarquia propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas identificados e sensíveis à intervenção da Autarquia.
META	<ul style="list-style-type: none">• 30% De Propostas aceites;• 40% De propostas para análise.
ESTRATÉGIAS/	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis à Intervenção da Autarquia:

Projeto de Estágio

<p>ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; Criação de grupo de caminhadas; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Câmara Municipal da Ponte de Sor.
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões da Câmara Municipal da Ponte de Sor; • Folha de papel e caneta.
<p>INDICADOR AVALIAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de propostas aceites}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de propostas para análise}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$
	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 15 de Novembro de 2013, às 15 horas, na sala de reuniões do Sr.º Presidente da Câmara Municipal da

Projeto de Estágio

PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	Ponte de Sor, com duração prevista de 1:30 horas.
------------------------------------	---

Quadro n.º 5 – Intervenção Comunitária – “Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“ATELIER DA SAÚDE” Associado às comemorações de “S. Martinho”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Risco elevado e muito elevado de comorbilidade;• Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;• Hipertensão arterial;• Dislipidémia;• Diabetes;• Insuficiência cardíaca;• Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar e avaliar tensão arterial;• Monitorizar e avaliar glicémia capilar pós-prandial;• Fornecer informação individualizada sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.
META	<ul style="list-style-type: none">• 50% de aderentes ao evento: “atelier da saúde”;• Distribuição de informação através de panfleto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis a 80% dos aderentes ao evento: “atelier da saúde” .• 50% de respostas ao questionário com pontuação superior a 4 sobre a importância e interesse do evento.

Projeto de Estágio

ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none">• “Atelier da Saúde” associado ao evento das comemorações do “S. Martinho”;• Atividades a desenvolver para o “Atelier da Saúde”;<ul style="list-style-type: none">- Realização e distribuição de panfletos de divulgação do evento associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga, assim como poster de identificação no atelier;- Realização e distribuição de panfletos de informação alusivos aos problemas identificados adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo):<ul style="list-style-type: none">➢ “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável”➢ “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...”- Avaliação e registo da tensão arterial aos participantes aderentes;-Avaliação e registo de glicémia capilar aos participantes aderentes;- Fornecer informações e esclarecimentos individualizados.• Recolha, análise e posterior apresentação das avaliações de tensão arterial e glicémia capilar efetuadas no Atelier à Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem do Centro de Saúde Local.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none">• União de Freguesias – Tramaga;• Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga;• Comunidade da Freguesia que participa no evento, não só idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none">• Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga – Espaço;• Material adequado ao espaço “Atelier da Saúde” (mesas, cadeiras, cavalete, canetas, folhas);• Material inerente às respetivas avaliações (tensão arterial e glicémias capilares, designadamente: aparelho de

Projeto de Estágio

	tensão arterial, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente depósito de cortantes e resíduos grupo III, pensos).
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• N.º de aderentes ao atelier da saúde _____ X 100 = N.º de participantes nas comemorações do S. Martinho• N.º de folhetos distribuídos _____ X 100 = N.º de aderentes ao atelier da saúde• Respostas dos participantes quanto à importância e interesse do evento.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 16 de Novembro de 2013, às 20 horas no Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com duração prevista de 2:30 horas.

Quadro n.º 6 – Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“FÓRUM COMUNITÁRIO”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Viver só;• Isolamento da habitação;• Classificação de depressão e depressão grave;• Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;• Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca;• Risco elevado e muito elevado de comorbilidade;• Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson;• Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição;• Acessibilidade e condição habitacional;• Polifarmácia;• Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos;• Iliteracia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde realizado à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga à Comunidade, Entidades e Associações Locais / Concelhias.

Projeto de Estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à Comunidade, Entidades Locais e Concelhias;• Envolver a Comunidade, Entidades locais e Concelhias no sentido de constituir boa relação de cooperação com o grupo de trabalho (mestradas).
META	<ul style="list-style-type: none">• 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas.• 10% de participação da Comunidade
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none">• Realização de Fórum para apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde;• Fórum destina-se a todos os interessados e envolvidos neste Diagnóstico de Saúde, designadamente: Comunidade, Entidades Locais e Concelhias, IPP- ESSP;• Lanche convívio no encerramento do Fórum.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none">• Entidades Convidadas:<ul style="list-style-type: none">- Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.- Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil);- Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor;- GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor);- Padre da Paróquia;- Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil);- Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor;- Centro Saúde de Ponte de Sor;- Segurança Social;- Cruz Vermelha;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">- Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor;- Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga;- Associação de Jovens de Tramaga;- Associação de Caçadores de Tramaga;- Associação de Caçadores de Água todo o Ano;- Associação Caminhar;- Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”);- Teleassistência: Helpphone;- IPPP- ESSP.• Convite à Comunidade em Geral;• Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga• Apoio meios audiovisuais – GNR;• Apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte Sor (pastas)
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none">• Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga;• Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas;• Lanche organizado pelo grupo de mestrandas, com espaço/mesas cedido pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor – Sede Tramaga;• Pasta de apoio para registos no Fórum a distribuir pelos participantes convidados, com o apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte de Sor

Projeto de Estágio

INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• <u>Número de entidades que participam</u> X 100 = Número de entidades convidadas• <u>Número de pessoas da comunidade que participam</u> X 100 = Número de pessoas da comunidade
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 29 de Novembro de 2013, às 14 horas, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga com duração prevista de 1.30 horas seguido de lanche.

Quadro n.º 7 – Intervenção comunitária – “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“COMBATE AO ISOLAMENTO E INSEGURANÇA DOS IDOSOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Viver só;• Classificação de depressão e depressão grave;• Isolamento da habitação;• Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes);• Problemas de visão e audição;• Polifarmácia.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do empowerment dos idosos e famílias em formato multidisciplinar.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Alertar para os perigos do isolamento;• Capacitar os idosos com informações úteis para o dia-a-dia em segurança;• Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para o apoio à população idosa, em termos de teleassistência.
META	<ul style="list-style-type: none">• 10% de participação da Comunidade;• 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas.• Entrega de folhetos de informação alusivos às temáticas apresentadas a 95% dos participantes;• Esclarecimento a 95% das questões levantadas pelos participantes.
	<ul style="list-style-type: none">• Sessão de Educação para a Saúde em parceria com GNR e representante da teleassistência – Helpphone;

Projeto de Estágio

ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none">• Temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde:<ul style="list-style-type: none">- Segurança do idoso- prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio (Enfermeiras mestradas);- Segurança dos idosos- cuidado com as burlas (GNR);- Teleassistência Domiciliária, com demonstração de equipamentos (Helpphone).• Construção e distribuição de panfletos de divulgação do evento à população, associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga;• Construção e distribuição de panfletos de informação alusivos às temáticas apresentadas (adequados à baixa literacia diagnosticada).
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none">• GNR;• Helpphone;• União de Freguesias – Tramaga;• Entidades Convidadas:<ul style="list-style-type: none">- Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.- Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil);- Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor;- GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor);- Padre da Paróquia;- Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil);- Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor;- Centro Saúde de Ponte de Sor;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança Social; - Cruz Vermelha; - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Apoio meios audiovisuais – GNR.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da União de Freguesias – Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de pessoas da comunidade que participam</u> X 100 = Número de pessoas da comunidade • <u>Número de entidades que participam</u> X 100 = Número de entidades convidadas

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">• <u>Número de panfletos entregues</u> X 100 = Número de participantes• <u>Número de questões esclarecidas</u> X 100 = Número de questões de esclarecimento apresentadas pelos participantes
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 06 de Dezembro de 2013, às 14 horas no Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga, com duração prevista de 2 horas (incluindo intervalo de 30 minutos com Coffe break).

Quadro n.º 8 – Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “SABER MAIS, VIVER MELHOR!”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;• Hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes e insuficiência cardíaca;• Risco elevado e muito elevado de comorbilidade;• Comorbilidade severa atribuída pelo Índice Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis;• Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis.
META	<ul style="list-style-type: none">• Tiragem mínima de 1000 exemplares.• Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none">• Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”;• Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no “Jornal aponte”;• Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none">• Jornal “aponte”;• Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none">• Apoio do Jornal “aponte”;• Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• N° de Tiragem do Jornal “aponte”;• N° de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Publicação periódica mensal Jornal “aponte” – A publicar no mês de dezembro 2013.• Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde no mês de dezembro 2013.

Quadro n.º 9 – Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;• Patologias osteoarticulares;• Risco elevado e muito elevado de comorbilidade;• Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida;• Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.
META	<ul style="list-style-type: none">• Tiragem mínima de 1000 exemplares.• Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none">• Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”;• Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no “Jornal a ponte”;• Publicação do artigo Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal Digital do Centro de

Projeto de Estágio

	Saúde da Ponte Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none">• Jornal “aponte”;• Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none">• Apoio do Jornal “aponte”;• Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• N° de Tiragem do Jornal “aponte”;• N° de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Publicação periódica mensal Jornal “aponte” – A publicar no mês de janeiro 2014• Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde mês de janeiro 2014.

Projeto de Estágio

ANEXO II – Cronograma de atividades 2013/2014 – Planeamento em Saúde.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 10 – Cronograma de atividades – Planeamento em Saúde 2013/2014.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Listrar problemas e necessidades da população	█																		
Definir perfis críticos da população	█																		
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde	█	█																	
Definir objetivos de intervenção	█	█																	
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis			█	█															
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade				█	█	█													
Estabelecer parcerias de intervenção					█	█	█	█											
Planear programas e projetos de intervenção					█	█	█	█	█										
Preparar execução das intervenções							█	█	█										
Envolver a população visada nas intervenções a implementar				█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		█	█		
Promoção e implementação das intervenções planeadas								█	█	█	█	█	█	█					
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de processo e de resultado previamente definidos									█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	

Legenda: █ Fase de Execução █ Interrupção escolar

Projeto de Estágio

ANEXO III – Cronograma de Atividades 2013 / 2014 – Intervenções a implementar.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 11 – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro			novembro				dezembro				janeiro					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	17	18
Reunião com Presidente de União de Freguesias (Tramaga)																				
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																				
“Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”																				
“Fórum Comunitário”																				
“Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”																				
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”																				
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”																				

Legenda: Fase de Preparação, Fase de Execução, Interrupção escolar

Projeto de Estágio

Apêndice II – Projeto de Estágio Individual



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão

outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão

outubro
2013

Abreviaturas e símbolos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias
AVD's – Atividades de Vida Diárias
CMP – Câmara Municipal de Ponte de Sor
DGS – Direção-Geral da Saúde
Dr. – Doutor
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
etc. – *et cetera*
f. – folha
GNR – Guarda Nacional Republicana
hab/km² – habitante por quilómetro quadrado
HTA – Hipertensão Arterial
ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPP – Instituto Politécnico Portalegre
km – quilómetro
km² – quilómetro quadrado
m. - metros
MIPAA - Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento
nº – número
NIS – Núcleo Idosos em Segurança
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
p.e. – por exemplo
PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade
PNS – Plano Nacional de Saúde

Projeto de Estágio

RIS - Estratégia Regional de Implementação

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

S. Mamede – São Mamede

S. Martinho – São Martinho

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UFPSTVA- União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNECE - Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa

UNRIC - Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental

% – por cento

€ - unidade monetária ‘euro’

Projeto de Estágio

Índice geral

	f.
INTRODUÇÃO	8
1-CONTEXTUALIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS AO ENVELHECIMENTO	12
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE	17
2.1-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	17
2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	32
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	35
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	43
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	47
2.6- EXECUÇÃO.....	48
2.7- AVALIAÇÃO.....	48
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
CONCLUSÕES	52
BIBLIOGRAFIA	53
APÊNDICES	
Apêndice I – Questionário das necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos de Tramaga.....	58

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

5

Projeto de Estágio

Índice de Figuras

	f
Figura nº1- Atividades Estratégicas da Intervenção Comunitária para os idosos de Tramaga.....	38
Figura nº2- Análise SWOT.....	51

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

6

Projeto de Estágio

Índice de Quadros

	f
Quadro nº1 - Riscos identificados na população idosa de Tramaga	28
Quadro n.º 2 - Atividades Estratégicas da Intervenção Comunitária e seus propósitos....	38
Quadro nº3 - Estratégias de intervenção comunitária.....	45

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

7

INTRODUÇÃO

Contemplado na estrutura curricular do III Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP], o estágio de intervenção comunitária, correspondente ao 1º Semestre do 2º Ano, está previsto decorrer de 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014 na freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, e o seu desenvolvimento pressupõe a realização de um trabalho académico cujo propósito seja planeá-lo.

Para esta intervenção comunitária, foi desenvolvido pelo grupo de 5 elementos a que pertença, um percurso que se iniciou com o Diagnóstico de Saúde aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, no período de Maio a Setembro do ano corrente, com o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde da população em estudo e, especificamente, caracterizar a sua condição sociofamiliar e económica, fazer a sua avaliação física e funcional e avaliar ainda sintomas depressivos.

Satisfeitos os referidos objetivos, foi-nos possível reunir os dados que nos permitiram ir mais além e assim, em grupo, definir perfis críticos na população estudada, identificar problemas e necessidades e, perspetivar as intervenções na comunidade, culminando num projeto de estágio desenvolvido pelo grupo e para uma intervenção em grupo.

Embora seja um caminho que se percorra em conjunto, essencialmente para viabilizar e facilitar o desenvolvimento das atividades curriculares previstas, o envolvimento, a perspetiva, os motivos e motivações também são individuais, traduzindo-se num percurso paralelo e singular para cada elemento do grupo, cujo zénite será a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Precisamente para evidenciar estas diferenças, foi-nos proposto pela Professora Doutora Maria Filomena Martins, que realizássemos também um projeto de estágio individual, complementar ao projeto de grupo, criando assim a oportunidade de revelarmos as nossas aspirações pessoais em relação à intervenção na comunidade que agora perspetivamos e o nosso contributo pessoal para esta atividade coletiva, resultando assim no presente projeto.

Este trabalho representa, por isso, um momento de grande importância e responsabilidade neste percurso, pois determina a forma como irá decorrer o estágio, as intervenções a realizar e

Projeto de Estágio

as ilações para o relatório final. Neste sentido, entendo que não poderei fazer um bom relatório sem fazer um bom estágio, e que este só o poderá ser se devidamente planeado.

Se, por um lado, este projeto pretende ser uma ferramenta académica de avaliação e aquisição de competências, é, por outra, o resultado de uma etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, que tem orientado toda a nossa intervenção.

Apesar de desempenhar funções como enfermeira em meio hospitalar desde a conclusão da licenciatura, sempre alimentei e reconheci o meu interesse pela área da saúde comunitária, nomeadamente pela promoção da saúde. O meu desenvolvimento pessoal e educação familiar, foram pautados pela consciência dos estilos de vida saudáveis desde tenra idade, muito dirigidos para a importância de uma alimentação equilibrada e variada e para a filosofia de vida de que ‘mais vale prevenir que remediar’. E à medida que fui aprofundando estas temáticas ao nível pessoal, fui observando na minha prática ao longo de quase 10 anos, as consequências dos distúrbios de base alimentar, comportamentos aditivos, estilos de vida pouco saudáveis, entre outros, nos doentes de que cuidava: hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas e vasculares, que culminavam na amputação de membros, precipitando a sua dependência, morbilidade e mortalidade. Esta perceção empírica, foi despertando em mim a necessidade de dirigir os meus cuidados e interesses para a prevenção, mas também para algo mais profundo e poderoso: a ideia da capacitação, do empoderamento cognitivo para a mudança, para o envolvimento mais ativo das pessoas nos seus processos de saúde e de doença. Trabalhar num projeto comunitário numa associação em Lisboa e, mais recentemente, ingressar no Curso de Mestrado, foram a forma de me aproximar desta abordagem. E agora, prestes a desenvolver um estágio de intervenção numa comunidade do Alto Alentejo, região onde também cresci, depois de um empolgante processo de colheita e análise de dados, confesso que a minha motivação é a maior. Há, sem dúvida, uma expectativa pessoal, do grupo, da escola, mas também dos idosos inquiridos, das entidades envolvidas, dos familiares e amigos da população face à intervenção que se segue. Eles quererão saber o que temos nós para lhes dar, e nós queremos dar o nosso melhor contributo, aumentando o interesse do projeto.

Neste sentido, o meu contributo pessoal consiste em mobilizar as minhas aptidões e competências pessoais para maximizar o tempo, a qualidade das minhas intervenções e o trabalho em grupo, explorando as facilidades e conhecimentos detidos em prol dos **objetivos gerais** deste projeto, que são:

- Perspetivar e planear intervenções na comunidade direcionadas para os principais problemas e necessidades identificadas na população idosa de Tramaga, com base na minha perspetiva individual

Projeto de Estágio

- Maximizar o processo de aprendizagem/aquisição de competências individual e de grupo.

Como **objetivos específicos**, identificam-se os seguintes:

- Utilizar a metodologia do Planeamento em Saúde
- Mobilizar conhecimentos adquiridos, competências e aptidões pessoais
- Solicitar orientação de peritos na definição das prioridades, objetivos e estratégias para melhor planear a intervenção comunitária
- Descrever sucintamente o processo de elaboração do plano que perspetivou o projeto de grupo numa perspetiva pessoal

Pretendo com este projeto individual complementar o projeto de grupo, sem repetir todos os seus conteúdos, mas sim evidenciar a minha perspetiva e uma narrativa dos passos dados para a sua elaboração, que ajudem a justificá-lo, mas também a compreendê-lo melhor.

E para melhor responder a este desafio de desenhar uma intervenção estruturada, optei por recorrer a várias fontes de conhecimento, nomeadamente aos conteúdos abordados nas disciplinas e trabalhos deste curso de mestrado, as principais diretrizes das conferências internacionais dos cuidados de saúde primários, ao Plano Nacional de Saúde e programas específicos, às Teorias de Organização Comunitárias, à Metodologia do Planeamento em Saúde, aos artigos científicos e trabalhos académicos sobre esta temática, mas também a ideias e iniciativas que revelam o que se tem feito em Portugal e na Europa no âmbito do envelhecimento ativo, sentindo-me mais preparada para trabalhar mais ativamente e de forma mais criativa e capaz com os elementos do grupo.

Embora todo o percurso feito até então esteja a construir em nós as competências desejadas, a realização do estágio é, sem dúvida, uma etapa essencial para desenvolver conhecimentos e adquirir competências especializadas, só possíveis através da implementação dos conteúdos aprendidos em contexto prático.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE], o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária é aquele que procura conhecer os processos de vida, saúde e doença que configuram necessidades nos indivíduos, famílias e grupos de determinada área geográfica, mostrando-se capaz de desenvolver “programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (OE, 2010:1), correspondendo à fase em que nos encontramos. E é no campo de estágio, ou seja, na comunidade escolhida, que teremos oportunidade de desenvolver as enunciadas atividades de educação, manutenção ou restabelecimento de saúde, numa prática

Projeto de Estágio

de complementaridade multidisciplinar dentro do contexto particular destes indivíduos, contribuindo para uma resposta às necessidades de saúde locais, mas também para concluir este curso de especialidade.

Assim, com este projeto, pretendo chegar preparada ao estágio que encerra as atividades curriculares, esperando ir ao encontro das expectativas dos docentes e objetivos definidos pela instituição de ensino que me representa para ambas as etapas. Além das competências comuns, pretendo ainda desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela OE, que são as seguintes:

- “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”
(OE, 2010: 2)

Para alcançar todos os objetivos, este trabalho foi elaborado de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, e sendo uma narrativa complementar de suporte, funciona como um apêndice do Projeto de Grupo, imprescindível para a leitura deste trabalho individual.

Assim, e procurando evitar a sobreposição temática, o primeiro capítulo contextualiza as respostas sociais ao envelhecimento que enquadram este estágio, remetendo a caracterização do local de estágio para a já elaborada e completa secção do Projeto de Grupo.

O segundo capítulo descreve as etapas do Planeamento em Saúde, apontando assim os passos dados, individualmente e em grupo para o diagnóstico de situação, cujos problemas são apresentados, priorizados, alvo de objetivos e estratégias que, fortemente orientadas para a execução e, por fim, para a avaliação. Também este capítulo se suporta do Projeto de Grupo, remetendo para o trabalho que em conjunto foi elaborado, nomeadamente o Plano de Atividades, o Cronograma de Atividades das etapas do Planeamento em Saúde, e o Cronograma das Intervenções a Implementar.

Face à complexidade deste projeto, apresentarei uma reflexão final sob o formato de análise SWOT.

Os projetos individuais de cada elemento do grupo foram realizados após a criação do projeto de grupo, pelo que no decorrer deste trabalho, foram usadas gramaticalmente a primeira e terceira pessoa, refletindo a prestação individual e grupal.

Este trabalho foi elaborado e formatado de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESSP.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DAS RESPOSTAS SOCIAIS AO ENVELHECIMENTO

Embora os progressos científicos tenham contribuído para a diminuição da mortalidade infantil e aumento da longevidade, proporcionando uma esperança média de vida em cerca de mais 30 anos, a inversão da pirâmide etária acabou por levantar outras questões que têm preocupado a Comunidade Europeia, principalmente pelos desafios sociais que têm constituído e pela tradução económica que condicionam (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004). E neste cenário de envelhecimento global, Portugal passou a ocupar o 8º lugar no ranking mundial dos países mais envelhecidos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

As dificuldades experimentadas pelo país no período pós-guerra e pelo extenso período sob o regime ditatorial, traduziram-se em grandes desigualdades sociais, pobreza e baixos níveis de instrução com suas inevitáveis consequências. Ao nível internacional, para impedir que o planeta voltasse a experimentar um conflito tão dramático e tão nefasto para todos, em 1945 foi criada a ONU, uma organização baseada nos princípios de justiça, dignidade humana e bem-estar geral, em prol da união, da paz e do desenvolvimento de todas as nações do mundo. E para desenvolver o nível de saúde de todos os povos, a ONU criou em 1948 uma agência especializada em saúde, a OMS, publicando nesse mesmo ano a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Portugal passa a ser membro da ONU em 1955, mas com uma influência limitada pela política autoritária, autocrata e corporativista do regime do Estado Novo. Estes ideais ganham novos contornos no país com a implantação de um regime democrático fruto da histórica revolução de Abril de 1974, e Portugal, começa assim, um novo caminho. Em 1976, aprova uma nova constituição, a atual Constituição da República Portuguesa, consagrando que todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender, e, em 1978 publica em Diário da República a Declaração dos Direitos Humanos. Nesse mesmo ano, assiste à realização da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários e à elaboração da Declaração de Alma-Ata, um documento que veio reafirmar o significado da saúde como um direito fundamental e umas das mais importantes metas mundiais para a melhoria social. E é em 1979 que vê nascer o Serviço Nacional de Saúde [SNS], desenvolvendo progressivamente planos e programas específicos, de acordo com as diretrizes internacionais traçadas pela OMS, num regime tendencialmente gratuito e acessível a todos. A importância da saúde é então

Projeto de Estágio

indiscutível, e as políticas internacionais dirigidas ao envelhecimento saudável vão ganhando o seu espaço. Para começar a abordar estas questões, a ONU convocou a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, da qual resultaram 62 recomendações, conhecidas como o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Mais tarde, em 1991, define os Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, em termos de independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade, encorajando os governos a incorporá-los nos seus programas nacionais. Simbolicamente, institui o dia Internacional do Idoso, celebrado anualmente a 1 de Outubro desde então, para sensibilizar a sociedade para a necessidade de cuidar e proteger a população idosa. Em 1992, pelos 10 anos de adoção do Plano de Viena, realiza a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento, da qual resulta o documento *Proclamation on Ageing*, que declara 1999 como o Ano Internacional do Idoso, com o lema ‘uma sociedade para todas as idades’. A 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento acontece em Madrid em 2002, e vê aprovados dois importantes documentos: o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento [MIPAA] e a Declaração Política, onde os governos são pressionados a responder ao desafio do envelhecimento com a formulação de políticas com base nas 117 recomendações sugeridas, realçando ainda a necessidade de intensificar a cooperação internacional para a ‘construção de uma sociedade para todos’. As recomendações são baseadas num conjunto de três prioridades, em que a primeira corresponde à esfera das pessoas idosas e desenvolvimento, a segunda à promoção da saúde e o bem-estar na velhice, destacando o reforço da promoção da saúde, a necessidade de formular políticas de prevenção de doenças relacionadas com a alimentação e de integrar os cuidados paliativos nos cuidados de saúde globais, e, a terceira, a garantia de um ambiente propício e favorável. (Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental [UNRIC], 2002). Nesta assembleia fica ainda decidido que a revisão e avaliação da implementação do MIPAA deve ser realizado a cada cinco anos, razão pela qual, em 2007 decorre em Léon uma nova Conferência sobre o Envelhecimento. Antes porém, ainda no final de 2002, o Conselho Económico e Social da ONU, reúne uma Conferência Ministerial sobre o Envelhecimento em Berlim, e define uma estratégia regional de implementação [RIS] do Plano de Madrid, entregando as regiões Europa, América Latina e Caraíbas, África, Ásia e Pacífico às respetivas comissões regionais criadas na fundação da ONU. Esta medida vem ao encontro das diferenças sociais encontradas entre as regiões, aproximando os países que partilham uma realidade mais próxima para a cooperação. Neste sentido, a Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa [UNECE] cria em 2008 um Grupo de Trabalho sobre o Envelhecimento, fornecendo uma plataforma intergovernamental para ajudar os seus países a implementar as

Projeto de Estágio

diretrizes acordadas internacionalmente. Em 2012, realiza-se em Viena a Conferência Ministerial sobre o Envelhecimento com o tema 'Assegurar uma Sociedade para todas as Idades - Promover qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo', onde se reforça o compromisso e a implementação da estratégia regional. Nesse mesmo ano, comemora-se o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações 2012

O envolvimento de Portugal em projetos com outros países, fomentou o próprio desenvolvimento e reorganização nacional.

No campo da saúde, desde os anos 70 que, a par dos desenvolvimentos citados anteriormente, a OMS foi evidenciando nos seus relatórios das Conferências Internacionais dos Cuidados de Saúde Primários, a importância das políticas promotoras da saúde global, realçando e evoluindo nos conceitos de saúde, equidade, promoção da saúde, prevenção da doença, educação, ambientes favoráveis à saúde e determinantes da saúde das populações. Paralelamente e, conseqüentemente, em Portugal, assistimos à criação dos centros de saúde e à evolução da organização dos cuidados de saúde primários, numa tentativa de responder às diretrizes da OMS e simultaneamente de uma sociedade em mudança, levando a uma maior diversidade de oferta de cuidados aos cidadãos. Foram assim criados os Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] em 2008 e a sua delimitação geográfica, teve em linha de conta, entre outros critérios, o índice de envelhecimento. Estes agrupamentos disponibilizam várias unidades funcionais ao serviço das populações, procurando dar respostas de saúde a todas as etapas do ciclo vital, na qual se incluem os idosos com 65 ou mais anos. Para as pessoas e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, doença e dependência, destacam-se as Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de cariz comunitário e domiciliário. Uma outra medida, lançada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, para pessoas em situação de dependência, é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], que presta cuidados continuados de saúde e/ou apoio social principalmente a idosos, em regime de internamento ou de ambulatório, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da Segurança Social, a Rede Solidária e as autarquias, representando assim uma resposta integrada potenciadora de autonomia, integração social e de saúde.

Tal como alude a DGS (2004), o envelhecimento implica uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada. Neste sentido, e no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, foi criado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Projeto de Estágio

(DGS, 2004), que destaca a promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção/desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Também na década de 70, as alterações da política social que conferiram o direito à Segurança Social em Portugal, implicaram o alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos. As modificações do conceito, estrutura e funcionamento da família foram determinando que o acolhimento dos mais velhos, na residência dos filhos ou dos parentes fosse progressivamente substituído pela institucionalização do idoso em estabelecimentos vocacionados (INE, 2012).

Com efeito, surge uma ação social que é fortemente exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação. Assim, e salvaguardado na Constituição da República Portuguesa em 1976, “o direito à segurança económica, condições de habitação e convívio familiar, que respeite a sua autonomia pessoal e evite o isolamento e a marginalização social do idoso”(Assembleia da República, 2005), é a base para os apoios sociais e financeiros do estado português, que se foram traduzindo nos lares de idosos e programas criados para o efeito na década de 90, centros de dia, apoio domiciliário, turismo sénior, termalismo, universidades sénior, entre outros exemplos das medidas adotadas. A política social de apoio à velhice promove assim o bem-estar social através de prestações pecuniárias, benefícios fiscais, serviços sociais e outros serviços públicos, assim como programas e projetos específicos, como a RNCCI, referida anteriormente. No âmbito financeiro, existem as pensões por velhice do regime contributivo, pensões sociais (não contributivas), proteção na invalidez, regime especial de comparticipação de medicamentos, o complemento solidário para idosos e benefícios associados, como a participação do estado na aquisição de medicamentos, próteses dentárias, óculos e lentes.

Em traços gerais, estas são as principais medidas, que traduzem a oferta aos desafios lançados pelo envelhecimento.

A sociedade, através de iniciativas pessoais, locais, associativas, institucionais ou empresarias, tem expressado alguma sensibilidade face ao fenómeno do envelhecimento, alertando para uma reflexão, conhecimento e intervenção sobre esta matéria. Há cada vez mais artigos em jornais e revistas, conteúdos televisivos, páginas na internet sobre o envelhecimento, revelando interesse e consciência social.

Projeto de Estágio

Os últimos 30 anos foram assim pautados por grandes transformações demográficas, mas também por grandes transformações nas condições, nas políticas, no conhecimento e na forma como a informação é transmitida e processada.

Importa assim que o conhecimento e as oportunidades criadas sejam orientados para uma ação favorável à saúde individual e coletiva, cada vez mais voltada para a promoção da saúde e prevenção de problemas que a afetem.

“Os programas de promoção da saúde podem ajudar a melhorar a saúde, reduzir os riscos de doenças, lidar com doenças crónicas e melhorar o bem-estar e autossuficiência de indivíduos, famílias, organizações e comunidades” (Glanz, 1999: 11), mas têm maior probabilidade de sucesso os programas que compreendem claramente os comportamentos de saúde e o contexto ambiental, bem como a responsabilidade partilhada por todos os sectores, sublinhando a importância de todos os determinantes de saúde.

Acreditando que intervir apenas ao nível individual ou apenas ao nível geral incorre na desvantagem de não satisfazer as necessidades de todos, importa pois conhecer a realidade de alguns grupos e com eles trabalhar em prol de condições que assegurem e se aproximem mais à sua saúde e ao seu bem estar.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é uma metodologia desenhada para orientar todas as intervenções que pretendam ser realistas e bem sucedidas, funcionando como um guião que é enriquecido e adaptado a cada realidade.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), contém três fases importantes: a elaboração do plano, a execução e a avaliação.

A elaboração do plano, que é a fase em que nos encontramos, é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução. Corresponde, portanto, ao projecto ou desenho arquitetónico que estrutura a toda a intervenção.

Cientes da sua importância, procuramos ler e compreender, individualmente, cada um dos passos desta importante fase descritos no respectivo manual, para assim, em grupo, conseguirmos fazer o melhor projecto possível.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, ou seja, o seu ponto de partida.

Os dados fornecidos pelo diagnóstico carecem de ser bem colhidos e interpretados, para que assim se extraiam os problemas e necessidades de saúde mais fiéis da população estudada.

Para levar a cabo este diagnóstico de situação, foi elaborado e utilizado um questionário (Apêndice I) misto estruturado com as dimensões sociodemográfica, física, psicológica e mental, em onze páginas, oito grupos temáticos, com questões abertas e fechadas, de escolha fixa ou múltipla, e com recurso à avaliação do Perímetro Abdominal [PA], ao teste do sussurro, ao teste de Jaeger e a escalas de avaliação validadas e reconhecidas ao nível internacional, nomeadamente, a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody [AIVD's], a Escala das Atividades de Vida Diárias [AVD's] pelo Índice de Katz, a Escala de Depressão Geriátrica, o Índice de Massa Corporal [IMC] e o Índice de Comorbilidades de

Projeto de Estágio

Charlson [ICC], pretendendo assim fazer um levantamento dos problemas e necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Para melhor compreender os resultados e explicitar estas escalas, segue-se uma breve caracterização das mesmas.

A Escala de AIVD's de Lawton e Brody, é um instrumento para avaliar a capacidade de viver de forma independente, em oito funções: utilizar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro, em que apresentar baixa funcionalidade ou dependência é pontuado com o valor zero, traduzindo incapacidade.

O Índice de Katz permite avaliar a independência do idoso na realização de seis AVD's: lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se, e o índice é maior quanto maior for a dependência num maior número de funções.

A Escala de Depressão Geriátrica, com 15 questões relacionadas com sentimentos e comportamentos dos idosos, pontua as respostas sugestivas de depressão, cujo total traduz risco de depressão, depressão ou depressão grave, sendo esta última classificação para aqueles que totalizaram 11 ou mais pontos.

O ICC mede o risco de mortalidade dos idosos consequente da associação entre as condições clínicas que apresentam e a sua idade. Porque cada década acima dos 50 anos, inclusive, acrescenta 1 ponto pelo risco progressivo de mortalidade que é assumido, cada idoso inquirido tinha à partida 2 pontos atribuídos por esta escala, o que colocou toda a população com a classificação mínima de comorbilidade moderada. Quanto mais alto o valor obtido, maior o ICC e maior o risco de mortalidade dos idosos.

O IMC relaciona os valores do peso e altura do idoso matematicamente, cujo resultado permite definir se o indivíduo está dentro ou fora do seu valor ideal, associando também o risco de comorbilidades, que será tanto maior quanto maior a classificação obtida pelo índice. Este classifica os idosos dentro das classes de obesidade conhecidas e definidas pela OMS, cujo nível mais elevado corresponde a valores de IMC iguais ou superiores a 40, em que os indivíduos obtêm a classificação de obesidade de classe III, apresentando assim um risco muito grave de comorbilidades, e por isso, de mortalidade.

O padrão de distribuição da gordura corporal tem sido apontado como indicador de risco de algumas doenças cardiovasculares e diabetes, pelo que se revelou importante determinar também os valores do PA dos idosos.

Para avaliar os défices sensoriais, foram utilizados os testes do sussurro e a escala visual de Jaeger, permitindo assim identificar os distúrbios auditivos e visuais dos idosos inquiridos.

Projeto de Estágio

A colheita de dados decorreu em maio e junho de 2013 na referida freguesia, através do questionário preenchido pelos elementos do grupo de mestrandas, face a face com os idosos e, com os dados autorrelatados por 290 dos participantes que se encontravam em casa e responderam às questões colocadas. Assim, com 83% da população incluída neste estudo, procedeu-se à análise e tratamento dos dados com recurso ao programa informático SPSS, o que permitiu caracterizar a população inquirida.

Retrato da população em estudo

Trata-se assim de uma população maioritariamente feminina (60%), com uma média de idades de 76 anos, em que a idade predominante dos inquiridos está situada entre os 72 e os 77 anos e, o inquirido mais velho apresenta 92 anos. Relativamente ao estado civil, o grupo em estudo revela uma maior percentagem de casados (62,1 %), seguido de viúvos (31 %), existindo mais mulheres solteiras e viúvas. O ensino primário não foi completado por 33,4% dos idosos, e 37,9 % nunca frequentou a escola, havendo registo de apenas um dos inquiridos ter o ensino preparatório e outro o ensino secundário. Os maiores níveis de escolaridade são verificados nos idosos mais jovens.

Vivem na maioria das vezes com uma outra pessoa (52,1%), mas 25,5 % dos idosos vivem sós. Os homens vivem com mais pessoas e são as mulheres que em maior número vivem sozinhas. Apurou-se uma forte tendência para as pessoas entre os 78 e os 83 anos viverem sozinhas ou com outra pessoa idosa.

As relações sociais com a comunidade local são mantidas por 55,5% dos idosos, e a maioria refere ter apoio familiar.

Foram 194 os idosos que refeririam que os seus rendimentos cobrem com dificuldade as suas necessidades.

