

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano Letivo de 2018/2019

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NAS PESSOAS
IDOSAS: CONTRIBUTOS PARA UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO**

**FACTORS THAT INFLUENCE PHYSICAL ACTIVITY IN OLDER PEOPLE:
CONTRIBUTIONS TO A NURSING REHABILITATION PROGRAM**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Isabel Filipa Lopes Ferreira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Ano Letivo de 2018/2019

FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE
FÍSICA NAS PESSOAS IDOSAS: CONTRIBUTOS
PARA UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

FACTORS THAT INFLUENCE PHYSICAL ACTIVITY IN
OLDER PEOPLE: CONTRIBUTIONS TO A NURSING
REHABILITATION PROGRAM

Dissertação orientada pela Professora Doutora Olga
Maria Pimenta Lopes Ribeiro e coorientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira
da Silva Martins

Autora:

Isabel Filipa Lopes Ferreira, Ep. 7568

“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desista.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em si.
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por si.
Quando não conseguir correr através dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.
Mas nunca se detenha.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Com o culminar deste incessante e longo trabalho, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram nesta minha caminhada académica, dando-me forças para prosseguir com este meu sonho e nunca desistir:

A ti, minha mãe, que me corres no sangue e sei que estás a olhar por mim nesse lugar infinito, agradeço-te sem quantificação possível, porque tudo o que sou a ti te devo, tudo!

A ti, Luís Ferreira, meu pai, meu pilar fulcral, te agradeço todas horas, minutos, segundos e milésimos de segundos de trabalho e inclusive, compensação do meu, com o intuito de eu ter disponibilidade para realizar este meu desejado projeto, não podia pedir melhor pai!

A ti, Pedro Pereira, amor da minha vida, agradeço primeiramente o imenso amor envolvido, mas também o companheirismo, a compreensão infinita, a entrega e dedicação, até porque, isto sem a tua persistência e perseverança, não teria se quer iniciado!

Estes são os meus três pilares, presentes fisicamente ou não, a quem dedico este trabalho!

À Professora Doutora Olga Ribeiro, minha orientadora, por toda a disponibilidade, dedicação, colaboração, competência científica e conhecimento transmitido, mas também pelo apoio e exigência, foram cruciais para o sucesso alcançado.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, minha coorientadora, pela sabedoria, mestria, disponibilidade, competência e, sobretudo, pelo carinho, motivação e amizade constantes.

Aos meus amigos de sempre, pelos momentos de ausência e pela compreensão constante, que estão presentes mesmo, às vezes, a quilómetros de distância, em especial ao Hugo, à Alexandra, à Mónica, à Margarida e à Marlene.

Também aproveito para agradecer às chefias das instituições onde exerci, por toda a paciência, apoio e compreensão.

E a todas as pessoas idosas que participaram neste estudo e que merecem ter um envelhecimento bem sucedido.

A TODOS O MEU SINCERO E PROFUNDO AGRADECIMENTO!

ABREVIATURAS E SIGLAS

% – PERCENTAGENS

AAI – ACTIVE AGEING INDEX

ACSM'S – AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE

AHA – AMERICAN HEART ASSOCIATION

AIVD – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

APER – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

APFF – AVALIAÇÃO PRÉVIA DA APTIDÃO FÍSICA FUNCIONAL

AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

AVD'S – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

CEEEER – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CINTESIS – CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM TECNOLOGIAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

DGS – DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

DP – DESVIO PADRÃO

DPOC – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

EEER – ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EMI-IMI – ESCALA DE MOBILIDADE FUNCIONAL: IDOSOS E MUITO IDOSOS

ESEP – ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

EU – EUROPEAN UNION

HTA – HIPERTENSÃO ARTERIAL

IBM® SPSS – STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES®

IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

IPAQ – INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE

M – MÉDIA

MER – MESTRADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MPS – MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

N – FREQUÊNCIAS

NHS – NATIONAL HEALTH SERVICE

OARS – OLDER AMERICANS RESOURCES AND SERVICES

OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

P/D – PASSOS POR DIA

PNPAF – PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

PQCEER – PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

RCAAP – REPOSITÓRIO CIENTÍFICO DE ACESSO ABERTO EM PORTUGAL

REPE – REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

SNS – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

SPMS – SERVIÇOS COMPARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

SPPB – SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY

UNECE – COMISSÃO ECONÓMICA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EUROPA

USDHHS – UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma preocupação cada vez mais evidente a nível mundial devido às inúmeras projeções científicas do aumento da longevidade a longo prazo. O mesmo se sucede em Portugal, emergindo a necessidade de potenciar um envelhecimento ativo e saudável tendo em conta o potencial máximo do idoso. É neste contexto que os Enfermeiros de Reabilitação, sendo detentores de competências específicas que lhes permitem conceber, planear e implementar programas de reabilitação, podem dar um contributo fundamental.

Deste modo, pretende-se identificar as características dos idosos que constituem fatores potenciadores para a prática de atividade física, contribuindo para orientações de um programa de Enfermagem de Reabilitação específico à população idosa.

O presente estudo é de natureza quantitativa, descritiva e exploratória, a partir de uma amostra intencional não probabilística de 2461 pessoas idosas em contexto comunitário de 26 freguesias de um Município do Norte de Portugal. Os critérios de inclusão foram: mais de 65 anos, residir no domicílio e aceitar participar no estudo. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário.

A amostra é predominantemente constituída por mulheres (67,5%), com idades compreendidas entre 65 a 75 anos (61,3%), casadas (58,6%), com o ensino básico (46,1%) e reformadas (63,4%). Face à condição de saúde aproximadamente metade autoperceciona como boa a sua saúde (43,1%), no entanto a amostra é maioritariamente pré-obesa (65,9%), com doença músculo-esquelética e osteoarticular (35,5%) de que resulta em dor (42,0%). Relativamente à atividade física evidenciou-se que mais de três quartos não se desloca diariamente a pé (76,4%), apresentando dificuldade em andar (39,3%) e desequilíbrios constantes (33,6%), optando por caminhar distâncias curtas (52,7%) e privilegiando o uso do elevador em vez das escadas (71,7%). Mais de três quartos não realiza atividade física moderada (70,6%), nem intensa (83,7%), nem leve no tempo de lazer (79,3%). A prática desportiva também foi observada com resultados negativos (0,6%). Assim, a inatividade é o comportamento mais frequente evidenciado (39,1%).

As características dos idosos do estudo aproximam-se de um perfil que necessita de intervenção para melhorar os estilos de vida, nomeadamente face à inatividade. Em Portugal, os Enfermeiros de Reabilitação são os profissionais dotados com competências para conciliar conhecimentos sobre as consequências do envelhecimento e as necessidades para manterem uma vida ativa e saudável, pelo que os resultados desta investigação sugerem uma emergente intervenção no âmbito da Enfermagem de Reabilitação com acompanhamento individual da condição de saúde dos idosos.

Palavras-chave: Atividade física, Perfil de Saúde, Idoso, Programa, Enfermagem, Reabilitação.

ABSTRACT

Demographic aging is a worldwide concern due to several scientific projections that suggest the increase of long-term longevity. The same happens in Portugal with the need to enhance active and healthy aging taking in consideration the maximum potential of the elderly people. It is in this context that Rehabilitation Nurses have specific skills that allow them to design, plan and implement rehabilitation programs and can offer a fundamental contribution.

Therefore it is intended to identify elderly features that constitute determinant factors for the practice of physical activity contributing in this way with orientations to a Rehabilitation Nursing program specific to the elderly population.

The present study is a quantitative, descriptive and exploratory study based on an intentional non-probabilistic sample of 2461 elderly people in a community context of 26 parishes in a county of northern Portugal. Inclusion criteria were: over 65 years old, living at home and accept to participate in the study. As a data collection instrument, a questionnaire was used.

The sample consists predominantly of women (67.5%), aged between 65-75 years (61.3%), married (58.6%), with basic education (46.1%) and retired (63.4%). As far as health condition about half self-rated as good health (43.1%) however the sample is mostly pre-obese (65.9%) with musculoskeletal and osteoarticular disease (35.5%) that results in pain (42.0%). Regarding physical activity it was found that more than three quarters do not walk daily on foot (76.4%), presenting difficulty in walking (39.3%) and constant imbalances (33.6%), choosing to walk short distances. (52.7%) and favoring the use of the elevator instead of the stairs (71.7%). More than three quarters do not perform moderate physical activity (70.6%) neither intense (83.7%) or slight physical activity during leisure time (79.3%). Sports practice was also observed with negative results (0.6%). Thereby inactivity is the most frequent behavior (39.1%).

Elderly features in the study approach to a profile that needs intervention in order to improve lifestyles in particularly in relation to inactivity. Rehabilitation Nurses in Portugal are the professionals with the skills to reconcile knowledge about aging consequences and the needs to keep an active and healthy life. Therefore the results of this investigation suggest an emerging intervention in Rehabilitation Nursing with individual monitoring of the elderly health status.

KEY WORDS: Physical activity, Health profile, Elderly, Program, Nursing, Rehabilitation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
I PARTE – A ATIVIDADE FÍSICA NAS PESSOAS IDOSAS: CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO	11
1. A PESSOA IDOSA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	13
2. A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA	17
3. DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
II PARTE - FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA.....	35
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	35
1.1. Problemática em estudo.....	36
1.2. Finalidade e objetivos do estudo.....	37
1.3. Perguntas de investigação	38
1.4. Tipo de estudo	39
1.5. População e amostra	40
1.6. Variáveis em estudo	40
1.7. Instrumento de colheita de dados.....	45
1.8. Considerações éticas	46
1.9. Procedimento de colheita e análise de dados.....	47
2. PERCURSO PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA	49
2.1. Caracterização dos participantes do estudo	49
2.1.1. Descrição das características sociodemográficas dos participantes.....	50
2.1.2. Descrição da condição de saúde	53
2.1.3. Descrição da atividade física	56
2.1.4. Sobre o perfil dos participantes	61
2.2. Da idade ao estado de saúde das pessoas idosas	62
2.3. A atividade física das pessoas idosas.....	66
2.4. Fatores que influenciam a atividade física na pessoa idosa	76
3. CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA DIRIGIDO ÀS PESSOAS IDOSAS	79
III PARTE - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA PESSOA IDOSA	89
1. ORIENTAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	91
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	119

ANEXO I - Alterações físicas relacionadas com o envelhecimento	121
ANEXO II – Projeções do índice de dependência em Portugal.....	127
ANEXO III - Questionário de atividades físicas habituais de Nahas.....	131
ANEXO IV – Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação.....	135
ANEXO V – Questionário da nossa investigação	139

LISTA DOS TABELAS

TABELA 1: Descrição das variáveis Sociodemográficas	41
TABELA 2: Descrição da variável Condição de Saúde	42
TABELA 3: Descrição da variável da Atividade Física	43
TABELA 4: Caraterização da amostra segundo o Sexo	50
TABELA 5: Caraterização da amostra segundo a classe de Idades	50
TABELA 6: Caraterização da amostra segundo o estado civil	51
TABELA 7: Caraterização da amostra segundo a Alfabetização: “Saber ler”	51
TABELA 8: Caraterização da amostra segundo a Alfabetização: “Saber escrever”	51
TABELA 9: Caraterização da amostra segundo a Escolaridade	52
TABELA 10: Caraterização da amostra segundo a Fonte de Rendimento	52
TABELA 11: Caraterização da amostra segundo a percepção do estado de saúde	53
TABELA 12: Caraterização da amostra segundo a Índice de Massa Corporal (IMC)	53
TABELA 13: Caraterização da amostra segundo as patologias	54
TABELA 14: Caraterização da amostra segundo os sintomas/manifestações	54
TABELA 15: Caraterização da amostra segundo o grau de Dependência	55
TABELA 16: Caraterização da amostra segundo as atividades físicas diárias	56
TABELA 17: Caraterização da amostra segundo a descrição das atividades físicas diárias	56
TABELA 18: Caraterização da amostra segundo as atividades de lazer	57
TABELA 19: Caraterização da amostra segundo a prática desportiva	58
TABELA 20: Caraterização da amostra segundo a prática de exercícios aeróbicos	59
TABELA 21: Caraterização da amostra segundo a Classe de atividade	60
TABELA 22: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e a Percepção do estado de saúde.....	62
TABELA 23: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e o IMC	63