Dos inquiridos, 94,1% habitam dentro da povoação apesar de 17 idosos habitarem em locais isolados, sendo estes a registar a maior frequência de apoio institucional, de vizinhos e amigos. A localização não parece influenciar as relações sociais, e existe maior apoio familiar quando o idoso vive numa habitação isolada.

Vivem em casas térreas, com água canalizada e eletricidade mas 17,2% não possui sistema de esgotos. A humidade está presente em 48,3% das casas, e em 30% das habitações, não existem janelas em todas as divisões. Existem 28 idosos com casa de banho fora da habitação, 94,5% com casa de banho completa, 70% com banheira e 40% com polibam. Constatou-se que 91,7% das habitações não possui rampas de acesso, 85,2% das habitações não possui corrimões

Projeto de Estágio

mas 87,6% das habitações tem largura adequada à circulação de cadeira de rodas. Apenas 29,9% dos idosos possui tapetes anti-derrapantes e 32,8% refere apresentar obstáculos à circulação nos seus domicílios.

A necessidade em recorrer à ajuda de alguém foi transmitida por 191 dos idosos. E se 107 referiram necessitar de ajuda ‘algumas vezes’, 62 idosos afirmaram que o sentem ‘muitas vezes’, havendo ainda os idosos que necessitam ‘sempre’ de ajuda, que são 22.

De acordo com as respostas obtidas, parece ser mais fácil satisfazer a necessidade de ajuda sentida com menor frequência.

Quem mais ajuda tem em média 55 anos e não coabita com o idoso, mas quando a necessidade de ajuda é mais frequente, esta provém de familiares que coabitam ou passam a coabitar com o idoso por esse motivo, sendo a idade média de quem ajuda maior nestas situações, e que importa conhecer. A pessoa mais velha que ajuda tem 86 anos, e existem 8 inquiridos que têm ajuda de pessoas com 80 e mais anos. Nesta população, os idosos são ainda ajudados por 37 pessoas com idades entre os 70 e 79 anos, o que corresponde 14,7%.

Com recurso à escala de AIVD's de Lawton e Brody, a avaliação funcional dos idosos revelou que existem mais sujeitos dependentes no sexo masculino (39,4%) e que a maior taxa de sujeitos dependentes ocorre nos sujeitos com mais de 83 anos (59%). Das atividades que são avaliadas por esta escala, alguns resultados assumem particular importância, e por isso são aqui realçados. Existem 36 idosos sem telefone ou telemóvel, e dos 254 inquiridos que responderam, são também 36 aqueles que não usam estes equipamentos, apesar de referirem terem em sua posse ou em suas casas. Há ainda 29 idosos (11,4%) que apenas atendem o telefone e não marcam números, existindo 47 idosos (18,5%) que conseguem marcar os números que conhecem e assim fazer chamadas. Embora 109 idosos consigam fazer compras sozinhos, os restantes 62,4% precisam de ajuda nas compras, havendo mesmo 90 idosos que se assumem incapazes de o fazer. Dos idosos inquiridos, 47,6% planeia, prepara e serve refeições adequadas sozinho, mas existem 117 idosos que necessitam de refeições preparadas e servidas. São ainda 152 os idosos que cuidam ou tentam cuidar da sua casa, realizando pelo menos uma tarefa doméstica. E no que respeita à medicação, 27,1% dos idosos necessita de ajuda na preparação, separação e toma dos medicamentos nas horas e doses corretas.

A avaliação das AVD's e do Índice de Katz revelou 57,1% dos idosos independentes nas AVD's avaliadas, mas também 17 idosos totalmente dependentes em todas as seis atividades, havendo também 15 idosos dependentes em quatro ou cinco AVD's. ‘Lavar-se’ e ‘vestir-se’ são as atividades em que os idosos são menos independentes. A incontinência ocasional é referida por 83 idosos e relativamente à mobilização, 44 idosos referiram precisar de ajuda para

Projeto de Estágio

entrar e sair da cama e levantar-se da cadeira, dos quais 14 usam meios auxiliares de marcha para facilitar estes movimentos. Quem mais ajuda o idoso a cumprir as atividades é o familiar que coabita, cuja idade média é de 65 anos. Nas classes etárias mais avançadas, observamos valores do Índice de Katz mais elevados.

Através da Escala de Depressão Geriátrica, foi possível saber que a maioria destes idosos pensa que é muito bom estar vivo, está bem disposto a maior parte do tempo e satisfeito com a sua vida. Contudo, sentem-se muitas vezes desamparados, inúteis e com as suas vidas vazias, preferem ficar em casa em vez de sair e têm medo que lhe aconteça algo de mal. Dos inquiridos, 14 não somaram qualquer ponto nesta escala, mas para 91 idosos obteve-se a classificação de depressão, e para 62 idosos a classificação de depressão grave. A presença de depressão está associada à qualidade das relações sociais que o idoso mantém, tendo maior incidência naqueles que só se relacionam com os vizinhos/amigos, e aqueles que não saem do domicílio, embora recebam visitas. A depressão tem ainda maior incidência nos idosos isolados e nas mulheres.

Pelo IMC foi possível agrupar 118 idosos na classificação de pré-obesidade, apresentando por isso um risco aumentado de comorbilidades. Com risco moderado e classificação de obesidade classe I encontraram-se 65 idosos. As classes II e III de obesidade, com respetivo risco de comorbilidade grave e muito grave agruparam 29 idosos.

O risco de comorbilidade associado ao perímetro abdominal é muito elevado para ambos os sexos, estando presente para 93,4 % das mulheres e 69,7% dos homens desta população idosa.

Em média, os idosos tomam cerca de 5 medicamentos por dia, mas existem 109 idosos que tomam entre 6 a 10 medicamentos diariamente. O número de medicamentos está associado com o seu Índice de Comorbilidades de Charlson.

Em relação às quedas, 91 idosos afirmaram ter caído nos 6 meses que antecederam o questionário. O medo de cair é referido por 154 idosos, sendo 141 aqueles que deixaram de fazer algumas atividades face ao medo de cair. Os idosos com necessidade de ajuda para se mobilizar apresentaram a taxa mais elevada de quedas, e uma menor capacidade de mobilização encontra-se associada à existência de quedas. Nas mulheres verifica-se um maior número de quedas.

Cerca de 40% da população idosa aparenta dificuldades no controle do esfíncter urinário, e 35,5% refere obstipação.

A avaliação sensorial pelos testes realizados revelou que 37,2% dos idosos apresentam dificuldades auditivas e 57,6% têm dificuldades visuais.

Projeto de Estágio

Existem 109 idosos a relatarem sonolência durante o dia, e 25,5% dos idosos revela não estar satisfeito com o seu sono.

As patologias mais referidas pelos idosos foram a Diabetes (24,1%), a Insuficiência Cardíaca (23,1%), a Doença Cerebrovascular (9,7%), a Demência (7,9%), o Tumor ou Neoplasia (6,2%) e a Doença Respiratória (4,8%), configurando a classificação final obtida pelo ICC de comorbilidade severa para 260 idosos desta população. Na descrição dos seus problemas de saúde, os idosos acrescentaram ainda a hipertensão arterial [HTA], presente em 218 idosos, a dislipidémia, em 122 idosos e as patologias osteoarticulares e reumatológicas, presentes em 70 idosos. Os valores do ICC aumentam com as classes etárias.

No período dos 6 meses anteriores ao diagnóstico, os idosos recorreram ao Centro de Saúde, em média, cerca de 3 vezes. Durante o mesmo período, e especificamente aos serviços de enfermagem, 13 idosos não recorreram nunca, mas quem recorreu, fê-lo algumas vezes (45,8%). Houve idosos que dizem ter recebido cuidados de enfermagem uma vez (29,9%) ou 2 vezes (27,4%). Os cuidados e tratamentos mais procurados foram a colheita de sangue, por 112 idosos, a vacinação, por 85 idosos e a administração de terapêutica intramuscular e subcutânea, por 54 idosos. Os parâmetros alvo de monitorização e vigilância a que mais recorreram foram a tensão arterial, a 249 idosos, a glicémia capilar, avaliada em 58 idosos, e a vigilância do pé diabético, a que recorreram 34 idosos. A participação em programas de educação para a saúde foi mencionada por 45 idosos, e a presença de comorbilidades e de valores mais elevados do ICC estão associados à frequência de programas de educação para a saúde.

Outros dados importantes verbalizados pelos idosos durante o questionário foram registados nas notas de campo e complementam esta caracterização. Alguns idosos referiram:

- Querer manter a sua autonomia por mais tempo;
- Aceitar com naturalidade serem e estarem mais velhos;
- Que a família é tudo para eles, que os ajuda muito;
- Que as taxas moderadoras os inibem de ir ao centro de saúde;
- Que controlam a tensão arterial e glicémia capilar preferencialmente em casa, sozinhos ou com ajuda da família, evitando assim gastar dinheiro e procurar os serviços de saúde;
- Que a opção polibam seria mais vantajosa que ter banheira;
- Não haver rampas, corrimões e outras facilidades nos espaços públicos

Segundo Carpenter & Streubert (2002: 23), é importante efetuar uma revisão da literatura depois de realizada a análise dos dados, de forma “a expor como é que os resultados se encaixam no que já é conhecido do assunto, pretendendo confirmar ou argumentar resultados existentes”.

Projeto de Estágio

Assim, face aos dados obtidos e ao enquadramento conceptual e estatístico pesquisado sobre esta temática, foram tomadas em conta as seguintes considerações:

- O **envelhecimento demográfico** é uma realidade nacional mas muito sentida no interior do país, onde há muito espaço e menos gente, aumentando a responsabilidade individual de cada elemento dentro da comunidade. Em Portugal, e de acordo com os Censos 2011, por cada 100 jovens existem 128 idosos, sendo este índice de envelhecimento de 178 no Alentejo, que é a região mais envelhecida do país, apresentando também um grande índice de longevidade, ou seja, que dos idosos residentes nesta região, a maioria tem 75 ou mais anos.
- A taxa elevada de **analfabetismo** acompanha e confirma os dados nacionais divulgados: é maior entre as mulheres e no Alentejo, o que levanta várias preocupações de saúde. Sebastien (2011) refere que a educação tem um papel preponderante no estado de saúde, uma vez que níveis superiores de escolaridade dão às pessoas mais informação para fazerem escolhas saudáveis. A educação afeta ainda a literacia em saúde, que é “uma medida da capacidade dos clientes para ler, compreender e agir conforme as instruções médicas. É comum existir má literacia na saúde entre minorias étnicas, idosos e doentes com condições crónicas” (Sebastien, 2011: 756).
- Neste estudo existem mais **mulheres solteiras e viúvas**, o que, face aos homens, difere da realidade nacional.
- **Viver só**, é uma realidade crescente em Portugal. Famílias constituídas por apenas 1 pessoa, em 2011, representavam 21% das famílias portuguesas, existindo 400 964 idosos a viverem sós e 804 577 idosos que vivem na companhia de outro idoso, em Portugal Continental. “O viver só não é significado imediato de isolamento, no entanto é necessário ter uma rede sólida de familiares, amigos e indivíduos preocupados dentro da comunidade, que forneçam apoio emocional e ajudem a ultrapassar os problemas do dia a dia” (Sebastien, 2011).
- As **relações sociais** podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental do idoso (House, 1981; Cockerham, 1991 citados por Ramos, 2002). A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Pesquisas têm demonstrado que as relações sociais são capazes de moderar o stress em pessoas que experienciam problemas de saúde, a morte do

Projeto de Estágio

cônjuge ou mesmo crises financeiras (Silverstein & Bengston, 1994 citados por Ramos, 2002). Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família (emocional ou funcional). Especificamente sob a presença de suportes sociais é esperado que pessoas idosas sintam-se amadas, sintam-se seguras para lidar com problemas de saúde e tenham alta autoestima (Cicirelli, 1990 citado por Ramos, 2002). As redes sociais formadas por familiares e amigos significativos abalam os efeitos do stress nos indivíduos mais velhos, e oferecem suporte social na forma de amor, afeto, preocupação e assistência (Cockerham, 1991 citado por Ramos, 2002). Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o stress que aquelas pessoas que têm o suporte social.

- Em Portugal, a taxa de risco de **pobreza** acima dos 65 anos é de 20% (INE, 2012), induzindo maior vulnerabilidade a este grupo etário, por dificultar a vida em sociedade e limitar o acesso aos recursos necessários a uma vida saudável. Os indivíduos com baixos recursos têm maior probabilidade de viver em ambientes perigosos, sobrelotados e com saneamento inadequado, fazer alimentações pouco nutritivas e sofrer vários fatores de stress, porque não têm recursos para gerir as despesas inesperadas ou mesmo para gerir a vida diária. Além disso, a pobreza reduz ainda a acessibilidade aos cuidados de saúde, sendo frequente as pessoas com mais baixos rendimentos considerarem a sua saúde má ou razoável (Sebastien, 2011). O índice de rejuvenescimento da população ativa em 2011 no Alentejo foi de 84, ou seja, potencialmente, por cada 100 pessoas que saíram do mercado de trabalho, entraram apenas 84. Ao relacionar o número de indivíduos em idade ativa por cada idoso existente, o Alentejo é a região que apresenta o índice de sustentabilidade potencial mais baixo. Estes dados, associados ao fator interiorização e a sua relação com a distância, o tempo, os meios, e os acessos, vincam diversas iniquidades e vulnerabilidades.
- Nas últimas décadas, as **condições de habitabilidade** dos alojamentos melhoraram muito, e as infraestruturas básicas estão presentes em cerca de 98% das habitações clássicas. Apesar de praticamente universal, o Alentejo e o Algarve são as regiões em que se regista a maior percentagem de alojamentos que não dispõem de sistema de esgotos, respetivamente 0,87% e 1,04%, e o saneamento básico é uma questão de saúde pública e ambiental.

Projeto de Estágio

- Os resultados dos Censos 2011 indicam que apenas 41% dos edifícios em Portugal é acessível por pessoas com mobilidade condicionada através de cadeira de rodas, e o Alentejo, regista o valor mais baixo, pelo que importa minimizar estas desigualdades e melhorar a **acessibilidade** dos que mais precisam.
- A velhice não é sinónimo de doença, mas com o avanço da idade, há maior risco de comprometimento da **capacidade funcional**, com conseqüente perda de autonomia e independência. O estado funcional de um grande número de idosos caracteriza-se por gozar de um determinado estado de saúde, que lhes permite viver de forma autónoma, sem qualquer tipo de dependência e/ou incapacidade (Paschoal, 2000, citado por Gonçalves, 2010). De acordo com a legislação portuguesa, a dependência pode ser definida como a “(...) situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante ou agravada por doença crónica, doença orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária (...)” (Decreto-Lei n.º 101/2006: 3857) . A partir desta definição pode-se verificar que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e escassez de apoios sociais. A este respeito, Fernandes (2000) refere que a dependência nas pessoas idosas assume contornos particulares, uma vez que resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas, insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social. Segundo um estudo realizado por Amaral & Vicente (2000) o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado o grupo etário, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino. A percentagem de anos que os homens podem viver sem incapacidade é superior ao das mulheres, ou seja, as mulheres vivem mais tempo, mas com mais incapacidades (Gil, 2010). Em Portugal, a temática da incapacidade foi abordada pela primeira vez nos Censos 2011, tendo decorrido por autoavaliação, e de acordo com seis atividades diárias: ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender (INE, 2012). Os resultados, traduziram dificuldades, que são mais prevalentes para as mulheres e para a população com 65 ou mais anos, afetando principalmente as atividades andar (27%), ver (19%), ouvir (15%) e memória/concentração (15%).

Projeto de Estágio

- **Prestar cuidados** ao idoso com baixo nível de dependência e ao idoso com elevado nível de dependência é manifestamente diferente, pelo que as exigências colocadas aos prestadores de serviços são diferentes (Pimentel, 2001). A família é o centro de todo o apoio recebido e prestado, havendo contudo a necessidade e a tendência para que esta solução seja substituída por centros de dia, por centros de convívio, por residências ou lares de terceira idade e por organizações de serviços de apoio domiciliário.
- “Todo o ser humano em qualquer fase da sua vida pode experimentar **sintomas depressivos**. Contudo, os idosos têm uma maior probabilidade de apresentar esta doença pois apresentam inúmeras limitações e perdas”. (Carvalho & Fernandez, citados por Netto, 1996: 160). As mulheres são mais propensas do que os homens a sofrer de depressão, embora as razões não estejam completamente claras (Berkow, 2006). Os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à sua vida, são mais felizes e comprometem-se mais com o seu meio e sociedade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Segundo Irigaray & Schneider (2007), na velhice, os fatores de risco para a ocorrência de depressão, são a falta ou perda de contactos sociais, história de depressão anterior, viuvez, eventos de vida stressantes, institucionalização em lares de terceira idade, insatisfação com o suporte social, isolamento social, falta de recursos económicos, ansiedade, falta de atividades sociais, nível educacional baixo e uso de medicação antidepressiva. As perdas físicas, como a diminuição da visão e da audição, da força, da precisão manual, da flexibilidade, da rapidez na execução das tarefas, podem reduzir a capacidade de auto-cuidado, levando o idoso à perda da independência e consequentemente à depressão.
- A pré-obesidade e a **obesidade** constituem importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo uma estratégia concertada, que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais ativa (DGS, 2005). Segundo a mesma fonte, a obesidade é um fator de risco de extrema importância para a hipertensão e para a diabetes, onde a alimentação inadequada, combinada com a inatividade física, criam o ambiente mais favorável para as doenças cardiovasculares e metabólicas subsistirem.
- Segundo Berger & Mailloux-Poirier (1995), em cada ano, um terço das pessoas com mais de 65 anos que vivem nas suas casas são vítimas de uma **queda** e destas, uma em cada 40 tem que ser hospitalizada, com repercussões potencialmente

Projeto de Estágio

graves. Os fatores ambientais são responsáveis por 50% de todas as quedas (degraus partidos, passeios escorregadios, iluminação insuficiente, tapete mal fixado, etc).

- Segundo a DGS (2012), a HTA merece uma particular relevância, pela sua elevada prevalência na população portuguesa e pelo facto dos estudos de base epidemiológica publicados demonstrarem um insuficiente controlo, facto que poderá refletir-se na anormal incidência de acidente vascular cerebral ao nível nacional.
- A **diabetes** é uma doença preocupante pelo impacto que tem, sendo responsável por 25% dos internamentos hospitalares e pelo risco de mortalidade acrescido a todas as patologias (DGS, 2012).

Assim, e cruzando toda a informação, foi-me possível identificar vários riscos nesta população, tendo sido perspetivados com base nos fatores encontrados e na tendência de agravamento que manifestam.

Os riscos identificados estão associados ao género, aos níveis de escolaridade, às condições económicas, às condições e relações sociais, às condições da habitação, aos comportamentos e estilos de vida adoptados, à condição de saúde e carga que as doenças mais encontradas implicam, à autopercepção do estado de saúde, à responsabilidade das tarefas e da ajuda assegurada.

Quem está em maior risco são as mulheres, os mais idosos, os que vivem sós e os mais isolados, sendo os elementos da população mais vulneráveis a todos os riscos.

Quem mais tem contribuído para minimizar os riscos é a família, seguindo-se a restante comunidade em função da proximidade e disponibilidade.

O quadro nº1 lista os riscos identificados e os factores encontrados na população que contribuem para os mesmos.

Projeto de Estágio

Riscos Identificados	Fatores
<p>Maior iliteracia</p>	<p>taxa de analfabetismo isolamento da habitação viver só relações sociais pontuais rendimentos insuficientes preferir ficar em casa depressão défices sensoriais dependência funcional procura pontual dos serviços de enfermagem e a participação pouco expressiva em programas de educação para a saúde</p>
<p>Doenças Transmissíveis</p>	<p>saneamento incompleto da freguesia iliteracia</p>
<p>Quedas e outros acidentes domésticos</p>	<p>idade sexo iliteracia dificuldades económicas consumo de álcool (nos homens) viver só isolamento da habitação humidade e ausência de janelas na habitação (piso escorregadio, diminuição da luz natural, divisão mal ventilada) casa de banho fora da habitação, existência de banheira e obstáculos que impedem a livre circulação inexistência de tapetes anti-derrapantes, rampas de acesso ou corrimão, dentro e no acesso à habitação, bem como nos espaços públicos preparação de refeições e tarefas domésticas dependência nas AVD's e necessidade de ajuda na mobilização (banho, wc, sentar-se e levantar-se, uso de meio auxiliar de marcha) depressão</p>

Projeto de Estágio

	<p>obesidade polimedicação défices sensoriais problemas de saúde existentes, como a HTA, diabetes e patologias osteoarticulares sono medo de cair</p>
<p>Depressão/seu agravamento</p>	<p>sexo idade iliteracia dificuldades económicas viuvez viver só idoso que também cuida de idoso relações sociais isolamento da habitação índice de katz aumenta com a idade sem telefone, não utilização ou uso limitado preferir ficar em casa em vez de sair medo que algo de mal lhe aconteça depressão obesidade quedas défices sensoriais comorbilidade participação pouco expressiva em programas de educação para a saúde</p>
	<p>sexo idade iliteracia viver só dificuldades económicas isolamento</p>

Projeto de Estágio

<p>Doenças não transmissíveis/seu agravamento</p>	<p>humidade e divisões sem janelas (doenças respiratórias, alérgicas) relações sociais isolamento da habitação dependência funcional índice de katz aumentar com a idade preferir ficar em casa em vez de sair depressão obesidade, perímetro abdominal HTA Quedas Idoso que também cuida de idoso défices sensoriais comorbilidade incontinência urinária (originando infecções bacterianas e fúngicas) polimedicção participação pouco expressiva em programas de educação para a saúde</p>
<p>Dificuldades económicas agravarem</p>	<p>dificuldades económicas existentes problemas de saúde existentes, associados à obesidade, e ao risco muito elevado de comorbilidade, se agravados podem aumentar a despesa com saúde, limitar atividades de sustento, como a horta, ou complementares aos rendimentos iliteracia (desconhece recursos e apoios disponíveis) isolamento da habitação idade depressão (altera a perceção, inibe atividade, afasta da ajuda)</p>
<p>Isolamento Social</p>	<p>sexo idade iliteracia viver só dificuldades económicas isolamento da habitação relações sociais</p>

Projeto de Estágio

	dependência funcional índice de katz aumentar com a idade preferir ficar em casa em vez de sair depressão obesidade, perímetro abdominal quedas défices sensoriais comorbilidade polimedicação sem telefone, não utilização ou uso limitado
Incapacidade funcional/seu agravamento e mortalidade prematura	sexo idade iliteracia viver só dificuldades económicas isolamento da habitação relações sociais dependência funcional índice de katz aumentar com a idade preferir ficar em casa em vez de sair depressão obesidade, perímetro abdominal quedas défices sensoriais comorbilidade polimedicação problemas de saúde existentes

Quadro nº1- Riscos identificados na população idosa de Tramaga.

Os riscos e factores levantados traduzem necessidades de saúde nos idosos, que são: a sua monitorização e vigilância, melhorar os seus conhecimentos para prevenir o agravamento dos seus problemas de saúde bem como o desenvolvimento de outros, obter conhecimentos para promover a sua saúde, autonomia e capacidade funcional, de receber formação e informação que melhorem a sua autoperceção e literacia, de medidas promotoras da sua protecção,

Projeto de Estágio

segurança, apoio, lazer, distração e cuidado, de estarem rodeados por uma comunidade capacitada para ajudar, consciente, próxima e disponível. Fica pois emergente a necessidade de introduzir o conceito de envelhecimento ativo nesta população e nesta comunidade.

Assim, de acordo com a minha análise, considerei como principais **problemas de saúde** desta população idosa de Tramaga, os seguintes:

- A. Iliteracia
- B. Viver só
- C. Isolamento da habitação
- D. Dificuldades económicas
- E. Saneamento incompleto na freguesia
- F. Acessibilidade insuficiente nos espaços públicos
- G. Condições propícias a quedas e acidentes domésticos
- H. Cuidador ser também idoso
- I. Dependência aumenta com a idade
- J. ICC aumenta com a idade
- K. Depressão e depressão grave
- L. Risco muito elevado de comorbilidade
- M. Problemas de saúde mais frequentes entre os idosos: HTA, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
- N. Obesidade
- O. Polimedicação
- P. Quedas
- Q. Défices sensoriais
- R. Participação em programas de saúde

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Face ao número de problemas de saúde obtidos com o diagnóstico de situação, tornou-se imperioso reduzir o seu número a fim de facilitar a determinação de prioridades.

Agrupando, repensando e considerando os problemas e viáveis contributos para os minimizar, reduzi a lista para 12 problemas:

Projeto de Estágio

- A. Iliteracia
- B. Viver só
- C. Isolamento da habitação
- D. Dificuldades económicas
- E. Saneamento incompleto na freguesia
- F. Quedas
- G. Depressão e depressão grave
- H. Pré-obesidade e Obesidade Classe I
- I. Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; comorbilidade severa pelo ICC
- J. Cônjuge, idoso, presta ajuda e cuida nas AVD's
- K. Patologias prevalentes: HTA, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
- L. Polimedicação

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), para esta tomada de decisão importa começar por considerar o tempo disponível para a intervenção e os critérios disponíveis para determinar prioridades. Assim, compreendendo os conceitos de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos, procurei relacionar os problemas a fim de estabelecer uma ordem.

As distintas formas de combinação de critérios, originaram alguns métodos de selecção de prioridades referidos pelos autores, sendo a combinação por pares aquela que me pareceu ser a melhor opção para os problemas diagnosticados.

Assim, e através de uma tabela, cada problema foi comparado entre si, tendo seleccionando o mais importante entre os dois, e assim sucessivamente. O problema mais vezes escolhido ocupou o primeiro lugar na lista de prioridades e o último problema foi o menos escolhido. O processo não foi linear, tendo sentido alguma dificuldade em decidir entre alguns problemas. Contudo, foi possível concluir a minha lista de ordenação dos problemas, que ficou a seguinte:

- 1) Quedas: com banheira, sem tapetes antiderrapantes, circulação condicionada por obstáculos, défices sensoriais
- 2) Patologias prevalentes: HTA, dislipidémia, osteoarticulares, DM, IC
- 3) Pré-obesidade/obesidade classe I
- 4) Depressão e depressão grave

Projeto de Estágio

- 5) Risco elevado e muito elevado de comorbilidade/comorbilidade severa pelo ICC
- 6) Polimedicação
- 7) Viver só
- 8) Isolamento habitação
- 9) Sem esgotos
- 10) Iliteracia
- 11) Cuidadores de idosos também são idosos
- 12) Dificuldades económicas

Os problemas que lideram esta lista foram os que tiveram maior peso na minha decisão, pois são aqueles que incorrem em maior risco para a saúde desta população, e também prioritários para as directrizes nacionais. Por outro lado, por haver contributos de grande utilidade, capazes de minimizar o risco associado aos problemas diagnosticados, face ao tempo disponível, acabaram por ser, na minha opinião, os problemas mais importantes para a intervenção comunitária.

Os que ocuparam os últimos lugares, embora de extrema importância, não pareciam ser tão sensíveis à nossa intervenção no tempo limite, requerendo outras abordagens.

Assim, e dos problemas ordenados, selecionei os primeiros dez para reunir com as colegas de grupo e, em conjunto, darmos continuidade ao processo de planeamento em saúde e desenvolvimento deste projecto.

Os contributos individuais convergiram para os principais problemas, que não difeririam muito entre os elementos. Ficou patente que cada elemento detinha uma sensibilidade pessoal maior ou interesse num ou outro problema, trazendo por isso ideias para enriquecer o projeto.

Das decisões tomadas em grupo para esta estapa do planeamento, e com todos os contributos pessoais, resultou uma lista de problemas priorizados, que está presente no projeto de estágio de grupo.

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

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

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

Atendendo aos riscos e fatores da população que para eles concorrem, procurei conciliar os conhecimentos adquiridos relativos à temática do envelhecimento, às respostas nacionais, às estruturas locais, à dinâmica e realidade local, mas também aos exemplos e soluções adotadas em realidades similares, bem como as estratégias e diretrizes nacionais ou apontadas pelas teorias que suportam estas decisões, procurando assim contribuir para a melhor definição dos objetivos da intervenção comunitária.

Neste sentido, foram por mim tomadas as seguintes considerações:

- Manter os fatores de risco é não atender às necessidades emergentes e permitir um futuro sem melhoras. Há efetivamente fatores que não conseguimos mudar, como a idade ou o género, e outros que são mais difíceis de mudar, como a habitação ou as dificuldades económicas, o que relembra os determinantes sociais da saúde. Por isso importa criar condições que protejam, apoiem e capacitem toda a população, e em particular, os que foram identificados como mais vulneráveis aos problemas, dirigidas para a mudança de comportamentos.
- As orientações do Plano Nacional de Saúde, e segundo o programa nacional para pessoas idosas, iniciado em 2004, alertam para a importância do exercício físico, da estimulação das funções cognitivas, da gestão do sono, nutrição, alimentação, hidratação e eliminação, para a importância dos fatores de vulnerabilidade, como a idade avançada, as alterações sensoriais, o risco de quedas, a incontinência e a polimedicação e, por fim, para a importância da promoção do envelhecimento ativo.

Assim, delinieei os seguintes **objetivos gerais** para esta intervenção comunitária:

- Sensibilizar a população idosa, entidades locais e comunidade para os problemas diagnosticados e a importância do envelhecimento activo;

Projeto de Estágio

- Contribuir para a divulgação e conhecimento dos comportamentos e estilos de vida saudáveis com base no empowerment da população idosa e comunidade;
- Contribuir para a minimização dos factores que condicionam a saúde dos idosos da Freguesia de Tramaga numa abordagem intersectorial.

Com base nestes objetivos, organizei um conjunto de ideias, sugestões, atividades e iniciativas, de forma a dar o meu contributo para o grupo na definição dos objetivos específicos, e que aqui evidencio:

- Fazer um *atelier* de saúde para avaliação da tensão arterial e glicémia capilar, com informação e distribuição de panfletos sobre alimentação, HTA, Diabetes, por exemplo. Felizmente, tive muito boas experiências e que recordo como muito positivas para todos os envolvidos, promover este género de iniciativas, pelo que repetir nesta população pareceu-me muito oportuno.
- Procurar saber quais os eventos locais a decorrer durante o período do estágio, organizar um e associar uma iniciativa nossa. Tendo em conta a estação do ano e as atividades locais mais frequentes, a ideia seria organizar um magusto ou uma festa de natal.
- Organizar um workshop de cozinha saudável, realçando a dieta mediterrânica, comida tendencialmente hipossalina e com baixo índice glicémico, explorando e divulgando estes conceitos.
- Criar um grupo local de cuidadores informais.
- Sugerir à autarquia, ao representante municipal e da freguesia, a construção de jogos e espaços de jogos tradicionais, com recurso a material duradouro, sustentável e reciclado. Esta ideia foi baseada no exemplo existente na localidade de Ericeira, em Mafra, onde é frequente ver em vários espaços bem localizados, jogos de damas, construídos em alvenaria e azulejo, cujas peças são tampas coloridas de garrafas e garrafões de água, acondicionados precisamente num garrafão de água vazio, afixado junto à mesa. Penso que esta ideia, além de não ser dispendiosa, é sustentável, pode ser utilizada em qualquer local e pode fomentar a saída dos idosos das suas casas para conviver com elementos da comunidade, combater a depressão, entre outros.
- Sugerir à autarquia a criação de uma zona de lazer, agradável, com espaços verdes e bancos, mas também com infraestruturas para realização de exercícios e circuitos de manutenção, por exemplo, fomentando a atividade física, o convívio, o lazer e benefícios associados.

Projeto de Estágio

- Sugerir à autarquia a assistência telefónica contratada por outras Câmaras do país, como a de Paredes, Albufeira, Silves, Sintra, Coimbra e Porto, para as situações de isolamento dos idosos.
- Sortear um telemóvel pelos idosos da freguesia.
- Organizar um concurso de doçaria ou outros produtos da região, com as mulheres desta população, proporcionando um momento de distração e valorização dos seus conhecimentos e tradições.
- Organizar sessões de educação para a saúde, com base nos problemas identificados.
- Publicar artigos de saúde em jornais locais.
- Entregar uma impressão do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga aos dois dirigentes políticos locais e à Enfermeira Chefe do Centro de Saúde.
- ‘Apadrinhar’ um idoso que viva isolado, propondo à comunidade ou associações locais com voluntários que sejam referência para estes idosos.

Muitas das ideias foram comuns aos elementos do grupo, pelo que em conjunto tentámos escolher quais as que melhor poderíamos implementar. Também foi necessário priorizar e ‘votar’ nas ideias trazidas pelos elementos do grupo, e que na sua maioria, considerassem ser as melhores. Adaptando as ideias, optou-se por definir um conjunto de seis ‘grandes’ atividades estratégicas para estruturar a intervenção comunitária (Figura nº1).

Face à reorganização territorial recente e já em vigor, a Freguesia de Tramaga passou a pertencer à União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor [UFPSTVA]. Em termos de poder local, considerámos o Sr. Presidente da UFPSTVA e o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor [CMPS], em funções no período de intervenção comunitária.

Projeto de Estágio



Figura nº1- Atividades Estratégicas da Intervenção Comunitária para os idosos de Tramaga

Assim, para cada uma destas atividades, e considerando que também precisamos quantificar e medir o que é feito, aquilo que pretendíamos pode ser facilmente identificado no quadro que se segue (Quadro nº2).

<p>Reunião com o Presidente da UFPSTVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilizar para os problemas identificados - solicitar a colaboração para o apoio no desenvolvimento das atividades da intervenção comunitária - apresentar propostas de colaboração específicas e sugestão de medidas locais a considerar
<p>Reunião com o Presidente da CMPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilizar o responsável municipal para os problemas identificados, envolvendo o responsável municipal pela área de desenvolvimento de ação social - apresentar propostas específicas de intervenção autárquica

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - conhecer as medidas aprovadas e as medidas consideradas para análise, bem como os motivos que as fundamentam
Atelier de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilizar idosos e população para os comportamentos e estilos de vida saudáveis - fazer a avaliação da tensão arterial e glicémia capilar - facultar informação pertinente sob a forma de folhetos - avaliar importância e interesse atribuídos pelos participantes à iniciativa
Fórum Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> - partilhar os resultados obtidos com o diagnóstico de saúde da população idosa com os idosos, comunidade, entidades locais e políticas - sensibilizar para os problemas e para a necessidade de respostas comunitárias, fomentando a reflexão - proporcionar momento de convívio, partilha e aproximação
Sessão para a segurança do idoso	<ul style="list-style-type: none"> - contribuir para a prevenção de acidentes domésticos e outros que ameacem a segurança do idoso - proporcionar momento de reflexão, partilha, aproximação e trabalho intersetorial, envolvendo entidades na apresentação da sessão, e convidando toda a comunidade a estar presente
Publicação de artigos de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - sensibilizar e divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis, como ferramentas de incremento da qualidade de vida - permitir que a informação chegue a um maior número leitores, e por conseguinte nesta comunidade

Quadro n.º 2 - Atividades da Intervenção Comunitária e seus propósitos

Com os problemas priorizados, a primeira intervenção pensada pelo grupo foi a **divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde** realizado, com a partilha dos problemas identificados na população idosa de Tramaga.

Para tal, decidimos que deveríamos fazer uma sessão de divulgação dos resultados, a que chamámos '**Fórum Comunitário**' convidando toda a comunidade a estar presente: os idosos, familiares, amigos, vizinhos, responsáveis locais políticos, institucionais e todas as entidades

Projeto de Estágio

que pudessem ter interesse nesta informação. O auditório da Junta de Freguesia seria o local ideal, e no final, gostaríamos de promover um lanche para o convívio entre presentes. Se possível, gostaríamos de entregar uma pasta para anotações. As entidades escolhidas para convidar foram as seguintes:

- Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.
- Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil);
- Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor;
- GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor);
- Padre da Paróquia;
- Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil);
- Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor;
- Centro Saúde de Ponte de Sor;
- Segurança Social;
- Cruz Vermelha;
- Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor;
- Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga;
- Associação de Jovens de Tramaga;
- Associação de Caçadores de Tramaga;
- Associação de Caçadores de Água todo o Ano;
- Associação Caminhar;
- Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”);
- Teleassistência: Helpphone;
- IPPP- ESSP.