TABELA 24: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e as Doenças	64
TABELA 25: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e os Sintomas	65
TABELA 26: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e o Sexo	66
TABELA 27: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e a classe de Idades.....	67
TABELA 28: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e estado civil	67
TABELA 29: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e Escolaridade	69
TABELA 30: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e Fonte de Rendimento	70
TABELA 31: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e percepção do estado de saúde	70
TABELA 32: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e IMC	71
TABELA 33: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e as Doenças	72
TABELA 34: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e os Sintomas	74
TABELA 35: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e Dependência ...	75

LISTA DAS FIGURAS

FIGURA 1: Principais alterações fisiológicas do processo de envelhecimento	15
FIGURA 2: Prevalência estimada dos níveis suficientes de atividade física nos portugueses.....	19
FIGURA 3: Frequência da prática de desporto ou atividade física em Portugal e na Europa ...	20
FIGURA 4: Proporção de nunca ou raramente praticar atividade física	21
FIGURA 5: Probabilidade de não praticar atividade física nas diversas faixas etárias	21
FIGURA 6: Variáveis em estudo	41
FIGURA 7: Gráfico de Distribuição da amostra segundo a atividade física habitual	59
FIGURA 8: Gráfico de Distribuição da amostra segundo a Classe de atividade	60
FIGURA 9: Gráfico de Distribuição da Classe de Atividade Física pelo Estado Civil	68
FIGURA 10: Gráfico de Distribuição da Classe de Atividade Física pelo IMC	72
FIGURA 11: Gráfico de Distribuição da Inatividade Vs Atividade pela presença de Doenças.....	73
FIGURA 12: Gráfico de Distribuição da Inatividade Vs Atividade pelos Sintomas.....	75
FIGURA 13: Gráfico de Distribuição da Inatividade Vs Atividade pela Dependência.....	76
FIGURA 14: Gráfico dos Fatores que influenciam a Atividade Física nas pessoas idosas	77
FIGURA 15: Orientações de uma proposta de intervenção em Enfermagem de Reabilitação.....	96

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, enquanto disciplina científica, requer uma produção, expansão e renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos. E isto só é possível através da investigação científica que contribui para excelência na qualidade dos cuidados de Enfermagem e para otimizar os resultados em saúde, funcionando como alicerce para a credibilidade da profissão (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006).

O presente trabalho surge na sequência de um estudo de investigação, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER) no ano letivo de 2018/2019, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e integrado no projeto de investigação “+SaúdeFamalicão” em desenvolvimento na Unidade de Investigação da ESEP e no CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, resultante de uma parceria entre a ESEP e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão.

O envelhecimento demográfico ocupa um papel importante a nível mundial pela tendência, a longo prazo, do aumento da longevidade. Esta tendência é observável nas transformações da estrutura etária das populações e traduz-se numa percentagem crescente de pessoas idosas juntamente com uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população total (Eurostat, 2018). Em Janeiro de 2017, a população da União Europeia foi estimada em 511,5 milhões de pessoas, sendo que os jovens (0 a 14 anos) representavam 15,6% da população, as pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) constituíam 64,9% da população e as pessoas idosas (65 anos ou mais) exibiam uma percentagem de 19,4 % (um aumento de 0,2 % relativamente ao ano anterior e de 2,4 % em comparação com 10 anos antes) (Eurostat, 2018). Estes números obtidos revelam que quase um quinto da população da União Europeia são pessoas idosas (Eurostat, 2018).

Em 2015, Portugal ocupava o quarto lugar nos países da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015), inerente a um índice de envelhecimento de 146,5%, em 2016 apresentava um índice de envelhecimento de 148,7% (PORDATA, 2018a) e em 2017 evidenciava-se um aumento do índice de envelhecimento para 155% (INE, 2018). Este facto torna-se ainda mais preocupante de acordo com projeções do INE (2017), que preveem que o índice de envelhecimento estabilizará apenas nos princípios de 2060. Desta forma, com o aumento cada vez mais acentuado da idade média de vida das pessoas em Portugal, torna-se fulcral potenciar um envelhecimento ativo e saudável, com vista a reforçar o processo de desenvolvimento e

manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas (Direção Geral da Saúde (DGS), pp.6, 2017).

Neste conceito de envelhecimento ativo enquadra-se a promoção da atividade física. Esta pode ser escorada em dois pilares, um sustentado nas aptidões de saúde e outro relacionado com as aptidões desportivas ou de lazer, ou seja, com habilidades. Nos idosos as aptidões de saúde podem ser determinantes para a indicação da atividade física, pois com elas estão relacionadas a parte cardiorrespiratória, a composição corporal e a condição musculoesquelética, entenda-se flexibilidade, força muscular e resistência muscular, o que faz com que a atividade física desenvolvida pelos idosos deva ser acompanhada pelos profissionais de saúde (Nieman, 2010). A atividade física ocupa destaque importante na manutenção da capacidade funcional do indivíduo, permitindo uma melhoria da qualidade de vida e de saúde da pessoa idosa (Santos et al., 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 392/2019, pp. 13566 e 13567), descreve o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) como um profissional que: “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, sendo que também “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.”. Explanado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2014), é o EEER que concebe, implementa, monitoriza e avalia programas de reeducação funcional, sensorial e motora da pessoa. Deste modo, emerge a necessidade de detetar e identificar os fatores que condicionam a atividade física das pessoas idosas, bem como a adaptação e intervenção na comunidade através de programas de reabilitação especializados.

Na Enfermagem, os cuidados de saúde prestados às pessoas são orientados e influenciados por referenciais teóricos que os profissionais seguem. Estes referenciais teóricos de Enfermagem são essenciais, uma vez que fornecem diretrizes para o exercício da Enfermagem, dando-lhe consistência e fundamentação (Ribeiro et al., 2018), pelo que é importante a sua presença neste trabalho. Desta forma, em todas as etapas da investigação, teve-se como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (1996). Foi desenvolvido nos Estados Unidos nos anos 80 do século XX, mas foi objeto de aperfeiçoamento contínuo ao longo do tempo, e integra teorias comportamentais e teorias de enfermagem, de forma a identificar os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, a partir do contexto biopsicossocial do indivíduo. Visa, assim, a promoção e a

educação para a saúde, através de comportamentos saudáveis que se pretendem ativos em relação à atividade física, assente neste trabalho (Tomey e Alligood, 2004).

A congruência deste trabalho incide, também, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER), presentes no exercício profissional do EEER de forma que este possa assumir uma tomada de decisão na prestação de cuidados plena e consciente.

Nesta linha de pensamento e por forma a dar continuidade e aprofundamento ao conhecimento científico, insere-se o presente trabalho que incide na identificação dos fatores determinantes da pessoa idosa à prática de atividade física, com a finalidade de contribuir para a sistematização do processo de atuação do EEER, através da concretização de orientações para a definição de um programa de intervenção no âmbito da promoção da atividade física.

Organizámos um estudo quantitativo, descritivo e exploratório no qual participaram 2461 pessoas idosas.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte, “A Atividade Física nas pessoas idosas: contributos dos Enfermeiros de Reabilitação”, irá dividir-se em três capítulos. A segunda parte, “Fatores que influenciam a Atividade Física na pessoa idosa”, consta de três capítulos. E a terceira parte, “Proposta de intervenção na pessoa idosa”, desenvolve-se num capítulo, onde apresentamos orientações para a construção de um programa de atividade física, a ser aplicado em idosos em ambiente domiciliário.

As referências utilizadas para a elaboração deste trabalho assentam numa pesquisa detalhada em livros e em bases de dados científicas, nomeadamente, nos motores de busca do *EBSCO Host*, Google Scholar e B-on-biblioteca, assim como no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP), onde foram encontrados diversos artigos científicos e teses, sendo, posteriormente, efetuada uma análise detalhada. Foram, também, realizadas pesquisas no *site online* da Organização Mundial da Saúde (OMS), OE, DGS, Ministério da Saúde (MS), mas também, da World Health Organization (WHO), European Union, American Heart Association (AHA), American College of Sports Medicine (ACSM's), entre muitos outros, e sem descurar o catálogo bibliográfico online da biblioteca da ESEP. A informação pesquisada e analisada servirá de base de sustentação para a fundamentação teórica deste trabalho, mas também possibilitará uma adequação fulcral para a reflexão sobre os resultados obtidos.

I PARTE – A ATIVIDADE FÍSICA NAS PESSOAS IDOSAS: CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que assenta no aumento da esperança média de vida e na diminuição das taxas de fertilidade (OMS, 2011). O INE afirma que em Portugal, em 2016, um em cada cinco portugueses tinha mais de 65 anos, o que torna o nosso país num dos mais envelhecidos da União Europeia (Público, 2018).

De acordo com a edição *The World Health Statistics*, Portugal, no ano de 2016, foi um dos países da União Europeia com taxa de prevalência de esperança média de vida mais elevada comparativamente com os outros países (WHO, 2018a). Factualmente, o Homem apresenta uma longevidade de 78,3 anos e a Mulher de 84,5 anos, o que traduz uma média europeia elevada, de 81,5 anos de expectativa de vida aquando do nascimento (WHO, 2018a). Ainda mais importante, esta edição destaca a expectativa de vida *saudável* aquando do nascimento na União Europeia, sendo que Portugal apresenta uma média de 72,0 anos.

Apesar de o aumento da longevidade da população ser um fator considerável, a qualidade de vida é, ainda, um potencial a melhorar (DGS, 2017). Uma vez que a inatividade física é associada frequentemente à pessoa idosa, e sendo esta considerada como um fator de risco para a mortalidade global (WHO, 2010), torna-se emergente direcionar a prática para este âmbito. A inatividade, maioritariamente consequente de condições crónicas, pode ser prevenida e/ou retardada se existirem comportamentos saudáveis (OMS, 2015), de forma a reduzir-se substancialmente os declínios na capacidade física e mental da pessoa idosa (WHO, 2017a). Assim, chegamos ao conceito de Envelhecimento Ativo e Envelhecimento Saudável, enunciado pela OMS, órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que focaliza a ideia da manutenção e preservação da capacidade funcional da pessoa idosa (WHO, 2017a) através da otimização do bem-estar num sentido mais holístico (WHO, 2015a).

Nesta medida, a promoção de saúde e prevenção da doença estão intrinsecamente ligadas ao envelhecimento ativo, sendo estes dois eixos fundamentais e transversais a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2018). Também presente no Manual e Boas Práticas Literacia em Saúde, está o facto de, nas pessoas idosas, um baixo nível de literacia em Saúde se repercutir numa pior saúde física, pelo que a sua operacionalização incide, maioritariamente, na promoção de estilos de vida saudáveis, bem como de comportamentos preventivos da doença, fomentando a promoção da saúde (DGS, 2019a).

A atividade física surge para colmatar estas necessidades e, segundo a DGS, esta define-se como *qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (os principais músculos), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. Exercício físico compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico (ex. melhorar a saúde) e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição (DGS, s.d.).*

Paralelamente, está explanado no DECRETO-LEI N.º 195/2017 que a atividade física programada ou organizada por sessões, denominada por exercício físico, deve envolver um “aconselhamento/intervenção” executado por um profissional de saúde, no qual recai um *papel incontornável na promoção da adoção de comportamentos saudáveis pela população, estando demonstrada a eficácia e efetividade da intervenção breve realizada pelos profissionais de saúde para a promoção da atividade física.*

Desta forma, torna-se essencial um olhar atento sobre as necessidades dos cuidados de Enfermagem especializados em Reabilitação na população portuguesa, particularmente na população idosa. O EEER é um profissional de saúde habilitado para dar resposta a estas novas exigências de cuidados populacionais da atualidade portuguesa. Maioritariamente, a intervenção do EEER assenta na maximização do potencial de funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa e a sua independência (Regulamento N.º 392/2019, pp. 13566). De modo que, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, os seus objetivos major são *melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima* (Regulamento N.º 392/2019, pp. 13566).

E, por conseguinte, é premente a prestação de cuidados de Enfermagem especializados, visando, intrinsecamente, a promoção de um envelhecimento ativo de excelência e a obtenção de ganhos em saúde indescritíveis.

1. A PESSOA IDOSA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano desde cedo suscitou um interesse particular. O século 20 marcou a importância da abordagem da problemática do envelhecimento, por consequência de escassez de informação e pelo aumento da incidência de pessoas idosas, e resultou no desenvolvimento desta temática por pressão passiva. Foi em 1903 que surgiu pela primeira vez a ideia da criação de um campo de investigação, denominado por Gerontologia, expressão obtida a partir dos termos gregos, *géron* (velho, ancião) e *-logia* (estudo). Esta especialidade dedicava-se exclusivamente ao estudo do envelhecimento (processo), da velhice (fase da vida) e das pessoas idosas (resultado final) (Freitas et al., 2016).

Em 1995, Ladislav Robert definiu o envelhecimento humano como *uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente*, compreendendo na definição a capacidade de realizar as atividades de vida diárias (AVD's), bem como a capacidade mental necessária para as efetuar. Acrescenta, ainda, que *o envelhecimento não é uma doença, embora seja um processo complexo e universal*.

Segundo Sant'anna et al. (2003), *o envelhecimento é um conceito multidimensional em que as características do envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social), mesmo que expostos às mesmas variáveis ambientais*.

A DGS, em 2017, ampliou o conceito de envelhecimento humano, mas mantendo a ideia multidimensional, ao afirmar que: *o envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida* (DGS, 2017). Pormenoriza que este processo tem início antes do nascimento e que se desenvolve ao longo da vida, consequente de mudanças progressivas da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, e define como idoso a pessoa com 65 ou mais anos de idade (DGS, 2017).

Segundo Perlmutter e Hall (1992), o envelhecimento pode ser compreendido em três subdivisões: o *envelhecimento primário*, o *envelhecimento secundário* e o *envelhecimento terciário*. O *envelhecimento primário*, também designado por envelhecimento normal ou senescência, é universal, ocorre de forma gradual e progressiva ao longo da vida e resulta de um programa geneticamente irreversível, detendo um efeito cumulativo e individual em cada pessoa (Baltes e Smith, 2006; Freitas et al., 2016); o *envelhecimento secundário*, também conhecido como envelhecimento patológico ou senilidade (Freitas et al., 2016), diz

respeito às mudanças causadas por doenças e por interações das influências externas, como fatores culturais, geográficos e cronológicos, sendo variável entre pessoas em meios diferentes e pode ser reversível ou alvo de uma intervenção preventiva que vise gerir ou modificar estas influências externas, evitando, em parte, ou atrasando este processo de envelhecimento (Netto, 2013; Baltes e Smith, 2006; Freitas et al., 2016); e o *envelhecimento terciário*, ou envelhecimento terminal, refere-se às mudanças que ocorrem de forma intensa e é caracterizado por declínio brusco e profundo das reservas do próprio organismo da pessoa, que se evidencia em perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelos efeitos cumulativos do envelhecimento (Birren e Schroots, 1996; Serafim, 2007).

Por outro lado, em acréscimo, de acordo com Rosa (2012), o envelhecimento humano pode compreender duas grandes perspectivas: o *envelhecimento individual* e o *envelhecimento coletivo*. Desta forma, o envelhecimento individual é um conceito que pode subdividir-se em dois conceitos: o *envelhecimento cronológico*, sendo este um processo universal, progressivo e inevitável, em que todo o Ser Humano passa no seu processo de desenvolvimento; e o *envelhecimento biopsicológico* vivenciado por cada pessoa de maneira diferente e que, deste modo, não é tão linear, nem igualmente fixo em termos de idade, uma vez que cada pessoa manifesta os sinais de envelhecimento de acordo com o seu estilo de vida, a sua genética e até consoante a sociedade que a rodeia. Não obstante, o envelhecimento coletivo também se subdivide em dois conceitos: o *envelhecimento demográfico*, alusivo à evolução discriminada da composição da população por faixas etárias e traduzido no aumento da proporção de pessoas idosas na população total face à população jovem; e o *envelhecimento societal*, referente ao desenvolvimento do envelhecimento na sociedade como um todo (INE, 2002 e Rosa, 2012).

Em 2015, a WHO deu mais relevo às consequências do processo de envelhecimento, afirmando que as mudanças que o constituem e influenciam são complexas. Elucida que, a nível biológico, o envelhecimento *é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares (...) leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo* e que estas alterações decorrentes do envelhecimento não são um processo linear ou consistente e que alteram de pessoa para pessoa. Contudo, conclui que as mudanças significativas envolvem também alterações nos papéis e nas posições sociais, refletidas pelo desenvolvimento psicológico contínuo da pessoa idosa.

O processo de envelhecimento acarreta inúmeras mudanças a nível físico e biológico, com a deterioração do organismo, que conduzem a alterações físicas perceptíveis, nomeadamente,

a alterações do sistema do corpo humano, onde se destacam o sistema *sensorial*, com as alterações da capacidade auditiva, visual, gustativa, olfativa e tátil, o sistema *músculo-esquelético*, o sistema *cardiovascular*, o sistema *respiratório*, o sistema *nervoso*, o sistema *tegumentar*, o sistema *imunológico*, entre outros, que podem ser consultadas pormenorizadamente a nível orgânico no Anexo I: Alterações físicas relacionadas com o envelhecimento (Besdine, 2016). Contudo, através da figura 1 é possível observar as principais alterações fisiológicas evidenciadas no processo de envelhecimento.

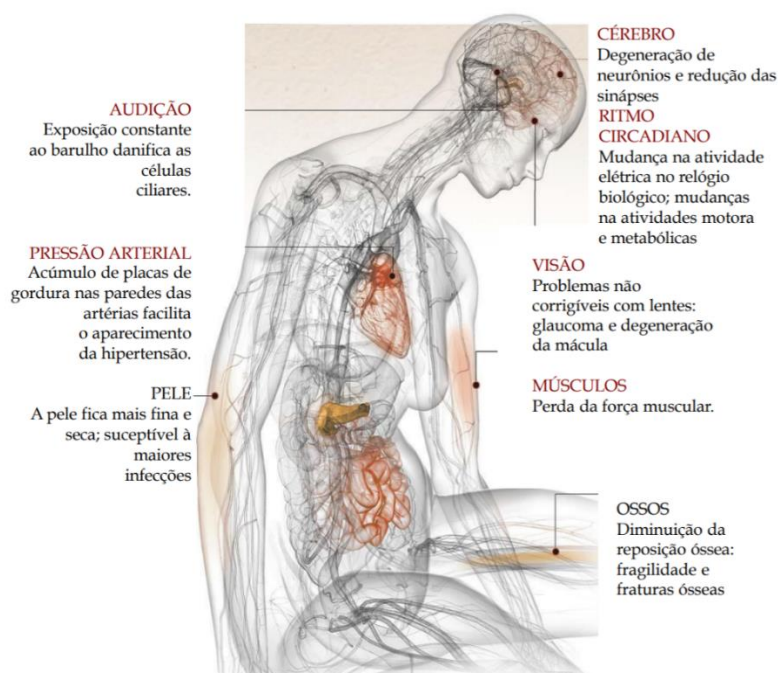


FIGURA 1 – Principais alterações fisiológicas do processo de envelhecimento.

Adaptado de: Comoli, Eliane, 2018, pp. 12.

De forma a retardar o processo de envelhecimento, a WHO, em 2002, retomou o conceito adotado nos anos 90 de *Envelhecimento Ativo*, defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança com o objetivo de favorecer e potenciar a qualidade de vida das pessoas, à medida que envelhecem. Também explanou que o termo “ativo” refere-se à participação contínua em assuntos sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos, e não somente à capacidade de ser fisicamente ativo ou de ser profissionalmente ativo (WHO, 2002 cit. por WHO 2017a). Por outras palavras, o envelhecimento ativo traduz-se na possibilidade de as pessoas idosas poderem continuar a contribuir para a sociedade onde se inserem com o objetivo de tirar o máximo partido do potencial de cada um, independentemente da idade (European Commission, 2012).

Posteriormente, em 2015, foi mencionado o conceito de *Envelhecimento Saudável* que se refere a um processo de físico, mental e social, ou seja, um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, sendo este o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio que contribui para o bem-estar das pessoas idosas (WHO, 2015 cit. por WHO, 2017a). A capacidade funcional referida diz respeito a ter os recursos que permitam que a pessoa seja e faça tudo aquilo que valoriza, isto é, tenha a capacidade de satisfazer as necessidades básicas, aprender e tomar decisões, ter mobilidade, construir e manter relacionamentos e contribuir para a sociedade. O objetivo *major* é o bem-estar, um conceito holístico que abrange todos os componentes da vida valorizados pela pessoa (DGS, 2017).

Atualmente, estes conceitos são alicerçados um no outro para potenciar os resultados de um aumento da longevidade com a máxima qualidade de vida possível das pessoas idosas.

A WHO e a Comissão da União Europeia evidenciam a emergente necessidade de se contribuir para um envelhecimento ativo e saudável e, para isso, publicam diversas medidas políticas e práticas para a promoção da maximização da qualidade de vida nas pessoas idosas, como constituem exemplo os programas: "Siga O Assobio - A Atividade Física Chama Por Si" (DGS, 2019), *Active Ageing Index (AAI)* (United Nations Economic Commission for Europe e European Commission, 2018), *Promoting physical activity in the health sector* (WHO, 2018b), *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* (WHO, 2018a), *Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023* (WHO, 2018c), *Global strategy and action plan on ageing and health* (WHO, 2017a), entre outros.

A procura da transmissão da mensagem é cada vez mais evidente e demarcada, mas importa ter também presente a ideia de que, para além dos cuidados de saúde necessários, existem outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem e esses devem ser repensados e analisados com o intuito de prevenção ou então modificação saudável do meio.

Assim, emerge a intervenção do EEER, não só nos cuidados de saúde necessários, como também, à luz do Modelo de Nola Pender, na promoção da saúde e da prevenção de doenças, através de um diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas idosas (Freitas, 2017).

2. A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA

A atividade física é uma das funções humanas mais básicas (WHO, 2015b). Segundo refere o DECRETO-LEI N.º 195/2017, contempla:

todo o movimento voluntário do corpo humano que resulta num dispêndio de energia acima do metabolismo basal, sendo as deslocações diárias, a atividade em meio laboral ou escolar, as atividades domésticas e as atividades de lazer, incluindo a prática desportiva e de exercício físico, as principais categorias para organizar as possibilidades de realizar atividade física (pp. 22878).

Por seu turno, a *Physical Activity Guidelines Advisory Committee* (2018), acrescenta que o termo “atividade física” abrange todos os tipos, intensidades e domínios do movimento, sem requerer ou implicar qualquer aspeto específico ou qualidade do mesmo.

Paralelamente, a WHO (2018d) explana no seu Plano de Ação Global sobre a Atividade Física: 2018-2030, que a atividade física é definida *como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que requer gasto energético*, e nomeadamente, pode ser praticada de diversas formas, sendo as mais comuns: caminhadas, corridas, ciclismo, natação, desportos, bem como o recurso a formas ativas de recreação, como, por exemplo, dança, ioga, tai chi e/ou musculação. Em contrapartida, esta também pode ser introduzida como parte integrante do trabalho diário e/ou como parte integrante dos trabalhos domésticos, mesmo que incorporem um critério de necessidade, e até mesmo de obrigação, e que possam não proporcionar os mesmos benefícios de saúde mental ou social comparativamente com as primeiras.