Para convidar entidades e população, teríamos que elaborar um convite e um cartaz de divulgação da sessão para afixar em vários locais públicos da freguesia.

Para a sessão, teríamos que elaborar uma apresentação, em *power-point* com os resultados do diagnóstico, recorrendo a equipamentos multimédia disponíveis.

Apresentar os resultados mais formalmente e com o intuito de envolver o poder local nas medidas que promovem a saúde das comunidades, fez-nos delinear as reuniões com os Presidentes da UFPSTVA e CMPS.

Projeto de Estágio

Para as reuniões com os Presidentes da UFPSTVA e CMPS, considerámos importante levar um conjunto de propostas de intervenção para minimizar ou solucionar os problemas prioritizados. E face às propostas, pretendíamos que fossem avaliadas, consideradas e assumido um compromisso em relação às propostas aceites e às que seriam sujeitas a análise para intervenções no futuro. As **propostas de intervenção autárquica** elaboradas foram as seguintes:

1. Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos;
2. Funcionário da autarquia (com formação desportiva) desloca-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos;
3. Rampas de acesso nos locais públicos: igreja, casa mortuária, cemitério;
4. Rampas de acesso em casas de idosos/via pública;
5. Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia;
6. Teleassistência;
7. Projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever;
8. Rede Municipal de Esgotos para todos.

Para apresentar estas propostas, considerámos que, além do Presidente da CMPS, era importante estar presente o Responsável Municipal pela Área Social, a incluir no pedido de reunião.

Para a reunião com o Presidente da UFPSTVA foram apresentadas também **propostas de colaboração nas atividades** a desenvolver, fundamentais para a nossa intervenção, sendo o nosso primeiro parceiro estratégico. As propostas foram as seguintes:

1. Integração do ‘Atelier da Saúde’ no evento das comemorações de S. Martinho na Tramaga e conseqüente apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga (espaço);
2. Disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras, entre outros);
3. Apoio de 1 a 2 funcionários da União de Juntas para auxílio e organização de espaços;
4. Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para Fórum Comunitário;
5. Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde: ‘segurança do idoso’;
6. Divulgação dos eventos para a comunidade através de Editais.

A realização do ‘Atelier de Saúde’ foi então pensada para associar às comemorações de S. Martinho que estavam já agendadas. A questão logística seria assegurada em parceria com a

Projeto de Estágio

UFPSTVA, e entre os elementos do grupo, a fim de providenciar todo o material necessário. Foi decidido em grupo criar panfletos para disponibilizar aos participantes, cujos temas escolhidos foram a HTA e a Diabetes pelos riscos que comportam para a população idosa e população em geral, intitulados ‘Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável’ e ‘Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...’. Para divulgar a presença desta atividade nas comemorações, decidiu-se elaborar e afixar cartazes, solicitando também o edital. Os registos da atividade, seriam registados em folha própria, a criar pelo grupo para o efeito.

A sessão destinada a promover a segurança dos idosos planeou-se com o nome inicial de ‘Combate ao isolamento e insegurança dos idosos’, mas durante a conclusão do projeto, o grupo considerou alterar o nome para ‘**Segurança do idoso**’, pelo que este projeto já contempla esta designação. Considerou-se convidar para uma parceria a GNR e a empresa de teleassistência Helpphone e assim fazer uma sessão conjunta. Para isso, o grupo iria contactar ambos os parceiros a fim de agendar reuniões onde pudesse fazer a proposta de colaboração depois de partilhar os problemas identificados na população, que reclamavam por segurança.

À semelhança do fórum, esta sessão teria a população idosa como principal convidada, mas também a comunidade e entidades, decorrendo no auditório da junta de freguesia. Para assegurar-lá, também estaria prevista a criação de convites e cartazes de divulgação, bem como a criação de panfletos para entregar na sessão. Estes, seriam criados em torno da temática as quedas e da prevenção de acidentes domésticos, cujos títulos escolhidos foram ‘Prevenir para não cair...’ e ‘Inverno em segurança’. Também nesta sessão pretendíamos entregar uma pasta para anotações e concluir com um lanche convívio por nós providenciado.

A publicação de conteúdos em jornais locais recaiu sobre o jornal regional ‘aponte’ e e jornal digital ‘Sor saúde’ do Centro de Saúde de Ponte de Sor, pelo que seria necessário contactar os respetivos jornais, propor esta parceria, definir datas e facultar os artigos a serem criados por nós. Para a publicação de artigos, seriam então criados dois textos: um designado ‘Saber mais, viver melhor’ e outro designado por ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’.

Os objetivos foram então definidos e redefinidos em torno das atividades apresentadas, e em grupo, foram definidas as metas e os indicadores a utilizar para avaliação das mesmas, que correspondem aos objectivos que constam dos quadros referentes à intervenção comunitária presentes no Projecto de Grupo, a que este trabalho dá suporte.

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Geraldès, 1993: 30), e fazer uma estimativa dos recursos a utilizar.

Assim, e considerando os importantes recursos tempo e dinheiro, decidimos em grupo que as despesas necessárias e inerentes a toda a intervenção, como as deslocações (despesas com transportes ou combustíveis), comunicações (telefone/telemóvel/internet) e a alimentação, ou outras despesas pessoais implícitas a toda a ação, não seriam orçamentadas ou divididas, sendo asseguradas pelos elementos do grupo. Para as despesas que se revelassem necessárias para a intervenção, como as compras para os convívios das sessões, ou as impressões de convites, cartazes ou outros materiais, decidimos contribuir com 50 euros cada elemento, totalizando um fundo disponível de 250 euros.

Tendo por base os problemas prioritizados e as seis atividades pretendidas, foi possível perspectivar os três grandes eixos para esta intervenção comunitária: o eixo estratégico, o eixo de segurança e o eixo dos estilos de vida saudáveis.

O eixo estratégico remete para as questões logísticas, contactos, espaços, parceiros, recursos, informações e sensibilizações, entre outros.

O eixo da segurança, relacionado com os problemas de saúde identificados e prioritizados, desenvolve-se numa perspectiva de literacia em saúde e empowerment, revelando um grande interesse em capacitar os idosos e comunidade para reforço das medidas de promoção da segurança das pessoas mais idosas e mais vulneráveis, que vivem isoladas ou vivem sós. Em torno deste eixo, são desenvolvidas as iniciativas sugeridas para proporcionar um ambiente mais seguro e protector dos idosos, pela redução do risco de acidentes e lesões associados às quedas, às alterações sensoriais patentes, aos acidentes domésticos evitáveis, e de problemas de saúde mais comuns que o frio trazido pelo Inverno acarreta nestas populações, dado a intervenção decorrer nesta altura do ano. Para maximizar o contributo deste eixo, identificou-se na GNR local e na empresa Helpphone denominadores comuns que fizeram destes os parceiros seleccionados numa abordagem conjunta para um tema tão importante. Em grupo

Projeto de Estágio

consideramos que os serviços que esta empresa comercializa podiam ser uma mais valia para os idosos que vivem sós e isolados, à semelhança de outras autarquias a nível nacional, que têm ajudado com a atribuição de equipamentos de teleassistência. Numa parceria com a GNR no combate ao isolamento e insegurança dos idosos, quisémos organizar uma sessão de esclarecimento conjunta a realizar nesta freguesia, cujos temas fossem a prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (da nossa responsabilidade, enquanto enfermeiras) e segurança do idoso (da responsabilidade da GNR), destinados aos idosos e suas famílias. Gostaríamos de incluir nesta sessão, a divulgação dos equipamentos de teleassistência como medida de segurança, com a demonstração dos mesmos, que, face à disponibilidade apresentada, seria da responsabilidade de um representante da Helpphone.

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

Considerando mais uma vez as prioridades nacionais, e as estratégias das conferências internacionais, como o empoderamento individual (literacia), o empoderamento comunitário (para aumento do controlo e capacidade de decisão para melhorar a saúde de todos), o fortalecimento dos sistemas de saúde (reforçar a prevenção e promoção), as parcerias e ação setorial (fundamentais para intervir sobre os determinantes da saúde), a capacitação para a promoção da saúde (pela educação para a saúde) e a teoria da organização comunitária (focada na grande força que os grupos têm para resolver problemas comuns, sendo por isso necessário o empowerment e o apoio/orientação para a forma como os problemas podem ser resolvidos), foram pensadas as seguintes estratégias:

- Abordagem centrada no idoso, mas que envolva a comunidade, principalmente a família, que se revelou ser a principal fonte de apoio;
- Ficar patente a ideia de que muitos dos problemas identificados podem ser minimizados por cada um em particular e por todos em conjunto;
- Mostrar que a reorientação e modificação de comportamentos está ao seu alcance, transmitindo ser mais fácil do que muitas vezes se supõe;
- Lembrar que a vivência e partilha em comunidade traz vantagens para todos;

Projeto de Estágio

- Relembrar que os decisores políticos também são determinantes da saúde da população, apontando as responsabilidades contempladas no enquadramento legal, e com sugestões de outros exemplos que servem de modelo;
- Envolver entidades locais e da região com interesses comuns
- Recurso aos meios e tecnologias actuais para um bom marketing da intervenção comunitária e uma divulgação eficaz das atividades e conteúdos;
- Fazer com que todos se sintam importantes na comunidade;
- Tentar cativar os recursos locais disponíveis para desenvolver as atividades (infraestruturas e equipamentos locais, recursos humanos);
- Envolvimento da comunicação social, para divulgar as atividades, dando visibilidade às iniciativas e conteúdos;
- Inclusão de uma atividade num evento comemorativo e de carácter mais informal para aproximar o grupo da comunidade;
- Proporcionar lanches de convívio depois das duas sessões para promover o convívio e aproximação;
- Cooperação total entre os elementos do grupo de mestrandas;
- Procurar realizar uma intervenção o menos dispendiosa possível.
- Recurso a elementos ‘chave’ da comunidade, como o elemento do nosso grupo que viveu na comunidade e continua a relacionar-se com a mesma.

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos. Considerando as seis ‘grandes’ atividades planeadas como as principais estratégias para atingir os objetivos definidos, e as considerações anteriores, é possível descrever as ações estratégicas e os problemas mais sensíveis e para os quais se destinam (Quadro nº3).

Estratégias	Ações estratégicas	Problemas Alvo
Reunir com o Presidente da UFPSTVA	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar para os problemas diagnosticados e importância do seu envolvimento; • Solicitar colaboração e parceria; • Propor medidas de intervenção 	Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Sem esgotos, Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão Comorbilidade Aumentada, Polimedicação,
Reunir com o Presidente da CMPS	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar para os problemas diagnosticados e importância do seu envolvimento para os minimizar; 	Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Sem esgotos, Iliteracia, Patologias

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar propostas de intervenção que corroboram tendência de apoio da autarquia, dando exemplos concretos de outras autarquias 	prevalentes Obesidade, Depressão Comorbilidade Aumentada, Polimedicação,
Atelier de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar conhecimentos sobre a importância dos comportamentos saudáveis num ambiente de lazer; • Proporcionar esclarecimentos individualizados e folhetos; • Disponibilizar e Avaliar a Tensão Arterial e glicémia capilar dos • Divulgar a atividade e outras atividades • Ação conjunta com entidade local 	Iliteracia, Patologias prevalentes Obesidade, Depressão Comorbilidade Aumentada, Polimedicação,
Fórum Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar os resultados do Diagnóstico de saúde da população idosa • Sensibilizar para os problemas identificados • Sensibilizar para a importância do contributo todos para melhorar a qualidade de vida dos idosos • Divulgar a sessão para atrair participantes • Divulgar as outras atividades • Envolver comunidade e entidades • Promover convívio 	Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Sem esgotos, Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão, Comorbilidade Aumentada, Polimedicação,
Sessão Segurança do idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com parceiros GNR e Helpphone, sensibilizando-os para os problemas de interesse comum: viver só e isolamento; • Solicitar parceria à GNR e Helpphone para sessão conjunta • Capacitar em contexto multidisciplinar • Envolver entidades • Fornecer informação na sessão e permanente (folhetos) • Divulgar a sessão em parceria para causar interesse: • Maximizar conhecimentos promotores da segurança do idoso e preventivos de acidentes e incidentes que a ameaçam; • Proporcionar convívio e partilha 	Quedas, Isolamento da habitação, Viver só, Iliteracia, Depressão
Publicação de artigos	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar todos os tipos de leitores para a adoção de comportamentos saudáveis, divulgando os estilos de vida saudáveis a toda a comunidade; • Proporcionar informação que remeta para a os benefícios de estilos de vida saudáveis. 	Iliteracia, Patologias prevalentes, Obesidade, Depressão, Comorbilidade Aumentada

Quadro nº3- Estratégias de intervenção comunitária

Projeto de Estágio

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Neste sentido, foi elaborado um Cronograma de Atividades em função das etapas do Planeamento em Saúde, para o período de setembro de 2013 a janeiro de 2014, e outro Cronograma de Atividades das Intervenções a Implementar, relativo ao período entre outubro de 2013 e janeiro de 2014.

Porque os prazos e respetivos cronogramas também foram definidos pelo grupo, remeto à consulta dos mesmos anexados ao Projecto de Grupo.

Relativamente à distribuição de tarefas para garantir a execução do projecto, esta tentou ser o mais equitativa possível, procurando equilibrar a representatividade individual por todas as atividades, proporcionando assim uma aprendizagem e aquisição de competências maximizada para todos os elementos do grupo, evitando sobrecarregar algum elemento.

Embora cada elemento do grupo tivesse as suas responsabilidades, assegurando o desenvolvimento simultâneo de tarefas, o estado das tarefas, partilha de dificuldades e ideias durante a sua execução, a entajuda ficou presumida e assumida, sendo a prioridade concluir a tarefa e não quem o deveria fazer.

Assim, as tarefas que ficaram à minha responsabilidade foram as seguintes:

- Fazer o levantamento dos contactos telefónicos e email das entidades e parceiros a contactar;
- Contactar a Junta de Freguesia, por email, para agendar a reunião, gerindo o agendamento e conteúdos relativos à mesma;
- Contactar a Câmara para agendar reunião com Presidente e responsável da área social;
- Elaborar os textos para contacto de parceiros;
- Elaborar a folha de registo de dados e movimento do 'Atelier de saúde';
- Elaborar a folha para colocar na pasta a entregar aos participantes da sessão 'Fórum Comunitário' e da sessão conjunta 'Segurança do Idoso';
- Elaborar convites e cartazes para as sessões 'Fórum Comunitário' e 'Segurança do idoso';
- Enviar convites para as entidades para as sessões 'Fórum Comunitário' e 'Segurança do idoso';

Projeto de Estágio

- Elaborar os textos dirigidas às entidades, para envio de convites via email;
- Elaborar a apresentação em *power-point* das sessões ‘Segurança do idoso’ e ‘Fórum Comunitário’;
- Contactar empresa Helpphone e agendar reunião;
- Elaborar guião de reunião com a Helpphone para entregar aos participantes;
- Reunir em Lisboa com representantes da Helpphone e representar o grupo e respetivas propostas;
- Contactar Jornal ‘aponte’ para publicação de artigos;
- Contacto via email para pedido de patrocínio de pastas ao Crédito Agrícola;
- Fazer a apresentação do ‘Fórum Comunitário’, em conjunto com outro elemento do grupo.

2.6 – EXECUÇÃO

Esta fase irá corresponder ao desenvolvimento de todas as atividades previstas para a intervenção comunitária que agora se desenha.

2.7- AVALIAÇÃO

A avaliação, como última fase do planeamento, prevê-se que decorra à medida que as atividades se desenvolvam, com recurso aos indicadores recolhidos e trabalhados para esse fim, sendo então possível avaliar a intervenção comunitária.

Esta será então refletida no relatório de intervenção comunitária, o trabalho final que encerra todas as atividades.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa intervenção na comunidade, começou, em parte, com o levantamento das necessidades da população através do diagnóstico de saúde, aproximando-nos dos idosos. Entretanto, ficou a expectativa, quer da parte da comunidade, quer do nosso próprio grupo em partir para a ‘verdadeira’ fase de intervenção comunitária.

Projetar uma intervenção em grupo acrescenta inúmeras dificuldades, mas também vantagens que não podem ser esquecidas. Penso mesmo poder afirmar que, face à dimensão do trabalho apresentado, só em equipa seria possível desenvolvê-lo. As aprendizagens têm sido uma constante, e sei que ainda não terminaram.

O contributo da Professora Doutora Maria Filomena Martins foi fulcral na orientação e apoio de todo o processo de planeamento, que graças ao seu profundo conhecimento e experiência, viabilizou a sua conclusão. Também dignos de registo, são o apoio e disponibilidade constante que os docentes do curso de mestrado garantiram.

Estou, por isso, confiante, determinada e disponível para o desafio que se avizinha.

Além desta preciosa equipa na qual estou inserida, reconheço em mim capacidades que viabilizam este projecto: motivação, espírito de equipa, facilidade na comunicação em público, interesse nas temáticas de promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente na área da nutrição, facilidade na edição e design dos trabalhos, disponibilidade, resiliência e forte sentido profissional.

A nossa intervenção procura influenciar os comportamentos da comunidade, mas também ao nível individual, dos idosos. Algumas atividades visam aumentar a consciência da necessidade de mudar, personalizar informação sobre riscos e vantagens, para desbloquear a estagnação e estimular os idosos e quem deles cuida. Outras atividades, como o artigo sobre alimentação saudável, atelier de saúde, procuram conscientizar os indivíduos sobre a hipótese de contrair uma ou mais doenças, graças à HTA, diabetes, e obesidade. Esta intervenção pode ajudar também os que dentro em breve terão 65 anos, aqueles que cuidam agora e que podem estar mais sensíveis para mudar comportamentos, precisamente por estarem mais próximos das repercussões de um envelhecimento com morbilidades.

Projeto de Estágio

O município, pelas atividades desenvolvidas e programas que integra, parece ser sensível a esta temática, o que constitui um bom ponto de partida.

Face ao exposto, é possível afirmar que este projecto parece reunir condições que garantam uma intervenção eficaz e à medida do ambicionado. Não obstante, mantém-se a consciência das dificuldades e receios que, também, naturalmente nos preocupam.

Neste sentido, foi construída a análise SWOT deste projeto, evidenciando assim as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças.

Resta-me acrescentar que tudo farei para que se consiga cumprir este projeto, de forma a que os objectivos consigam ser efetivamente assegurados, para benefício desta população idosa e desta comunidade.

Acredito verdadeiramente no poder das pequenas mudanças e no seu efeito, ainda que a longo prazo. Porque acredito também que se nada for feito, todos seremos um dia mais velhos, mais doentes e mais dependentes.

Podemos não conseguir inverter rapidamente as projecções, mas podemos, mais uma vez dar um contributo para recolocar o envelhecimento nos êxitos da humanidade. O primeiro desafio foi fazer-nos chegar lá, e este, é o de passarmos por lá da melhor forma possível.



Figura nº2- Análise SWOT

Projeto de Estágio

CONCLUSÃO

Embora não seja propriamente linear explicar o que se faz, como se faz e porque se faz em trabalhos complexos, como é o caso, este projeto é uma tentativa honesta de espelhar a dedicação e o quanto pensado e fundamentado foi este planeamento.

As minhas competências, interesses, aptidões bem como a minha disponibilidade foram mobilizadas e canalizadas para esta fase, e julgo terem estado à altura do desafio. O meu contributo pessoal, trabalhado pelo grupo, permitiu traçar algumas das linhas que arquitetaram o plano de atividades definido e exibido no projeto de grupo.

Concluído o meu projeto individual, e observando os seus conteúdos, penso ter alcançado os objectivos a que me tinha proposto, o que me motiva para a fase seguinte.

Alcançar estes objetivos, é também mais um passo dado na caminhada de aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, que espero concluir em pleno.

Projeto de Estágio

BIBLIOGRAFIA

Amaral, M. & Vicente, M. (2000, Junho-Dezembro). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. n.º 2 (18), 23-31.

Assembleia da República (2005). Constituição da República Portuguesa. Sétima Revisão Constitucional – 2005. *Diário da República*, 1ª Série - A, n.º 155, de 12 de agosto de 2005, 1-91.

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Carpenter, D. & Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem avançando o imperativo humanista* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República, Série I-A - N.º 109 - 6 de Junho 2006, Acedido a 1 de Maio 2013 em: <http://dre.pt/pdfs/2006/06/109A00/38563865.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde. Acedido em 5 de maio de 2013 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de combate à obesidade*. Acedido em 12 de maio de 2013 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008253.pdf>

Projeto de Estágio

Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde. Acedido em 12 de maio de 2013 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso* (2ª edição). Coimbra: Quarteto.

Glanz, K. (1999). *Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde*. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Atividade Física, Nutrição e Tabagismo*, 9-55. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Gonçalves, R. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Irigaray, T. & Schneider, R. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. In *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29,(1), 19-27. Acedido em 3 de setembro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a08.pdf> .

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.

Linhares, L. & Cunha, L. (1999) - *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: *Geriatrics*, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).

Netto, M. (1996). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Projeto de Estágio

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG 20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf)

Organização das Nações Unidas [ONU] (2007). *World Population Prospects: The 2006 Revision-Executive Summary*. New York: United Nations. Acedido em 10 de setembro de 2013 em <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>

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

Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto.

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpnv5/vq1515

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ramos, M. (2002, janeiro-junho). Apoio social e saúde entre idosos. In *Sociologias*, 4, (7), 156-175. Acedido em 26 de agosto de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* - Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* - Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

Projeto de Estágio

Sebastien, B. (2011). Vulnerabilidade e populações vulneráveis: perspetiva geral. In: Stanhope & Lancaster. *Enfermagem de saúde pública*. Loures: Lusodidacta.

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.

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

Centro Regional de Informação das Nações Unidas para a Europa Ocidental [UNRIC] (2002). Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. In *Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal*, 1-7. Acedido a 16 de Setembro de 2013 em <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>.

Projeto de Estágio

APÊNDICES

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

57

Projeto de Estágio

Apêndice I – Questionário “Necessidades de Saúde da População da Tramaga com idade de 65 anos ou mais”



A	Dados de Identificação Dados Sócio/Demográficos
A1. Sexo	<input type="checkbox"/> 1.Feminino <input type="checkbox"/> 2.Masculino
A2. Idade	_____ anos
A3. Estado civil	<input type="checkbox"/> 1.Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Casado(a) <input type="checkbox"/> 3.Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4.Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5.União de Facto
A4. Nível de escolaridade	<input type="checkbox"/> 1.Nunca frequentou a escola <input type="checkbox"/> 2.Não completou o Ensino Primário <input type="checkbox"/> 3. Ensino Primário <input type="checkbox"/> 4. Ens. Preparatório <input type="checkbox"/> 5. Ensino Secundário <input type="checkbox"/> 6. Ensino Profissional <input type="checkbox"/> 7. Ensino Universitário
A5. Hábitos tabágicos	5.1 Fuma? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não 5.2 Quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros
A6. Hábitos alcoólicos	6.1 Com que frequência semanal costuma consumir bebidas alcoólicas? _____ vezes por semana
B	Dados de Identificação Caracterização Sociofamiliar e Económica do Idoso
B1. Quantas pessoas vivem na mesma casa? (contando com o próprio)	_____ pessoas

Projeto de Estágio

B2. Com quem vive atualmente?			
	Parentesco	Sexo	Idade
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

B3. Relações Sociais	
<input type="checkbox"/> 1. Relações sociais com a comunidade local	
<input type="checkbox"/> 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos/amigos	
<input type="checkbox"/> 3. Relações sociais só com a família	
<input type="checkbox"/> 4. Relações sociais só com os vizinhos/amigos	
<input type="checkbox"/> 5. Não sai do domicílio, mas recebe visitas	
<input type="checkbox"/> 6. Não sai do domicílio nem recebe visitas	

B4. Apoio da Rede Social	
4.1 Com que frequência tem apoio familiar?	
<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre	
4.2 Com que frequência tem apoio de vizinhos/amigos?	
<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre	
4.3 Com que frequência tem apoio institucional?	
<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre	

B5. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?	
<input type="checkbox"/> 1. Com dificuldade <input type="checkbox"/> 2. Razoável <input type="checkbox"/> 3. Muito bem	

C Dados de Identificação	
Situação Habitacional	
C1. Localização	
<input type="checkbox"/> 1. Localizada na povoação	
<input type="checkbox"/> 2. Isolada	

Projeto de Estágio

C2. Tipo de habitação	
<input type="checkbox"/> 1. Casa unifamiliar	
<input type="checkbox"/> 2. Apartamento/andar	
<input type="checkbox"/> 3. Parte de casa	
<input type="checkbox"/> 4. Alojamentos colectivos	
<input type="checkbox"/> 5. Barraca	
<input type="checkbox"/> 6. Tenda/foulotte	
<input type="checkbox"/> 7. Sem Abrigo	
<input type="checkbox"/> 8. Outras _____	
C3. Número de divisões	
<input type="checkbox"/> 1. Até 2 divisões	
<input type="checkbox"/> 2. 3 divisões	
<input type="checkbox"/> 3. 4 divisões	
<input type="checkbox"/> 4. 5 divisões	
<input type="checkbox"/> 5. Mais de 5 divisões	
C4. Infraestruturas e equipamentos	
<input type="checkbox"/> 1. Electricidade	<input type="checkbox"/> 8. Ar condicionado
<input type="checkbox"/> 2. Água Canalizada	<input type="checkbox"/> 9. Frigorífico
<input type="checkbox"/> 3. Água quente canalizada	<input type="checkbox"/> 10. Fogão
<input type="checkbox"/> 4. Esgotos	<input type="checkbox"/> 11. Máquina de lavar a roupa
<input type="checkbox"/> 5. Fossa	<input type="checkbox"/> 12. Televisor
<input type="checkbox"/> 6. Instalação de gás	<input type="checkbox"/> 13. Telefone / Telemóvel
<input type="checkbox"/> 7. Aquecimento	
C5. Condições de Habitabilidade	
1. Adequada às necessidades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Habitação com humidade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Todas as divisões têm janela?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4. Tem casa de banho completa?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
5. Tem banheira?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
6. Tem polibam?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
7. Tem sanita?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
8. Localização da casa de banho?	Dentro <input type="checkbox"/> Fora <input type="checkbox"/>

Projeto de Estágio

C6. Condições de Acessibilidade			
1. Degraus	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Rampas de acesso	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Existência de corrimões	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Largura de porta adequada a circulação de cadeira de rodas	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Piso antiderrapante	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tapetes antiderrapantes	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Iluminação adequada	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Circulação sem obstáculos	Sim	<input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

D₁	Avaliação Funcional Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody
----------------------	--

D1.1. Com que frequência sente necessidade de recorrer à ajuda de alguém?	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca
<input type="checkbox"/>	2. Raramente
<input type="checkbox"/>	3. Algumas vezes
<input type="checkbox"/>	4. Muitas vezes
<input type="checkbox"/>	5. Sempre
D1.1.1. Face a essa necessidade, com que frequência tem alguém que o ajude?	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca
<input type="checkbox"/>	2. Raramente
<input type="checkbox"/>	3. Algumas vezes
<input type="checkbox"/>	4. Muitas vezes
<input type="checkbox"/>	5. Sempre
D1.1.2. Face a essa necessidade, quem o/a ajuda com mais frequência? (refeições, cuidar da casa, da roupa, medicação)	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____
D1.1.2.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
_____	anos

Projeto de Estágio

D1.2. Capacidade para usar o telefone:
<input type="checkbox"/> 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números, etc.
<input type="checkbox"/> 2. Marca alguns números que conhece bem
<input type="checkbox"/> 3. Atende o telefone mas não marca números
<input type="checkbox"/> 4. Não usa o telefone
D1.3. Fazer compras:
<input type="checkbox"/> 1. Faz as compras que necessita sozinho
<input type="checkbox"/> 2. Compra sozinho pequenas coisas
<input type="checkbox"/> 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
<input type="checkbox"/> 4. Incapaz de fazer compras
D1.4. Preparar refeições:
<input type="checkbox"/> 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
<input type="checkbox"/> 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
<input type="checkbox"/> 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
<input type="checkbox"/> 4. Necessita de refeições preparadas e servidas
D1.5. Cuidar da casa:
<input type="checkbox"/> 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")
<input type="checkbox"/> 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
<input type="checkbox"/> 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
<input type="checkbox"/> 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
<input type="checkbox"/> 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica
D1.6. Lavar a roupa:
<input type="checkbox"/> 1. Lava toda a sua roupa
<input type="checkbox"/> 2. Lava pequenas peças de roupa
<input type="checkbox"/> 3. É incapaz de lavar a sua roupa
D1.7. Modo de transporte:
<input type="checkbox"/> 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
<input type="checkbox"/> 2. Não usa transportes públicos, exceto táxi
<input type="checkbox"/> 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
<input type="checkbox"/> 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
<input type="checkbox"/> 5. Incapaz de se deslocar
D1.8. Responsabilidade pela própria medicação:
<input type="checkbox"/> 1. Toma a medicação nas doses e horas corretas
<input type="checkbox"/> 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
<input type="checkbox"/> 3. É incapaz de tomar a medicação

Projeto de Estágio

D1.9. Habilidade para lidar com o dinheiro:
<input type="checkbox"/> 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
<input type="checkbox"/> 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores
<input type="checkbox"/> 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D₂	Avaliação Funcional Escala de Atividades de Vida Diária. Índice de Katz
----------------------	---

D2.1. Lavar-se
<input type="checkbox"/> 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
<input type="checkbox"/> 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
<input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2.1.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?
<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/> 4. Instituição
<input type="checkbox"/> 5. Outros _____

D2.1.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?
_____ anos

D2.2. Vestir-se
<input type="checkbox"/> 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
<input type="checkbox"/> 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
<input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2.2.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?
<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/> 4. Instituição
<input type="checkbox"/> 5. Outros _____

D2.2.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?
_____ anos

Projeto de Estágio

D2.3. Utilizar a sanita
<input type="checkbox"/> 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda
<input type="checkbox"/> 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
<input type="checkbox"/> 3. Não consegue utilizar a sanita
D2.3.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?
<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/> 4. Instituição
<input type="checkbox"/> 5. Outros _____
D2.3.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?
_____ anos
D2.4. Mobilizar-se
<input type="checkbox"/> 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
<input type="checkbox"/> 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
<input type="checkbox"/> 3. Não se levanta da cama
D2.4.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?
<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/> 3. Amigo/vizinho
<input type="checkbox"/> 4. Instituição
<input type="checkbox"/> 5. Outros _____
D2.4.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?
_____ anos
D2.5. Ser continente
<input type="checkbox"/> 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
<input type="checkbox"/> 2. Tem incontinência ocasional
<input type="checkbox"/> 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância
D2.5.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?
<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/> 4. Instituição
<input type="checkbox"/> 5. Outros _____

Projeto de Estágio

D2.5.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
_____ anos	
D2.6. Alimentar-se	
<input type="checkbox"/> 1. Come sem qualquer ajuda <input type="checkbox"/> 2. Precisa de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão <input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda	
D2.6.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita <input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita <input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 4. Instituição <input type="checkbox"/> 5. Outros _____	
D2.6.1.1. Qual a idade de quem o/a ajuda?	
_____ anos	

E Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)		
1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Põe de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Sente-se inchil?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

F	Indicadores de Risco Geriátrico
F1. Distúrbios nutricionais	
1. Tem comido pior por falta de apetite?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2.1. Se sim, quanto? _____ Kg	
3. Avaliação Antropométrica	
1. Peso _____ kg	2. Altura _____ metros
3. IMC _____	4. Perímetro abdominal _____ cm
F2. Polifarmácia	
1. Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento? (Incluindo medicamentos de venda livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)	

F3. Quedas	
1. Teve alguma queda nos últimos 6 meses?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Tem medo de cair?	
<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre	
3. Deixou de fazer alguma das suas atividades habituais por causa desse medo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F4. Incontinência urinária	
1. Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não conseguir chegar a tempo ao W.C.?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F5. Obstipação	
1. Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F6. Distúrbios sensoriais	
1. Acha ou sente que tem algum problema de audição?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Resultado Teste de Susurro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
3. Acha ou sente que tem algum problema de visão?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
4. Resultado Teste de Jaeger	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F7. Distúrbios do sono	
1. Sente-se sonolento durante o dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
2. Está satisfeito com o seu sono?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Projeto de Estágio

G Índice de Comorbilidade de Charlson	
<input type="checkbox"/> 1. Enfarte do Miocárdio	<input type="checkbox"/> 11. Hemiplegia
<input type="checkbox"/> 2. Insuficiência Cardíaca	<input type="checkbox"/> 12. Insuficiência Renal Crônica Moderada/Severa
<input type="checkbox"/> 3. Doença Arterial Periférica	<input type="checkbox"/> 13. Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
<input type="checkbox"/> 4. Doença Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> 14. Tumor ou Neoplasia Sólida
<input type="checkbox"/> 5. Demência	<input type="checkbox"/> 15. Leucemia
<input type="checkbox"/> 6. Doença Respiratória Crônica	<input type="checkbox"/> 16. Linfoma
<input type="checkbox"/> 7. Doença do Tecido Conjuntivo	<input type="checkbox"/> 17. Hepatopatia Crônica Moderada/Severa
<input type="checkbox"/> 8. Úlcera Gastroduodenal	<input type="checkbox"/> 18. Tumor ou Neoplasia
<input type="checkbox"/> 9. Hepatopatia Crônica Leve	<input type="checkbox"/> 19. Sida definida
<input type="checkbox"/> 10. Diabetes	
<input type="checkbox"/> 20. Outros _____	

H Utilização de Serviços (últimos 6 meses)
H1. Aproximadamente, quantas vezes recorreu ao Centro de Saúde?
_____ vezes
H1.1 Habitualmente, quais os serviços do Centro de Saúde que procura?
1. Serviço Médico <input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
2. Serviço de Enfermagem <input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
3. Serviço Administrativo <input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4. Serviço de outros Técnicos <input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
H1.2 Aproximadamente, quantas vezes recebeu cuidados de Enfermagem?
_____ vezes
Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 6 meses e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

Projeto de Estágio

H2. Cuidados de Saúde (exercidos por serviço profissional)	
	1. Terapias respiratórias <input type="checkbox"/> 1. Oxigénio <input type="checkbox"/> 2. Nebulizações <input type="checkbox"/> 3. Ventilação não-invasiva (BIPAP/ CPAP)
	2. Cuidados e tratamentos <input type="checkbox"/> 1. Administração terapêutica intramuscular ou subcutânea <input type="checkbox"/> 2. Administração terapêutica endovenosa <input type="checkbox"/> 3. Úlceras de pressão <input type="checkbox"/> 4. Úlceras de perna <input type="checkbox"/> 5. Feridas cirúrgicas <input type="checkbox"/> 6. Escoriações <input type="checkbox"/> 7. Mudança de sonda vesical <input type="checkbox"/> 8. Mudança de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> 9. Colheita de sangue <input type="checkbox"/> 10. Outros: _____
	3. Vacinação <input type="checkbox"/>
	4. Monitorização e vigilância de Enfermagem <input type="checkbox"/> 1. Diurese <input type="checkbox"/> 2. Tensão Arterial <input type="checkbox"/> 3. IMC <input type="checkbox"/> 4. Glicémia capilar <input type="checkbox"/> 5. Vigilância do pé diabético
	5. Cuidados de ostomia <input type="checkbox"/> 1. Traqueostomia <input type="checkbox"/> 2. Gastrostomia percutânea <input type="checkbox"/> 3. Colostomias <input type="checkbox"/> 4. Nefrostomias
	6. Tratamentos programados <input type="checkbox"/> 1. Diálise <input type="checkbox"/> 2. Quimioterapia <input type="checkbox"/> 3. Radioterapia
	7. Programas de tratamento de álcool/drogas <input type="checkbox"/>
	8. Programas de educação para a saúde <input type="checkbox"/>
H3. Terapias de Saúde	
	<input type="checkbox"/> 1. Fisioterapia <input type="checkbox"/> 2. Outros: _____
H4. Serviços Sociais	
	<input type="checkbox"/> 1. Serviço de Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> 2. Centro de Dia/Convívio <input type="checkbox"/> 3. Outros: _____
Notas de Campo	

Apêndice III – Guião para a reunião com o Presidente da CMPS

Reunião Câmara Municipal de Ponte de Sor

Apresentação do Grupo

Grupo de 5 Enfermeiras a frequentar Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Trabalho Desenvolvido

Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga.

Recolha de dados

Através de questionários aos idosos com 65 ou mais anos.

Resultados

Serão apresentados no dia 29/11/2013, no edifício da Junta de Freguesia de Tramaga, se sala estiver disponível para o efeito, assim como material multimédia.

Parceria com Município de Ponte de Sor
Propostas de Intervenção na Comunidade

Problema Identificado	Intervenção Comunitária
Solidão 25,5% vivem sozinhos 12,4% não tem telefone/telemóvel	Teleassistência; Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados.
Depressão	Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer.
Obesidade no Idoso 42,0% dos inquiridos encontram-se em pré-obesidade, risco aumentado de comorbilidades	Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos. Envolver todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; Criação de grupo de caminhadas.
Acessibilidade 91,7% das habitações não possui rampas de acesso	Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada).
17,2% das habitações têm fossa	Rede Municipal de Esgotos para todos.
Visão	Promover rastreio na Freguesia

Apêndice IV- Guião para a Reunião com a Empresa Helpphone

13/11/2013

Combate ao isolamento e insegurança dos idosos da freguesia de Tramaga

Reunião preliminar com o Dr. João de Barros

Combate ao isolamento e insegurança dos idosos da freguesia de Tramaga

13/11/2013

Combate ao isolamento e insegurança dos idosos da freguesia de Tramaga

Assunto:

No âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi desenvolvido, um diagnóstico de saúde a 290 idosos com mais de 65 anos na freguesia de Tramaga, concelho de Ponte de Sor, distrito de Portalegre, em Maio e Junho do ano corrente.

A análise e tratamento de dados revelou algumas necessidades e problemas nesta população cuja média de idades é de 76 anos, nomeadamente o isolamento e o facto de 74 (25,5%) destes idosos viverem sós.

Consideramos que os produtos que comercializam podem ser uma mais valia para estes idosos. Como tal, temos agendada com a autarquia uma reunião para apresentação dos resultados deste diagnóstico e algumas propostas de intervenção, nomeadamente a de se juntarem à iniciativa que, à semelhança de outras autarquias a nível nacional, tem ajudado os mais velhos, com a atribuição de equipamentos de teleassistência. Esta reunião irá ocorrer no próximo dia 15 de Novembro às 15h na Câmara Municipal de Ponte de Sor.

Numa parceria com a GNR no combate ao isolamento e insegurança dos idosos, estamos a organizar uma sessão de esclarecimento conjunta a realizar nesta freguesia, na qual serão abordados temas como a prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (da nossa responsabilidade, enquanto enfermeiras) e segurança do idoso (da responsabilidade da GNR), destinados aos idosos e suas famílias. Gostaríamos de incluir nesta sessão, a divulgação dos equipamentos de teleassistência como medida de segurança, com a demonstração dos mesmos, que, face à disponibilidade apresentada, seria da responsabilidade de um representante da Helpphone. A realização desta sessão está prevista para a primeira semana de Dezembro, embora estejamos a aguardar confirmação de todas as entidades envolvidas para apontar uma data definitiva.

Apêndice V – Cartaz de Divulgação do *Atelier* de Saúde



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE PORTALEGRE
III CURSO MESTRADO ENFERMAGEM
ESPECIALIDADE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Atelier de Saúde” associa-se à Comemoração do São Martinho

**16 de
Novembro
pelas 19h30m
na Tramaga**



Enfermeiras:

Aline Jordão

M.^a Helena Pires

M.^a Rosário Semedo

Nélia Lourenço

Susana Simões



**Venha ter connosco
avaliar a sua Tensão
Arterial e a sua
Glicémia Capilar**

Esperamos
por si para esclarecer as
suas dúvidas!



Apêndice VI – Plano da Sessão do *Atelier* de Saúde

<p>TEMA: ‘Atelier da Saúde’ associado ao evento cultural e recreativo das comemorações de S. Martinho.</p>	<p>LOCAL: rupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga.</p>	<p>Data: 16/11/2013 Hora: 19:30</p>
<p>Grupo destinatário: Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos.</p>	<p>Grupo de trabalho: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões. Preletores: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.</p>	<p>Duração: 150 min</p>
<p>Objetivo geral: Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment.</p>		
<p>Objetivos específicos: Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis aos participantes das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga no dia 16 de novembro de 2013. Vigiar e registar a tensão arterial e a glicémia capilar dos participantes aderentes ao ‘Atelier de Saúde’ no dia 16 de novembro de 2013. Avaliar a importância atribuída pelos participantes à actividade ‘Atelier de Saúde’ no dia 16 de novembro de 2013. Avaliar o interesse na participação em iniciativas similares ao ‘Atelier de Saúde’ no dia 16 de novembro de 2013. Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis não só para os idosos, mas adultos e mais jovens, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença;</p>		

Monitorizar tensão arterial e glicémia capilar;

Fornecer informação e aconselhamento personalizado / individualizado/grupo, sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis (oral e escrita – panfletos informativos);

Conviver e partilhar a tradição cultural com a população local.

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	10 Minutos	Apresentação de Grupo de Trabalho e Preletores; Apresentação dos objetivos do evento; Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação do evento.	Interativo	Comunicação	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Desenvolvimento	110 Minutos	Informação e aconselhamento personalizado / individualizado sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; Monitorização da tensão arterial; Monitorização da glicémia capilar; Entrega de folhetos informativos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis:	Interativo	Comunicação/ Aparelho de avaliação de tensão arterial e glicómetro/ Registo de parâmetros/	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

		<ul style="list-style-type: none"> • ‘Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável’ • ‘Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...’ 		Panfletos informativos	
Conclusão e Avaliação	30 Minutos	<p>Apresentação de duas questões:</p> <p>a) Como classifica este evento em termos de importância?</p> <p>1- Sem qualquer importância</p> <p>2- Com pouca importância</p> <p>3- Indiferente</p> <p>4- Com razoável importância</p> <p>5- Com muita importância</p> <p>b) Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?</p> <p>1- Sem qualquer interesse</p> <p>2- Com pouco interesse</p> <p>3- Indiferente</p> <p>4- Com razoável interesse</p> <p>5- Muito Interesse</p>	Interativo	Comunicação/ Questionário/ Convívio	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

		Convívio e entretenimento no evento cultural.			
--	--	---	--	--	--

Apêndice VII – Folheto sobre a HTA (*Atelier de Saúde*)

REDUZIR CONSUMO DO SAL



Reduzir progressivamente o uso de sal e os condimentos que contêm sódio (ketchup, molhos, mostarda, etc.).

Aromatizar os alimentos com ervas aromáticas.

SEGUIR REGIME ALIMENTAR ADEQUADO



Optar por regime alimentar equilibrado:

- Baixo teor de gorduras e colesterol, optar por azeite virgem
- Optar por leite magro, iogurte, queijo fresco e carnes brancas (aves, coelho).



- Evite o consumo de queijos curados, leite gordo, natas, manteigas, carnes gordas, enchidos, fumados.
- Aumente o consumo de peixe (grelhado ou cozido), fruta, verduras, legumes e cereais.
- Beba cerca de 1,5L de água por dia.

MANTER UM PESO CORPORAL ADEQUADO



Reduzir o peso de forma progressiva, combinando o regime alimentar saudável e atividade física regular.

Deve também medir a sua cintura periodicamente, se mulher deve ser inferior a 88 cm, e se homem inferior a 102 cm.

FAZER EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE



É muito importante praticar pelo menos 30 minutos de atividade física diária.

Exercícios mais indicados:

- Caminhar
- Nadar
- Andar de bicicleta
- Frequentar espaços tipo ginásios para prática de exercícios adequados à idade e limitações (grupos).



Movimente-se mais todos os dias, andar a pé, subir e descer escadas, realizar pequenos trabalhos domésticos, dentro das suas possibilidades.

DEIXAR DE FUMAR



A ocorrência de complicações cardiovasculares nos fumadores hipertensos é 2 a 3 vezes superior em relação aos não fumadores.

A cessação tabágica é uma medida muito eficaz na redução do risco de problemas cardiovasculares (AVC, Trombose, enfarte, etc.)

BEBIDAS ALCOÓLICAS COM MODERAÇÃO



As bebidas alcoólicas apenas se devem beber moderadamente, isto é, no máximo um copo por dia (copo de mesa pequeno) e durante as refeições.



A preferência deverá ser bebida de baixo teor alcoólico como é exemplo vinho ou cerveja.

**TOMAR CORRETAMENTE OS
MEDICAMENTOS PARA A HIPERTENSÃO**



Os medicamentos para a hipertensão arterial são eficazes quando tomados com regularidade.

É necessário que não se esqueça de os tomar e de seguir com cuidado as recomendações dadas pelo seu médico.

Pelo fato de tomar os medicamentos para controlar a tensão arterial não significa que não precisa de alterar os hábitos de vida mencionados.

Deve assim começar por desenvolver hábitos de vida saudáveis, e se o seu médico prescrever medicação para a hipertensão arterial aliar ambos para o sucesso de controlo da tensão arterial, e deste modo contribuir para o seu bem-estar e saúde.



Caso tenha dúvidas sobre a toma de medicamentos, deverá pedir informação e orientação a um profissional de saúde (por exemplo no seu Centro de Saúde).



Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões



**INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE**



**CONSELHOS ÚTEIS
PARA ENFRENTAR A
HIPERTENSÃO ARTERIAL
COM UM ESTILO DE VIDA
SAUDÁVEL**



Novembro
2013

Apêndice VIII – Folheto sobre a Diabetes (*Atelier de Saúde*)

O QUE É A DIABETES



É uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicémia).

Valor de referência em jejum (mg/dl):

- Normal: 70 a100
- Pré-diabetes: 100 a 126
- Diabetes: superior 126

Valor de referência 2 horas após refeição (mg/dl):

- Normal: 70-140
- Pré-diabetes: 140-200
- Diabetes: superior 200

(<http://portaldadiabetes.pt/index.php/pt/valores-de-referencia>)

QUEM ESTÁ EM RISCO DE SER DIABÉTICO?



Há grupos de risco com maiores probabilidades de se tornarem diabéticos:

- Pessoas com familiares diretos com diabetes;
- Obesidade;
- Hipertensão arterial (tensão arterial elevada);
- Hipercolesterolemia (colesterol elevado);
- Mulheres que tiveram diabetes na gravidez;
- Crianças nascidas com peso superior a 4Kg.
- Doentes com problemas no pâncreas ou doenças endócrinas.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS TÍPICOS DA DIABETES NOS ADULTOS?

Quando existem alterações, podem surgir alguns sintomas:

- Urinar em grande quantidade e muitas mais vezes, especialmente durante a noite;
- Sede constante e intensa;
- Fome constante e difícil de saciar
- Fadiga;
- Comichão no corpo, designadamente nos órgãos genitais;
- Visão turva.

Todas as pessoas em risco devem fazer análises.

COMO SE DIAGNOSTICA A DIABETES?

Se sentir alguns ou vários dos sintomas deve consultar o médico do centro de saúde da sua área de residência.

O Diagnóstico é possível através de análises ao sangue e à urina.



COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIABETES

A diabetes nos adultos é uma doença silenciosa que se pode desenvolver sem sintomas durante muitos anos, motivo pelo qual pode passar despercebida.

Os sintomas surgem com maior intensidade quando a glicémia está muito elevada. E, nestes casos, podem já existir complicações:



COMO SE TRATA A DIABETES?



Alimentação Adequada
(efetuar entre 5 e 6 refeições pouco abundantes e repartidas de 3 em 3 horas, evitar mais de 8 horas de jejum noturno)



Exercício Físico regular
(mínimo meia hora por dia)



Medicação
(respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico)

CUIDADOS ESPECIAIS



Higiene diária, com os pés e boca prolongada, com cura de água morna (dura por falta de idade)

Com regularidade a leitura da glicemia (duas vezes por dia) pelo seu enfermeiro(a) do Centro de Saúde Local)

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^a Helena Pires
- ☺ M^a Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



**APRENDER...
CORRIGIR...
MELHORAR...**

Novembro
2013

Apêndice IX– Questionário de Avaliação do *Atelier* de Saúde



Atelier de Saúde

Folha de registo de dados e movimento



Comemorações de S. Martinho na freguesia de Tramaga
16 de Novembro de 2013

- **Sexo**

F = Feminino M = Masculino

- **Informações** (pediu ou recebeu informações/esclarecimentos?)

✓ = Sim

✗ = Não

① - Classifique de 1 a 5 a importância que atribui a esta iniciativa:

- 1- Sem importância
- 2- Pouco importante
- 3- Alguma importância
- 4- É importante
- 5- É muito importante

② - Classifique de 1 a 5 o seu interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde:

- 1- Não estou interessado(a)
- 2- Estou pouco interessado(a)
- 3- Tenho algum interesse
- 4- Estou interessado(a)
- 5- Estou muito interessado(a)

Nº	Sexo	Idade	TA (mmHg)	Dx (mg/dl)	Informações	①-Importância	②-Interesse

Apêndice X – Convite para o *Fórum Comunitário*



Convite

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar vossa Excelência a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.



Apêndice XI – Cartaz para o *Fórum* Comunitário



Convíte à População

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar toda a população a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.



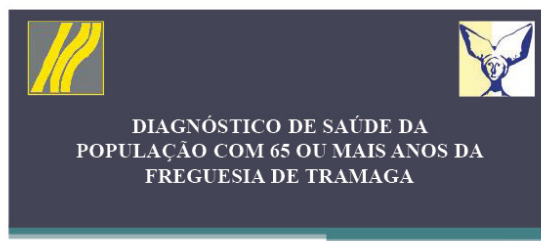
Apêndice XII – Plano de Sessão para o *Fórum* Comunitário

Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária

TEMA: Fórum comunitário	LOCAL: Auditório da Junta de freguesia da Tramaga	Data: 29/11/2013 Hora: 14:00
Grupo destinatário: Entidades Locais / Concelhias; Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos	Grupo de trabalho: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões. Preletores: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.	Duração: 120 min
Objetivo geral: Sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga.		
Objetivos específicos: Apresentar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à população idosa da freguesia de Tramaga, Comunidade, e Entidades locais, até ao final de novembro de 2013. Apresentar o Diagnóstico de Saúde às Entidades Locais e Concelhias e a toda a Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos; Envolver, sensibilizar e informar toda a população, poderes locais/concelhios, todos os intervenientes, sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; Discutir soluções para alguns problemas identificados.		

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 Minutos	Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; Entrega de pastas para apoio a registos; Apresentação dos objetivos; Orientação sobre desenvolvimento, conclusão, avaliação do <i>Fórum</i> e convívio com coffee Break	Expositivo	Datashow PowerPoint/ Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	60 Minutos	Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; Informar sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver apelando à participação de todos no sentido a colaboração e cooperação;	Expositivo Interativo	Datashow PowerPoint/ Comunicação/ Discussão	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Conclusão e Avaliação	45 Minutos	Debate aberto a todos os participantes permitindo deste modo o esclarecimento de todas questões que surjam; Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de <i>coffee Break</i> .	Interativo	Discussão/ Convívio- coffee Break	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

Apêndice XIII – Power Point para o *Fórum Comunitário*



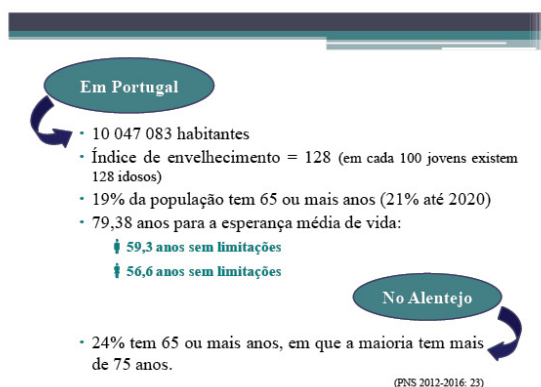
Elaborado por : Aline Jordão; Maria Helena Pires; Maria Rosário Semedo; Nélia Lourenço; Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

29 de Novembro de 2013

A Enfermagem e a Comunidade

- A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde.



Porquê aqui?

- Pertence a uma das regiões mais envelhecidas do país, e ao 3º concelho mais populado do distrito.
- Para desviar as atenções académicas para outra população onde este tipo de estudo não havia sido realizado.
- Pelo nº médio de residentes com 65 ou mais anos (350 pessoas).
- Por ser uma das freguesias mais jovens.
- Outros aspectos facilitadores.



Objetivo Geral

Identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Objetivos Específicos

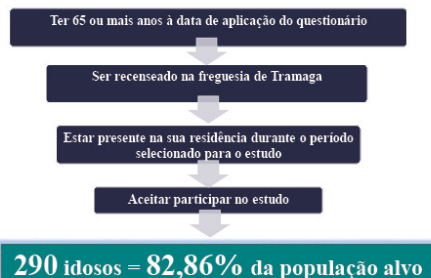
- ➔ Caracterizar as condições sociofamiliares e económicas da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga;
- ➔ Avaliar física e funcionalmente os idosos inquiridos ao nível das Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias, assim como o risco associado à idade;
- ➔ Avaliar sintomas depressivos nos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Metodologia

- Estudo Exploratório e Descritivo.
- População Alvo : **todos** os idosos com 65 ou mais anos pertencentes à Freguesia de Tramaga = 350 pessoas.
- Colheita de dados porta-a-porta, com preenchimento de questionário.



CrITÉrios de Inclusão



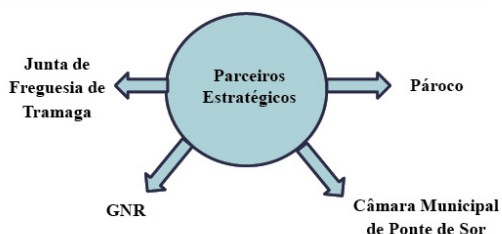
Instrumento de Colheita de Dados

Instrumento de Colheita de Dados



Colheita de dados

Decorreu de 27 de Maio a 9 de Junho de 2013



Considerações Éticas

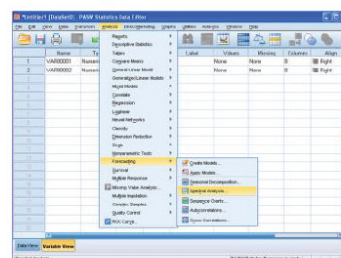
- Anonimato
- Confidencialidade
- Consentimento da pessoa em participar no estudo

Apresentação e Análise dos Resultados



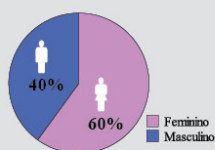
• Tratamento de Dados •

Programa estatístico SPSS^R

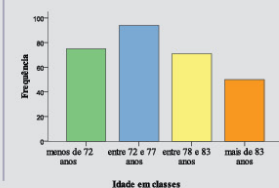


• Caracterização Sociodemográfica •

Sexo

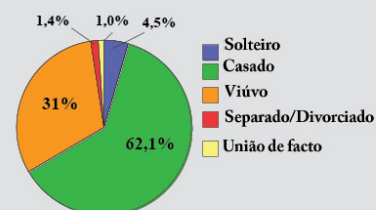


Idade



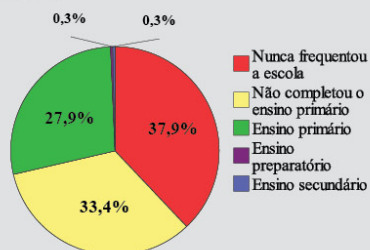
• Caracterização Sociodemográfica •

Estado Civil



• Caracterização Sociodemográfica •

Escolaridade



• Caracterização Sociodemográfica •

Hábitos Tabágicos

96,2% não fuma

Hábitos Etilícos

- 76,2% não ingere bebidas alcoólicas;
- 6,2% ingere bebidas alcoólicas 7 vezes por semana;
- 7,9% ingere bebidas alcoólicas 14 vezes por semana.

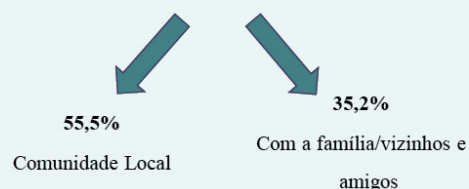
• Caracterização Sociofamiliar •

Com quem vive o idoso ?

- 25,5% dos idosos vivem sozinhos
- 52,1% vivem com outra pessoa na mesma casa
- 82,9% vivem com o cônjuge
- 14,3% vivem com o filho
- 22,3% vivem com mais de 2 pessoas

• Caracterização Sociofamiliar •

Relações Sociais



• Caracterização Sociofamiliar •

Apoio Familiar

- 42,1% tem apoio algumas vezes
- 22,8% tem apoio muitas vezes

Apoio Institucional

- 63,1% nunca tem apoio
- 6,9% tem sempre apoio

43,4% tem apoio dos vizinhos/amigos algumas vezes

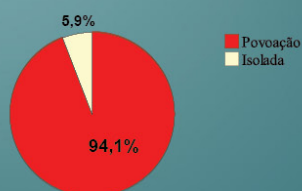
• Caracterização Económica •

- 66,9% refere que os rendimentos cobrem com dificuldade as suas necessidades.
- 32,4% refere que os rendimentos cobrem razoavelmente as suas necessidades.



• Caracterização Habitacional •


Localização da habitação



• Caracterização Habitacional •


Número de divisões





• Caracterização Habitacional

- 99,7% possui eletricidade e água canalizada
- 17,2% das habitações têm fossa
- 12,4% não tem telefone/telemóvel
- 48,3% das habitações têm humidade
- 40% das habitações têm poliban
- 9,7% tem casa de banho fora da habitação



• Caracterização Habitacional

- 35,5% das habitações têm degraus
- 91,7% das habitações não possui rampas de acesso
- 35,2% não possui piso antiderrapante na habitação
- 32,8% tem obstáculos nas zonas de circulação

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- **Sentem** necessidade de recorrer à ajuda de alguém:
 - Algumas vezes = 36,9% (107)
 - Muitas vezes = 21,4% (62)
 - Sempre = 7,6% (22)
- **Têm** alguém que os ajude:
 - Algumas vezes = 13,3% (35)
 - Muitas vezes = 24,7% (65)
 - Sempre = 53,2% (140)
- **Quem ajuda** com mais frequência:
 - Familiar que coabita = 40,8% (106)
 - Familiar que não coabita = 52,3% (136)
 - Instituição = 3,5% (9)

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- 24,5% são dependentes nas AIVD's
- 75,5% são independentes nas AIVD's
- Há mais idosos dependentes no sexo masculino (39,4%) do que no sexo feminino (14,7%)
- Os idosos mais independentes são mais jovens
- A partir dos 83 anos os idosos são mais dependentes

Índice de Katz

- 57,1% são independentes em todas as Atividades de Vida Diárias
- 5,9% são dependentes em todas as Atividades de Vida Diárias
- Nas classes etárias mais avançadas observamos valores do Índice de Katz mais elevados
- São os familiares que coabitam com os idosos a grande ajuda em todas as AVD's, seguindo-se os familiares que não coabitam e instituições

Escala de Depressão Geriátrica

- 46,3% dos inquiridos não apresenta sinais de depressão/risco de depressão
- 31,9% revela sinais de depressão
- 21,8% revela sinais de depressão grave

Escala de Depressão Geriátrica

▪ **Sem depressão/risco de depressão**

- 54,5% sexo masculino
- 41% sexo feminino

▪ **Depressão**

- 37% sexo feminino
- 24,1% sexo masculino

▪ **Depressão grave**

- 22% sexo feminino
- 21,4% sexo masculino



Índice de Massa Corporal

- **42,0%** encontra-se em pré-obesidade, com risco aumentado de comorbidade
- **23,8%** encontra-se na variação normal, sendo o risco de comorbidade médio
- **23,1%** encontra-se em risco moderado de comorbidade – obesidade classe I
- **8,2%** em risco grave de comorbidade – obesidade classe II

Perímetro Abdominal



93,4% dos inquiridos do sexo **feminino** encontra-se em risco muito elevado de comorbidade de acordo com o perímetro abdominal

69,7% dos inquiridos do sexo **masculino** encontra-se em risco muito elevado de comorbidade de acordo com o perímetro abdominal

Polimedicação



- **4,5%** não toma nenhum medicamento
- **6,2%** toma entre 10 a 14 medicamentos
- **27,1%** precisa de ajuda para preparar, separar e/ou tomar a medicação
- A moda = **4** medicamentos
- A média = **4,92** medicamentos

Quedas

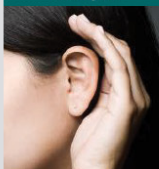
- **31,4%** refere ter caído nos últimos 6 meses
- **48,6%** dos idosos refere ter deixado de fazer algumas atividades com medo de cair
- Tendência para as mulheres apresentarem mais quedas que os homens
- Uma menor capacidade de mobilização encontra-se associada à existência de quedas

Eliminação Vesical e Intestinal

- **41,0%** dos inquiridos referiu que já teve perdas de urina quando não estava a contar
- **35,5%** afirmou ter problemas de obstipação

Audição e Visão

37,6% afirma ter problemas de audição



58,6% afirma ter problemas de visão

Sono

➡ 37,6% sente-se sonolento durante o dia

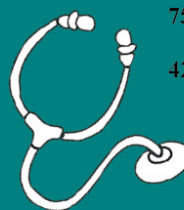
➡ 25,5% refere que não está satisfeito com o seu sono

Índice de Comorbilidade de Charlson

▶ O Índice de Comorbilidade de Charlson permite conhecer as patologias e medir o risco de mortalidade.

- 89,7% apresenta comorbilidade severa
- 10,3% apresenta comorbilidade moderada

Principais Patologias



75,2% apresenta Hipertensão Arterial

42,1% apresenta Dislipidémia

24,1% apresenta Patologias Osteoarticulares e Reumatológicas

24,1% apresenta Diabetes

23,1% apresenta Insuficiência Cardíaca

Utilização de Serviços

(últimos 6 meses)

- 12,5% não recorreu **nenhuma** vez ao Centro de Saúde
- 21,2% recorreu **1 vez** ao Centro de Saúde
- 26,7% recorreu **2 vezes** ao Centro de Saúde

Utilização de Serviços Enfermagem

(últimos 6 meses)

- 45,8% procurou "algumas vezes" os Serviços de Enfermagem
- 4,5% "nunca" procurou os Serviços de Enfermagem
- 29,9% recebeu 1 vez Cuidados de Enfermagem
- 27,4% recebeu 2 vezes Cuidados de Enfermagem

Cuidados de Saúde



- 18,8% recorreu à administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea
- 29,65% recorreu à vacinação
- 86,8% fez monitorização e vigilância de tensão arterial
- 20,2% fez monitorização de glicémia capilar

Utilização de Serviços Sociais

(últimos 6 meses)

4,2% recorreu ao apoio domiciliário

20,5% recorreu ao Centro de dia/convívio

Conclusões

Conclusões

- Taxa elevada de iliteracia
- Rendimentos cobrem as necessidades com dificuldade
- Solidão do idoso (viver só)
- Idosos com pré obesidade e obesidade I
- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade nos 2 sexos
- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, doenças osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca

Conclusões

- Depressão e depressão grave
- Maioria afirma ter problemas de visão
- Polimedicação do idoso
- A maioria consegue lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se sozinho
- Os principais cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também eles são idosos

Dúvidas?





**Obrigada
pela
vossa
atenção!**



Apêndice XIV – Fotografias do Fórum Comunitário



Apêndice XV – Convite para a Sessão ‘Segurança do Idoso’

CONVITE

Sessão de Esclarecimento



A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.

Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem) / Segurança do idoso (GNR)
Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)



Apêndice XVI – Cartaz para a Sessão ‘Segurança do Idoso’

CONVITE

Sessão de Esclarecimento

▲▲▲

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.



Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem)

Segurança do idoso (GNR)

Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)

Apêndice XVII – Plano de Sessão ‘Segurança do Idoso’

<p>TEMA: ‘Segurança do Idosos’</p>	<p>LOCAL: Auditório da Junta de freguesia da Tramaga</p>	<p>Data: 06/12/2013 Hora: 14:00</p>
<p>Grupo destinatário: Entidades Locais / Concelhias convidadas Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade \geq 65 anos.</p>	<p>Grupo de trabalho: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões em parceria com Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor e Teleassistência Helpphone. Preletores: Helena Pires, Susana Simões, dois elementos da GNR e Representante da Helpphone.</p>	<p>Duração: 120 min</p>
<p>Objetivo geral: Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment.</p>		
<p>Objetivos específicos: Capacitar os participantes sobre as medidas e recursos locais e nacionais disponíveis, para maximizar a segurança dos idosos no seu dia-a-dia, alertando para os principais riscos e perigos e sua prevenção, através de uma sessão de educação para a saúde em parceria com a GNR e empresa Helpphone, a realizar no mês de dezembro de 2013. Fornecer aos idosos e outros participantes presentes informação complementar sobre as temáticas apresentadas, com recurso a folhetos e esclarecimento de dúvidas, na sessão de educação para a saúde a realizar no mês de dezembro de 2013.</p>		

Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de incidentes e acidentes domésticos em parceria com GNR e Teleassistência Helpphone (formato multidisciplinar);

Alertar e educar no âmbito:

- Prevenção de quedas e acidentes domésticos;
- Insegurança: burlas, roubos, assaltos;
- Dificuldade em pedido de auxílio e socorro;
- Combate ao isolamento.

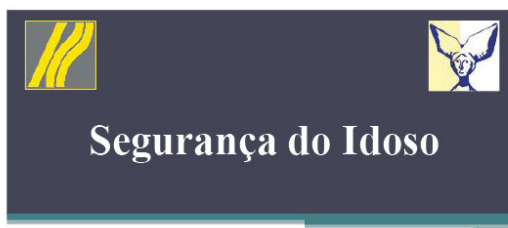
Fornecer informação supracitada através de folhetos informativos;

Promover convívio/envolvimento entre participantes (lanche/coffee Break).

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 Minutos	Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; Entrega de pastas para apoio a registos; Apresentação dos objetivos da Sessão; Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação da Sessão com incentivo ao convívio.	Expositivo	Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	75 Minutos	Informação útil para o dia-a-dia em segurança, nas temáticas:	Expositivo Demonstrativo	Datashow / PowerPoint/ Comunicação/	Susana Simões, dois elementos da GNR;

		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de acidentes (quedas, frio) • Insegurança: burlas, roubos, assaltos; • Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; • Combate ao isolamento. • Dispositivos existentes para apoio à população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento- teleassistência; <p>Entrega de folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ‘Prevenir para não cair...’ • ‘Inverno em segurança’ 	Interativo	Demonstração equipamentos/ Discussão	Representante da Helpphone
Conclusão e Avaliação	30 Minutos	<p>Esclarecimento de questões;</p> <p>Convívio e confraternização entre os participantes através de <i>coffee Break</i></p>	Interativo	Discussão/ Convívio- coffee Break	Helena Pires Susana Simões

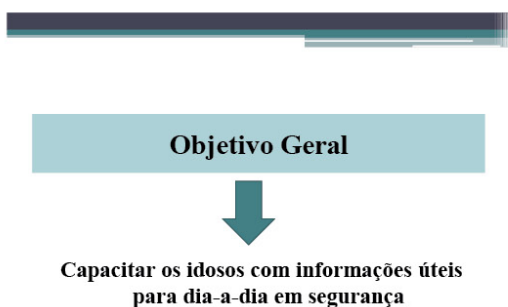
Apêndice XVIII – Power-Point da sessão “Segurança do Idoso”



Elaborado por : Aline Jordão; Maria Helena Pires; Maria Rosário Semedo; Nélia Lourenço; Susana Simões

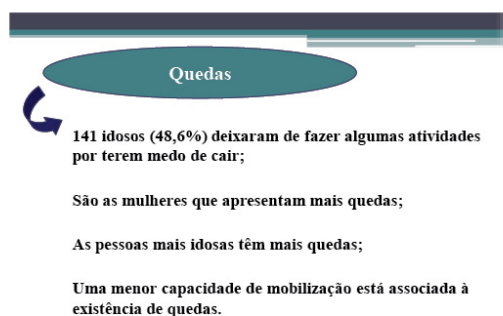
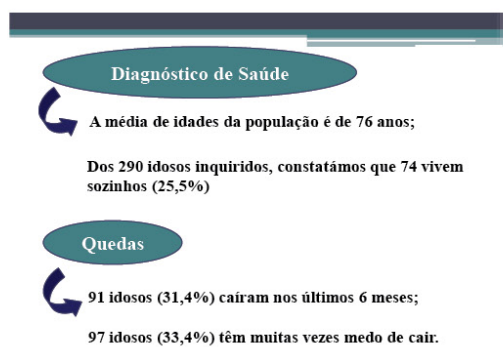
Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

6 de Dezembro de 2013



Objetivos Específicos

- ➔ Informar idosos sobre cuidados a ter na prevenção da queda;
- ➔ Alertar idosos sobre cuidados a ter com o frio;
- ➔ Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para apoio à população idosa, em termos de teleassistência.



Características das Habitações



95 idosos (32,8%) possuem obstáculos na circulação da sua habitação;

266 idosos (91,7%) referiram que as suas habitações têm iluminação adequada;

102 inquiridos (35,2%) não têm piso antiderrapante na sua habitação;

48,3% das habitações têm humidade

Como evitar as quedas?

Na Casa de Banho



- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira, na base do chuveiro e no chão;

- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;

- Usar banco sanitário.



Fatores de Risco de Queda

Viver sozinho;

Tomar medicamentos, em especial medicamentos com efeito calmante;

Doenças crónicas tais como artroses, depressão, osteoporose e problemas visuais e auditivos.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com a mobília



- Evitar móveis com arestas aguçadas;

- Gavetas e portas de armários sempre fechados.

Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com o chão

- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados;
- Assinalar o último degrau;
- Manter todos os corredores e escadas livres.



Outras Recomendações

Ambiente mal iluminado	Carregar objetos pesados e volumosos
Usar óculos sem ser receitados pela oftalmologista	Usar chinelos



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- Antes do Inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;
- Se tiver lareira mande limpar a chaminé, se necessário;
- No caso de prever-se a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa;



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- Verifique ainda a necessidade de botijas de gás suplementares;
- Verifique se tem medicamentos suficientes;
- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;
- NÃO use fogareiro a carvão.



Cuidados a ter com o frio

• Grupos mais vulneráveis ao frio •

- Crianças
- Idosos
- Os sem-abrigo
- Pessoas cuja habitação tenha mau isolamento térmico
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura.



Vestuário

- Tape as extremidades (mãos, pés, cabeça);
- Use roupas folgadas e calçado adequados à temperatura ambiente, protegendo as extremidades;
- Use várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa;



E os que vivem sós?



- Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;
- Certifique-se que ele se encontra de boa saúde e em condições de conforto.

Cuidados de Higiene



- Mantenha a higiene pessoal;
- Tome banho com água morna: água muito quente remove a camada protectora natural da pele;
- Mantenha a pele hidratada: hidrate todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou tenha a sala aquecida.

Viagem de automóvel



- No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado;
- Previna-se: leve roupas quentes, mantas e roupa para troca bem como comida e bebidas quentes num termo;
- Tenha um mapa à mão;
- Evite viajar sozinho de automóvel;
- Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e baixe os vidros uns milímetros para arejar.

Alimentação

- Ingira bebidas e alimentos quentes;
- Coma alimentos ricos em vitaminas e sais que protegem contra infecções.



Outras Recomendações

- Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular, a gripe;
- Evite o contacto com outras pessoas doentes.