A atividade física melhora a capacidade física em adultos de qualquer idade, adultos com sobrepeso ou obesidade, e, até mesmo, aqueles que são frágeis e apresentam doenças de base (United States Department of Health and Human Services, 2018).

Os benefícios da atividade física são incalculáveis, segundo a DGS (2018), que explana a adoção das recomendações de atividade física, a qual acarreta múltiplos ganhos a nível da saúde. Nomeadamente, a prática regular de atividade física reduz o risco de desenvolver várias doenças, como, por exemplo, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes tipo 2, obesidade, ansiedade e depressão, demência, dor crónica, entre outras; pelo que aumenta a resistência cardiovascular relativamente à regulação dos níveis de colesterol, à diminuição de problemas vasculares, à redução de problemas cardíacos, entre outros; melhora a condição de saúde de diversas formas, isto é, reduz o risco de mortalidade, auxilia na manutenção do peso ideal e da composição corporal, diminui a ocorrência de fadiga, de

lombalgias, de cefaleias, bem como o risco de queda, através do aumento da flexibilidade, coordenação e equilíbrio e, também, através do aumento da força muscular; e melhora o bem-estar, com a aquisição de mais energia, produtividade e qualidade de vida, com a diminuição do stress, regulação do sono, otimização da autoestima e confiança, e também com a melhoria do funcionamento cognitivo. A DGS (2018) acrescenta, ainda, um último benefício, não menos importante, que consiste no facto de as pessoas envolvidas no ambiente familiar beneficiarem também desta prática de atividade física.

Por outro lado, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (2018) relata que os benefícios da atividade física regular ocorrem ao longo da vida e, desta forma, são essenciais para o envelhecimento saudável. No entanto, quanto mais precocemente se iniciar a prática de atividade física mais rapidamente se torna fisicamente ativo, o que se repercute na otimização da realização das atividades de vida diária, incluindo comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, entrar ou sair de uma cama e/ou cadeira e andar pela casa e/ou pelo exterior. Reforça, ainda, que os ganhos em saúde são substanciais a partir dos 65 anos ou mais anos, na medida em que as pessoas idosas fisicamente ativas são menos propensas a sofrer quedas e, mesmo que possam acontecer, as consequências são menos graves.

A atividade física nesta faixa etária, para além de incrementar pode, também, preservar a função física e a mobilidade, de forma a manter e a prolongar a independência durante mais tempo e, automaticamente, a retardar o início de uma possível incapacidade associada à doença. Por conseguinte, torna-se especialmente fundamental e emergente promover a atividade física e reduzir o comportamento sedentário nas pessoas idosas, uma vez que esta faixa etária é a menos ativa fisicamente em relação às outras (U.S. Department of Health and Human Services, 2018).

Desta forma, para além da atividade física adotar uma importância ao longo do ciclo de vida, torna-se ainda mais crucial em idades mais avançadas, principalmente no papel preventivo no âmbito das doenças neurodegenerativas, como são exemplo a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson, responsáveis por uma elevada incapacidade em idades avançadas (DGS, 2017a; Amorim, 2018).

Segundo estudos atuais, a atividade física evidencia diversos benefícios na saúde das pessoas idosas, através da manutenção da saúde, da agilidade e da independência funcional. De facto, a atividade física é um meio de promoção da saúde, visando o bem-estar biopsicossocial (Coelho et al., 2018).

Em Portugal, segundo a *Physical Activity Factsheet 2018* da WHO (2018e), a prevalência estimada dos níveis suficientes de atividade física dos adultos (idade \geq a 15 anos) é de 35% da população portuguesa, conforme representado na Figura 2. Deste modo, recorrendo ao Instituto Nacional de Estatística, o PORDATA (2018b) afirma em a *População residente, média anual: total e por grupo etário*, que a população portuguesa adulta (\geq 15 anos) é representada por 8 867 148 portugueses, o que permite concluir, com os dados da WHO, que aproximadamente 5 763 646 portugueses não praticam nenhum tipo de desporto e isso é um facto demasiado preocupante.

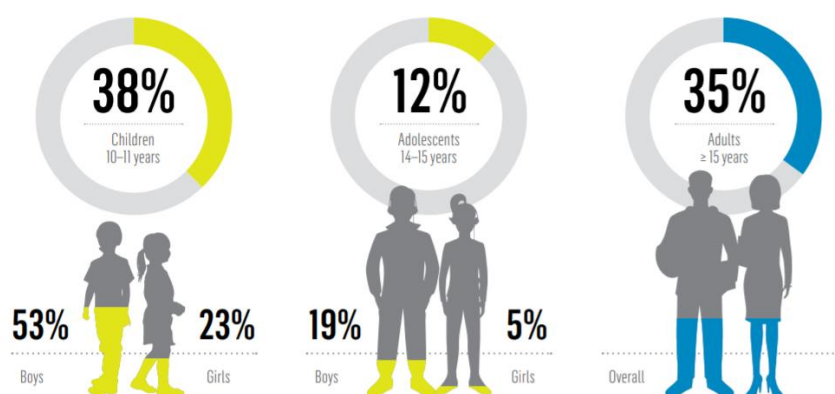


FIGURA 2 – Prevalência estimada dos níveis suficientes de atividade física nos portugueses.
Adaptado de: WHO, 2018e, pp. 2.

Aliás, é possível através da Eurostat (2019) conferir a média dos anos de vida saudáveis da população mundial e, nesse mesmo ranking, Portugal posiciona-se muito abaixo da média da União Europeia, aferindo um valor de 59,9 anos de vida para os Homens e 57,4 anos de vida para a Mulher, contrariamente à União Europeia que apresenta um valor de 63,5 anos de vida saudável para os Homens e de 64,2 anos de vida saudável para a Mulher. Estes dados são demasiado importantes e impõem que se faça uma reflexão profunda quando comparados com a esperança média de vida que evidencia nos Homens um valor de 78,1 anos de vida e nas Mulheres 84,3 anos de vida (Eurostat, 2019a).

Esta diferença entre os anos de vida saudáveis e a esperança média de vida é bastante significativa, pois cifra-se em, aproximadamente, 20 anos. Esta disparidade de anos representa, segundo os dados, o intervalo de tempo de ocorrência de morbilidades que excluem a denominação de vida saudável.

Por esse mesmo motivo, desde cedo este facto foi uma preocupação do Governo Português, nomeadamente, na prevenção do sedentarismo e/ou inatividade física, em que se apresenta decretado ser uma das *principais doenças não-transmissíveis causadoras de sofrimento e morte prematura, incluindo o cancro, a obesidade e a diabetes* (DECRETO-LEI N.º 83/2017).

O comportamento sedentário define-se como qualquer comportamento caracterizado por um dispêndio energético inferior ou igual a 1,5 equivalentes metabólicos (METs), enquanto acordado numa posição sentada, reclinada ou deitada (DECRETO-LEI N.º 195/2017).

De acordo com os dados mais recentes do Eurobarómetro do desporto e do exercício físico (EU, 2018), Portugal é o quinto país da União Europeia onde mais pessoas afirmam nunca ou raramente praticar exercício, e segundo os dados do mesmo, 74% dos portugueses nunca ou raramente pratica qualquer tipo de atividade física, contra apenas 5% dos portugueses que pratica atividade física de forma regular, conforme está representado no Figura 3.



FIGURA 3– Frequência da prática de desporto ou atividade física em Portugal e na Europa. Adaptado de: SNS, 2018, pp. 17.

Não menos interessante, evidencia-se também que Portugal ocupa o primeiro e segundo lugares na União Europeia relativamente a não praticar nenhuma atividade física na semana anterior à colheita de dados deste estudo do Parlamento Europeu sobre as suas atividades nos Estados-Membros. Sendo que um em cada dez portugueses passa pelo menos 8h31m sentado por dia, equivalendo a uma percentagem de 10% dos portugueses no total (SNS, 2018).

Por outro lado, é efetuada uma discriminação relativamente ao sexo, com conclusões muito interessantes de se analisar, nomeadamente, três em cada quatro mulheres nunca ou raramente praticou atividade física e obtendo um diferencial de 10% face aos homens, respetivamente, 78% e 68%, localizando-se demasiado longe das médias europeias dos seus pares, nomeadamente, 64% e 56%, consoante a Figura 4. Acrescente-se que isto permite-nos concluir que as mulheres têm uma maior prevalência de sedentarismo que os Homens (SNS, 2018).

O mais relevante deste estudo europeu para este trabalho concreto, assenta nos resultados que dizem respeito às faixas etárias. Esses mesmos resultados permitem-nos concluir que

em Portugal os homens com mais idade apresentam uma maior taxa de absentismo, e o mesmo se sucede com as mulheres, pelo que apresentam um valor proporcionalmente mais elevado em comparação com as restantes faixas etárias, como também, comparativamente com os valores da UE, representados na Figura 4.

Never or seldom (%)	EU28	PT
TOTAL	60	74
Gender		
Men	56	68
Women	64	78
Gender * Age		
Men 15-24	29	38
Men 25-39	49	54
Men 40-54	59	70
Men 55+	70	89
Women 15-24	47	44
Women 25-39	59	74
Women 40-54	64	84
Women 55+	72	86
Respondent occupation scale		
Self-employed	54	71
Managers	46	56
Other white collars	56	63
Manual workers	65	82
House persons	77	80
Unemployed	63	80
Retired	72	90
Students	27	28

FIGURA 4 – Proporção de nunca ou raramente praticar atividade física.
Adaptado de: European Union (EU), 2018a, pp. 1.

Não menos importante, estes dados evidenciam também que, à medida que a idade avança, também aumenta proporcionalmente a probabilidade de não praticar nenhum tipo de atividade física. São os homens que tendencialmente praticam menos atividade física com o avançar da idade, obtendo uma percentagem final mais alta que as mulheres, como também, um diferencial mais elevado entre as distintas faixas, nomeadamente de 19 e 2 na transição dos 40-54 anos para superiores a 55 anos (EU, 2018), conforme a Figura 5.

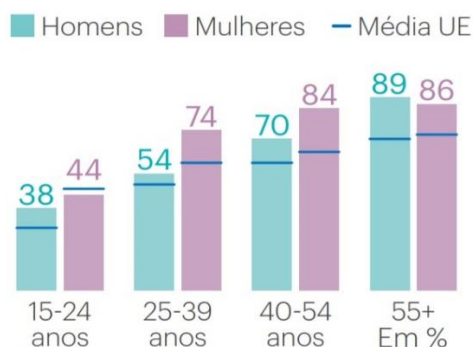


FIGURA 5 – Probabilidade de não praticar atividade física nas diversas faixas etárias.
Adaptado de: Costa, 2018, pp. 2.

Estes dados são demasiado relevantes para se poder compreender pormenorizadamente o estado da nossa população e, posteriormente, atuar. Com efeito, de acordo com o Retrato da Saúde do SNS em 2018, Portugal apresenta uma população envelhecida o que resulta dos seguintes factos: 21% dos portugueses tem 65 anos ou mais anos, sendo de relevar, ainda, que Portugal tem um milhão de indivíduos com 75 anos ou mais anos (SNS, 2018).

Desta forma, para facilitar o processo de intervenção para a prática de atividade física, a DGS (2018) produziu um conjunto de ferramentas de apoio e instrumentos baseados em sólida evidência científica para serem disponibilizados às pessoas-alvo, neles se contendo as recomendações para a prática de atividade física, sendo elas:

- Praticar, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou vigorosa distribuídos por sessões de 50 minutos 3 vezes por semana, por sessões de 30 minutos cinco vezes por semana ou então por sessões de 20 a 25 minutos todos os dias. Caso não seja possível este tempo estipulado, aconselha a realizar períodos curtos, como, por exemplo, de 10 minutos, que se repercutem em benefícios para a saúde com o aumento da atividade física basal;
- Complementar a prática com outros tipos de atividade física, para além da anterior, que contribuam para aumentar ou manter o fortalecimento muscular, duas vezes por semana, para estimular a agilidade, coordenação e equilíbrio, e para reforçar a flexibilidade;
- Aumentar gradualmente a duração e a intensidade da atividade física sempre que possível;
- Reduzir o número de horas de inatividade, nomeadamente, sentado/a, e interromper esse comportamento sedentário a cada hora, com breves deslocações associadas a alongamentos e/ou exercícios de fortalecimento muscular;
- Escolher a opção fisicamente mais ativa sempre que possível.