**Obrigada
pela
vossa
atenção!**



Apêndice XIX – Fotografias da Sessão ‘Segurança do Idoso’



**Apêndice XX – Publicação do artigo: ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’
no Jornal ‘aponte’**

Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade. Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida conosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar. A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados. Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designa-



damente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).

- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas

fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.

- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.

- Em pé ande o mais direito(a) possível.

- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.

- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.

- A comodidade do calçado é fundamental – sapato

cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, e evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor deve evitar manobras perigosas e excesso de velocidade. Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo. Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Apêndice XXI – Publicação do artigo: ‘Saber mais, Viver melhor’ no Jornal ‘aponte’

Saber mais, viver melhor!



Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas.

Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, traduzindo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidémia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pelo sedentarismo, afetando adultos mas também crianças, que crescem doentes. As refeições rápidas e apelativas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal para o aparecimento destas doenças. Sabia que está na suas mãos mudar estes dados? É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informa-

ção e conhecimento. Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar. Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares. Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir. Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições. Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária. Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura. Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados. Evite

as gorduras hidrogenadas (trans), como bolachas, pasteleria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, snacks, aperitivos e batatas fritas de pacote. Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro, manjerição, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos. Faça exercício diariamente. Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos. Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões - Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Apêndice XXII – Publicação dos Artigos no Jornal Digital ‘SORSAÚDE’

os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das Instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessem à comunidade.

· Ser a argamassa, o cimento, que una os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coesa, que pretendemos ser.

Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Director do Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Outubro de 2008

MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr é parte integrante da ULSNA EPE, portanto, de uma forma geral, partilha com esta valores e objectivos, contribuindo para o seu bom desempenho. Mas, porque se situa num concelho com características próprias, a MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS, têm características que se diferenciam.

 Pesquisar

BLOGUES

- Montargil Saudável**
Comemoração do Dia Mundial da Diabetes
Há 3 meses
- Geração Inconformada**
Há 1 ano
- Gabinete de Saúde e Bem Viver**
Há 1 ano
- Pallium Centro de Saúde de Nisa**
Repórter TV- «Condição humana»
Há 2 anos
- UCC AMMAYA**
Dia da Inauguração da UCC AMMAYA

calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor evitar manobras perigosas e excesso de velocidade.

Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo.

Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Publicada por SÓR SAÚDE a(s) 02:03 Sem comentários:

M G+1 Recomendar esta URL ao Google

Reações: divertido () interessante e fantástico ()

SABER MAIS, VIVER MELHOR!

Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas.

Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, traduzindo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidemia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pela sedentarismo, afectando adultos mas também crianças, que crescem doentes.

As refeições rápidas e apelativas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal

Há 3 anos

CPCJ de Ponte de Sor
Entrevista de Maria da Conceição Loureiro (Presidente da CPCJ de Ponte de Sor) ao Jornal "aponte"
Há 3 anos

TEIPpontesor
Organograma TEIP II
Há 3 anos

Centro de Recuperação Infantil de Ponte de Sor
Dia da Alimentação Saudável - 16 Outubro 2009
Há 4 anos

LINHAS DE EMERGÊNCIA

Número Europeu de Emergência
112

Saúde 24
808 24 24 24

Intoxicações - INEM
808 250 143

LINHAS DE APOIO

Linha Verde de Medicamentos e Gravidez
800 20 28 44

Linha SOS - Deixar de Fumar
808 20 88 88

Sexualidade em Linha
808 222 003

Linha Cancro
808 255 255

Linha Contra o Cancro
213 619 542

Linha SOS Grávida
808 20 11 39

Linha SOS SIDA
800 20 10 40

Linha Vida - SOS Droga
14 14

Linha do Medicamento
800 222 444

Linha SIDA
800 26 66 66

Considera que o Sor Saúde deveria ter artigos relacionados com que área?

Medicina	1 (33%)
Enfermagem	2 (66%)
Serviços Administrativos	1 (33%)
Psicologia	2 (66%)
Serviço Social	1 (33%)
Saúde Oral	2 (66%)
Ambiente	2 (66%)
Alimentação	2 (66%)
Fisioterapia	1 (33%)

Votes so far: 3
Poll closed

para o aparecimento destas doenças.
Sabia que está na suas mãos mudar estes dados?
É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informação e conhecimento.
Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar.
Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida.
Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

- Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares.
- Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir.
- Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições.
- Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária.
- Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura.
- Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados.
- Evite as gorduras hidrogenadas (*trans*), como bolachas, pastelaria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, *snacks*, aperitivos e batatas fritas de pacote.
- Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro,

LINKS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Agrupamento Vertical Escolas Ponte de Sor
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- Câmara Municipal de Ponte de Sor
- Direção Geral de Saúde
- Escola Secundária de Ponte de Sor
- Ministério da Saúde
- Missão para os cuidados de saúde primários
- Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Médicos
- Portal da Saúde
- Rede Nacional de Cuidados Continuados
- Segurança Social
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E



10:48:28 am
Planit.Vor.wed.com

Subscrever

Mensagens 3/7

Comentários 3/0

Seguidores

Arquivo do blogue

- ▼ 2014 (2)
- ▼ Janeiro (2)

manjerição, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos.

- Faça exercício diariamente.
- Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos.

Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões

Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Publicada por **SÓR SAUDE** a(s) 01:58 1 comentário:



Reações: divertido (0) interessante e fantástico (0)

sexta-feira, 13 de Dezembro de 2013

FELIZ NATAL



Centro de Saúde de Ponte de Sor

"Sor Saúde" é o primeiro jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sôr. Este é o espaço em que partilhamos os nossos conhecimentos. Sejam muito bem-vindos e estejam à vontade para comentar e divulgar!

INICIO OBJECTIVOS MISSÃO VISÃO VALORES GABINETE DO UTENTE ECCI
JUNTE-SE A NÓS CONTACTOS

terça-feira, 21 de Janeiro de 2014

DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade.

Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida connosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar.

A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar



EUREKA!

Finalmente concretiza-se um sonho e, como dizia António Gedeão, "sempre que o Homem sonha, o mundo pula e avança".

"SOR SAÚDE" é o primeiro jornal do Centro de Saúde e tudo faremos para que tenha continuidade.

É um projecto ambicioso, sabemos-lo bem! Mas o que seria de nós sem ambição, sem a vontade continua de irmos mais além?

Este jornal pretende:

- Informar/divulgar
- das actividades do Centro de Saúde
- das actividades da ULSNA e da ARSA
- das actividades dos Centros de Saúde que nos rodeiam e que, connosco querem colaborar
- das actividades da comunidade, que possam, de algum modo, ter interesse na área da saúde

- Formar/Educar

Temos sempre alguns artigos que visem a transmissão de conhecimentos, sobre assuntos variados, mas do interesse de todos, quer colaboradores, quer da comunidade.

- Divertir, porque "tristeza não pagam dívidas" e "rir é o melhor remédio". Em todas as suas edições, "SOR SAÚDE" terá um espaço lúdico, feito com a colaboração de todos e que pretende funcionar como válvula de escape para o stress da vida.

Mas, fundamentalmente, pretende:

- Constituir-se como um espaço de partilha de ideias onde todos possam participar, possam expor

escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados.

Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designadamente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).
- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.
- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.
- Em pé ande o mais direito possível.
- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.
- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.
- A comodidade do calçado é fundamental – sapato cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar

os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das Instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessam à comunidade.

- Ser a argamassa, o cimento, que une os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coisa, que pretendemos ser.

Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Diretor do Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Outubro de 2008

MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr é parte integrante da USLSNA EPE, portanto, de uma forma geral, partilha com esta valores e objectivos, contribuindo para o seu bom desempenho. Mas, porque se situa num concelho com características próprias, a **MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS**, têm características que se diferenciam.

BLOGUES

-  **Montargil Saudável**
Comemoração do Dia Mundial da Diabetes
Há 3 meses
-  **Geração Inconformada**
Há 1 ano
-  **Gabinete de Saúde e Bem Viver**
Há 1 ano
-  **Pallium Centro de Saúde de Nisa**
Repórter TV- «Condição humana»
Há 2 anos
-  **UCC AMMAYA**
Dia da Inauguração da UCC AMMAYA

calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor evitar manobras perigosas e excesso de velocidade.

Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo.

Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Publicada por SÓR SAÚDE à(s) 02:03

 +1 Recomendar este URL no Google

Reações: divertido () interessante e fantástico ()

Sem comentários:

[Enviar um comentário](#)

[Página inicial](#) [Mensagem antiga](#)

Subscrever: [Enviar comentários \(Atom\)](#)

ANEXOS

Anexo I - Artigo 'Prevalência de quedas em idosos'

Rev Saúde Pública

Danielle Teles da Cruz

Luiz Cláudio Ribeiro

Marcel de Toledo Vieira

Maria Teresa Bustamante
Teixeira

Ronaldo Rocha Bastos

Isabel Cristina Gonçalves Leite

Prevalência de quedas e fatores associados em idosos

Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de quedas em idosos e analisar fatores associados.

MÉTODOS: Estudo transversal com 420 idosos (60 anos ou mais) residentes em Juiz de Fora, MG, em 2010. Foi realizado inquérito domiciliar e descrita a ocorrência de queda nos últimos 12 meses. Para a análise dos fatores associados ao desfecho, foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados. As variáveis foram ajustadas entre si dentro de cada bloco; aquelas com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson e ajustadas ao nível superior ao seu, com o nível de 5% de significância.

RESULTADOS: A prevalência de quedas entre os idosos foi de 32,1% (IC95% 27,7;36,9). Entre aqueles que sofreram queda, 53% tiveram uma única queda e 19% tiveram fratura como consequência. Maior parte das quedas (59%) ocorreu no domicílio do idoso. A ocorrência de quedas associou-se com idade avançada, sexo feminino, necessidade de auxílio para locomoção e diagnóstico auto-referido de osteoporose.

CONCLUSÕES: As quedas são frequentes entre idosos. O conhecimento dos fatores associados à ocorrência desse evento pode auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção e serviços de saúde adequados.

DESCRIPTORIOS: Idoso. Acidentes por Quedas. Fatores de Risco. Estudos Transversais.

Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Danielle Teles da Cruz
Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde
Campus Universitário, s/nº – Martelos
36036-900 Juiz de Fora, MG, Brasil
E-mail: danitacruz@yahoo.com.br

Recebido: 8/2/2011
Aprovado: 19/7/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of falls in elderly individuals and to analyze associated factors.

METHODS: Cross-sectional study with 420 elderly subjects (aged 60 years or older) living in the city of Juiz de Fora (Southeastern Brazil) in 2010. A household survey was conducted and the occurrence of falls in the 12 previous months was described. For the analysis of factors associated with the outcome, a theoretical determination model with three hierarchical blocks was built. The variables were adjusted among each other within each block; those with level of significance ≤ 0.20 were included in the Poisson regression model and adjusted to the immediately higher level, with 5% significance level.

RESULTS: The prevalence of falls among the elderly was 32.1% (95%CI: 27.7; 36.9). Among those who experienced falls, 53% had a single fall and 19% had fractures as a consequence. Most of the falls (59%) occurred at the elderly person's home. The occurrence of falls was associated with old age, female sex, need of help for locomotion and self-reported diagnosis of osteoporosis.

CONCLUSIONS: Falls are frequent among the elderly. Knowledge of the factors associated with the occurrence of this event can aid the development of prevention strategies and adequate health services.

DESCRIPTORS: Aged. Accidental Falls. Risk Factors. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O aumento da proporção da população idosa ocorre de forma rápida e abrupta principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Concomitantemente a essas transformações, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.^{19,21}

Em 1960, o número de idosos era de 3 milhões no Brasil, 7 milhões em 1975 e, em 2008, 21 milhões. Nesse ano havia 9,4 milhões de pessoas com 70 anos ou mais no País (4,9% da população brasileira total).^{21,a} Segundo a síntese de indicadores sociais de 2009, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos aumentou de 8,8% para 11,1% entre 1998 e 2008. O crescimento relativo dessa população em grupos de idade também foi expressivo. O grupo etário de 80 anos ou mais superou os demais, alcançando quase 70% ou cerca de 3 milhões de pessoas.³

As quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e

mortalidade advindas desse evento, ao elevado custo social e econômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção.^{3,4,15,19} São responsáveis por declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização. Esses fatores podem repercutir nos cuidadores familiares, que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda.^{4,12,14}

Medidas de prevenção e promoção de saúde são importantes instrumentos para diminuir a ocorrência desses eventos e minimizar as complicações secundárias.^{15,17} Aproximadamente 30% dos idosos caem uma vez por ano segundo o Ministério da Saúde,^b resultado semelhante ao de estudos realizados no Brasil com idosos residentes na comunidade.^{12,19}

O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de quedas em idosos e analisar fatores associados.

MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal, observacional, com 420 idosos de 60 anos ou mais da zona norte da cidade

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais – 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [citado 2009 out 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1

^b Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): 2006.

Rev Saúde Pública

de Juiz de Fora, MG, em 2010. Trata-se de uma amostra representativa da população de Juiz de Fora, por ser esta a região com a maior disponibilidade territorial na área urbana e o segundo maior contingente populacional do município. Agrega o maior quantitativo de bairros, concentração de assentamentos subnormais e de programas sociais. Este estudo está inserido no projeto Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora/MG (em fase de elaboração).⁶

Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. As unidades primárias de amostragem foram os setores censitários. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde à qual a população do setor estava adscrita, subdivididos em atenção primária (Estratégia Saúde da Família ou tradicional), atenção secundária e área descoberta. A seleção dos setores censitários foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho (população residente segundo dados do Censo Demográfico de 2000) de forma independente em cada estrato.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se a prevalência nacional de idosos que sofreram queda apontada pela literatura (30%).^{12,4} Considerou-se 5% de erro máximo desejado, nível de 95% de confiança, correção para populações finitas, efeito do plano amostral igual a 1,5 (considerando possíveis efeitos de estratificação e conglomeração, conforme o procedimento de seleção adotado) e possíveis perdas por recusa (aproximadamente 30%). O tamanho para a amostra foi inicialmente calculado em 601 idosos.

A base populacional utilizada foi construída a partir de triagem (contagem rápida) prévia nos setores censitários urbanos da região selecionada para a amostra. A triagem foi realizada por amostragem: um a cada cinco domicílios foram selecionados por amostragem sistemática para identificar a existência de idosos residentes. Informações referentes aos domicílios vizinhos (dois localizados à esquerda e dois à direita) foram levantadas nos domicílios selecionados.

Com base no método de contagem rápida por amostragem, estimou-se que 602 indivíduos com 60 anos ou mais seriam localizados nos domicílios da região para compor a amostra de estudo, número próximo ao tamanho desejado para a amostra. Foram identificadas 559 pessoas dessa faixa etária durante a aplicação dos questionários. As perdas totalizaram 11, incluindo falecimento, mudança de endereço ou não localização do idoso após três tentativas de contato em horários e

dias diferentes. As recusas totalizaram 86 indivíduos. Dos 462 idosos entrevistados, 42 foram excluídos por satisfazerem aos critérios de exclusão.

O questionário utilizado para inquérito domiciliar foi padronizado e pré-testado. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)² foi usado como instrumento de rastreamento de possíveis alterações cognitivas, o que determinou a necessidade ou não de outro respondente. No caso de outro respondente, foram abordadas questões sociodemográficas e o desfecho de interesse. Idosos que apresentaram comportamento no MEEM sugestivo de comprometimento cognitivo e que não estavam acompanhados por familiares e/ou cuidadores foram excluídos.

A pergunta utilizada foi: “No último ano, o(a) Sr.(a) caiu alguma vez?”. Para aqueles que responderam positivamente, questionou-se o número de quedas, o local em que ocorreu, a ocorrência de fratura resultante da queda e o local anatômico da fratura. A definição de queda adotada foi: “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial”.¹¹

Frequências absoluta e relativa foram descritas, assim como a prevalência do desfecho. O teste qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para analisar a associação às variáveis independentes e a variável dependente na análise bivariada. Regressão de Poisson foi usada para análise das variáveis independentes associadas ao desfecho, controladas por possíveis fatores de confusão (RP ajustada) na análise múltipla. O nível de significância foi testado usando os testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear.

Para a análise dos fatores associados à ocorrência do evento queda (presença ou não nos últimos 12 meses), foi construído um modelo teórico de determinação com três blocos hierarquizados de variáveis (Figura), ajustadas entre si dentro de cada bloco. As variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão de Poisson e ajustadas ao nível superior ao seu.²²

As variáveis independentes foram agrupadas nos três blocos: bloco 1 (características demográficas e socioeconômicas: idade, sexo, situação conjugal, arranjo domiciliar, escolaridade, nível socioeconômico – Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa); bloco 2 (saúde do idoso: auto percepção de saúde, visão e audição; presença de morbidade referida; dificuldade para andar; necessidade de auxílio para locomoção; uso de dispositivo para correção de déficit visual e auditivo; número de medicamentos referidos

⁶ Universidade Federal de Juiz de Fora, Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. Inquérito de saúde no Município de Juiz de Fora-MG: relatório técnico.

⁴ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192p.

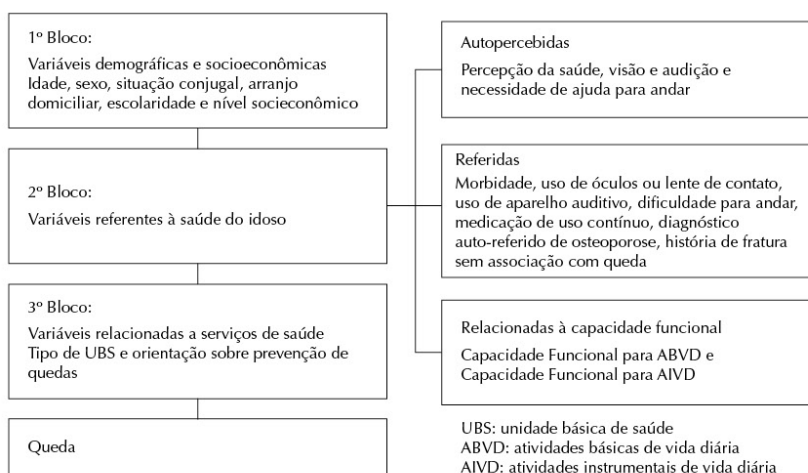


Figura. Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a queda em blocos hierarquizados.

para uso contínuo; diagnóstico auto-referido de osteoporose; história de fratura sem associação com a queda; capacidade funcional para a realização das atividades básicas de vida diária por meio da Escala de Katz Modificada e capacidade funcional para a realização das atividades instrumentais pela Escala de Lawton e Brody); bloco 3 (serviços de saúde: tipo de Unidade Básica de Saúde [UBS] da área que o idoso habita e orientação sobre prevenção de quedas.

Foram utilizados os *softwares* SPSS versão 14.0, em seu módulo *complex samples*, que considera características do plano amostral e nível de significância de 5% e o Stata 9.2, também considerando o plano amostral (módulo *survey data analysis*).

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo (Parecer nº 277/2009) e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados 420 questionários, 324 respondidos pelo idoso e 96 por outro respondente. A amostra foi composta de 65% de mulheres, 47% dos entrevistados eram casados ou viviam em regime de união estável, 88% residiam acompanhados, 58% pertenciam ao nível socioeconômico C. A média de idade foi de 69,7 anos (dp = 6,9) e a de escolaridade foi 3,9 anos de estudo (dp = 3,4). Quase dois terços (65%) disseram não ter dificuldade para andar e 89% afirmaram não necessitar de auxílio para locomoção. Percepção ruim ou regular de saúde foi relatada por 54% dos indivíduos,

60% ruim ou regular com relação à visão e 31% com relação à audição.

Mais da metade (56%) residia em áreas cuja modalidade de atenção era a UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada. Mencionaram a necessidade de utilização de pelo menos um medicamento continuamente 82% da amostra. A maioria era independente segundo a avaliação da capacidade funcional para atividades básicas de vida diária (Escala de Katz Modificada, 98%) e atividades instrumentais de vida diária (Escala de Lawton e Brody, 93%) (Tabela 1).

A prevalência de quedas foi de 32,1% (IC95% 27,7;36,9). Dos que sofreram quedas, 53% tiveram uma única queda e 19% tiveram fratura como consequência (32% nos membros superiores, 47% nos membros inferiores, 10% nas costelas e/ou vértebras, 8% na face e 3% no quadril). Mais da metade das quedas (59%) ocorreu no próprio domicílio.

As quedas foram mais frequentes no sexo feminino ($p = 0,02$), nos maiores de 80 anos ($p = 0,04$), naqueles com necessidade de auxílio para locomoção ($p = 0,001$), nos que declararam morbidade ($p = 0,004$) e naqueles com diagnóstico de osteoporose ($p = 0,001$). As quedas estiveram associadas à percepção ruim ou regular de saúde e de visão, à dificuldade para andar, ao maior número de medicamentos e ao não recebimento de orientação para prevenção de quedas (Tabela 2).

Permaneceram quatro variáveis associadas à queda no modelo de regressão múltipla. Entre as variáveis do nível mais distal (bloco 1), constituíram fatores de risco idade superior a 80 anos (RP ajustada = 2,68;

Rev Saúde Pública

Tabela 1. Características da amostra segundo variáveis independentes. Juiz de Fora, MG, 2010.

Variável	Presença de queda		Ausência de queda	
	n	%	n	%
Idade (anos)				
60 a 70	62	46	162	57
71 a 80	49	36	93	33
Mais de 80	24	18	30	10
Sexo				
Masculino	101	75	171	60
Feminino	34	25	114	40
Situação conjugal				
Casado ou união estável	58	43	141	49
Viúvo	61	45	96	34
Separado ou divorciado	12	9	27	10
Solteiro	4	3	21	7
Arranjo domiciliar				
Reside sozinho	13	10	36	13
Reside acompanhado	122	90	249	87
Escolaridade (anos)				
Analfabeto	31	23	59	21
1 a 4	78	58	154	54
5 a 7	11	8	42	15
8 a 10	5	4	17	6
11 ou mais	10	7	13	4
Nível socioeconômico				
A ou B	22	16	54	19
C	76	56	166	58
D ou E	37	28	65	23
Percepção da saúde^a				
Excelente/ Muito boa/ Boa	38	39	111	49
Regular/ Ruim	59	61	116	51
Percepção da visão^a				
Excelente/ Muito boa/Boa	29	30	100	44
Regular/ Ruim	68	70	127	56
Percepção da audição^a				
Excelente/ Muito boa/Boa	63	65	161	71
Regular/ Ruim	34	35	66	29
Necessidade de ajuda para andar^a				
Não	97	81	227	93
Auxílio humano	6	6	11	5
Dispositivo auxiliar	13	13	6	2
Medicações referidas para o uso contínuo^a				
Nenhuma	8	8	50	22
1 a 4 medicações	69	71	141	62
Mais de 4 medicações	20	21	36	16

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	Presença de queda		Ausência de queda	
	n	%	n	%
Diagnóstico auto-referido de osteoporose^a				
Não	28	29	102	45
Sim	38	39	48	21
Não sei	31	32	77	34
História de fratura sem associação com a queda^a				
Não	85	88	201	89
Sim	12	12	26	11
Capacidade funcional para a realização das ABVD (Escala de Katz Modificada)^a				
Independente	96	99	220	97
Dependente	1	1	7	3
Capacidade funcional para a realização das AIVD (Escala de Lawton e Brody)^a				
Independente	90	93	211	93
Dependente	7	7	16	7
Orientação sobre prevenção de quedas^a				
Sim	22	23	81	36
Não	75	77	146	64
Tipo de UBS				
Área descoberta	13	10	32	11
UBS com ESF	76	56	159	56
UBS tradicional	23	17	36	13
Policlínica	23	17	58	20

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; UBS: Unidade Básica de Família; ESF: Estratégia de Saúde da Família.

^a Variáveis investigadas apenas quando o respondente era o próprio idoso.

IC95% 1,0;7,22) e sexo feminino (RP ajustada = 1,89; IC95% 1,04;3,47). No bloco 2, constituíram fatores de risco necessidade de ajuda para locomoção por auxílio humano (RP ajustada = 3,7; IC95% 1,2; 11,34) ou por dispositivo auxiliar (RP ajustada = 5,8; IC95% 1,32;11,34) e diagnóstico auto-referido de osteoporose (RP ajustada = 2,1; IC95% 1,07;3,96). Entre as variáveis do nível mais proximal (bloco 3), nenhuma apresentou significância estatística após a análise ajustada.

DISCUSSÃO

A prevalência de quedas na população estudada foi de 32,1%, semelhante ao apontado na literatura nacional. Em uma coorte em São Paulo, SP, 31% dos idosos sofreram queda no ano anterior à entrevista.¹² Siqueira et al¹⁹ calcularam prevalência de quedas de 34,8% em idosos de 65 ou mais anos de idade pertencentes a sete estados brasileiros em uma pesquisa de delineamento

Tabela 2. Ocorrência de quedas segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e referentes à saúde do idoso. Juiz de Fora, MG, 2010.

Variável	%	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
BLOCO 1: Variáveis demográficas e socioeconômicas					
Idade (anos)			0,040		0,029
60 a 70	25	1		1	
71 a 80	34	1,52 (0,91;2,50)		2,29 (0,89;5,86)	
Mais de 80 anos	55	3,60 (1,46;8,86)		3,66 (1,47;9,10)	
Sexo			0,020		0,012
Masculino	22	1		1	
Feminino	35	1,93 (1,14;3,26)		1,99 (1,16;3,40)	
BLOCO 2: Variáveis referentes à saúde do idoso					
Percepção da saúde			0,108		0,310
Excelente/ Muito boa/ Boa	26	1		1	
Regular/ Ruim	34	1,49 (0,92;2,41)		1,36 (0,75;2,48)	
Percepção da visão			0,010		0,050
Excelente/ Muito boa/Boa	20	1		1	
Regular/ Ruim	34	2,11 (1,19;3,74)		1,78 (1,01;3,15)	
Necessidade de ajuda para andar			0,001		0,010
Não	27	1		1	
Auxílio humano	35	1,47 (0,53;4,11)		3,35 (1,13;9,90)	
Dispositivo auxiliar	68	5,83 (2,14;15,88)		4,37 (1,05;18,20)	
Morbidade referida			0,004		0,140
Não	11	1		1	
Sim	33	4,06 (1,55;10,61)		2,40 (0,75;2,48)	
Dificuldade para andar			0,001		0,100
Não	43	1		1	
Sim	23	2,44 (1,49;3,99)		1,66 (0,91;3,00)	
Medicamento de uso contínuo			0,100		0,800
Nenhuma	14	1		1	
1 a 4 medicações	33	3,06 (1,37;6,81)		1,44 (0,46;4,48)	
Mais de 4 medicações	36	3,47 (1,38;8,76)		0,92 (0,47;1,80)	
Diagnóstico auto-referido de osteoporose			0,001		0,008
Não	22	1		1	
Sim	44	2,88 (1,59;5,24)		2,33 (1,24;4,36)	

transversal, diferindo do presente estudo quanto à idade mínima dos participantes. Prevalências superiores foram relatadas na literatura;^{4,14} entretanto, as diferenças podem ser atribuídas ao delineamento dos estudos e às metodologias adotadas ou por serem estimativas pontuais que possuem margens de erro.

Ocorrência mais freqüente de queda em mulheres confirmou outros estudos.^{4,12,19,20} Contudo, os mecanismos para elucidar esse fenômeno são pouco claros e controversos. Admitem-se como causa alguns fatores: quantidade de massa magra e de força muscular menor do que homens da mesma idade; maior perda de massa óssea devido à redução de estrógeno, aumentando a probabilidade de osteoporose; maior prevalência de

doenças crônicas; maior exposição a atividades domésticas e a comportamento de maior risco.^{8,12,18}

Idade avançada mostrou associação com o maior número de quedas e associou-se ao aumento do risco do evento, assim como na literatura.^{6,9,18,19} O processo de envelhecimento biológico abarca alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o aumento da idade. Tais alterações podem comprometer o desempenho de habilidades motoras, dificultar a adaptação do indivíduo ao ambiente e predispor-lo à queda.^{1,20} Com o avançar da idade, é observada diminuição da força muscular e da elasticidade, prejuízo da estabilidade e dinâmica articular, alterações do sistema sensorial, vestibular e somatossensorial e nervoso.

Rev Saúde Pública

Tabela 3. Análise de regressão múltipla em blocos hierarquizados para a ocorrência do evento queda entre idosos. Juiz de Fora, MG, 2010.

Variável	RP bruta (IC95%)	p	RP ajustada (IC95%)	p
BLOCO 1				
Idade (anos)		0,040		0,014
60 a 70	1		1	
71 a 80	1,52 (0,91;2,50)		1,91 (0,69;5,30)	
Mais de 80	3,6 (1,46;8,86)		2,68 (1,0;7,22)	
Sexo		0,020		0,004
Masculino	1		1	
Feminino	1,93 (1,14;3,26)		1,90 (1,04;3,47)	
BLOCO 2				
Percepção da visão		0,010		0,061
Excelente/Muito boa/Boa	1		1	
Regular/ Ruim	2,11 (1,19;3,74)		1,70 (1,0;7,22)	
Necessidade de ajuda para andar		0,001		0,004
Não	1		1	
Auxílio humano	1,47 (0,53;4,11)		3,68 (1,20;11,34)	
Dispositivo auxiliar	5,83 (2,14;15,88)		5,80 (1,32;11,34)	
Morbidade referida		0,004		0,065
Não	1		1	
Sim	4,06 (1,55;10,61)		2,58 (0,94;7,07)	
Dificuldade para andar		0,001		0,268
Não	1		1	
Sim	2,44 (1,49;4,0)		1,40 (0,77;2,52)	
Diagnóstico auto-referido de osteoporose		0,001		0,008
Não	1		1	
Sim	2,88 (1,59;5,24)		2,06 (1,07;3,96)	
BLOCO 3				
Orientação sobre prevenção de quedas		0,030		0,092
Sim	1		1	
Não	1,89 (1,09; 3,27)		1,66 (0,921;2,30)	

Essas mudanças implicam comprometimento dos mecanismos de controle postural, alterando a postura, marcha e equilíbrio.^{1,7,20} A idade avançada está intimamente relacionada a condições predisponentes para as quedas.

Quedas são mais frequentes entre aqueles com diagnóstico de osteoporose, uma vez que a presença dessa patologia associa-se com sexo feminino e idade avançada.^{5,13} Alia-se a essa análise a dificuldade de identificar se a fratura, caso haja, foi causa ou consequência da queda. Segundo Lebrão & Laurenti,⁸ a maior ocorrência de queda entre mulheres pode ser fator indicativo de que as fraturas precedendo a queda seriam mais frequentes nesse sexo.

A osteoporose tem forte relação com quedas, fraturas e declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida do indivíduo.^{4,13,15} Indivíduos com osteoporose podem apresentar alteração postural, distúrbio da marcha e

desequilíbrio corporal, o que favorece a ocorrência de queda.¹⁵ O aumento da mortalidade e morbidade advindas da osteoporose relaciona-se com os altos custos econômicos advindos de hospitalizações, assistência ambulatorial, institucionalização e morte prematura.^{13,15}

Entre os idosos estudados, 11% necessitavam de auxílio humano ou dispositivo auxiliar para marcha. Estudos mostram relação entre a utilização do dispositivo para auxílio da marcha e a presença de queda.^{10,16} A necessidade de ajuda para locomoção, seja por outra pessoa, seja por dispositivo auxiliar, pode estar associada a maior comprometimento do padrão de marcha e dos mecanismos de controle postural, podendo ser considerado um indicador da fragilidade do idoso.^{1,3,6}

O intuito da tecnologia assistiva é possibilitar a promoção da independência funcional e facilitar a realização das atividades de vida diária. No entanto,

nos casos em que não há indicação, em que haja utilização inadequada e/ou falhas no processo de utilização e adaptação, ela pode ter efeito contrário e contribuir para a locomoção insegura e risco de quedas.¹⁰ O uso do dispositivo auxiliar possibilita maior liberdade de locomoção e segurança e poderia impulsionar o indivíduo a arriscar-se mais em relação às barreiras do ambiente, tornando-o mais exposto a fatores de risco para quedas.¹⁸

No presente estudo, 19% das quedas resultaram em algum tipo de fratura, proporção superior à encontrada por Siqueira et al.¹⁹ Essa diferença pode ser atribuída ao alto percentual de mulheres com diagnóstico auto-referido de osteoporose em nossa amostra. Estudos^{4,14} com metodologias diferentes encontraram frequência de fraturas entre 24% e 64%. A maior parte das quedas (59%) ocorreu no próprio domicílio, como em outros estudos.^{3,4,14,19} Isso remete à importância do ambiente domiciliar e fatores extrínsecos para a ocorrência do evento queda e às formas de preveni-las, como iluminação adequada, piso não-escorregadio, disposição adequada do mobiliário e objetos, ausência de tapetes,

uso de anteparo para assento durante o banho e algum recurso antiderrapante, barras de apoio para facilitar o acesso a escadas e degraus, e outros.^{4,6,9,14,19}

Cuidados relacionados ao processo de amostragem foram considerados ao longo do estudo e resultados semelhantes foram apontados na literatura.^{12,19} Nesse sentido o presente trabalho apresenta grande independência e, mesmo que a amostra fosse expandida, haveria pequena variação.

Mudanças demográficas e epidemiológicas implicam a compreensão e o atendimento da demanda da população idosa sob um novo olhar, baseado na integralidade do cuidado, com ênfase na prevenção e promoção da saúde. Quedas e seu impacto possuem considerável importância na vida dos indivíduos, nos altos custos econômicos e sociais e na sobrecarga dos serviços de saúde. Tornam-se necessários o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis, a compreensão do evento queda e a atuação preventiva de sua ocorrência em equipe interdisciplinar, considerando sua natureza multifatorial.

Rev Saúde Pública

REFERÊNCIAS

1. Abreu SSE, Caldas CP. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosos participantes e não participantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev Bras Fisioter.* 2008;12(4):324-30. DOI:10.1590/S1413-3552008000400012
2. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7. DOI:10.1590/S0004-282X1993000400026
3. Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saude Publica.* 2002;36(4):448-54. DOI:10.1590/S0034-89102002000400010
4. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):93-9. DOI:10.1590/S0034-89102004000100013
5. Frazão P, Naveira M. Prevalência de osteoporose: uma revisão crítica. *Rev Bras Epidemiol.* 2006;9(2):206-14. DOI:10.1590/S1415-790X2006000200007
6. Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas em ancianos: revisión sistemática. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):946-56. DOI:10.1590/S0034-89102008000500022
7. Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls. *Age Ageing.* 2006;35 (Suppl 2):ii7-ii11. DOI:10.1093/ageing/af1077
8. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):127-41. DOI:10.1590/S1415-790X2005000200005
9. Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age Ageing.* 2006;35(Suppl 2):ii55-ii59. DOI:10.1093/ageing/af1088
10. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(4):1209-18. DOI:10.1590/S1413-81232008000400017
11. Moura RN, Santos FC, Driemeier M, Santos LM, Ramos LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia.* 1999;7(2):15-21.
12. Peracinni MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica.* 2002;36(6):709-16. DOI:10.1590/S0034-89102002000700008
13. Pinheiro MM, Ciconelli RM, Jacques NO, Genaro PS, Martini LA, Ferraz MB. O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos - *The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS)*. *Rev Bras Reumatol.* 2010;50(2):113-27. DOI:10.1590/S0482-50042010000200002
14. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(4):1265-73. DOI:10.1590/S1413-81232008000400023
15. Riera R, Trevisani VFM, Ribeiro JPN. Osteoporose: a importância da prevenção de quedas. *Rev Bras Reumatol.* 2003;43(6):364-8.
16. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med.* 2002;18(2):141-58.
17. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing.* 2006;35(Suppl 2):ii37-41. DOI:10.1093/ageing/af1084
18. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Rev Baiana Saude Publica.* 2005;29(1):57-68.
19. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):749-56. DOI:10.1590/S0034-89102007000500009
20. Toledo DR, Barela JA. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(3):267-75. DOI:10.1590/S1413-3552010000300004
21. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):548-54. DOI:10.1590/S0034-89102009000500024
22. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7. DOI:10.1093/ije/26.1.224

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Cruz DT, apresentada à Universidade Federal de Juiz de Fora em 2011. Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Anexo II - Artigo 'Envelhecimento activo em programas autárquicos'



Artigo original

A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica[☆]



Maria João Bárrios^{a,b,*} e Ana Alexandre Fernandes^{a,b}

^a Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b Centro de Estudos de Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:
Recebido a 12 de novembro de 2013
Aceite a 18 de setembro de 2014

Palavras-chave:
Envelhecimento ativo
Política local
Programas municipais

R E S U M O

As transformações demográficas originam fortes desafios a enfrentar pelas políticas públicas, exigindo a preparação dos organismos responsáveis. O «envelhecimento ativo» surge como paradigma de intervenção que pode contrariar/inverter as tendências nefastas das novas transformações. A investigação incidiu em torno das políticas municipais que procuram responder aos problemas inerentes ao envelhecimento, envolvendo-nos numa análise de programas em 3 concelhos do interior de Portugal. Embora não exista uma solução única e definitiva, os programas devem procurar enfatizar estilos de vida saudáveis, alcançar maior qualidade de vida e ter em conta as situações socioeconómicas, reforçando a componente reparadora e inclusiva da velhice.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Active ageing promotion at local level: Analyzing municipal programs

A B S T R A C T

The demographic changes arise a great challenge to public policies, demanding the preparation of the responsible organizations. The «Active Ageing» starts to be seen as the mainstreaming for policies, as it can counteract or reverse the negative trends of these demographic changes. This research focused on the policies that seek to respond to the population aging problems in Portugal. It was produced an analysis of three local programs following the mainstreaming of «active ageing» in interior country. Although there is no unique and definitive solution, these programs should emphasize healthy lifestyles aiming the highest quality of life possible taking into account the socioeconomic situations, without disregarding the duty of reinforce the repairing and inclusive component of ageing.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:
Active Ageing
Local Policies
Local Programs

^{*} Este trabalho tem por base a investigação realizada e apresentada como dissertação no Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, com o título Programas de intervenção municipal orientados para a promoção do envelhecimento ativo, 2011.

^{*} Autor para correspondência.

Correio eletrónico: majbarrios@gmail.com (M.J. Bárrios).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>

0870-9025/© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Introdução

As inquietações que se têm vindo a gerar em torno do envelhecimento demográfico e dos seus impactos tendem a mobilizar interesses em vários setores da vida social. É considerado um dos grandes desafios sociais com inúmeras implicações ao nível das políticas públicas. A multidimensionalidade da temática requer a cooperação de diferentes saberes e competências. A dupla dimensão do envelhecimento, o nível individual e o nível populacional, requer a adoção de uma perspetiva multidisciplinar de integração de conhecimentos, que é essencial para uma correta e eficiente avaliação das medidas de política a desenhar. O crescente tempo vivido na última fase do ciclo de vida tem feito emergir dificuldades prementes que tendem a impor-se nos debates públicos, reforçando a urgência de repensar as soluções políticas até aqui adotadas à luz dos novos desafios. A lógica repousa numa mudança de paradigma assente, agora, na constatação de que a vida é mais longa, mas que a fase final pode ser exigente quando as condições físicas e psíquicas correm riscos de degradação gradual. Mas esta alteração de perspetiva incorre também numa outra mudança de paradigma: se vamos viver mais tempo, vamos preparar-nos para evitar efeitos nefastos dos estados mórbidos, que tendem a aumentar com o número crescente de pessoas acima dos últimos patamares de idade e que se agravam com a possibilidade de vivermos uma vida mais longa.

O desafio lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no documento publicado em 2002 «Active Ageing. A Policy Framework»¹ consiste num arquétipo inovador com potencialidades ao nível da intervenção política local. Com a promoção de um «envelhecimento ativo» pretende-se a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança de modo a permitir a qualidade de vida das pessoas no decurso do envelhecimento. No essencial, consiste em promover condições para a (i) integração, a (ii) securização e a (iii) saúde das pessoas que envelhecem. Este enquadramento conceptual constitui um campo analítico propício a uma reflexão consertada em torno dos principais vetores de ordem política, ao nível local, através dos quais se poderá operar uma intervenção sistémica.

Apesar da relevância política que começa a ser atribuída à promoção do «envelhecimento ativo», não sabemos como tem sido entendido o conceito, tendo em conta que a população idosa é a população alvo. Entendemo-lo como um conceito multidimensional e multissetorial, mas tem sido, por vezes, identificado de forma redundante com «atividade física» ou «participação na vida ativa em idade mais avançada».

Este artigo sintetiza os resultados de uma pesquisa² cujo objetivo principal consistiu em identificar, caracterizar e avaliar programas implementados ao nível autárquico que tinham como alvo a população 65+ anos. Na metodologia adotámos o paradigma do «envelhecimento ativo»¹ proposto pela OMS enquanto modelo de análise. O estudo decorreu em 3 concelhos do interior da região Centro, uma zona envelhecida de Portugal.

Envelhecimento ativo, um paradigma para a intervenção local

O «envelhecimento ativo», enquanto paradigma de intervenção para as políticas públicas, é definido como o «processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento»¹. O modelo teórico assenta numa perspetiva sistémica e na formulação dos determinantes da saúde, definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou «as características sociais dentro das quais a vida decorre»³. Os principais fatores que moldam a saúde não são tratamentos médicos ou escolhas de estilo de vida, mas sim as condições de vida que experimentam, influenciadas também pelos recursos económicos, sociais e oportunidades⁴. Estas condições têm vindo a ser conhecidas como os determinantes sociais da saúde. O paradigma denominado «envelhecimento ativo» assenta neste pressuposto e propõe orientações políticas para enfrentar os desafios que decorrem do envelhecimento demográfico e do aumento da longevidade. Propõe 3 pilares prioritários na orientação política: integração, securização e saúde. É a partir destes pilares que são definidos os parâmetros de intervenção com o objetivo de potenciar o bem-estar bio-psico-social. A proposta integra uma perspetiva de ciclo de vida, através de uma orientação que antecipa as situações críticas e procura preveni-las¹. A sua concretização baseia-se na identificação do ecossistema em que decorre o processo de envelhecimento, intervindo no sentido da capacitação dos indivíduos.

Não é possível atribuir causalidade direta a qualquer determinante, mas no seu conjunto o que condiciona a saúde sugere que todos estes fatores (e a interação entre eles) são indicadores adequados à avaliação das condições em que decorre o envelhecimento das populações ao nível do ecossistema habitacional. Entre os determinantes do «envelhecimento ativo», a cultura e o género são considerados fatores transversais e necessários na identificação das condições em que decorre a vida dos indivíduos. Para além destes, são considerados os determinantes (i) relacionados com a organização dos serviços sociais e de saúde, (ii) económicos, (iii) ambientais (iv), comportamentais e (v) sociais¹.

O crescimento da esperança de vida tem consequências na organização e estruturação do ciclo de vida, nas idades da vida, nas relações intergeracionais, de trabalho e de lazer e ao nível das necessidades de suporte familiar e social. Estas questões envolvem ainda as controvérsias respeitantes à cessação definitiva da atividade laboral, os tempos da reforma e à ameaça da sustentabilidade dos sistemas de pensões. É nesta evolução das estruturas demográficas que as políticas públicas se debatem com a urgência em formular e implementar soluções adequadas à resolução dos problemas resultantes de múltiplas necessidades em crescimento.

De um modo geral, considera-se que o envelhecimento da população engendra problemas, dificuldades e necessidades a vários níveis. Necessidades em cuidados de saúde, em situações agudas e crónicas, necessidades económicas e sociais, são alguns desses problemas recorrentes para os quais os recursos disponíveis se tornam insuficientes

e inadequados. Promover a saúde numa perspectiva de autonomia e capacitação ao longo do processo de envelhecimento é reconhecido como uma meta fundamental não só para os indivíduos em geral, mas também para os interventores e promotores de políticas locais⁵.

De acordo com a proposta da OMS, a promoção de «envelhecimento ativo» deve ainda basear-se no reconhecimento dos direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas¹, cujo sucesso passa também por implementar uma estratégia de comunicação que construa a consciência sobre os benefícios de uma vida ativa⁶.

Segundo Walker⁷ a questão principal não é a idade avançada da população, mas o estado de saúde e as condições sociais em que decorre o processo de envelhecimento, particularmente no que concerne às relações familiares e modos de vida familiar (*living arrangements*) conseguidos na última fase do ciclo de vida. São reconhecidas boas razões políticas, económicas, sociais e éticas para os governos, as organizações não-governamentais (ONG) e de solidariedade social, as associações locais e a sociedade civil porem em prática iniciativas e programas de «envelhecimento ativo»¹. Os principais desafios de ordem política são considerados pelo mesmo autor os seguintes: i) salvaguardar a segurança económica na velhice; ii) manter a solidariedade intergeracional; iii) combater a discriminação posicionada na idade; iv) fornecer assistência social no contexto das mudanças familiares e padrões de residência; e v) garantir a cidadania plena das pessoas mais velhas assegurando que não são socialmente excluídos⁷.

O modelo de «envelhecimento ativo» preconiza medidas que incentivem uma vida integrada na sociedade, isto é, com participação na vida social, em segurança e com saúde. Considera que é possível reduzir os problemas de saúde pública, contribuindo para um aumento do número de pessoas desfrutando de qualidade de vida à medida que envelhece¹. Através da prevenção de doenças incapacitantes associadas ao processo de envelhecimento e da promoção da participação ativa dos mais velhos nos contextos social, cultural, económico e político da sociedade, na vida familiar e da comunidade¹, podem também ser minimizados os custos financeiros e com recursos humanos associados à prestação de cuidados sociais e de saúde⁶.

As condições de saúde degradam-se com a idade e têm repercussões nas capacidades físicas e psíquicas dos trabalhadores mais velhos. Paradoxalmente, a atividade laboral é um dos fundamentos de doença mas, simultaneamente, uma fonte importante de ganhos em saúde em termos de atividade, autoestima e manutenção de redes sociais. É também reconhecida politicamente a necessidade de contrariar as barreiras da idade, de modo a implementar condições de trabalho mais adequadas, prevenindo estados mórbidos e doenças incapacitantes. A estratégia de prevenção parece ser adequada tendo por pressuposição que a manutenção das condições de saúde dos trabalhadores é essencial para a adesão à vida laboral e consequente adiamento da passagem à reforma. A perspectiva da intervenção política deve ser direcionada no sentido de um quadro de otimização dos recursos públicos orientado para a manutenção da vida produtiva e a redução da

cessação precoce da atividade laboral de modo a compensar os custos crescentes dos sistemas de pensões⁸.

O conceito de «envelhecimento ativo» remete igualmente para uma forma mais abrangente de participação na vida social e política, uma certa forma de cidadania ativa que engloba o trabalho voluntário em atividades de interesse público (voluntariado) e a provisão de ajudas e apoios dentro da família⁸. Um percurso de vida mais longo acarreta dificuldades na sua trajetória final. Embora a participação em atividades sociais continue a ser importante, pela influência da qualidade dos contactos sociais na satisfação com a vida⁹, à medida que se avança na idade há evidência de que ocorrem alterações ao nível da manutenção das redes sociais. É importante intervir no sentido de contrariar o isolamento através de dispositivos formais (clubes, associações, centros de convívio) e das redes familiares informais⁹.

Pensadas em conjunto e tendo o enquadramento demográfico como um condicionante altamente exigente, as múltiplas dimensões do ambiente podem conduzir à criação de medidas de planeamento que contribuam para melhorar a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde das populações¹⁰. A importância dos espaços públicos, enquanto determinante da atividade e mobilidade, acentua-se com o envelhecimento. As barreiras físicas dos espaços públicos (escadas, pisos irregulares ou escorregadios, falta de espaços de lazer, condições de segurança, entre outros) são condicionantes inultrapassáveis não só nas circunstâncias de limitação da funcionalidade, mas no envelhecimento em geral, pela fragilidade física e psíquica que caracteriza a velhice. A promoção de espaços públicos amigáveis (*friendly*) deve constar da agenda política de intervenção local.

Muitas cidades e países europeus têm integrado estas estratégias de saúde pública, em particular os países nórdicos⁸, sendo a maioria replicáveis em outros países. Evidenciam-se exemplos de boas práticas relacionadas com a promoção do envelhecimento saudável na comunidade, estilos de vida saudáveis, prática de atividade física, educação para a saúde, combate à solidão na velhice, desenvolvimento da participação social, melhoria das competências de preparação para o envelhecimento e acessibilidade ambiental¹¹.

No mesmo contexto, a OMS apresenta os resultados do projeto «cidades amigas das pessoas idosas»¹² que considera as seguintes áreas: espaços exteriores e edifícios, transportes, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços, de maneira a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas, com diferentes necessidades e capacidades¹².

Da constatação de que a saúde é fortemente condicionada pelas circunstâncias do ambiente urbano, também o conceito de *cidade saudável* está consolidado no quadro de uma nova visão para a promoção da saúde¹³. Trata-se de uma perspectiva de intervenção proposta pela OMS¹⁴ com o objetivo de promover ambientes residenciais e de trabalho sadios e prósperos, que integra a dimensão da saúde nos programas e projetos de planeamento urbano direcionado para o bem-estar, a segurança, a mobilidade e a interação dos seus residentes.

Em Portugal várias cidades integram a Rede Europeia e a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis¹⁵.

Os estudos sobre o envelhecimento na sociedade portuguesa evidenciam grandes dificuldades para as políticas públicas devido às deficientes condições económicas e sociais que caracterizam a população 65+ anos. De modo geral, apresentam baixos níveis de pensões, muito baixos níveis de escolaridade acompanhados com condições habitacionais degradadas. As políticas sociais são incipientes, muito direcionadas para a «população idosa», com características segregacionistas e estigmatizantes¹⁶⁻²¹. Também a saúde e a qualidade de vida dos portugueses 65+ apresenta múltiplas fragilidades, tanto em termos de morbilidade como de esperança de vida, e fracos resultados na avaliação subjetiva da saúde e bem-estar por parte dos idosos. Tornam-se imperativas as políticas que visam as desigualdades de saúde entre os grupos sociais desta faixa etária em termos de rendimento, escolaridade, local de residência e género; pelo seu impacto global na saúde das populações²². Relativamente a estudos ao nível da comunidade, realizados em Portugal, persiste insuficiência e escassez face à premência problemática do tema, podendo apontar-se algumas investigações que evidenciaram que as intervenções locais adotam perspectivas segregacionistas (ageism), sendo inflexíveis e insuficientes na resposta às exigências dos mais velhos^{2,23}.

Estas questões são, essencialmente, colocadas ao nível da ação pública local, num sentido amplo de responsabilização social difusa. A implementação de estratégias orientadas para a melhoria das condições de vida da população que envelhece decorre da intervenção, integrada ou não, dos atores públicos e privados como as autarquias, as associações, as ONG, entre outras. Consideramos que o poder local, dotado de competências e recursos, desempenha um papel fulcral na melhoria das condições de envelhecimento da população, em virtude da sua proximidade aos cidadãos e capacidade de mobilização dos atores²⁴.

Material e métodos

A recolha da informação para o estudo decorreu em 3 concelhos do interior da região centro de Portugal: Guarda, Covilhã e Castelo Branco. Esta opção metodológica na seleção da amostra de conveniência teve em consideração o facto de se tratar de 3 concelhos urbanos, que são polos de desenvolvimento industrial e situam-se numa zona de acentuado envelhecimento do interior da região Centro²⁵. Os concelhos selecionados apresentam tendência para o declínio populacional e consequente envelhecimento demográfico, resultante de saldos migratórios negativos e baixas taxas de natalidade. Esta involução demográfica tem efeitos ao nível do desenvolvimento da região e qualidade de vida dos residentes.

Em Portugal, no último recenseamento²⁶ encontramos mais pessoas que atingiram os 65 anos com expectativas de vida nunca antes alcançadas e crescentes exigências sociais e económicas. De 2001 para 2011 a proporção aumentou de 16,4% para 19,1%, dos quais 18,4% são homens e 21,5% são mulheres. Dentro da categoria dos 65 e mais anos aumenta também a proporção dos que atingem os 70 e os 80 anos.

Com a esperança de vida à nascença em crescimento (atingindo valores de 79,98 na Beira Interior Norte; 79,04 na Beira Interior Sul e 79,50 na Cova da Beira), bem como de esperança de vida aos 65 anos (registando-se 19,15 na Beira Interior Norte; 18,57 na Beira Interior Sul e 18,99 na Cova da Beira) e um elevado índice de envelhecimento^b (Guarda 153,2; Covilhã 193,2; Castelo Branco 188,8); é previsível que haja uma rápida aceleração da população dependente (verificando-se já um índice de dependência de idosos^c de 32,2 na Guarda, 37,1 na Covilhã e 37,7 em Castelo Branco), à medida que os atuais ativos transitam para os segmentos terminais da estrutura etária²⁶.

Foi realizado um levantamento documental de todos os programas de gestão autárquica que, de alguma forma, fossem orientados para a promoção de um envelhecimento saudável e ativo. A maioria dos programas analisados tem como população alvo a população idosa (65+) e traduz-se em iniciativas que vão desde a promoção de atividades culturais e de lazer, intervenções ambientais até a apoios sociais. Em certos casos, os programas são implementados por grupos ou associações na sociedade civil, mas financeiramente suportados pelas autarquias. É o que acontece com certas Universidades de Terceira Idade ou Universidades Sénior, como são também designadas.

A metodologia utilizada para a análise dos programas recolhidos junto das autarquias e associações locais consistiu na classificação, a partir de uma tipologia criada, segundo o quadro de análise proposto para o «envelhecimento ativo»¹.

A pesquisa decorreu em 2 fases. Numa primeira fase foi efetuado um levantamento dos programas através de recolha documental com recurso a reuniões e entrevistas informais exploratórias. A partir da análise da documentação recolhida foram criadas 6 categorias que aglutinam as intervenções implementadas pelos municípios que estudámos: atividade física, ambiente, ação social, cultura e educação, habitação e saúde. A definição das categorias teve em conta os objetivos prioritários de cada programa e o quadro teórico que fundamenta a definição dos determinantes do «envelhecimento ativo». As categorias aqui formuladas não percorrem todos os determinantes, tendo sido construídas com a finalidade de organizar e classificar os tipos de programas identificados nos 3 concelhos em análise.

Na fase seguinte procedeu-se a uma análise documental, utilizando-se essencialmente a dimensão analítica de maior ou menor aproximação ao paradigma de intervenção proposto.

Apresentação e discussão de resultados

Enquadrados na estratégia que contextualiza esta investigação, os discursos políticos dos protagonistas da ação pública das autarquias salientam o conhecimento dos desafios associados ao envelhecimento demográfico, assim como a assunção da responsabilidade das autarquias em intervir nos seus diversos domínios. Analisadas de acordo com o primado

^b Índice de envelhecimento = $(65+/0-14) * 100$.

^c Índice de dependência de idosos = $(65+/15-64) * 100$.

Tabela 1 – Categorias de atividades, programas e avaliação dos programas		
Categoria	Programa	Variáveis a considerar segundo o «envelhecimento ativo»
Atividade física	Aulas de exercício físico para todas as idades nos complexos desportivos	(+) Promotor da prática de atividade física e saúde
	Apoio a coletividades culturais e desportivas de todas as faixas etárias	(+) Promotor do desenvolvimento e integração cultural (+) Apoio associativo (+) Promotor da integração social, cultural, atividades recreativas e prática de atividade física
	Programas da Universidade de Terceira Idade de Castelo Branco (USALBI, destinada a pessoas com mais de 50 anos, não-ativas)	(+) Promotor da prática de atividade física (-) Promotor de segregação a partir da idade
	Guarda 55+ em Forma, programa de atividade física destinado a idosos institucionalizados	(+) Promotor da prática de atividade física, saúde e aproveitamento dos espaços verdes (-) Não integração a partir da idade
Ambientes urbanos, espaços verdes	Parque urbano Rio Diz Parque da Goldra Jardim do Lago Parque urbano de Castelo Branco	(+) Qualificação do ambiente e promotor de segurança (+) Promotor da prática de atividade física e atividades recreativas (-) Discriminação pela criação do parque gerontológico (Parque urbano Rio Diz)
	Praias fluviais	(+) Requalificação ambiental (+) Promotor da prática de atividade física e recreativa
	Programas de requalificação dos espaços públicos	(+) Promotor da acessibilidade (+) Qualificação do ambiente e equipamentos sociais (+) Promotor da prática de atividade física (+) Dinamização cultural e ambiental
Ação social	Cartão Social e Descontos Gerais, destinados aos maiores de 65 anos, ao nível dos transportes, equipamentos municipais de cultura, desporto, educação e lazer	(+) Promotor da participação social e cultural (+) Promotor da prática de atividade física (+) Promotor da utilização dos transportes (+) Programa educativo (-) Promove segregação e identifica «ser idoso» como «ser carenciado»
	Espaço Idades, plataforma de ateliers exclusivos para idosos, que presta serviços gratuitos ou de baixo custo nas diferentes vertentes social, cultural, recreação, saúde e educação	(+) Promotor da participação social, cultural e atividades recreativas (+) Promotor da saúde (+) Programa educativo (-) Promove segregação a partir da idade
Cultura e educação	Chá Dançante e Chá com Biscoito, programas de entretenimento de idosos e idosos institucionalizados nos Teatros e Atividades da Biblioteca Municipal de Castelo Branco destinadas a idosos	(+) Promove a participação social e cultural (+) Promotor da prática de atividade física (+) Promotor de atividades educativas (-) Promove segregação a partir da idade
	Programas da USALBI	(+) Programa educativo (+) Promove integração social, cultural e atividades recreativas (-) Promove segregação a partir da idade
Habitação	PCHI, programa de qualificação habitacional da população idosa	(+) Melhora as condições habitacionais: higiene, acessibilidade e conforto (+) Promove a segurança no habitat (+) Presta apoio social (+) Melhora as condições de saúde
	Bricosolidário, prestação gratuita de serviços de reparações domésticas para pessoas com mais de 65 anos	(+) Melhora as condições habitacionais: reparações domésticas e prevenção de lesões (+) Vai ao encontro de necessidades (-) Identifica ser idoso como ser carenciado
Saúde	Ações de sensibilização	(+) Promotor de saúde, educação e segurança (+) Promove a participação social
	Covilhã Solidária (presta apoio e serviços de cuidados domiciliários)	(+) Promotor de saúde (+) Promotor do envelhecimento na própria casa

(+): programas promotores de «envelhecimento ativo»; (-): aspetos negativos segundo a estratégia de «envelhecimento ativo».

do «envelhecimento ativo», salientamos aqui algumas das considerações sobre categorias e programas criados, sumariadas no quadro apresentado abaixo (tabela 1).

Programas promotores da prática de atividade física

Relativamente às políticas promotoras da prática de atividade física foram identificados programas destinados a pessoas de todas as idades (como aulas diversificadas em complexos desportivos e o apoio a associações), programas exclusivos para idosos (como a canalização de todos os programas de exercício físico pela Câmara Municipal de Castelo Branco na Universidade de Terceira Idade: USALBI) e ainda programas exclusivos para idosos institucionalizados (como o programa «Guarda + 55 em Forma», que leva idosos que vivem em instituições a usufruírem de aulas de exercício físico nos complexos desportivos e espaços verdes da cidade).

Embora as oportunidades para uma vida ativa sejam importantes para todos, os grupos populacionais mais velhos exigem uma atenção especial, por revelarem necessidades específicas. Acrescenta-se ainda que, nesta faixa etária, mesmo pequenos aumentos de atividade podem fazer uma grande diferença no bem-estar e capacidade de se manterem independentes, contribuindo ativamente para a participação⁶. Por esta razão, torna-se pertinente a criação de atividades próprias para idosos, considerando a diminuição das suas capacidades físicas, exibindo uma maior suscetibilidade a problemas de saúde. No mesmo sentido, reconhecendo que a população institucionalizada, constituída essencialmente por pessoas com 85+ ou 90+, se caracteriza por vulnerabilidades e fragilidade acrescidas, exigem-se programas específicos e devidamente adaptados, que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas populações.

Contudo, posicionados numa exclusividade para idosos ou idosos institucionalizados, estes programas exibem um forte sentido de discriminação e possibilidade de atingir um impacto negativo, por assinalarem um tratamento coletivo e impessoal. Trata-se de medidas que correm o risco de se revelarem altamente segregacionistas, evidenciando uma separação etária intra e intergeracional.

Nesta perspetiva, salientam-se as iniciativas integradoras, que não distinguem idades e que incluem os idosos nos programas e espaços destinados a toda a população.

Programas ambientais

Nesta categoria destacamos os parques urbanos existentes nos 3 municípios (Parque Urbano Rio Diz na Guarda, Parque da Goldra e Jardim do Lago na Covilhã e o Parque Urbano de Castelo Branco) que apresentam características vocacionadas para a prática de atividades de convívio, recreio, lazer e desporto livre, que podem potenciar a participação e integração das pessoas idosas. Também as praias fluviais nestes concelhos funcionam no mesmo sentido, isto é, se adequadamente utilizadas têm potencialidades para promover práticas de atividade física ao ar livre e ações sociorreativas.

A criação destes espaços verdes pode servir todos os estratos sociais, sendo particularmente valorizados por dotarem as zonas de segurança e contemplarem políticas de aproveitamento do ambiente construído, apoio de ações comunitárias

e atividades específicas de organizações, associações ou individuais. Destacamos como relevante a colocação de instrumentos específicos para a prática de atividade física «para idosos» no Parque Urbano Rio Diz, posteriormente designado de «parque gerontológico». Numa perspetiva de «envelhecimento ativo», esta medida promove a segregação dos idosos ao criar dispositivos específicos para os mais velhos. Outros dispositivos poderão ser colocados de modo que todos pratiquem atividade física e partilhem o mesmo espaço público. Dois aspetos devem, portanto, ser considerados: i) não segregarmos os mais velhos e ii) alargar o acesso a todas as idades. Neste ponto de vista, e ao contrário do que prometem, medidas como esta sujeitam-se a ser consideradas inibidoras do exercício dos direitos de toda a população, perpetuadoras de situações de desigualdade e fragilização dos públicos mais vulneráveis.

Nos programas ambientais foram também incluídos projetos de requalificação dos espaços públicos promotores de mobilidade e acessibilidade. Estes programas integram objetivos de preservação de zonas históricas que reforçam a atratividade das cidades. São consideradas boas práticas no ponto de vista da integração da população, da securização e da saúde. Integram ainda medidas de adequação dos espaços a pessoas com mobilidade condicionada.

Tendo em conta princípios de equidade e redução das desigualdades sociais, também as populações carenciadas devem ser incluídas nos programas de intervenção pelas condições sociais e a limitação de recursos disponíveis⁶. As políticas locais são incumbidas de promover os ambientes residenciais no pressuposto de equidade no acesso aos recursos disponíveis.

Consideramos ainda que o leque de medidas deve ser alargado à garantia de qualidade ambiental, segurança e prevenção da criminalidade. Devem incluir-se nesta categoria as intervenções de engenharia sanitária. Em conjunto com mudanças sociais, económicas e políticas, estas ações contribuem objetivamente para a melhoria da saúde pública e das condições de vida e saúde das populações²⁷.

Programas de ação social

Os programas de ação social orientam-se para as populações com menos recursos, procurando minimizar as dificuldades socioeconómicas e responder a necessidades não satisfeitas. Entre as medidas de intervenção social destacamos as que preconizam descontos nos transportes e uma diversidade de dispositivos públicos de cultura, desporto, educação e lazer, destinados a certos grupos populacionais, entre os quais, todos os cidadãos 65+. Estas medidas são prosseguidas através da aplicação de Descontos Gerais pela Câmara Municipal de Castelo Branco ou através do Cartão Social, nas autarquias da Guarda e Covilhã.

As condições em que decorre o envelhecimento podem dificultar a manutenção dos níveis de participação social pelo risco de exclusão e isolamento social. Medidas desta natureza podem fomentar e incentivar a continuidade da interação social, uma vez que o baixo nível das pensões coloca em risco de pobreza um número crescente de idosos reformados com escassos recursos para superar as dificuldades.

A pobreza, o isolamento social e a velhice são conceitos relacionados podendo induzir a uma associação errónea.

Estes programas assumem a exclusão e condição carenciada como inerentes à condição de «velho», não tendo em conta a heterogeneidade associada à idade. Numa mesma geração encontram-se disparidades ao nível do capital social, escolar, cultural e económico, que resultam de diferentes trajetórias sociais.

Um programa orientado para uma categoria etária suscita questões de equidade intergeracional. As gerações mais novas estão a ser prejudicadas? Não estarão a ser beneficiadas pessoas sem necessidades, mas que integram a categoria 65+? Os mais novos seguem trajetórias profissionais precárias e incertas, ou mesmo com dificuldade em ingressar no mercado de trabalho, sujeitando-se a não usufruir dos sistemas de repartição para os quais contribuem.

Por fim, entre os programas sociais evidenciamos uma plataforma de *ateliers* exclusivos para a população idosa, que presta serviços gratuitos ou de baixo custo, o Espaço Idades da Covilhã. Esta iniciativa pretende ser uma medida inovadora, favorecendo as relações sociais, o acesso a cuidados de saúde e a abertura de perspetivas culturais. Como serviços sociais, o projeto dispõe, por exemplo, de um cabeleireiro, centro de estética, venda de produtos de limpeza e higiene, serviços de tratamento de roupas e ainda uma loja social. Constitui uma iniciativa que generaliza o acesso aos 65+ imputando as propriedades de alguns a todos os velhos. Confunde pobreza com velhice. Identifica um estado de privação de serviços que respeitam a toda a população, mas que aqui são específicos para os «velhos» enquanto categoria carenciada, estereótipo social com alta carga negativa. As propriedades reconhecidas em parte da população são transferidas para todos os que estão acima dos 65 anos.

Programas socioculturais e educacionais

Dentro da diversidade de programas socioculturais, realçamos os projetos autárquicos destinados à cultura e lazer da população idosa onde se incluem atividades orientadas para a população institucionalizada. Falamos, por exemplo, das atividades da Biblioteca Municipal de Castelo Branco destinadas a idosos, do projeto «Chá Dançante» da autoria do Teatro Municipal da Guarda (organização que congrega as atividades culturais) e do «Chá com Biscoito» no Teatro Cine da Covilhã.

É reconhecida a relevância das atividades culturais que contribuem para o resgate da cidadania, incentivando a autonomia e a autoexpressão. O dinamismo cultural contribui ainda para uma velhice ativa e saudável, importante para que o contexto cultural não exclua os mais velhos. Porém, ao serem dirigidas à população sénior incorrem em segregacionismo da velhice (*ageism*). Acresce o facto de certas atividades reunirem idosos e crianças em atividades comuns, de forma impessoal, podendo incorrer numa certa infantilização da velhice. A partilha de atividades intergeracionais poderá ser profícua em certas condições, em que há a vontade recíproca e interesses comuns.

Na mesma linha de intervenção é de realçar o papel desempenhado pela USALBI, a *Universidade de Terceira Idade de Castelo Branco*, que reúne a grande maioria dos programas autárquicos destinados à população mais velha de Castelo Branco, contribuindo para o desenvolvimento social e cultural a partir de iniciativas de associativismo e cooperação.

Neste conjunto de programas educacionais e de lazer salientam-se as iniciativas que procuram aliar as ofertas culturais à integração dos mais velhos, indo ao encontro de temáticas que unam os interesses dos mais diversos públicos, tornando os espaços multigeracionais. Para tal, propomos que se encontrem alternativas a estas definições e programas, tais como a criação de centros culturais e educativos destinados a públicos de todas as idades

Programas habitacionais

Entre os projetos habitacionais destacamos os programas de qualificação habitacional para a população idosa como o Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI) em Castelo Branco e na Guarda, entre outros. Têm como objetivo a melhoria das condições básicas de habitabilidade e determinam as soluções possíveis de apoio habitacional dos agregados familiares mais carenciados e desfavorecidos, privilegiando os idosos. Apostam, também, em serviços gratuitos que cumprem a sua missão de apoio junto da população com 65 ou mais anos, carenciada ou dependente, através da execução de pequenas reparações domésticas, como o Bricosolidário na Guarda.

A urgência destas medidas decorre da crescente utilização do espaço da habitação, que nestes concelhos apresenta muitas insuficiências não só pela degradação e falta de manutenção como pelas características das habitações tradicionais em espaço rural. As condições de habitabilidade do espaço doméstico são muito precárias, tendo em conta a adversidade das condições climáticas (muito frio no inverno e muito calor no verão), a debilidade dos materiais de construção, as acessibilidades e também o isolamento espacial que caracteriza algumas zonas do interior rural como são os 3 concelhos em estudo.

Estes programas constituem intervenções necessárias, cuja implementação nem sempre se traduz em resultados eficientes e, mesmo direcionadas para a população 65+, não são promotoras de segregação, apenas fazem coincidir a população 65+ com população carenciada.

Programas de saúde

De acordo com o número reduzido de programas que recolhemos, entendemos que a razão se deve ao facto de a saúde se considerar um setor da responsabilidade prioritária dos centros de saúde e do Ministério da Saúde. A escassez de intervenções justifica-se, assim, pela atribuição formal das ações públicas em saúde a um setor tutelado pelo governo central. Entre as poucas iniciativas de saúde ao nível da administração local destacamos o programa Covilhã Solidária, que tem por objetivo fornecer apoio domiciliário em várias vertentes, alargado aos cuidados de saúde como cuidados terapêuticos e de enfermagem relativos a certas doenças, ajudas com a toma de medicação, acompanhamento, cuidados noturnos e ainda serviços gerais como compras, preparação de refeições e serviços de limpeza.

O programa denominado Ações de Sensibilização, desenvolvido pelo município da Covilhã, tem grande abrangência nas temáticas orientadas para problemas considerados prioritários na capacitação das populações mais velhas e

carenciadas. Foram já realizadas ações de formação como: «prevenção contra adversidades climáticas», «trancas à porta», «respostas sociais para seniores», «saúde mental na terceira idade», «alimentação na terceira idade», «mantenha-se saudável», «o idoso e a sexualidade», «contra a violência» e «o idoso em segurança – o conto do vigário».

O crescimento da longevidade e a crescente sanitização do social colocam o tema saúde no centro das preocupações da população a envelhecer. Pela complexidade e natureza multidisciplinar da saúde começam a surgir planos de saúde implementados pelo poder municipal. Os governos municipais e as políticas locais poderão vir a ter um importante papel na promoção da saúde e prevenção da doença junto das populações. Contudo, a capacidade de as autarquias agirem em defesa da saúde das populações está dependente do contexto e das prioridades políticas²⁷.

A promoção de estilos de vida saudáveis e da prática de atividade física, condição essencial para retardar declínios funcionais, juntamente com programas de melhoria da acessibilidade, qualidade habitacional, intervenções ao nível da participação e integração social, têm efeitos não só em termos de acesso a serviços de saúde, como também na saúde mental. Isto porque «a desocupação na velhice pode dar espaço a ideias mórbidas que tendem a deslizar do inconsciente para o consciente, tendo a depressão associada ao envelhecimento adquirido já uma dimensão preocupante»²⁸.

Conclusão

O desafio global imposto pelo envelhecimento da população exige uma resposta política de transformação dos aspetos económicos, políticos, de saúde e da vida social, que requer a aplicação de uma abordagem holística do ciclo de vida. Estas novas orientações estratégicas dependem de um equilíbrio entre os diferentes níveis de governação²⁹, envolvendo atores políticos a todos os níveis da ação pública, com particular relevância para a intervenção local comunitária.

Os programas analisados evidenciam a existência de preocupações com a problemática do envelhecimento. O número de programas e a mobilização de recursos económicos e humanos que envolvem confirmam o reconhecimento do problema e a necessidade em encontrar soluções. A multissetorialidade das respostas atesta o envolvimento que ultrapassa as organizações públicas e em especial as câmaras municipais.