(DGS, 2018)

Por outro lado, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (2018) publicou, para além do descrito anteriormente pela DGS, que para gerar benefícios substanciais para a saúde, a prática de atividade física deverá ser pelo menos de 150 minutos (2 horas e 30 minutos) a 300 minutos (5 horas) por semana, de intensidade moderada ou, em alternativa, 75 minutos (1 hora e 15 minutos) a 150 minutos (2 horas e 30 minutos) por semana, de intensidade vigorosa de atividade aeróbica ou, por último, uma combinação equivalente de intensidade moderada e vigorosa de atividade aeróbica. Reforça ainda que se a atividade física ultrapassar os 300 minutos por semana há um acréscimo de benefícios para

a saúde. Também aconselha a realização de atividades de fortalecimento muscular, de moderada a elevada intensidade, que trabalhe todos os grandes grupos musculares, duas ou mais vezes por semana. Diferencia que devem incluir exercícios físicos de multicomponentes, que incluam treino do equilíbrio, atividades aeróbicas e fortalecimento muscular. Igualmente refere que as pessoas idosas devem determinar o nível de esforço a realizar aquando a atividade física relativamente ao nível de aptidão, bem como destaca que pessoas idosas com doenças crónicas devem compreender se e como a sua condição afeta sua capacidade de realizar as atividades físicas regularmente com segurança (United States Department of Health and Human Services (USDHHS), 2018).

Sob outra perspetiva, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, National Health Service (NHS), por sua vez, publicou *Guidelines* da Atividade Física para pessoas idosas. Nelas inclui, para além do mencionado anteriormente, a recomendação que as pessoas idosas devem praticar dois tipos de atividade física por semana: exercícios aeróbicos e exercícios de força (NHS, 2018), distinguindo-se do supracitado, sendo que o USDHHS não integra exercícios de força nas recomendações principais, apresentando-os apenas como complemento. Desta forma, recomenda por semana a realização de um destes três tipos de sequências:

- Praticar, no mínimo, 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada e exercícios de força duas ou mais vezes, que exercitem todos os principais músculos;
- Praticar 75 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa e exercícios de força duas ou mais vezes, que trabalhem todos os principais músculos;
- Praticar uma mistura de atividade aeróbica de intensidade moderada e vigorosa e exercícios de força duas ou mais vezes, que exercitem todos os principais músculos.

(NHS, 2018).

Clarifica, ainda, que um minuto de atividade vigorosa proporciona os mesmos benefícios de saúde que dois minutos de atividade moderada. Por sua vez, distingue exemplos de atividade aeróbica de intensidade moderada, como caminhadas, hidroginástica, danças de salão, ténis em pares, canoagem ou voleibol; exemplos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa, como corridas, natação, futebol, ténis individual, ciclismo ou artes marciais; exemplos de exercícios de força, como levantar pesos, saltar, *burpee*, *push-ups*, pilates ou yoga com oito a doze repetições em cada conjunto, sendo recomendado pelo menos uma série; exemplos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa e exercícios de força em simultâneo, como treino em circuito, aeróbica, corrida, rúgbi, basquetebol ou hóquei (NHS, 2018).

3. DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Enfermagem de Reabilitação é uma especialização que se iniciou em Portugal nos meados da década de 1960, decorrente do desconhecimento total sobre a área e, por outro lado, da emergente necessidade da mesma no nosso país. Desta feita, coube à Enfermeira Maria de Lurdes Sales Luís assumir a responsabilidade da formação dos enfermeiros, relativamente à especialização em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2003). Inerente à chegada das primeiras enfermeiras especialistas formadas nos Estados Unidos da América, onde já era reconhecida como especialidade médica a medicina física e de reabilitação, nasceu, assim, o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação a 18 de Outubro de 1965 (OE, 2003 e Reis, 2013). Segundo Sales Luís:

“Este curso foi inovador no conceito de cuidar, determinante na valorização da actividade e do levante precoce do utente. Cobria todos os grupos etários com deficiência e impunha acção iniciada na fase aguda e continuada em tratamento ambulatório na comunidade. Os conteúdos programáticos centravam-se na aquisição de conhecimentos científicos aprofundados, do foro psicossocial, vocacional e de enfermagem de reabilitação, dirigindo-se ao todo do utente, na perspectiva de reduzir os riscos de complicações inerentes à situação clínica, desenvolvendo ao mesmo tempo potenciais remanescentes” (OE, 2003).

Esta afirmação, se na altura assentava, na perfeição, à realidade vivenciada pela diferença, torna-se, ainda, mais interessante e pertinente ao constatar que se aplica aos dias de hoje praticamente da mesma forma, talvez recorrendo a outras palavras ou enfatizando outros aspetos, contudo, o conteúdo fulcral é o mesmo.

O que não acarreta que, desde essa altura, a Enfermagem de Reabilitação não tenha crescido e consolidado o seu campo de ação nos Cuidados de Saúde, facto este que aconteceu de forma próspera. Essa evolução deu-se ao nível do conhecimento, da organização dos cuidados de saúde e de reabilitação em particular, e também, da configuração dos papéis e da relação entre os diferentes atores da equipa de reabilitação (Marques-Vieira e Sousa, 2016), tal como, posteriormente, expresso no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, onde pode ler-se que:

"A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste

modo, preservar a autoestima." (Regulamento N.º 125/2011, pp. 8658 e atualizado em Regulamento n.º 392/2019, pp. 13566).

No exercício profissional da Enfermagem de Reabilitação, como área especializada da Enfermagem, está inerente a “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2002).

“A excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.” (Regulamento nº 350/2015). Assim, a OMS, numa conferência realizada Genebra, apelou a todos os países para fazerem um investimento forte nos Cuidados de Reabilitação com a promoção da “*Chamada para Ação – Reabilitação 2030*”, onde sublinha a carência da resposta às necessidades das populações e reforça a ideia de que o investimento na Reabilitação é uma estratégia com retorno socioeconómico significativo (WHO, 2017b).

A Enfermagem de Reabilitação, segundo Hoeman (2011), define-se por processo criativo que tem início nos cuidados de prevenção primária, nomeadamente, no primeiro estágio da doença ou acidente, e que prossegue para a fase de recuperação (prevenção secundária). Implica, portanto, a adaptação do indivíduo a uma nova vida (prevenção terciária). Este autor acrescenta, ainda, que a Enfermagem de Reabilitação se orienta nos seguintes pressupostos:

define objetivos para níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária; (...) previne complicações e posterior deficiência; reforça comportamentos de adaptação positiva; assegura a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advoga uma qualidade de vida ótima; melhora os resultados esperados (...) (Hoeman, 2011, pp.3).

Por outro lado, segundo Freitas (2017), a Enfermagem de Reabilitação pressupõe: uma atuação precoce, a maximização da independência, a obtenção de menos complicações, a redução do tempo de internamento, com repercussão em mais ganhos em saúde e melhor qualidade de vida, e involuntariamente, com consequentes ganhos, também em recursos financeiros pessoais e para o erário público.

Deste modo, os profissionais especializados nesta área, têm como principal propósito desenvolver uma intervenção baseada na evidência, uma vez que, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro Especialista:

é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a

quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2015, pp. 99).

Publicado em Diário da República, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação integra as competências do Enfermeiro generalista concomitantemente com as competências específicas do EEER, que são as seguintes:

- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

(Regulamento n.º 392/2019, pp. 13566).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação são profissionais habilitados para avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa, identificando as necessidades de intervenção de forma a otimizar e/ou reeducar a sua função a nível motor, sensorial ou cognitivo. Possuem competências específicas para conceber, planear e implementar intervenções com o objetivo de promover capacidades adaptativas, bem como de otimizar e/ou de reeducar a funcionalidade da pessoa. De forma a maximizar esta funcionalidade, o Enfermeiro de Reabilitação detém a aptidão de conceber e implementar programas de treino motor e cardio-respiratório, com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à reabilitação da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, pp. 13566).

A par das competências já mencionadas, o EEER tem um papel fundamental no âmbito da promoção da saúde e da adoção de estilos de vida saudáveis.

A Promoção da Saúde é:

“Processo de capacitação das pessoas para atuar na melhoria da sua saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo. (...) A saúde é vista como um recurso para a vida e não um objetivo de vida. A saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas da responsabilidade dos profissionais da saúde, mas também de estilos de vida saudáveis essenciais para o bem-estar” (Carta Ottawa, 1986, citado por OMS, s.d.).

A promoção da saúde, defendida por Nola J. Pender com o seu MPS, referencial teórico utilizado neste trabalho, visa “uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde”, sustentada em sete pressupostos que espelham “a perspectiva da ciência comportamental e enfatizam o papel activo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental” (Tomey e Alligood, 2004, pp. 705-706).

De acordo com esta teórica, o conceito de saúde é um estado dinâmico e não apenas um estado de ausência de doença (Smith e Parker, 2016), pelo que define a promoção da saúde como “um processo que permite que indivíduos, grupos, famílias e comunidades exibam os determinantes de seus comportamentos de saúde e tomem medidas” (Pender, Murdaught e Parsons, 2011, pp. 6), sendo apropriado para ser utilizado ao longo do ciclo vital e em diversos contextos.

Integrando vários construtos, o MPS “fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo” (Victor, Lopes e Ximenes, 2005, pp. 236), e apresenta três grandes dimensões: as *caraterísticas e experiências individuais*, onde se inserem o comportamento habitual como alvo de intervenção, mas também, os fatores pessoais; os *sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento*, onde engloba os benefícios e barreira percebidos para a ação, a autoeficácia percebida, os sentimentos relacionados ao comportamento e as influências interpessoais e situacionais; e o *resultado do comportamento*, que integra as exigências e preferências de competição e ocorre o Compromisso com um plano de ação de modo a adotar um Comportamento de Promoção da Saúde, o qual, “particularmente quando integrado a um estilo de vida saudável, resulta em melhor saúde, maior capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento” (Pender, Murdaught e Parsons, 2011, pp. 50 e Tomey e Alligood, 2004, pp. 703).

Enfatizando, segundo Pender et al. (2011, pp. 19), os principais componentes de um estilo de vida promotor da saúde são: a responsabilidade em saúde, a **atividade física**, a nutrição, as relações interpessoais, o crescimento espiritual e a gestão do stress. E reforça, ainda, que “a abordagem mais próxima de um ótimo ou elevado nível de saúde é um estado físico e mental livre de desconforto e dor que permita um funcionamento eficaz dentro do ambiente”.

Desta forma, o MPS tem como finalidade auxiliar os enfermeiros a compreender os principais determinantes nos comportamentos de saúde das pessoas, como ponto de partida para um aconselhamento comportamental e para promover estilos de vida saudáveis (Pender, 2011),

de tal forma que, seguindo este modelo, ao trabalharem em conjunto com a pessoa, os Enfermeiros têm instrumentos para capacitá-la na mudança de comportamentos, com o intuito da obtenção de um estilo de vida saudável (Pender, Murdaught e Parsons, 2011).