A debilidade encontrada em alguma das intervenções analisadas reside na perspetiva adotada: a definição dos objetivos baseia-se no critério idade em detrimento das necessidades. Se por um lado este é um critério objetivo, que permite identificar facilmente a população alvo, por outro lado incorre na perversidade de imputar ao todo as propriedades reconhecidas apenas em alguns, caindo no que é já identificado como idadismo (*ageism*), isto é, discriminação a partir da idade.

O critério da idade e da segregação relacionada com a idade é parte integrante da raiz dos problemas associados ao envelhecimento demográfico, no pressuposto de que a discriminação a partir da idade é a antítese da participação, integração²⁹, um dos 3 pilares do envelhecimento ativo. A continuarem no mesmo sentido, as intervenções políticas

locais irão estar enviesadas pela perspetiva. A substituição do critério da idade pelo critério das necessidades é uma das condições centrais para a adequação das políticas aos desafios que já enfrentamos relativos ao envelhecimento das populações.

Adotar uma perspetiva integrada do curso de vida, promover a flexibilização face à diversidade, fomentar a articulação institucional e organizacional são condições essenciais para promover a otimização de recursos. A promoção de atividade física deve começar na escola, prosseguir na idade adulta e continuar no decurso do envelhecimento. A flexibilização aliada à diversidade de possibilidades cria as condições para maior eficiência. A prevenção da doença, a promoção da saúde e do bem-estar geral são considerados vetores essenciais, entre outros, para a promoção do bem-estar na última fase do ciclo de vida. A otimização dos recursos, individuais e coletivos, deverá constituir-se como um objetivo para contrariar os riscos associados ao envelhecimento e evitar o aumento dos custos em recursos humanos e financeiros que decorrem do envelhecimento demográfico.

É de salientar a necessidade da adoção de uma perspetiva que reconheça a diversidade individual, considerando o contexto intergeracional e a existência de trajetórias de vida conduzidas de forma diferenciada, não se dissociando da desigual distribuição dos recursos económicos, educativos, sociais e culturais. Numa população diversificada em termos de idade, capacidades, etnia e cultura, o desafio consiste em otimizar os recursos de que dispõem satisfazendo simultaneamente as suas necessidades⁶. A concretização destes objetivos está dependente de tomadas de decisão que não excluam da esfera do debate público os grupos minoritários que não se veem representados. As instituições e organizações locais, câmaras municipais, centros de saúde, associações, IPSS, farmácias, escolas, serviços de segurança, bombeiros e a sociedade civil constituem o enquadramento em que se movem os protagonistas da ação local. As medidas de intervenção deverão ter em conta as necessidades emergentes, as aspirações da população e a otimização dos recursos disponíveis.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO; 2002.
2. Bárrios MJ. Programas de intervenção municipal orientados para a promoção do envelhecimento ativo. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa; 2011. Dissertação de Mestrado.
3. Tarlov A. Social determinants of health: The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. Health and social organization London: Routledge; 1996. p. 71–93.
4. Braveman P, Egerter S, Williams D. The social determinants of health: Coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:381–98, doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218.

5. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Security Rev.* 2002;55:121-39.
6. Edwards P, Tsouros A. Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local governments. Geneva: World Health Organization; 2006.
7. Walker A. Ageing Europe: Challenges for policy and research. In: Wahl HW, Brenner H, Mollenkopf H, Rothenbacher D, Rott C, editors. *The many faces of health, competence and well-being in old age.* Netherlands: Springer; 2006. p. 231-44.
8. Walker A, Maltby T. Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *Int J Soc Welf.* 2012;21(S1):117-30.
9. Boudiny K. Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing Soc.* 2013;33:1077-98.
10. Santana P, Costa C, Santos R, Loureiro A. O papel dos espaços verdes urbanos no bem-estar e saúde das populações. *Rev Estudos Demográficos.* 2010;48:5.
11. Swedish National Institute of Public Health. *Healthy ageing: A challenge for Europe: The Healthy Ageing Project.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2007.
12. Fundação Calouste Gulbenkian. *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas.* Lisboa: FCG; 2009.
13. Simões J. Construindo a cidade saudável. In: Santana P, editor. *A cidade e a saúde.* Coimbra: Edições Almedina; 2007. p. 39-48.
14. World Health Organization. *Zagreb Declaration for Healthy Cities: Health and health equity in all local policies.* Geneva: WHO; 2009.
15. Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. [Internet]. Seixal: Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. 2013 [citado 12 Out 2013]. Disponível em: <http://rededecidadessaudaveis.com>
16. Fernandes A. Velhice e sociedade: demografia. In: *Família e políticas sociais em Portugal.* Oeiras: Celta Editora; 1997.
17. Pimentel L. A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes: uma análise das relações familiares intergeracionais e de germanidade. Lisboa: ISCTE. Instituto Universitário de Lisboa; 2007. Tese de doutoramento.
18. Gil P. *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência.* Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.
19. Paúl C. Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. *Manual de gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa: Lidel; 2012. p. 1-17.
20. Fonseca A. Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa: Lidel; 2012. p. 95-106.
21. Ribeiro O. Género e envelhecimento. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento.* Lisboa: Lidel; 2012. p. 231-53.
22. Almeida M. *Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada de envelhecimento.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2009. Tese de doutoramento.
23. Machado P. *As malhas que a (c)idade tece: mudança social. In: Envelhecimento e velhice em meio urbano.* Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa; 2004. Tese de doutoramento.
24. Feio P, Chorincas J. *Governança territorial e inovação das políticas públicas. Prospectiva e Planeamento.* 2009;16:137-57.
25. Instituto Nacional de Estatística. *Projeções de população residente em Portugal: 2008-2060.* Lisboa: INE; 2009.
26. Instituto Nacional de Estatística. *Censos.* Lisboa: INE; 2011 [citado 12 Set 2013]. Disponível em: www.ine.pt
27. Collins P, Hayes M. The role of urban municipal governments in reducing health inequities: A meta-narrative mapping analysis. *Int J Equity Health.* 2010;9:13.
28. Fernandes A. *Questões demográficas: demografia e sociologia da população.* Lisboa: Edições Colibri; 2008.
29. Ney S. Active aging policy in Europe: Between path dependency and path departure. *Ageing Int.* 2005;30:325-33.

Anexo III - Artigo 'Intervenção Comunitária em idosos com obesidade'



INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM PESSOAS IDOSAS COM OBESIDADE

COMMUNITARIAN INTERVENTION IN OLDER PEOPLE WITH OBESITY

INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN LAS PERSONAS MÁS VIEJAS CON OBESIDAD

José Custódio Marques Lucas¹, Helena José², Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro³

RESUMO

Objetivo: contribuir para a diminuição da prevalência da obesidade nas pessoas idosas, numa freguesia do concelho de Beja, Sul de Portugal. **Metodologia:** projeto de intervenção comunitária, com duração de 12 meses. A antropometria é recolhida em três pontos-chave: pré-intervenção, seis meses depois e no final do projeto, determinando Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal, e negociando um contrato de saúde, em consulta de enfermagem. O acompanhamento foi efetuado às 4, 12 e 20 semanas, por entrevista direta aos participantes. **Resultados:** 60% dos utentes referiram ter modificado alguma prática alimentar; 17.7% iniciaram e mantêm atividade física regular e em 8,8% mantêm-se o consumo de água recomendado. **Conclusão:** os participantes colaboraram nos aspetos relacionados com as alterações na dieta mostrando dificuldades na prática de atividade física regular e no consumo de água. **Descritores:** Envelhecimento; Estilos de Vida; Obesidade; Promoção da Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Objective: To contribute to the reduction of the prevalence of obesity in the elderly, a parish in the municipality of Beja, southern Portugal. **Methodology:** Community intervention project, lasting 12 months. Anthropometry is collected in three key points: pre-intervention and six months after the end of the project, determining Body Mass Index and Abdominal circumference, and negotiating a contract for health, nursing consultation. The monitoring was performed at 4, 12 and 20 weeks, by direct interview participants. **Results:** 60% of users reported having changed some eating habits, 17.7% started and maintain regular physical activity and remain 8.8% water consumption recommended. **Conclusion:** Participants collaborated on aspects related to changes in diet showing difficulties in regular physical activity and consumption of water. **Keywords:** Aging, Lifestyle, Obesity, Health Promotion, Community Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Contribuir a la reducción de la prevalencia de la obesidad en las personas mayores, una parroquia en el municipio de Beja, al sur de Portugal. **Metodología:** El proyecto de intervención comunitaria, con una duración de 12 meses. La antropometría se recoge en tres puntos clave: meses antes de la intervención y seis después de la finalización del proyecto, la determinación de índice de masa corporal y la circunferencia abdominal, y la negociación de un contrato para la consulta de enfermería de salud. El seguimiento se realizó a los 4, 12 y 20 semanas, los participantes en las entrevistas directas. **Resultados:** El 60% de los usuarios reportaron haber cambiado algunos hábitos alimenticios, el 17,7% comenzó y mantener una actividad física regular y seguir siendo un 8,8% el consumo de agua recomendado. **Conclusión:** Los participantes colaboraron en aspectos relacionados con los cambios en la dieta que muestra dificultades en la actividad física regular y el consumo de agua. **Palabras clave:** Envejecimiento, Estilo de vida, Obesidad, Promoción de la Salud, Enfermería de Salud Comunitaria.

¹Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, Mostrando em Enfermagem de Saúde Comunitária no Instituto Politécnico de Beja/Escola Superior de Saúde de Beja, Enfermeiro da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Beja, Portugal. E-mail: jose.c.lucas@hotmail.com; ²Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar Convitada da Universidade Católica Portuguesa, Investigadora do CIIS. E-mail: hjose@ics.lisboa.ucp.pt; ³Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, Doutoranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Universidade de Lisboa, Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal. E-mail: ana.canhestro@ipbeja.pt

INTRODUÇÃO

Pretende-se com este artigo apresentar a construção e execução de um projeto de intervenção na comunidade. O diagnóstico de saúde da população idosa de uma freguesia do concelho de Beja, Sul de Portugal, identificou a obesidade como principal patologia, em que 75 % da população idosa apresentava valores elevados de Índice de Massa Corporal (IMC) e 85 % apresentava aumento do Perímetro Abdominal (PA).

Em termos de Saúde Pública, estes dois fatores predispõem a um maior risco de mortalidade precoce e ao aumento da morbilidade, especialmente por doenças cardiovasculares e pela diabetes tipo II.¹ A população - alvo do projeto são as pessoas com 65 e mais anos de idade, residentes numa freguesia do concelho de Beja e inscritas no respetivo Centro de Saúde, com IMC maior ou igual a 30,0 kg/m² e PA a partir de 102 cm nos homens e 88 cm nas mulheres e que: manifestem o desejo de integrar o projeto, considerem a possibilidade de alterar, pelo menos, um comportamento alimentar considerado inadequado, aceitem participar em, pelo menos, uma das ações de actividade física a desenvolver ao longo do projeto e sejam autónomos.

Os problemas de saúde relacionados com os estilos de vida e com o ambiente são uma causa crescente de morbilidade, mortalidade, custos de saúde aumentados e declínio na produtividade e na qualidade de vida.² Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. O processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde é definido como *promoção da saúde*.³

As pessoas devem participar em atividades promotoras da saúde, nomeadamente: parar de fumar, optar por uma ingestão responsável de álcool, fazer exercício físico regular, consistindo pelo menos no equivalente a 30 minutos de marcha vigorosa três vezes por semana, manter o peso e o índice de massa corporal apropriado e comer cinco doses de fruta e vegetais frescos por dia, reduzindo a ingestão de sal e mudando para gorduras insaturadas.²

Nas estratégias de combate à obesidade, o gasto de calorias de um exercício físico ligeiro a moderado não chega para perder peso, se a pessoa não estiver simultaneamente a praticar um regime com restrição calórica, pois só emagrece quem está em balanço calórico negativo mantido.^{4,5} Devido à pericia e ao

contato contínuo com os clientes, o enfermeiro tem uma oportunidade única de obter a liderança na promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades,⁶ ao mesmo tempo, que se constitui como um elemento primordial na ajuda da satisfação das necessidades básicas do indivíduo, ao capacitá-lo de meios favoráveis à criação do seu projeto de saúde e de vida.⁷

OBJETIVOS

- Contribuir para a melhoria dos estilos de vida e para a diminuição da prevalência da obesidade na população idosa residente numa freguesia do concelho de Beja, sul de Portugal.
- Melhorar os conhecimentos dos idosos com obesidade acerca de alimentação saudável; identificar alterações nos padrões de alimentação recomendados;
- Incentivar a mudança de alguns hábitos alimentares (aumento do número de refeições e do consumo de água);
- Melhorar os conhecimentos dos idosos com obesidade acerca dos benefícios da prática de atividade física;
- Identificar alterações nos padrões de prática diária de atividade física;
- Incentivar a prática de atividade física regular dos idosos com obesidade;
- Diminuir em, pelo menos, 5% o peso inicial dos idosos participantes, tendo em conta que uma perda de peso entre 5 e 10 % do valor inicial, durante o primeiro ano, após o início de um programa de controlo do peso, é uma meta apropriada para quase todas as pessoas.⁸

MÉTODO

Projeto de intervenção comunitária, com a duração de 12 meses, em pessoas com 65 e mais anos, com obesidade. Na população de idosos foram diagnosticados 53 indivíduos com obesidade, correspondendo a 25.9 % do total de idosos. Aceitaram participar no projeto 45 indivíduos; a adesão teve, assim, uma taxa de participação de 84,9%. O grupo de utentes com obesidade participantes no projeto ficou composto por 45 elementos, 30 do sexo feminino (66.7 %) e 15 do sexo masculino (33.3 %).

O grupo de trabalho é composto pelo gestor do projeto - enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, uma nutricionista, uma psicóloga, dois enfermeiros de reabilitação, dois técnicos Superiores de Desporto e um professor de Educação Física. Para o seu desenvolvimento no terreno, o plano do

projeto foi submetido à apreciação de todos os intervenientes.

Os modelos de parceria têm provado ser muito eficazes em áreas com escassez de recursos e com número insuficiente de prestadores de cuidados de saúde.⁹ Esta intervenção envolveu os poderes políticos locais, as instituições concelhias e locais, os técnicos; a sua adesão ao projeto foi plena. Numa primeira fase, foi assegurada a participação das entidades, tendo em conta a sua fundamental importância como suporte do projeto; a seguir, foi garantida a colaboração técnica nas áreas da nutrição, atividade física e psicologia (tendo em conta que a as medidas em que assenta o projeto pressupõem processos de mudança).

O acompanhamento do projeto foi realizado, pelo gestor do projeto, junto dos parceiros e restantes técnicos do grupo de trabalho, no sentido de avaliar o desempenho de cada um no desenvolvimento das medidas definidas e assumidas no início do projeto, através de entrevista junto de cada um dos representantes das instituições e dos técnicos. A autarquia, em conjunto com os técnicos de desporto, inventariaram todos os meios a adquirir e respetivos orçamentos para a definição, na freguesia, dos percursos pedonais. O financiamento para a compra desses mesmos materiais foi a questão que se colocou a seguir.

Os percursos referidos, com dificuldade diferenciada, em três níveis, destinam-se à realização da caminhada; foi assumido pelos técnicos de desporto fazer as avaliações funcionais de cada participante para prescrição da atividade física recomendada, depois da marcação dos percursos pedonais. Os Enfermeiros de Reabilitação assumiram incorporar mais elementos da população alvo do projeto nas suas sessões, além dos três que já frequentavam.

Quanto à Nutrição e Psicologia, foram realizadas sessões de grupo; grande grupo de 45 pessoas foi dividido em três grupos menores, de 15 participantes cada e foi realizada uma sessão a cada grupo. Esta primeira sessão teve como principal objetivo a avaliação dos conhecimentos e dos comportamentos dos idosos relativamente à alimentação assim como as barreiras à mudança dos estilos de vida, sensibilizando para uma melhoria das condições de saúde dos participantes. Para complementar o diagnóstico de saúde inicial foi realizada uma determinação pré-intervenção dos parâmetros antropométricos (peso, altura, perímetro abdominal e índice de massa corporal) repetida posteriormente em mais dois

momentos: aos seis meses da duração do projeto e no final do mesmo.

A antropometria foi realizada em utentes sem calçado, vestindo roupas leves, na posição em pé e com os pés juntos. Foi utilizada sempre a mesma balança antropométrica, bem como a mesma fita métrica para as medidas das circunferências. Os seguintes dados foram obtidos: peso em quilogramas, e apresentado até um número decimal, altura - em metros, e apresentada até dois números decimais, perímetro abdominal (PA) - em centímetros, definida como a menor medida de uma circunferência no nível da cicatriz umbilical, no final do movimento expiratório e índice de Massa Corporal (IMC = $\text{Peso} / \text{Altura}^2$). Todos os indivíduos idosos e com obesidade que foram diagnosticados receberam convite, através de carta, para participarem na apresentação do projeto.

No momento da apresentação do projeto foi entregue a cada participante a documentação técnica, em pastas individuais e, de forma sumária e numa linguagem acessível às características do grupo-alvo, foi feita a apresentação do projeto pelo seu gestor. Posteriormente, foi dada a palavra a cada um dos técnicos, para que se pronunciassem em relação ao projeto e atividades previstas. Assim, foi realizada uma sessão de grupo que consistiu na explicação dos folhetos que facultam aos participantes a informação necessária para que possam melhorar a sua dieta alimentar (em termos de número de refeições diárias e consumo de água) bem como da participação em atividade física com caráter regular (com exercícios orientadores, a realizar no próprio domicílio, de pé ou sentado). Foi feita a demonstração dos 12 exercícios incluídos na pasta individual, pelos técnicos de desporto, com participação ativa dos elementos do grupo de idosos com obesidade. Como final de sessão, foi assinada a carta individual de compromisso de participação no projeto, pelos idosos aderentes.

As estratégias e as ações foram dirigidas à melhoria dos estilos de vida, nomeadamente, a necessidade de realizar 5 a 6 refeições diárias, ingerir 1,5 litros de água por dia e a prática de atividade física regular. As medidas tomadas - sessões de educação para a saúde sobre alimentação saudável, atividade física e mudança de comportamentos, prática de exercício físico na freguesia e no domicílio assim como a caminhada - visaram aumentar os conhecimentos, racionalizar o consumo de alimentos e de água assim como aumentar os

gastos energéticos dos participantes, estimulando os processos de mudança.

Todo este processo teve em conta as condições e limitações dos indivíduos, a sua motivação, respeitando os seus ritmos pessoais. Por outro lado, o planeamento do projeto prevê, ainda, o acompanhamento dos participantes no projeto à 4ª, 12ª e 20ª semana, por contacto telefónico ou visitação domiciliária a cada um dos elementos, no sentido de averiguar o desenvolvimento das suas atividades, adequando individualmente o reforço, respondendo de forma personalizada às necessidades manifestadas tendo em conta os objetivos traçados, providenciando encorajamento, apoio e exigindo resposta a esse empenho¹⁰.

É importante avaliar todo o processo comportamental, na procura das mudanças entendidas como necessárias nos estilos de vida dos participantes. Em relação aos utentes, a técnica usada foi a entrevista, através da aplicação do guião elaborado para o efeito. Os dados obtidos das entrevistas realizadas são apresentados como resultados do projeto. Os processos de mudança dependem da ação voluntária de cada indivíduo, mas que podem e devem ser promovidos pelos enfermeiros de Saúde Comunitária e restantes técnicos participantes.

O conhecimento sobre os modelos de trabalho em parceria e as aptidões para serem implementados de forma eficaz, torna-se útil para os enfermeiros comunitários que coordenam serviços que sejam acessíveis, disponíveis e aceitáveis para as populações das zonas rurais que lhes estão atribuídas⁹.

Em Portugal, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, os contributos dos cuidados de enfermagem têm contribuído para a promoção da longevidade dos utentes, privilegiando o tratamento¹¹; não era fácil o acesso dos utentes às atividades de prevenção e vigilância por parte dos enfermeiros. No entanto, o processo de reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), iniciado em 2005 e ainda em curso, através do Decreto-Lei nº 28/2008¹², veio dar o enquadramento legal necessário à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), composto por uma rede de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde.

A diferenciação em todas estas unidades permitirá uma melhor resposta aos problemas reais ou potenciais dos indivíduos/famílias/comunidades, especialmente no que respeita à Enfermagem de Saúde Comunitária, uma vez que contempla que em cada centro de saúde

funcione, para além das outras, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas UCC, compostas por pessoal técnico próprio e diferenciado nas suas funções, coordenadas por um enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional representam, no futuro, uma mais valia de âmbito comunitário, no desenvolvimento das intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença.

RESULTADOS

A primeira sessão de acompanhamento do projeto realizada no sentido de avaliar o desenvolvimento e grau de consecução das medidas definidas por parte de parceiros e técnicos foi considerada, em geral, bastante positiva: houve partilha de contributos e saberes, espírito de trabalho em equipa e motivação de profissionais e instituições.

Por outro lado, também se verificaram algumas limitações relativamente a algumas medidas, como é o caso dos constrangimentos orçamentais na aquisição de materiais para os percursos pedonais na freguesia e a perda de colaboração de um técnico superior de desporto pouco depois do início do projeto, que fez com que uma das medidas bastante importantes - caminhada organizada - acabasse por não ser realizada até à primeira avaliação deste mesmo projeto. Também as sessões de Nutrição e de Psicologia, inicialmente planeadas como consultas individuais, por razões técnicas e operacionais, foram transformadas em sessões de grupo. Com a avaliação antropométrica pré-intervenção da população idosa da freguesia estudada foram obtidos os seguintes resultados:

Relativamente ao índice de Massa Corporal (IMC), 46.3 % do total desta população, com IMC \rightarrow 25,0; \leq 29,9 Kg/m², num total de 95 indivíduos, estava em situação de excesso de peso; 25.9 % do total da população, com IMC \geq 30,0, apresentava obesidade, num total de 53 indivíduos.

Quanto ao Perímetro Abdominal (PA), verificou-se com base nos dados obtidos que: na população idosa masculina da freguesia em estudo, 25.8 % apresentava PA aumentado e que 48.4 % apresentava PA muito aumentado, sendo esta a categoria com maior frequência, ou seja, cerca de três quartos dos homens apresentavam excesso de perímetro abdominal. Na população idosa feminina, 7.1 % apresentava PA aumentado e 87.5 % apresentava PA muito aumentado, sendo esta a categoria com maior frequência. Verificou-se, assim, que o excesso de perímetro abdominal é um problema que afeta a quase

totalidade das mulheres. Tendo em conta os critérios estabelecidos para o projeto, foram integrados na população-alvo, todos os indivíduos idosos que apresentavam um IMC \geq a 30,0 kg/m², e que apresentavam, ao mesmo tempo, perímetro abdominal muito aumentado (PA \geq 102 cm, nos homens e PA \geq 88 cm, nas mulheres).

Do total da população de idosos foram, assim, selecionados e convidados a participar no projeto 53 indivíduos idosos com obesidade, correspondendo a 25.9 % do total da população idosa. Aceitaram participar no projeto 45 indivíduos, 30 do sexo feminino (66.7 %) e 15 do sexo masculino (33.3 %). A adesão teve, assim, uma taxa de participação de 84,9 %, sendo superior nas mulheres relativamente aos homens. O grupo etário mais representado é o dos 75-84 anos, em ambos os sexos.

Quanto ao estado civil, os casados recebem a maior frequência, em ambos os sexos. No que respeita à escolaridade, mais de metade da população total de idosos com obesidade aderentes ao projeto apresenta escolaridade nula, com uma especial relevância do sexo feminino face ao sexo masculino. A maior parte destes indivíduos sofre de doença cardiovascular, em particular de hipertensão arterial, mais frequente no sexo feminino. Na primeira sessão de acompanhamento foi realizada uma entrevista baseada num guião elaborado para o efeito, onde foram avaliados os seguintes aspetos: interesse em continuar no projeto; mudança de hábitos após o início do projeto (número de refeições diárias, consumo de água e realização de exercício físico); metas para os próximos 3 meses (compromisso de mudança de comportamentos).

Os resultados obtidos com as entrevistas realizadas foram: todos os participantes referiram considerar o projeto válido, manifestando interesse em continuar no mesmo.

Alimentação - 60 % dos utentes referiram ter modificado algum aspeto relacionado com os seus hábitos alimentares (alguns consideraram ingerir menor quantidade de alimentos, enquanto outros referiram ter passado a fazer mais uma refeição diárias); no entanto, 40 % dos utentes referiram não ter conseguido mudar nada na sua dieta habitual. Verifica-se que 64.4 % dos utentes já realizam 5 ou mais refeições diárias (situação a manter).

A frequência relativa das mulheres (51.2 %) é muito superior à dos homens (13.2 %). Porém, existiam 35.6 % de utentes com necessidade de aumentar o seu número de

refeições diárias (situação a alterar). A frequência relativa de homens (20.0 %) é superior à das mulheres (15.6 %).

Foi feita a sensibilização individual a este grupo para a importância de aumentar o número e, consequentemente, diminuir a quantidade de alimentos por refeição, de modo a fazer uma distribuição mais racional dos alimentos ao longo do dia. Assim, aos elementos que fazem 4 refeições por dia, foi-lhes proposto o aumento de mais uma refeição diária, como objetivo para os 3 meses seguintes. Aos restantes elementos, que só realizam 3 refeições diárias, foi-lhes proposto o objetivo de aumentar 2 refeições (negociado em 2 tempos, ou seja, aumentar uma refeição nos 3 meses seguintes e, depois, mais outra no trimestre seguinte).

Consumo de água - 8.8 % dos participantes uma quantidade \geq 1,5 litros de água diários, com igual distribuição nos dois sexos (4.4 % cada) (situação a manter); 91.2 % ingere menos que 1,5 litros de água diários, com predomínio das mulheres (62.2 %) sobre os homens (29.0 %) (situação a alterar).

A importância do aumento do consumo de água diário foi manifestada a cada um dos utentes e foram, caso a caso, admitidas e negociadas estratégias de aumentar o seu consumo. Alguns utentes colocaram questões como "Posso amornar a água para beber?" ou "Posso beber chá em vez de água?", que foram aceites como estratégia de mudança de comportamento face ao consumo de água. Assim, aos elementos que necessitam de aumentar o seu consumo em cerca de 0.5 litros, foi-lhes proposto o aumento dessa quantidade nos 3 meses seguintes. Aos restantes elementos, que precisam de aumentar mais 1 litro de água por dia, foi-lhes proposto o objetivo de aumentar em 2 tempos, ou seja, aumentar 0.5 litros nos 3 meses seguintes e, depois, igual quantidade no trimestre seguinte.

Atividade física - 17.7 % dos utentes praticam atividade física regular (situação a manter). 82.3 % não praticam atividade física regular; 60.0 % não iniciou enquanto 22.3 % dos participantes pratica atividade física esporádica (situação a alterar).

No grupo dos participantes que não havia iniciado ou que realiza atividade física esporádica, procurou indagar-se aquilo que lhes teria faltado para tal; as razões mais apontadas foram referem-se às dores que sentem, falta de vontade, estar aborrecido, ter o cônjuge doente/acamado/internado, ter que sair de casa, não ter valorizado a prática de exercício físico na sua idade, entre outros.

Uma vez que referiram querer manter-se no projeto, foi reforçada a importância da realização diária dos exercícios físicos que constam na pasta individual do projeto, em casa, de pé ou sentado numa cadeira. A proposta parece ter recebido resposta, em geral, positiva; será avaliada a sua eficácia na próxima sessão de acompanhamento do projeto.

DISCUSSÃO

As perspectivas de mudança de comportamentos são sempre relativas. Esperam-se mudanças, mas há que dar tempo aos utentes para que as consigam fazer e implementar. É sempre de valorizar as alterações que cada um dos intervenientes é capaz de efetuar, mesmo que essas alterações não se traduzam em perda de peso, que sabemos nem sempre ser fácil de atingir.

As principais dificuldades sentidas pelos idosos remetem-nos para o enraizamento de hábitos, desconhecimento ou conhecimentos insuficientes, as questões culturais relativas ao que é suposto ser feito ou não, e algum receio de ser criticado pelos outros (nomeadamente, em relação à prática de atividade física).

Como fator facilitador da mudança, na perspectiva do utente, foi referido o fato de haver um projeto “*que se interesse por nós*”; é dada importância do investimento feito, por cada um dos utentes, e da relação que os profissionais de saúde conseguem estabelecer, compreendendo-os nas dificuldades que sentem e na ajuda para as ultrapassar.

O fato de beneficiarem de um projeto feito especificamente para as pessoas idosas com obesidade terá sido muito importante para a adesão ao mesmo, para a adesão às alterações negociadas entre os técnicos e os utentes individualmente e para a disponibilidade em participar nas diversas sessões.

Torna-se necessário ainda valorizar, reconhecer e continuar a acompanhar os utentes que já efetuaram mudanças efetivas nos seus padrões de comportamento de forma a que continuem a trabalhar nesse sentido. Será também importante, relativamente aos utentes mais resistentes à mudança, que se faça um trabalho mais individualizado, percebendo quais as maiores dificuldades e quais os constrangimentos para a mudança.

Por vezes, passar de um estágio em que não se considera a modificação do comportamento para um em que se pensa sobre esta mudança e se procura informação sobre como a efetuar é de igual importância e valor. Este tipo de atividades deve ter alguma frequência e deverão ter uma abordagem mais

prática com base no “saber fazer”. Numa primeira intervenção torna-se difícil ter a percepção dos conhecimentos adquiridos. Este tipo de avaliação será desenvolvido ao longo do tempo.

Por outro lado, atendendo a que o projeto foi desenvolvido nesta comunidade, o mesmo só é válido nesse mesmo contexto; os resultados obtidos não poderão ser extrapolados para um universo mais vasto. No entanto, na resposta aos problemas de obesidade na população idosa, poderá o planeamento deste projeto, em si mesmo, ser replicado noutras realidades.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária respondeu a uma necessidade da população idosa residente numa freguesia do Concelho de Beja, Sul de Portugal, relacionada com uma elevada prevalência da obesidade. A primeira sessão de acompanhamento do projeto permitiu constatar uma adesão elevada ao projeto por parte da população idosa desta freguesia rural.

A participação de parceiros e técnicos, em geral, foi bastante positiva; no entanto, verificaram-se alguns constrangimentos no desenvolvimento das medidas planeadas que vieram limitar a abrangência do projeto.

As alterações na dieta alimentar diária foram aqueles em que os participantes melhor colaboraram o que encoraja todos os interessados neste projeto em termos de comportamentos de mudança por parte da população idosa.

A baixa adesão à prática de atividade física regular mostra que os utentes mostraram dificuldades em assumir um comportamento mais ativo; é necessário continuar a investir junto de cada um dos participantes que não conseguiram iniciar ou que ainda o fazem de forma esporádica. A maior dificuldade sentida pelos participantes foi o consumo de água em quantidade suficiente para as necessidades fisiológicas diárias de cada indivíduo. Vão ser discutidas com os participantes e com os técnicos novas formas de abordagem em relação a este tão importante aspeto de saúde.

Foi negociado com cada elemento a sua estratégia de mudança de comportamentos face aos estilos de vida, por etapas; o grau de eficácia das ações de promoção da saúde será avaliado na próxima sessão de acompanhamento.

ISSN: 1981-8963

Lucas JCM, José H, Canhestro AMGDS.

DOI: 10.5205/reuol.3073-24791-1-LE.0702201323

Intervenção comunitária em pessoas idosas...

REFERÊNCIAS

1. Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J. Obesidade em Portugal e no mundo. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação; 2008.
2. Conselho Internacional de Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos enfermeiros; 2010.
3. OMS. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa. Canadá; 1986.
4. Carmo I. Alimentação e bem-estar. Alfragide: D. Quixote; 2011.
5. Barata JLT. Mexa-se...pela sua saúde. Lisboa: D. Quixote; 2003.
6. Pender, N - Health promotion in nursing practice. 2ªed. Norwalk: Appleton & Lange; 1987.
7. Ordem dos Enfermeiros. XI Seminário de Ética: responsabilidade para com a comunidade. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
8. Teixeira P, Silva M. Repensar o peso: princípios e métodos testados para controlar o seu peso. Lisboa: Lidel: edições técnicas, lda; 2009.
9. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem comunitária - Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociência; 1999.
10. Burke L, Jancey J, Howat P, Lee A, Kerr D, Shilton T, et al. Physical activity and nutrition program for seniors (PANS): protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 20];10(751):[about 7 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/751>
11. Bicudo MJGA. Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade - contributos da enfermagem. (Doutoramento em enfermagem). Lisboa: Universidade de Lisboa; 2009
12. Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República, I série, n.º 38; 2008. pp.1182-1189.

Submissão: 2012/04/04

Aceito: 27/11/2012

Publishing: 01/02/2013

Correspondência

José Custódio Marques Lucas
Rua José Patrocínio Dias, 7800-053
Beja, Portugal

Anexo IV - Artigo 'Depressão no idoso’

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

A DEPRESSÃO NO IDOSO

SUSANA MARGARIDA MESTRE DOS SANTOS DRAGO ¹

ROSA MARIA LOPES MARTINS ²

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar de Faro – Portugal.
(e-mail: susanadrage1@hotmail.com)

² Docente da Escola Superior de Saúde
e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)
do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: rmartins.viseu@gmail.com)

Resumo

A depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde importantíssimo, pois afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Neste sentido, este estudo teve como principais objetivos determinar os níveis de depressão no idoso e verificar a influência dos aspetos sócio-demográficos, do grau de satisfação com a vida e do nível de independência nas atividades básicas de vida diária na depressão.

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo não experimental (correlacional-descritivo), sendo a amostra não probabilística por conveniência.

Participaram nele 119 idosos, com uma média de idades de 78 anos, residentes nos concelhos de Tavira, Olhão e Faro, a viver no domicílio ou a frequentar Instituições.

Os resultados demonstram que a maioria dos idosos da amostra possui quadro depressivo ligeiro. Aspetos sócio-demográficos como o género, a idade, estado civil, nível de escolaridade, a institucionalização e a presença de doenças concomitantes influenciam a depressão. Também a independência nas atividades de vida diária e a satisfação com a vida influenciam a depressão, contudo de forma negativa.

Palavras-chave: envelhecimento, idoso, satisfação com a vida, independência/ dependência, depressão.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

Abstract

The depression is considered, nowadays, a very important health problem because it affects people of all ages, leading to feelings of sadness and social isolation that sometimes have suicide as outcome. So, the main objective of this study was to determine the levels of depression in the elderly, as well as the influence of the socio-demographic aspects, degree of satisfaction with life and level of independence in the basic activities of daily life.

It is a quantitative study, non-experimental (descriptive-correlational), with a non-probabilistic sample of convenience.

In this study participated 119 seniors with a mean age of 78 years old, residents in the zones of Tavira, Olhão and Faro, living at home, in elderly homes or having attendance at institutions.

The results show that the majority of the elderly of the sample have a slight depression. Aspects socio-demographic such as gender, age, marital status, education level, the institutionalization and the presence of concomitant illnesses influence depression in the aged one. Also influence depression, especially in a negative form, the degree of independence in activities of daily life and the degree of life satisfaction.

Keywords: aging, elderly, satisfaction with life, independence/dependence, depression.

Introdução

Envelhecer é um facto inevitável e irreversível uma vez que se envelhece dia após dia sem outra alternativa. Assim, preparar uma velhice serena e saudável em todos os pontos de vista deve ser uma preocupação dos indivíduos e da sociedade.

Nas últimas décadas tem sido muito discutida a questão do envelhecimento da população a nível mundial. Estas considerações conduzem ao debate sobre as transições demográficas e epidemiológicas consideradas como aspetos importantes na abordagem do envelhecimento com doença crónica, incluindo a depressão e processos demenciais.