Assim, este modelo é utilizado para implementar e avaliar ações de promoção de saúde, no sentido de se poder interpretar determinado comportamento prejudicial.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010), elucida que o trabalho de EEER visa a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Uma vez que a ausência de ambos se repercute no efeito da recorrência aos serviços de saúde e de estados de morbilidade, resultante em aposentação por incapacidade e em estados de dependência económica e franca diminuição da qualidade de vida da pessoa, com repercussões na família e conviventes. E estas situações acarretam gastos duplamente penalizantes, quer pela constante necessidade de cuidados de saúde, quer pela necessidade de apoios sociais e económicos (APER, 2010).

Explanando no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2014), é o Enfermeiro de Reabilitação que concede, implementa, monitoriza e avalia programas de reeducação funcional, sensorial e motora da pessoa. Deste modo, emerge a necessidade de detetar e identificar os fatores que condicionam a atividade física das pessoas idosas, bem como a adaptação e intervenção na comunidade através de programas de reabilitação especializados às distintas faixas etárias.

A Enfermagem de Reabilitação, no que diz respeito à abordagem preventiva das pessoas idosas, debruça-se na promoção de vida ativa e no incentivo à prática de atividades físicas dentro das limitações impostas pelas condições de saúde de cada indivíduo (Freitas, 2017).

Nas *Guidelines* para a promoção de atividade física é geralmente referenciado um subgrupo de atividade física que melhora a saúde, nomeadamente, o exercício físico. O exercício físico é uma forma de atividade física planeada, estruturada e repetitiva, realizada com o objetivo *major* de melhorar a saúde e/ou a forma física. Todavia, embora todo exercício físico seja atividade física, nem toda atividade física é exercício físico (United States Department of Health and Human Services, 2018). Desta forma, entende-se por exercício físico *toda a atividade física que é programada, organizada numa sessão ou num programa de sessões, estruturada de acordo com critérios previamente definidos de tipo, intensidade, duração, frequência/intervalo, progressão e modo de execução e realizada com vista a atingir objetivos específicos e previamente definidos* (DECRETO-LEI N.º 195/2017).

A intervenção para a prática de atividade física consiste numa interação através de um aconselhamento e/ou incentivo verbal, associado, ou não, a *uma indicação ou recomendação verbal ou escrita para a prática de atividade física realizada por um profissional, que deve também envolver uma abordagem às motivações, barreiras, preferências, estado de prontidão e de saúde do utente, e às oportunidades para realizar atividade física, bem como os riscos da atividade física* (DECRETO-LEI N.º 195/2017).

Segundo a WHO, em *Promoting physical activity in the health sector* (2018b), os profissionais de saúde a quem cabe promover ativamente a atividade física são os médicos, os enfermeiros e/ou os fisioterapeutas. Paralelamente, elucida que o setor de saúde complementa essa promoção, na medida em que estabelece sistemas para rastrear as tendências da atividade física da população, para monitorar a inatividade física e o comportamento sedentário e para avaliar a eficácia de políticas e estratégias para aumentar a atividade física. O aconselhamento individual e personalizado, bem como a prescrição de atividade física podem aumentar os níveis de condição física individual e, portanto, podem ser utilizados como recurso nos Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de promover um estilo de vida ativo, especialmente entre as populações de difícil acesso e as populações de maiores riscos de saúde devido à inatividade física (WHO, 2018b).

Desta forma, de acordo com o DECRETO-LEI N.º 195/2017, entende-se por:

prescrição de exercício físico um processo contendo uma avaliação inicial da aptidão física e funcional e composição corporal, se relevante, do utente, uma seleção e explicação pormenorizada dos exercícios a realizar em função da aptidão física, situação clínica, limitações, objetivos e motivação do utente, e a aplicação sistemática de mecanismos de acompanhamento e avaliação dos efeitos dos exercícios, da sessão e ou do programa, devendo também ser abordados os riscos da atividade física.

Assim, em setembro de 2017 a DGS com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) e Serviços Compartilhados do Ministério da Saúde (SPMS) elaborou uma ferramenta para avaliar a atividade física como sinal vital destinada à população adulta portuguesa utente do SNS. Ferramenta esta que permite aos profissionais de saúde avaliar a atividade física média semanal de moderada a vigorosa (minutos por semana), bem como o tempo médio sentado diário (horas por dia) numa base de dados e plataforma de software designada por “SClínico - atenção primária à saúde”. Esta plataforma é usada pelos profissionais de saúde como um prontuário eletrónico na atenção primária à saúde, de forma a rastrear os sinais vitais, a codificar os problemas de saúde e a apoiar e registrar consultas, bem como possui um sistema de *feedback*, através de semáforos, para facilitar a interpretação por parte dos profissionais dos resultados de acordo com as recomendações

da OMS sobre atividade física para adultos (WHO, 2018b). Atualmente, apenas três tipos de profissionais de saúde podem utilizar esta ferramenta: médicos, enfermeiros e nutricionistas.

O EEER:

é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade (Regulamento n.º 125/2011).

Desta forma, cabe ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, sustentados nos problemas reais das pessoas, bem como nos seus potenciais (Regulamento n.º 392/2019).

A sua intervenção especializada assenta na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de ações preventivas de Enfermagem de Reabilitação, de modo a garantir a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e impedir incapacidades. Também consiste em proporcionar intervenções terapêuticas, que têm como objetivo melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades e AVD's, bem como minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Freitas, 2017).

Porém, uma intervenção adequada à população alvo carece de uma avaliação personalizada do perfil da mesma.

A avaliação prévia da Aptidão Física Funcional (ApFF) da pessoa idosa é fulcral para a elaboração de programas de reabilitação, pois possibilita a compreensão dos atributos físicos necessários à realização das tarefas motoras e, também para a avaliação das capacidades físicas, habilidade esta que permite que sejam diagnosticadas as principais fraquezas da pessoa idosa e trabalhar-lhas no respetivo programa (Martins, 2016).

De acordo com as *Guidelines* da American College of Sports Medicine (ACSM's) de 2018, a avaliação pré-exercício, outro termo de desígnio, deve incluir um historial médico, um exame físico, um teste de esforço e/ou exames laboratoriais, mediante a necessidade de o EEER certificar o estado de saúde da pessoa ou então, necessitar de informações adicionais para elaborar a prescrição de exercício (como por exemplo, exames complementares de diagnóstico, entre outros).

Existem inúmeras formas de obter essa avaliação física na população idosa. Os testes de avaliação mais frequentemente usados são acompanhados por valores de corte que

determinam a pior ou melhor performance da pessoa idosa, e indicam se o indivíduo se encontra aquém ou além dos valores considerados normais para a sua faixa etária. Sendo que estes valores devem ser tidos em conta no desenvolvimento de programas de reabilitação (ACSM's, 2018).

Segundo a revisão da literatura, é possível efetuar a avaliação da ApFF através de questionários e/ou escalas, designadamente: o questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (adaptado de *Older Americans Resources and Services: OARS*), o questionário Internacional de Atividade Física (adaptado de *International Physical Activity Questionnaire: IPAQ*), a Escala de Mobilidade Funcional: Idosos e muito idosos (EMF-IMI), Questionário sobre Prontidão para a Atividade Física (PAR-Q, do inglês *Physical Activity Readiness Questionnaire*) e/ou Questionário de Triagem Pré-participação das Instituições de Saúde/Condicionamento Físico de AHA e de ACSM, entre outros; e principalmente, através de Teste físicos como: o Teste de aptidão física funcional para idosos (*Sénior Fitness Test*); o *Short Physical Performance Battery (SPPB)*, o Teste de velocidade de marcha, o *Test Continuos scale physical performance*, o teste de caminhada de 6 minutos (*Six-Minute Walk Test – 6MWT*), entre outros.

A avaliação da ApFF é assim um procedimento imprescindível em programas de reabilitação, pela prevenção dos riscos associados ao exercício físico, quando não é adaptado à pessoa idosa. Possibilita a deteção das limitações funcionais e disponibiliza uma vasta informação importante, que condicionará a organização dos programas de reabilitação de forma a serem adequados a cada pessoa, antes da instalação da incapacidade ou ocorrência de lesões (ACSM's, 2018).

A avaliação dos deficits passíveis de intervenção preventiva ou reabilitadora torna-se imprescindível para a implementação de programas de reabilitação apropriados à realidade de cada pessoa idosa, tendo como objetivo *major* a manutenção e a recuperação para um processo de envelhecimento mais ativo (Huber et al., 2010 cit. por Martins, 2016).

Desta forma, entende-se por programa de Reabilitação um plano estruturado e detalhado, que contém uma série de exercícios físicos adequados especificamente às necessidades da população alvo a que se destina e adaptados a cada pessoa, mensurando a frequência, a intensidade e a duração dos mesmos. Pode ser planeado tanto para alcançar objetivos gerais de saúde como de condicionamento físico individual. Ainda assim, a resposta ao programa pode não corresponder ao esperado, uma vez que há variabilidade individual considerável na magnitude da resposta a um programa particular de exercícios (ACSM's, 2018).

O EEER detém a capacidade de identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da Enfermagem de Reabilitação em pessoas, de todas as idades, de forma a conceber, selecionar e prescrever as intervenções que visam otimizar e/ou reeducar a função, e elaborar programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardíaca, respiratória, entre outros. A implementação e avaliação dos planos e programas especializados de Enfermagem de Reabilitação tem como objetivos *major* a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Regulamento n.º 392/2019). Por outro lado, também compete ao EEER reformular os objetivos, as estratégias e os programas de acordo com a variação dos resultados atingidos, nomeadamente, através da introdução de elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de: redução do risco, otimização da função, reeducação funcional e treino da funcionalidade. Compete-lhe, ainda, promover estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico, com base na cultura de segurança, nos vários contextos de atuação aquando implementação dos programas de treino motor, cardíaco e respiratório (Regulamento n.º 392/2019).

Focalizando a faixa etária da intervenção, os exercícios, além de trabalharem a aptidão física, devem também ser agradáveis, prazerosos e integrativos. Desse modo, é pertinente dar preferência às atividades que abordem o corpo de uma forma global, procurando exercitar todas as estruturas móveis do corpo humano (Freitas et al., 2016). A conceção de um programa deve contemplar exercícios que incluam treinos aeróbicos, de resistência (*endurance*), de flexibilidade e treino neuromotor, indispensável para melhorar e manter o condicionamento físico e a saúde (ACSM's, 2018). Visando sempre os seguintes aspetos nas atividades de condicionamento: potência/resistência aeróbia, força muscular, equilíbrio, educação postural, coordenação motora, flexibilidade, habilidades psicomotoras, imagem corporal, agilidade, tempo de reação, mobilidade articular, respiração, lateralidade, ritmo, reflexos, entre outros (Freitas et al., 2016).

Por este motivo, mais recentemente, a UNECE, Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (United Nations Economic Commission for Europe), e a Comissão Europeia, publicaram *Guidelines* em 2018, onde apresentam uma ferramenta que permite medir o potencial inexplorado das pessoas idosas para um envelhecimento ativo e saudável em todos os países, denominada *Active Ageing Index* (AAI). Concebida para produzir uma base sólida de evidências sobre o envelhecimento ativo, serve como uma estrutura para a promoção do conceito de envelhecimento ativo entre diferentes partes interessadas, mesmo que ainda não esteja calculada em um determinado país. Por outro lado, a AAI aumenta a conscientização entre as autoridades em todos os níveis sobre o processo do envelhecimento e forma uma base para uma escolha informada (UNECE, 2018).

Na mesma linha de pensamento, a DGS (2019), alinhada com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, desenvolveu um Plano de Ação, designado por Plano de Ação para a Literacia em Saúde/*Health Literacy Action Plan: Portugal - 2019-2021*, com base nas melhores práticas internacionais, para a definição e implementação de objetivos promotores da Literacia em Saúde. Possui como objetivos: o aumento dos níveis de literacia em Saúde, a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e a amplificação das ferramentas disponíveis para este fim. Desta forma, a DGS procura potenciar e criar mais e novas oportunidades de ativação de comportamentos saudáveis da população portuguesa (DGS, 2019).

II PARTE - FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA

Nesta segunda parte, principiámos com o enquadramento metodológico da nossa investigação, onde se inserem toda a metodologia do estudo, o percurso para a identificação dos fatores que influenciam a atividade física nas pessoas idosas e os contributos para a construção de um programa de atividade física dirigido às necessidades reais das pessoas idosas.

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A palavra metodologia deriva do grego, de *methodos* (organização) e *-logos* (estudo sistemático, pesquisa, investigação) (Fonseca, 2002 cit. por Gerhardt e Souza, 2009) e consiste no conjunto dos meios e das atividades próprias para dar resposta às questões de investigação, ou então para verificar as hipóteses formuladas na fase conceptual (Fortin, 2006). É na fase conceptual que se estabelecem os fundamentos do estudo e é na fase metodológica que se operacionaliza o mesmo estudo, tendo em vista a realização da fase empírica. Desta forma, é na metodologia que se determina um certo número de operações e estratégias, que indicam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, de modo a indicar o caminho a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação/difusão (Fortin, 2006).

De facto, a fase metodológica procura a validação do percurso delineado para alcançar o objetivo *major* da pesquisa e, deste modo, não apresenta apenas a descrição dos procedimentos utilizados, mas também designa a opção teórica do investigador para delinear o estudo (Fonseca, 2002 cit. por Gerhardt e Souza, 2009).

Ao longo deste capítulo, debruçamo-nos sobre a fase metodológica do processo de investigação adotada no desenvolvimento deste estudo. Nela é descrita a justificação pela qual o investigador escolheu a problemática em estudo, enuncia-se a finalidade, mas também os objetivos e as questões de investigação, define-se o tipo de estudo, caracteriza-se a população do estudo, particularmente a amostra selecionada, explicitam-se as estratégias de colheita de dados, bem como a operacionalização das variáveis e os procedimentos utilizados, sendo, por último, expostas as considerações éticas. Em síntese, ostentamos a metodologia do estudo.

1.1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Toda a investigação é iniciada com uma situação considerada como problemática, ou seja, que causa um mal-estar, uma irritação e/ou uma inquietação, e que intrinsecamente, por consequência, exige uma explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortin, 2009).

O aumento significativo da esperança média de vida é uma tendência europeia, mas tem particular expressão em Portugal. De acordo com as previsões da Comissão Europeia, no Relatório de Envelhecimento de 2018, em Portugal a esperança média de vida tende a aumentar 1 ano e aproximadamente 5 meses por cada 10 anos, auferindo valores como: em 2020 as mulheres ostentarão 84,9 anos e os homens 78,9 anos, em contrapartida, em 2030 as mulheres apresentarão 86,1 anos e os homens 80,5 anos. Estas previsões efetuadas pela comissão vão até ao ano de 2070, ano este em que as mulheres auferem uma esperança média de vida de 90,4 anos e, por sua vez, os homens de 85,9 anos.

Por outro lado, e não menos importante, neste relatório trienal a Comissão Europeia prevê que a população ativa deverá decrescer 4,2 milhões, o que equivale, nomeadamente, ao número de pessoas em idade para trabalhar. Isto irá repercutir-se no facto de Portugal possivelmente poder ser o país da Europa com o mais alto índice de dependência de idosos em relação à população ativa, ou seja, praticamente 1 trabalhador para cada 3 reformados (EU, 2017), disponível no Anexo II com as projeções do índice de dependência em Portugal.

Estes dados tornam-se demasiado pertinentes para percebermos o impacto e a importância desta problemática em estudo, uma vez que é possível observar uma discrepância demarcada quando comparados com os dados do ano atual.

Desta forma, torna-se crucial potenciar um envelhecimento ativo e saudável em Portugal, com vista a reforçar o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas (DGS, 2017). E, neste conceito de envelhecimento ativo e saudável, enquadra-se a promoção da atividade física.

A atividade física desempenha um papel cada vez mais importante e decisivo na saúde e no bem-estar das populações, principalmente devido ao facto de estar diretamente relacionada com a prevenção e o tratamento de várias doenças crónicas não transmissíveis, bem como dos seus fatores de risco associados (ACSM's, 2018).

Decorre do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação de 2019, que é ao Enfermeiro de Reabilitação que compete a

maximização da capacidade funcional das pessoas, desenvolvendo as suas capacidades e, automaticamente, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019).

Deste modo, emerge a necessidade de identificar o perfil das pessoas idosas e analisar os fatores que condicionam a atividade física. Desta análise, será possível obter dados que justificam as opções dos profissionais no âmbito dos programas reabilitação, bem como a adaptação e intervenção na comunidade através de programas de reabilitação especializados.

1.2. FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

A finalidade do presente estudo é contribuir para a sistematização do processo de atuação do EEER perante as pessoas idosas, através da contribuição com orientações para a definição de um programa de intervenção adaptado às necessidades reais das mesmas, no âmbito da promoção da atividade física. Intrinsecamente associada, emerge a contribuição e promoção para um envelhecimento ativo e saudável da população portuguesa.

De seguida, de forma a sistematizar o estudo, procedeu-se à formulação de um conjunto de objetivos da investigação. Para Fortin (2009, pp. 160) (...) *o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue, os objetivos indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo e são as linhas orientadoras no percurso de uma investigação.*

Desta forma, atendendo à finalidade enunciada e a fim de compreender pormenorizadamente esta temática em estudo, estabelecemos como objetivos:

1. Caraterizar as pessoas idosas participantes do estudo;
2. Caraterizar a atividade física das pessoas idosas;
3. Avaliar a representação da idade face ao estado de saúde das pessoas idosas;
4. Caraterizar a atividade física praticada pelas pessoas idosas, tendo em conta as características sociodemográficas e as condições de saúde;
5. Analisar a prática de atividade física na população com idade superior a 65 anos;
6. Identificar os fatores que influenciam a prática de atividade física da pessoa idosa;
7. Apresentar orientações para a construção de um programa de Reabilitação adaptado ao perfil das pessoas idosas.

1.3. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Previamente às perguntas de investigação, explana-se a questão de investigação. Esta traduz-se num enunciado interrogativo, explícito e não equívoco, escrito no presente, acerca de um tema de estudo, que especifica os conceitos a examinar, precisa a população alvo e sugere o desenvolvimento do conhecimento sobre o fenómeno (Fortin, 2009).

Portanto, no presente estudo partimos da questão de investigação:

- ❖ Relativamente à prática de atividade física, será que há diferenças nos idosos (com mais de 65 anos) ao longo do tempo de envelhecimento, que justifiquem uma intervenção diferenciada por parte dos Enfermeiros de Reabilitação?

As perguntas de investigação, de acordo com Fortin (2009), caracterizam-se por premissas que têm como finalidade prever a relação causal entre as variáveis em estudo. Estas são, nomeadamente, mais específicas que a questão principal.

Desta forma, delineamos as seguintes perguntas de investigação:

- ❖ Como se caracteriza a prática de atividade física em função da idade dos idosos?
- ❖ Será que a condição de saúde influencia a prática de atividade física?
- ❖ Será que há patologias mais frequentes que exijam intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação por classes de idades depois dos 65 anos?
- ❖ Será que há sintomas mais frequentes que exijam intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação por classes de idades depois dos 65 anos?
- ❖ Será que a prática de atividade física ao longo do processo de envelhecimento exige intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação diferenciadas?
- ❖ Quais as áreas da atividade física menos frequentemente concretizadas pelos idosos?
- ❖ Será que há atividades físicas de maior frequência em função da idade dos idosos?

As sobreditas questões têm como objetivo deixar claro quais as variáveis a utilizar para responder a estas incógnitas.

1.4. TIPO DE ESTUDO

De acordo com Fortin (2006, pp. 132), o desenho do estudo pode ser definido como *o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação definidas*. Para além disso, o desenho do estudo tem por objetivo controlar potenciais fontes de enviesamento, capazes de interferir nos resultados da investigação (Fortin, 2009).

Ao longo desta dissertação, desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa e de carácter descritivo-exploratório. Segundo Fortin (2009, pp. 371), *o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador*. Facto este que permite ao pesquisador observar, descrever e documentar inúmeros aspetos do fenómeno, uma vez que não existe documentada evidência relevante sobre esse mesmo fenómeno em particular (Fortin, 2009; Sousa et al., 2007). Desta forma, o paradigma quantitativo envolve a análise de números e o conhecimento que resulta é baseado em observação, medição e na interpretação cuidadosa da realidade objetiva (Sousa et al., 2007), com o intuito de descrever e de verificar relações entre as variáveis (Fortin, 2009).

Por outro lado, não há manipulação de variáveis, pelo que os desenhos descritivos descrevem o que existe na realidade objetiva, determinam a frequência da sua ocorrência e categorizam essa informação (Sousa et al., 2007), o que nos conduz ao uso de estatística descritiva. Segundo Fortin (2009, pp. 133), a metodologia descritiva caracteriza *a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade*. A autora acrescenta, ainda, que os estudos descritivos são estudos exploratórios que decorrem do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses, concebendo uma descrição dos dados sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis.

1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Fortin (2009), a população é constituída por um conjunto de todos os elementos que têm características em comum para o estudo, que podem ser, nomeadamente, indivíduos, espécies e processos. É através da definição da população que se circunscreve a temática do estudo em causa, obtendo os dados junto de um grupo homogéneo (Fortin, 2006).

A população do presente estudo primário foi constituída por pessoas idosas de 26 freguesias de um concelho do norte de Portugal, concretamente, do concelho de Vila Nova de Famalicão. Por sua vez, a amostra diz respeito à *fração da população sobre a qual se faz o estudo* (Fortin, 2009, pp. 132), sendo que, neste caso, foram considerados idosos previamente identificados a partir dos presidentes das juntas de freguesias.

Na sequência da construção do presente estudo, foram definidos como critérios de inclusão: pessoas idosas mais de 65 anos, sem défices cognitivos que comprometam a capacidade de comunicação, a residir em contexto domiciliário no município e que aceitem participar no estudo. Foi efetuado partir de uma amostragem não probabilística, por conveniência, uma vez que é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e disponíveis para o estudo e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009, pp. 321).

No seguimento dos critérios definidos, conseguiu-se a participação de 2461 idosos.

Atendendo a que nos Censos, a população de Vila Nova de Famalicão com mais de 65 anos de idade se cifra em 18444 idosos (INE, 2012), e sendo o tamanho da nossa amostra de 2461 pessoas idosas.

1.6. VARIÁVEIS EM ESTUDO

No presente estudo, procedeu-se à operacionalização de um conjunto de variáveis. Segundo Fortin (2009, pp. 48), uma variável caracteriza-se por um *conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Esta corresponde a uma qualidade ou a uma característica, atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objeto de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico*. Assim, uma variável pode adotar diferentes valores para expressar graus, quantidades e/ou diferenças, podendo alterar o seu estatuto no decurso da investigação.

Neste estudo foram utilizadas as seguintes variáveis:



FIGURA 6 – Variáveis em estudo.

De seguida, iremos operacionalizar as variáveis em função do componente, da dimensão e do indicador (Figura 6).

Começamos por descrever as variáveis sociodemográficas inerentes ao estudo:

TABELA 1: Descrição das variáveis Sociodemográficas

COMPONENTE	DIMENSÃO	INDICADOR
Género	Masculino	Sim
	Feminino	Não
Idade	64 a 69 anos	Classe de Idades
	70 a 79 anos	
	80 a 89 anos	
	90 a 99 anos	
Estado Civil	Solteiro(a)/ Casado(a)/ Separado(a)/ Divorciado(a)/ Viúvo(a)	
Alfabetismo	Sabe ler	Sim
	Sabe escrever	Não
Escolaridade	Nenhuma	Sim Não
	Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)	
	Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)	
	Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)	
	Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu / propedêutico) / Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica	
	Bacharelato / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento	
Fontes de rendimento	Trabalho / Reforma ou pensão / Rendimento social de inserção / Outra	Sim Não

A inserção das variáveis sociodemográficas no estudo explanada na tabela 1 é fundamental, uma vez que são importantes para traçar o perfil das características das pessoas idosas que constituem a amostra, bem como para, posteriormente, auxiliar na tomada de decisão face às orientações para o programa de intervenção, com a constituição de fatores inibidores ou facilitadores.