Portugal, com mais de um milhão e meio de pessoas com 65 e mais anos possui mais de 60 mil pessoas portadoras de demência e de 100 mil com depressão, muitos destes casos mal diagnosticados e insuficientemente tratados.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

Com muita frequência se encontram idosos a quem o diagnóstico de depressão não foi devidamente efetuado, tendo sido “rotulados” de senis ou com uma personalidade de contacto difícil. Após a realização de um diagnóstico correto e a instituição de terapêutica adequada, o idoso recupera a alegria de viver, ganha autonomia nas suas atividades de vida diária e a família redescobre uma pessoa que parecia ter desistido de viver, sem satisfação com a vida.

Neste sentido, o presente estudo tem como principal objetivo determinar os níveis de depressão no idoso bem como a influência nela exercida pelos aspetos sócio-demográficos, grau de satisfação com a vida e nível de independência nas atividades básicas de vida diária.

Envelhecimento: aspetos sócio-demográficos

O envelhecimento crescente da população é uma realidade impossível de ignorar. Assim é considerado como um processo universal, complexo e contínuo ao longo da vida, o conceito de envelhecimento sofreu várias mutações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época.

Sendo o envelhecimento demográfico um dos fenómenos mais relevantes do século XXI nas sociedades desenvolvidas e devido às suas implicações na esfera sócio-económica, torna-se problemática de interesse para a investigação científica.

De acordo com o I.N.E. (2012), em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. O índice de envelhecimento aumentou de cerca de 112 idosos por cada 100 jovens em 2006 para cerca de 118 por cada 100 jovens em 2009. Segundo as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo mesmo instituto, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, sendo o índice de envelhecimento de 242 idosos para cada 100 jovens.

Assim e como se observa, o envelhecimento é uma problemática de saúde pública, com implicações para o próprio indivíduo e para a sociedade.

Ao longo dos anos várias foram as formas de encarar o envelhecimento. Há cerca de 50 anos atrás envelhecer não era um problema, encarava-se como um fenómeno natural, visto que as pessoas que envelheciam não eram muitas e a imagem que a sociedade tinha da população idosa era diferente daquela que se tem hoje. As pessoas idosas ocupavam papéis importantes na sociedade, usufruíam de grande poder económico e de grande respeito dentro do grupo social. Atualmente, o envelhecimento é encarado como um período distinto, que se caracteriza pelo declínio das forças físicas e possíveis alterações psíquicas, colocando os indivíduos numa obsolescência para o

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

trabalho. Também a imagem que se tem da velhice é profundamente negativa. Associa-se a problemas, doenças, incapacidade e dependência.

Por outro lado, segundo o Ministério da Saúde (1998, cit. por Cruz, 2010) há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado ou solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo.

A sociedade moderna marginalizou “os velhos” dando prioridade a valores ligados à produtividade, rentabilidade, lucro, consumo excessivo, etc., face aos quais as pessoas com 65 anos e mais não estão em condições de competir, pois até são considerados “pouco produtivos”.

Outros factos que contribuem para uma visão negativa do envelhecimento tornando os idosos mais vulneráveis são a dependência física e mental e a perda de autonomia. A perda de força, o aparecimento de doenças, a dificuldade em estabelecer e manter um diálogo pode colocar o idoso numa situação de dependência e de solidão. Esta situação é agravada pelo facto de não possuir saúde para perpetuar as relações sociais fora do seu meio familiar e manter-se sem dificuldades financeiras. Da mesma forma, a dependência, que gera a necessidade de cuidados especiais e de auxílio para a realização das atividades de vida diária, pode fazer com que o idoso seja colocado de parte pelos familiares.

Conceitos de autonomia/(in)dependência no idoso

Os idosos encontram-se numa situação muito particular de vida, que não é apenas inerente à idade que têm, mas também a todos os acontecimentos que foram ocorrendo ao longo da sua existência. A capacidade que o idoso tem de se manter independente é condicionada por uma série de fatores: a constituição genética, os hábitos e estilos de vida, o meio ambiente, o contexto sócio-económico e cultural, ou ainda o facto de ter nascido numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família com maior ou menor capacidade económica.

Para Sousa (2008) os indicadores críticos da possibilidade de vida independente são constituídos pela capacidade revelada em manter funções de cuidados pessoais (como vestir-se, lavar-se e cuidar de si) e atividades instrumentais que possam servir para a manutenção da vida diária (de estar orientado no tempo e no espaço, possibilidade de fazer compras, de telefonar ou de efetuar pagamentos).

Este autor acrescenta ainda que os idosos saudáveis não têm dificuldades em realizar o tipo de atividades mencionadas desde que as tenham cumprido com êxito no seu passado. Só as não conseguem efetuar se tiverem graves limitações sensoriais, de saúde física ou mental.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

Também Sequeira (2010) refere que a dependência surge como o resultado do aparecimento de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente.

Desta forma, torna-se importante distinguir autonomia, dependência e independência. A autonomia, segundo Santos (2002, p. 49), é o “comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adotado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes”.

Ainda na opinião da mesma autora (2002), a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

Já independência e dependência são conceitos complexos e difíceis de operacionalizar. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004), cit. por Sousa (2008), entendem que a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades.

Já no que concerne ao conceito de dependência, Sequeira (2010) entende-a como a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros.

Satisfação com a vida no idoso

A satisfação com a vida é um sentimento percecionado em qualquer fase da vida, incluindo a velhice, sendo este influenciado por diferentes variáveis pessoais, sociais e psicológicas.

Na opinião de Resende *et al.* (2006), a satisfação com a vida é uma das medidas de bem-estar subjetivo (BES), que reflete a avaliação pessoal sobre determinados domínios e a forma como as pessoas vivem as suas experiências de vida de modo positivo.

Paralelamente, Sequeira (2010), numa perspetiva de envelhecimento ao longo da vida, onde a qualidade de vida assume uma importância vital, entende que a satisfação e o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido.

De facto, o envelhecimento bem-sucedido, com satisfação de vida, na opinião de Alves (2008), pode ser visto como uma competência adaptativa, ou seja, uma capacidade generalizada para responder com resiliência aos obstáculos impostos.

Sendo assim, um envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

Sendo esta uma temática de bastante interesse, vários são os estudos realizados nesta área, centrando-se sobretudo na relação entre esta variável e perturbações

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

específicas como a depressão e a ansiedade, linha investigativa que também a nós nos orientou. Na verdade dando enfoque à depressão, os estudos parecem indicar uma relação negativa entre esta perturbação e a satisfação com a vida, isto é, pessoas com depressão parecem ter uma menor satisfação com a vida (Maia *et al.*, 2007).

Depressão no idoso

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimentos de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. Contudo, é nas idades avançadas que ela atinge os mais elevados índices de morbidade e mortalidade, na medida em que assume formas características, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, consequentemente, de tratar.

É frequente que as pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associem à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas (Simões, 1996).

Nesta linha de pensamento, Tavares *et al.* (2000, cit. por Sousa, 2008) afirmam que a depressão não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento, ao contrário do que a sociedade em geral e até mesmo os próprios idosos creem, estigmatizados pela pesada, negativa e pejorativa carga deste vocábulo e também pela visão e perceção deste processo.

No entanto, do ponto de vista das perturbações da saúde mental nos idosos, a depressão é aquela que surge com mais frequência, sendo, como referem Spar & La Rue (2005), o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica.

A saúde mental pode ser entendida, de uma forma muito sucinta, como o equilíbrio psíquico que resulta de uma interação entre a pessoa e a realidade. Realidade esta entendida como o meio envolvente no qual o indivíduo se move e que lhe permite desenvolver as suas potencialidades e satisfazer as suas necessidades básicas. Este equilíbrio surge quando o indivíduo consegue adaptar-se às novas situações com que se depara.

Por outro lado, a pessoa que está a envelhecer depara-se com uma série de perdas. São pessoas em que as doenças crónicas tendem a aumentar, bem como uma série de dependências que advêm quer destas doenças quer do próprio envelhecimento normal. Há assim uma maior vulnerabilidade e fragilidade na população idosa, não só devido a um aspeto psicológico, social e cultural, mas também biológico.

Fatores sociais como a reforma, muitas vezes porque o idoso atinge um patamar etário, delimitado somente pela idade cronológica, mudança radical dos estilos de vida, despesas acentuadas, em grande parte direcionadas para a indústria

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

farmacêutica, pensões de reforma insuficientes, tendo em conta as necessidades identificadas, juntamente com outros eventos stressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser predisponentes a estados depressivos nos idosos.

Para Barreto (2006), as perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de luto cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social.

Refere ainda Salgueiro (2007) que a institucionalização é um outro fator que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para o lar dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge. Para além desta perda, ao entrar na instituição o idoso deixa a sua casa, deixa de ter os seus horários, deixa de tomar conta de si. Vai para o lar, provavelmente, porque perdeu a sua autonomia tornando-se dependente de terceiros. O indivíduo deixa de poder controlar o que se passa à sua volta e a perceção de tal facto aumenta a sua vulnerabilidade e pode predispor à depressão. (Paúl, 1997, cit. por Salgueiro, 2007).

Uma vez diagnosticada, a depressão pode ser classificada de diversas formas, no entanto existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na sua maioria, depressões atípicas, não se encaixando por isso nos padrões das classificações existentes nomeadamente CID 10 E DSM.IV. (Miguel Filho & Almeida, 2000).

Para Cohen e Eisdorfer (1997), cit. por Martins (2008), as depressões atípicas caracterizam-se pela falta de episódios de tristeza, claramente distintos, mostrando-se o doente apático, com queixas subjetivas de comprometimento cognitivo, ansiedade proeminente, somatização e excesso de preocupação com o corpo.

Nesta sequência e de acordo com Ballone (2001), observa-se frequentemente que o idoso deprimido passa por uma importante deterioração do seu estado geral e por um decréscimo significativo da sua qualidade de vida. A gravidade da situação reflecte-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos.

Material e métodos

A opção metodológica que orientou este estudo foi uma abordagem de análise quantitativa, do tipo não experimental, descritivo-correlacional. Esta opção está diretamente ligada com as nossas questões de investigação e que são:

- Quais os níveis de depressão que os idosos apresentam?
- Que influência exercem os aspetos sócio-demográficos, o nível de independência nas atividades básicas de vida diária e o grau de satisfação com a vida na depressão do idoso?

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

Para dar resposta a estas inquietações foram construídas duas hipóteses simples e uma complexa, no sentido de expressar a relação entre as variáveis independentes e a dependente.

-Hipótese 1: Existe relação entre os aspetos sócio-demográficos (idade, género, estado civil, escolaridade, situação económica, local onde vive e presença de doenças concomitantes) e a depressão no idoso.

-Hipótese 2: Existe relação entre o nível de independência nas atividades básicas de vida diária e a depressão no idoso.

-Hipótese 3: O grau de satisfação com a vida influencia a depressão no idoso.

A amostra deste estudo é do tipo não probabilístico acidental por conveniência, pois só foram incluídos no estudo idosos com 65 ou mais anos residentes nos concelhos de Tavira, Olhão e Faro. Esta é constituída por 119 idosos que habitam em domicílios próprios ou de familiares, ou em casa cedida, ou vivem/frequentam Instituições: assim 41 estavam ligados a Instituições, (19 dos quais residentes em lares e 22 em regime de centro de dia) e 78 residiam em domicílios (próprios ou de familiares).

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um formulário, encontrando-se este estruturado em quatro secções. A primeira diz respeito à identificação sócio-demográfica e contextual da amostra, dela fazendo parte questões referentes à idade, ao género, estado civil, escolaridade, profissão antes da reforma, situação económica, local onde vive e com quem vive e presença de doenças concomitantes. A segunda é constituída pelo Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz (1963), também conhecido por Índice de Katz, permitindo-nos identificar o nível de independência dos idosos nas atividades básicas de vida diária. De acordo com a pontuação, apresenta três classes: 6 – 5 o indivíduo é independente, 4 – 3 apresenta dependência moderada e 2 – 0 muito dependente.

A terceira integra uma escala tipo Likert para medida da satisfação com a vida, proposta por Neri em 1998, e que permite classificar os inquiridos, em termos globais de satisfação, em: pouco satisfeito; moderadamente satisfeitos e muito satisfeitos.

A quarta e última secção, constituída pela escala geriátrica de depressão de Yesavage, composta por trinta itens, com duas respostas alternativas (sim ou não), sobre o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, a qual nos permite avaliar o grau de depressão. Tal como sugere Sousa (2008), a quantificação dos resultados deverá considerar os seguintes pontos: 0 – 10: ausência de depressão; 11 – 22: depressão ligeira; iguais ou superiores a 23: depressão grave.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa informático SPSS 17.0 - STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCE, utilizando-se os métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

Relativamente à estatística descritiva calcularam-se: frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central, como a média, moda, mediana e desvio padrão. Já no que diz respeito à estatística inferencial, utilizaram-se o teste de Correlação de Spearman e o Teste de Mann-Whitney.

Para todos os testes foi considerado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), e o critério de aceitação da hipótese formulada será o da probabilidade ser inferior ou igual a 0,05.

Assim, observou-se que os participantes são maioritariamente independentes (84%); contudo, 11% dos idosos são muito dependentes e apenas 5% apresenta dependência moderada.

Verificou-se que a maioria dos idosos (48,7%) se encontra muito satisfeita com a vida; no entanto, 38,7% encontra-se pouco satisfeita e 12,6% moderadamente satisfeitos.

Analisando os dados sobre a depressão, constatámos que 70,6% dos idosos da amostra apresenta depressão ligeira, 28,6% não apresenta depressão e apenas 0,8% apresenta depressão grave.

Resultados

Os participantes da nossa amostra (cf. Tabela 1) correspondem a 119 indivíduos, 65,5% dos quais mulheres e 34,5% homens, o que revela alguma desigualdade na repartição por género. As idades oscilam entre os 65 e os 95 anos, predominando uma média que se centra nos 78 anos. São variadíssimos os estudos sobre idosos, em que o predomínio feminino se verifica. Os fatores que contribuem para esta tendência prendem-se com a relação de masculinidade, os efeitos de sobre mortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e da esperança de vida, que, como se sabe, é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2012).

Considerando a variável estado civil, constatámos que a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos desta amostra. Não há dúvida que a dissolução familiar, essencialmente por morte do cônjuge, adquire neste estrato populacional uma importância crescente que não se verifica em grupos etários mais jovens.

Relativamente à escolaridade, verifica-se que os baixos níveis de escolaridade são predominantes, o que não nos surpreende, considerando que os dados nacionais revelam que a maioria da população idosa não possui qualquer nível de instrução completo.

A situação económica da maioria (49,6%) reflete a ideia que os idosos em estudo se encontram em grande número no limiar da pobreza. Dispor mensalmente de rendimentos compreendidos entre os 200€ - 400€ significa não ter disponibilidade económica para satisfazer as necessidades básicas e viver condignamente. Estas são

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

agravadas em muitos casos pelos gastos adicionais em saúde e medicamentos, devido à fraca saúde que apresentam.

Todos os idosos desta amostra se encontram em situação de reformado e a maioria (76,5%) tem uma pensão que advém da modalidade limite de idade (do regime contributivo). Os restantes têm rendimentos oriundos de pensões sociais (10,9%), por invalidez (8,4%) e por morte do cônjuge (4,2%). Face a estes resultados, a insatisfação com os valores da reforma foi um sentimento expresso por 76,5% dos idosos inquiridos, o que era previsível à luz dos rendimentos maioritariamente auferidos.

A análise do local onde vive revela que a maioria dos idosos reside em casa própria (49,6%). No entanto, há que considerar que 9,2% habita em casas alugadas e 6,7% em casas cedidas por entidades diversas, o que reforça a ideia da desvantagem económica e consequente pobreza em que se movimenta este grupo populacional. Verificou-se ainda que 18,5% destes idosos se encontra em regime de centro de dia e 16% em situação de internamento em instituição.

Ao procurarmos identificar doenças concomitantes, constatámos que 80,7% dos idosos apresentam alguma doença concomitante, o que não é de admirar numa população tão envelhecida, uma vez que sabemos que dois terços das pessoas com mais de 65 anos e quase três quartos das pessoas com mais de 80 anos, têm vários tipos de condições de saúde crónicas. Além disso, 68% das despesas com a saúde vão para pessoas que possuem cinco ou mais doenças crónicas.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra

Características	Frequências	N	%	
Género	Masculino	41	34,5	
	Feminino	78	65,5	
Idade	65 – 75	48	40,3	
	76 - 85	50	42,1	
	86 - 95	21	17,6	
Estado Civil	Casado	53	44,5	
	Solteiro	6	5	
	Divorciado	5	4,2	
	Viúvo	54	45,4	
	União de Facto	1	0,8	
Escolaridade	Analfabeto	27	22,7	
	Saber ler e escrever	27	22,7	
	Instrução primária	54	45,4	
	Curso médio	10	8,4	
	Curso superior	1	0,8	
Situação económica	< 200€	18	15,1	
	200€ – 400€	59	49,6	
	401€ – 600€	22	18,5	
	601€ – 800€	9	7,6	
	> 800€	11	9,2	
Tipo de reforma	Limite de idade	91	76,5	
	Pensão social	13	10,9	
	Pensão por cônjuge	5	4,2	
	Pensão por invalidez	10	8,4	
Satisfação com o valor da reforma	Sim	28	23,5	
	Não	91	76,5	
Local onde vive	Domicílio	Habitação própria	59	49,6
		Habitação alugada	11	9,2
		Habitação cedida	8	6,7
	Instituição	Centro de dia	22	18,5
	Lar de idosos	19	16	
Com quem vive	Cônjuge / companheiro		56	47,1
	Filhos		10	16
	Irmãos		50	4,2
	Amigo		2	1,7
	Sozinho		18	15,1
	Outro		19	16
Doença concomitante	Sim		96	80,7
	Não		23	19,3
Total		119	100	

No exercício das Atividades de Vida Diária (AVD), o nível de independência situa-se nos 84%, o que nos surpreendeu dado tratar-se de uma amostra envelhecida e com grande percentagem de idosos com doenças concomitantes.

No que concerne ao grau de satisfação com a vida, constatou-se que os idosos em estudo se encontram na sua maioria (48,7%) muito satisfeitos com a vida. No

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

entanto, não podemos descurar os 38,7% que demonstram estar pouco satisfeitos e ainda os 12,6% que se dizem moderadamente satisfeitos.

Estes dados estão de acordo com vários estudos realizados neste âmbito. Por exemplo, como refere Cruz (2010), os idosos evidenciam predominância de satisfação com a vida, mesmo tendo em consideração a deterioração da saúde e outras perdas.

Já no que diz respeito à depressão, verificou-se que os idosos se encontram maioritariamente com depressão ligeira (70,6%), o que não surpreende, pois são vários os estudos nacionais e internacionais que evidenciam o predomínio da depressão nesta faixa etária. Todavia, é de referir que 28,6% dos idosos em estudo não apresentam qualquer nível de depressão e apenas 0,8 apresentam depressão do tipo grave.

A análise inferencial dos dados mostrou que os fatores sócio-demográficos interferem com a ocorrência da depressão, à exceção da variável situação económica.

Assim, relativamente ao género, pudemos verificar que as mulheres apresentam níveis depressivos mais elevados que os homens, o que está em consonância com os dados nacionais publicitados pela DGS.

De facto, a influência do género na depressão tem sido alvo de vários estudos, surgindo algumas diferenças importantes. Em termos de prevalência, esta patologia é mais frequente no género feminino, embora outros fatores possam participar concomitantemente com a influência do género. Corroborar esta opinião Sousa (2008), ao apresentar um estudo efetuado numa Instituição Particular de Solidariedade Social e do qual concluiu que a depressão prevalece essencialmente nos idosos do sexo feminino.

Já quanto à idade, verificámos que quanto maior for esta mais depressivos se apresentam os idosos. São vários os estudos que demonstram que a idade, muitas vezes associada a outras condicionantes como o luto, situação económica, doenças concomitantes, aumenta a depressão nos idosos. Exemplo do que fica dito é o estudo levado a cabo por Santos (2002), onde se constatou que a depressão é mais frequente em idosos do sexo feminino e, por outro lado, é também mais frequente nos idosos internados e nos mais idosos.

Também Ferreira (2005), num estudo que englobou 25 idosos, verificou que aqueles que possuíam idades maiores ou iguais a 85 anos apresentavam depressão grave na totalidade.

Quisemos ainda saber que tipo de relação existia entre o estado civil e a depressão: os resultados mostraram que são os divorciados e os viúvos aqueles que apresentam índices depressivos mais elevados, contrariamente aos casados onde os valores diminuíam significativamente.

Tal como refere Salgueiro (2007), os eventos stressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem ser

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

predisponentes para estados depressivos. É normal o sentimento de tristeza surgir após uma perda. Passa-se por um processo de luto e, se não for patológico, consegue-se seguir com a vida em diante.

Ao analisarmos a relação entre a escolaridade e a depressão verificámos que não existe uma relação linear, uma vez que são os idosos com curso médio e os analfabetos aqueles que se apresentam mais depressivos.

Relativamente à situação económica, verificámos que não existe no nosso estudo nenhuma relação estatística significativa com a depressão, contrariamente ao descrito por Vaz (2009), que refere que o baixo rendimento tem sido relatado como fator de risco importante para a depressão. Acrescenta ainda que os sintomas desta se associam significativamente a idosos economicamente dependentes.

A influência do local onde se vive sobre a depressão é notória, uma vez que o facto de se encontrar institucionalizado em muito contribui para o aumento da depressão. Constatou-se que são os idosos que residem em lares, que vivem em habitações cedidas, seguidos dos que se encontram em regime de centro de dia, aqueles que se encontram mais depressivos.

Corroboramos a opinião de Salgueiro (2007) quando afirma que a institucionalização é um fator que pode vir a desencadear estados depressivos. A ida do idoso para o lar dá-se, na grande maioria dos casos, após a perda do cônjuge. Para além desta perda, ao entrar na instituição, o idoso deixa a sua casa, deixa de ter os seus horários, deixa de tomar conta de si e é lesado nos seus afetos. Além disso, a ida para o lar está muitas vezes associada à perda da sua autonomia, tornando-se dependente de terceiros.

A existência de doenças concomitantes influencia o aparecimento de quadros depressivos, dado que os que possuem múltiplas doenças são também aqueles que se encontram mais depressivos.

Na verdade, são vários os estudos que referem que a depressão é uma complicação psiquiátrica frequente nos doentes com acidente vascular cerebral, com consequências negativas nas relações interpessoais, familiares, sociais e na qualidade de vida. Outros dizem ainda que a depressão é um fator de risco para o desenvolvimento da doença coronária, levando a um aumento da mortalidade pós enfarte do miocárdio, aumentando a incidência de arritmias ventriculares pelo predomínio do sistema nervoso simpático. Uma outra relação estabelecida prende-se com o facto de a depressão afetar a coagulação e a trombogénese.

Quanto á relação entre o nível de independência nas AVD e a depressão, verificou-se que os resultados demonstram (com alto nível de significância) que os idosos independentes são os que se encontram menos depressivos. Na verdade a perda

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.

Para Martins & Santos (2008), o sucesso do indivíduo na sua adaptação social decorre da importância das atividades da vida diária (AVD), pois estas representam uma vitória no desempenho das tarefas de cuidado pessoal, o que muito contribui para a sua saúde física e mental.

Ao analisar a influência do grau de satisfação com a vida na depressão, pudemos constatar, com níveis de significância bastante significativos, que os idosos mais satisfeitos eram aqueles que se apresentavam menos depressivos, admitindo-se que o grau de satisfação com a vida se constitui uma variável com influência na depressão no idoso.

Um outro objetivo deste estudo era verificar a existência de correlações entre o grau de satisfação com a vida, os níveis de independência funcional nas AVD e a depressão: os resultados demonstram que esta associação existe, uma vez que os idosos mais independentes nas atividades de vida diária e mais satisfeitos com a vida são os que apresentam menores índices depressivos.

Conclusões

O envelhecimento gradual da população portuguesa é uma realidade crescente e, como tal, urge reconhecê-lo e estudá-lo com o intuito de encontrar soluções adequadas para os problemas que possam surgir, bem como de desenvolver estratégias que visem proporcionar-lhes um envelhecimento bem-sucedido.

Perante esta realidade, e tendo em consideração o desenho de investigação, os objetivos formulados e as hipóteses enunciadas, as conclusões que se destacam nesta pesquisa são as seguintes:

A maioria dos idosos que fazem parte da amostra do estudo encontra-se em estados depressivos do tipo ligeiro.

Aspetos sócio-demográficos como o género, a idade, estado civil, nível de escolaridade, o local onde vive (particularmente o facto de se encontrar institucionalizado) e a presença de doenças concomitantes influenciam a depressão no idoso. Especificamente, constatámos que os idosos do sexo feminino, com mais idade, pertencentes ao estado civil viúvos e divorciados e com mais doenças concomitantes eram aqueles que apresentavam índices de depressão mais elevados.

Esta correlação de linearidade com a depressão não foi comprovada na variável escolaridade, uma vez que o estudo mostrou serem os idosos com curso médio, seguidos dos analfabetos, aqueles cujo quadro depressivo assumia maior relevância.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

De forma similar, níveis de depressão mais significativos estão associados a idosos que residem em lares, em habitações cedidas, seguidos dos que se encontram em regime de centro de dia.

O grau de independência nas atividades básicas de vida diária e o grau de satisfação com a vida também estão associados à depressão nos idosos, porém de forma negativa, ou seja, quanto mais independentes forem os idosos e mais satisfeitos estiverem com a vida menos depressivos estarão.

Contrariamente a outros estudos, a situação económica, na nossa pesquisa, não se revelou uma variável influente na depressão dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, V. C. P. (2008). *Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação*. Tese de Mestrado não publicada, Campinas. Recuperado em 13 março, 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tdc_busca/arquivo.php?codArquivo=405>.
- Ballone, G. J. (2001). *Depressão do idoso*. Recuperado em 26 outubro, 2010. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>.
- Barreto, J. (2006). *Tratamento actual da depressão no idoso*. In Firmino, H.; Cortez Pinto, L.; Leuschner, A. & Barreto, J. (Eds.). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Barreto, J. et al. (2003). *Escala de depressão geriátrica*. Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al. (1983). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Cruz, A. P. (2010). *Influência dos acontecimentos de vida stressantes na satisfação com a vida dos idosos*. Tese de Pós-Licenciatura de Especialização não publicada, IPV – ESSV, Viseu.
- Ferreira, S. (2005). *Escala de depressão geriátrica (Yesavage)*. Tese de Pós-Licenciatura de Especialização não publicada, Universidade de Aveiro, SACS.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. Recuperado em 15 fevereiro, 2012. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=4490&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true>. Taxa bruta de mortalidade (%) por Sexo; Anual.
- Katz, Sidney; Ford Amasa B.; Moskowitz, Roland W.; Jackson, Beverly A. & Jaffe, Marjorie W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12): 914-919. Disponível em: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/studies%20of%20illness%20in%20the%20aged_the%20index%20of%20ADL_%20a%20standardized%20measure%20of%20biological%20and%20psychosocial%20function.pdf>.
- Maia, A.; Guimarães, C.; Carvalho, C.; Capitão, L.; Carvalho, S. & Capela, S. (2007). *Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida*. Braga: Universidade do Minho. 2007. Tese de pós-licenciatura de especialização. Consultado a 16 de março 2011. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7066/1/Maustros%20na%20inf%C3%A2ncia,%20psicopatologia%20e%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20vida.pdf>>.
- Martins, R. M. L. & Santos, A. C. (2008). Ser idoso hoje. *Millenium*, n.º 35. Viseu. (Novembro 2008), p. 1-8. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/8.pdf>>.
- Martins, R. M. L. (2008). A depressão no idoso. *Revista Millenium*, 34: 119-123. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>>.

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). A Depressão no Idoso. *Millenium*, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94.

- Miguel, F. E. & Almeida, O.P. (2000). Aspectos psiquiátricos do envelhecimento. In M. Papaleo Neto, E. T. Carvalho Filho. *Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu. Recuperado em 26 Outubro, 2010. Disponível em <<http://www.inpaonline.com.br/artigos/voce/depressao.htm>>.
- Neri, A. L. (1998). *Escala para avaliação de satisfação na vida referenciada a domínios. Texto de circulação interna-pós-graduação em Gerontologia*. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Recuperado em 10 Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.edefortes.com/ef118/idosos-praticantes-de-atividade-fisica.html>>.
- Resende, Marineia Crosara *et al.* (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, n.º 5 (Fevereiro 2006), México. Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. ISSN 1870-35X. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2006000100015&script=sci_arttext>.
- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Nursing*, 222. Recuperado em 16 Outubro, 2010. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2939:determinante-psico-sociais-da-depressao-no-idoso&catid=156>.
- Santos, P. F. C. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. (2ª ed). Lisboa: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física de mental*. Lisboa: Lidel.
- Simões, M. (1996). Depressão nas idades avançadas: aspectos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico-paciente deprimido idoso e seus familiares. *Geriatrics*, IX(86): 23-34.
- Sousa, F. A. (2008). *Depressão e actividades de vida diária no idoso*. Tese de Mestrado não publicada. SACS, Aveiro.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira Veríssimo, M. (2006). Avaliação Multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatrics*. Lisboa: Editora Psiquiatria Clínica.
- Vaz, S. F. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Tese de Mestrado não publicada. Porto: UP-FPCE.
- Yesavage, J. A.; Brink, T. L.; Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982-1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1): 37-49. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00223956/17/1>>. Tradução em português disponível em <www.ciape.org.br/matdidatico/telma/ESCALA_GERI_TRICA_DEPRES.DOC>

Recebido: 15 de fevereiro de 2012.

Aceite: 30 de julho de 2012.

Anexo V - Edital de divulgação do 'Atelier de Saúde'

UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E
VALE DE AÇOR

Convite

Comemoração do S. Martinho

A União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, convida toda a população a participar na comemoração do S. Martinho, dia 16 de novembro na sede do Grupo Desportivo de Tramaga.

Programa:

20h - Início da castanhada e prova da água-pé com porco assado no espeto;

20h30 - Início do baile com o organista A.L. Caldeira.

Informa-se ainda que, estará presente um Atelier de Saúde organizado por um grupo de alunas da Escola Superior de Saúde de Portalegre, com o objetivo de avaliar a tensão arterial, glicemia capilar e esclarecimento de dúvidas/informação.

União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, 07 de novembro de 2013.

O Presidente da União de Freguesias,

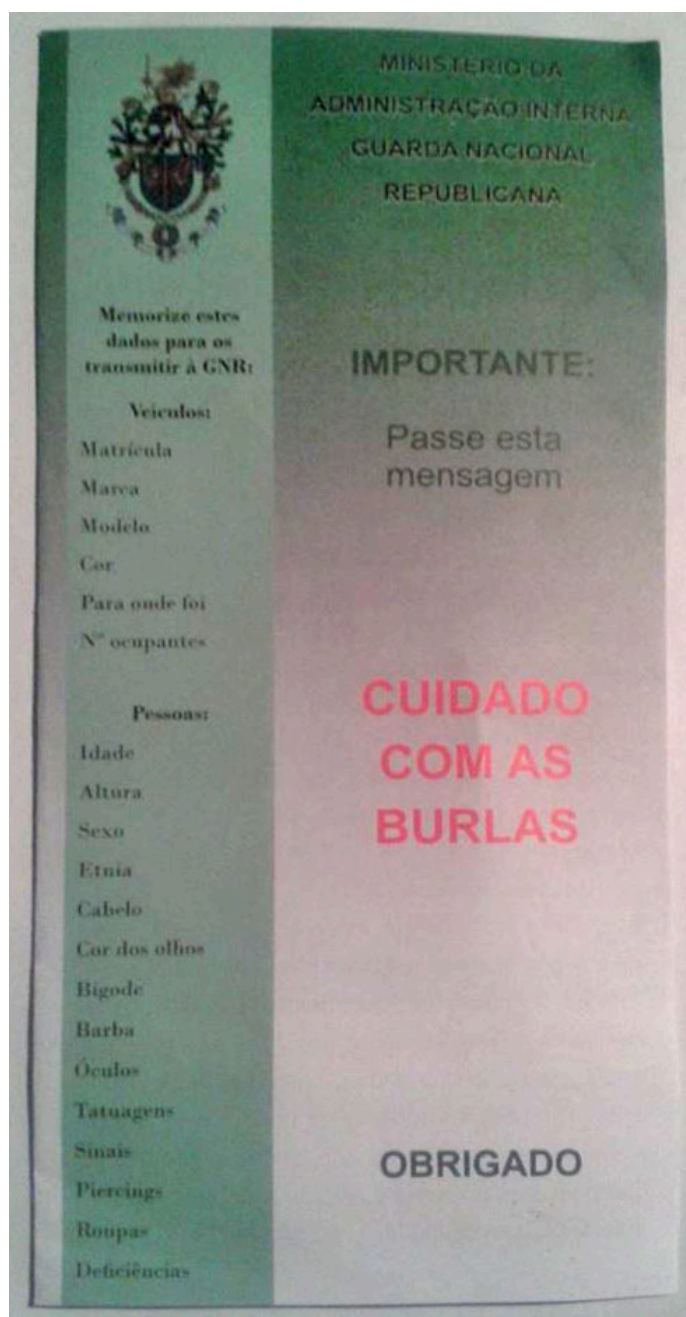


Dr. José Manuel dos Santos

Anexo VI - Folheto 'Prevenção, Segurança e Tranquilidade' – Helpphone



Anexo VII - Folheto 'Cuidado com as burlas' – GNR



Anexo VIII - Publicação da Sessão 'Segurança do Idoso' no Jornal 'Ecos Sor'

**TEXTO SOBRE A SESSÃO “SEGURANÇA DO IDOSO” PUBLICADO NO JORNAL
“ECOS DO SOR” A 10 DE DEZEMBRO DE 2013**

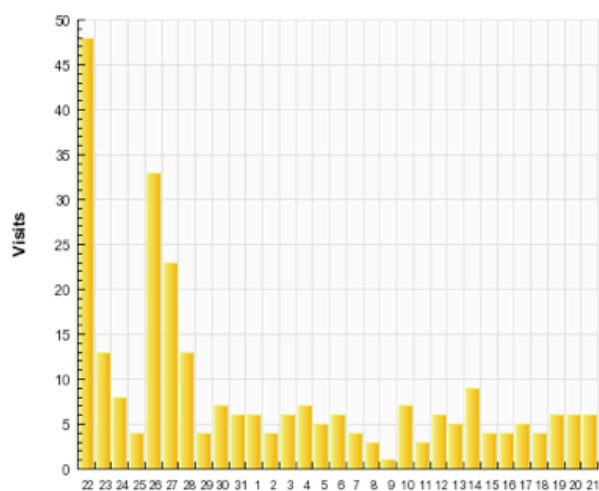
*Sessão
de esclarecimento
alertou para segurança
dos idosos*

“Segurança do Idoso” foi este o mote da sessão de esclarecimento que teve lugar no auditório da Junta de Freguesia de Tramaga na passada sexta-feira dia 6 de dezembro. A sessão foi organizada por uma parceria conjunta entre um grupo de alunas do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a empresa de Teleassistência Helpphone. A iniciativa teve como objetivo sensibilizar para esta temática não só os idosos, mas também as suas famílias, e as entidades competentes, destacando as medidas que contribuem para um dia-a-dia mais seguro na vida do idoso.

“Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar”, “Segurança do idoso” e “Teleassistência” foram os temas abordados na sessão.

**Anexo IX - Monitorização de visualizações dos artigos publicados no jornal digital 'Sor
Saúde'**

MEDIÇÃO DAS VISUALIZAÇÕES DOS ARTIGOS PUBLICADOS NO JORNAL DIGITAL 'SOR SAÚDE', ENTRE 21 DE JANEIRO E 21 DE FEVEREIRO DE 2014



Day of the Month	Visits
21	6
20	6
19	6
18	4
17	5
16	4
15	4
14	9
13	5
12	6
11	3
10	7
9	1
8	3
7	4
6	6
5	5
4	7
3	6
2	4
1	6
31	6
30	7
29	4
28	13
27	23
26	33
25	4
24	8
23	13
22	48