De seguida, apresentamos a descrição da variável *Condição de Saúde*:

TABELA 2: Descrição da variável Condição de Saúde

Componente	Dimensão	Indicador
Como considera o seu estado de saúde	Muito Bom	Muito Bom
	Bom	Bom
	Mau	Mau
	Muito mau	Muito Mau
Índice de Massa Corporal (IMC): $\frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$	Desnutrido	< 22
	Risco de desnutrição	22 - 23,9
	Eutrofia	24-26,9
	Pré-obesidade	27-30
	Obesidade	> 30
Doenças	Doenças cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral (AVC)); Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, Hipertensão Arterial (HTA)); Doença neurológica (Parkinson); Doença musculoesquelética e osteoarticular (Artrite); Doença oncológica; Doença respiratória (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Asma, Bronquite); Doença endócrina (Diabetes); Doença do sistema nervoso (Alzheimer); Doença Psiquiátrica (Depressão).	Sim Não Não responde
Sintomas / manifestações	Perda de urina; Sentimentos de tristeza persistente; Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia; Dor musculoesquelética e osteoarticular (Artrite); Dificuldade em andar; Desequilíbrios constantes; Diminuição da audição; Diminuição da visão.	Sim Não Não responde
Dependência	Independente	Sim Não
	Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	
	Severamente dependente	

A variável *Condição de saúde* (tabela 2) foi concebida em cinco componentes, sendo que o primeiro teve com dimensão e indicadores: Muito Bom, Bom, Mau e Muito Mau.

O IMC é uma medida de composição corporal que determina se a massa corporal está dentro do recomendável para a saúde da pessoa. De acordo com a Associação Portuguesa dos Dietistas (2017), os valores do IMC ajustados para as pessoas idosas com idade superior a 65 anos são compreendidos entre: Desnutrição inferior a 22; Risco de desnutrição entre 22 a 23,9; Eutrofia entre 24 a 26,9; Pré-obesidade entre 27 a 30 para o sexo masculino e entre 27 a 32 para o sexo feminino; e Obesidade superior a 30 para o sexo masculino e superior a 32 para o sexo feminino.

O estado de saúde, bem como a percepção do mesmo, é fundamental para uma compreensão do envelhecimento e condições de saúde que afetam diariamente as pessoas idosas. É essencial ter a noção do autoconhecimento que os idosos da amostra têm de si mesmos, nomeadamente, como qualificam o seu estado de saúde. A condição de saúde é avaliada pela referência feita pelo próprio idoso, independentemente de ser ou não um diagnóstico médico. Assim, os sintomas e/ou manifestações, bem como a dependência, são identificados pelos idosos de acordo o que cada um sente e descreve.

Segue-se a descrição da variável da Atividade Física:

TABELA 3: Descrição da variável da Atividade Física

Componente	Dimensão	Indicador
Atividades ocupacionais diárias	Desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso)	Sim Não
	Geralmente uso as escadas em vez de elevador	
Descrição das atividades diárias	Passo maior parte do tempo sentado ou caminho distâncias curtas	Sim Não
	Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais	
	Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)	
Atividades de Lazer	O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana)	Sim Não
	Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança	
	Quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar	
	Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada	
	Participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente	
	Faço musculação duas ou mais vezes por semana	

Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo	Uma vez por semana	Sim Não
	Duas vezes por semana	
	Três ou mais vezes por semana	
Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão	Uma vez por semana	Sim Não
	Duas vezes por semana	
	Três ou mais vezes por semana	
Classe de atividade	Inativo	Sim Não
	Pouco ativo	
	Moderadamente ativo	
	Muito ativo	

A avaliação da atividade física seguiu as orientações de Nahas (2013) na escala sobre avaliação da atividade física, em que a soma dos pontos é indicativa da atividade da pessoa. De acordo com a sua pontuação, é possível classificar grupos distintos: inativo(a), pouco ativo(a), moderadamente ativo(a) ou muito ativo(a). Nomeadamente, a classificação distribuída pelos distintos grupos é: 0 a 5 pontos inativo; 6 a 11 pontos pouco ativo; 12 a 20 pontos moderadamente ativo e 21 ou mais pontos muito ativo (Nahas, 2013). Sendo que a faixa ideal para a saúde da maioria das pessoas é de moderadamente ativo(a) – 12 a 20 pontos (Anexo III).

A atividade física é voluntária e resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso, como, por exemplo, atividades ocupacionais, AVD's, atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades de lazer. A aptidão física de uma pessoa pode ser definida como a capacidade de ela conseguir realizar as atividades físicas. Desta forma, os componentes da aptidão física podem ser influenciados pelas atividades físicas habituais, tais como, a aptidão cardiorrespiratória, a força/resistência muscular, a flexibilidade e a composição corporal (Nahas, 2013). O autor acrescenta, ainda, que uma pessoa se considera inativa se tiver um estilo de vida com um mínimo de atividade física, inferior a 500 kcal por semana, e se considera uma pessoa ser moderadamente ativa se realizar atividades físicas que acumulem um gasto energético semanal de, no mínimo, 1000 Kcal.

A avaliação desta variável é crucial (tabela 3), uma vez que permite traçar um perfil da atividade física das pessoas idosas da amostra, o que irá repercutir-se na tomada de decisão face ao desenho de intervenção, com a constituição de fatores inibidores ou facilitadores, nomeadamente na projeção das orientações para a definição de um programa de intervenção.

1.7. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Fortin (2009), no caso dos estudos descritivos, os métodos de colheita de dados podem ser variados, estruturados ou não estruturados, em que a sua seleção está dependente da natureza do problema em estudo, do conhecimento pré-existente sobre as variáveis em análise, do desenho do estudo de investigação, da possibilidade de obter medidas adequadas para as definições conceptuais estabelecidas e da fidelidade dos instrumentos de medida.

No que concerne ao instrumento para a colheita de dados selecionado, e tendo em conta os objetivos do presente estudo e a questão de investigação, foi utilizado um questionário, concebido em 2014 por Martins e colaboradores. Este instrumento é constituído por 48 perguntas fechadas (maioria sim ou não) e apresenta-se estruturado em cinco partes distintas: a 1ª parte relativa às características Sociodemográficas e clínicas; a 2ª parte avalia as Condições de Saúde; a 3ª parte aborda os Estilos de Vida; a 4ª parte analisa a Funcionalidade Familiar; e a 5ª, e última, parte trata o conhecimento das Atividades camarárias. Do questionário foram utilizadas apenas as partes que estavam relacionadas com as variáveis em estudo. Deste modo, para este estudo foram usadas a primeira, a segunda e terceira partes, recorrendo-se a um total de 18 perguntas fechadas, das 48 do questionário.

Desta forma, o mesmo foi aplicado aos indivíduos com 65 anos ou mais de idade que habitam no concelho de Vila Nova de Famalicão e que preenchem os critérios de inclusão estabelecidos.

Ao escolhermos como instrumento de medida o referido questionário, tivemos em conta que este tipo de instrumento apresenta inúmeras vantagens no sentido de minimizar e controlar os enviesamentos (Fortin, 2009). De acordo com a autora, um questionário é *um instrumento de medida que traduz os objectivos de estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa* (2009, pp. 386). Para além disso, pode ser preenchido pelo

próprio sujeito, o que permite que haja um maior rigor na colheita dos dados e no controle e organização dos mesmos, traduzindo os objetivos de estudo com variáveis mensuráveis (Fortin, 1999). Por outro lado, há uma maior serenidade nos participantes, uma vez que também são confidenciais, mantendo o anonimato nas respostas dadas (Fortin, 2009).

1.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O olhar da ética na investigação compreende todas as etapas do seu processo, nomeadamente, no que diz respeito à qualidade ética dos procedimentos e ao respeito pelos princípios estabelecidos. Neste sentido, na avaliação ética de um projeto de investigação, entre os requisitos básicos a considerar, incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente e a garantia de respeito dos direitos dos participantes (Nunes, 2013).

Particularmente, na investigação no domínio da saúde, que envolve estudos que têm a participação de Seres Humanos, torna-se fulcral que as questões éticas e morais sejam salvaguardadas (Fortin, 2009), sobretudo no que diz respeito ao direito de cada pessoa à sua integridade física e moral.

Desta forma, a participação num projeto de investigação exige que o participante seja devidamente informado e esclarecido sobre todo o procedimento de investigação, bem como é imprescindível a obtenção do consentimento informado por escrito. Os dados recolhidos são tratados estatisticamente, preservando a identidade e confidencialidade da pessoa (Nunes, 2013), com o objetivo *major* de proteger os direitos dos participantes. Neste caso, cabe ao EEER, aquando a realização da investigação, zelar pela proteção desses mesmos direitos.

Durante a realização desta investigação, tivemos em atenção todos os princípios fundamentais do Código de Ética de Investigação da Declaração de Helsínquia (Fortin, 2009, pp. 188-191; Nunes, 2013, pp. 7-9) e a preocupação de que fossem cumpridos. Designadamente, no cumprimento do *Direito à autodeterminação*, conferiu-se a cada participante o poder de tomada de decisão relativamente à participação no processo de investigação, mantendo-se o princípio ético do respeito pela pessoa, uma vez que aquando da fase de realização do questionário foi entregue pelos autores do mesmo o consentimento livre e esclarecido a todos os participantes (Anexo IV), e com a possibilidade de saírem do projeto sem coação. No *Direito ao respeito pela identidade e confidencialidade*, concedeu-se

a cada participante a preservação do anonimato, pois nenhum dado pessoal foi divulgado ou publicado sem a autorização expressa do próprio, bem como os resultados obtidos são apresentados de forma a não comprometer o respeito deste direito. E foi preservado o *Direito a um tratamento justo e equitativo*, presente em todas as fases da investigação, permitindo-se que cada participante obtivesse um esclarecimento e uma comunicação imparcial, por parte dos investigadores que aplicaram este questionário, no que diz respeito à natureza do estudo, à sua finalidade, à sua duração e aos métodos aplicados; acrescenta-se, ainda, que estiveram sempre presentes, aquando a investigação, os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Para cumprimento dos procedimentos éticos, foi solicitado um pedido de autorização à Comissão de Ética – CES do Centro Hospitalar de S. João / FMUP 244-14, tendo o projeto sido aprovado. Posteriormente, todos os princípios foram rigorosamente respeitados pela equipa que realizou a colheita de dados, também com todas as formalidades de consentimento asseguradas.

1.9. PROCEDIMENTO DE COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram colhidos, conforme supracitado, a partir de um projeto desenvolvido numa parceria entre a ESEP e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, designado por “+SaúdeFamalicão”, estudo este realizado a uma população com mais de 65 anos.

Relativamente ao procedimento de colheita de dados, é de salientar que os mesmos foram colhidos por um grupo de investigadores treinados para o efeito, situação descrita previamente. O desenvolvimento da colheita foi feito com a colaboração dos Presidentes das Juntas de Freguesia, uma vez que identificaram e contactaram as pessoas idosas do presente estudo. Num primeiro contacto, cada pessoa idosa era questionada sobre o interesse e disponibilidade em participar neste estudo, sendo efetuado o esclarecimento necessário para a obtenção do consentimento informado e, caso fosse aceite, agendava-se uma data para a colheita de dados. Chegado esse dia, iniciava-se pelo consentimento e, após o mesmo, seguia-se o preenchimento do questionário (Anexo V) e, caso a pessoa idosa tivesse dúvidas, eram esclarecidas no momento.

Porém, em nenhum momento, era identificada a pessoa idosa aquando do preenchimento completo do questionário e ao investigador chegavam apenas os questionários preenchidos que posteriormente foram lançados numa base de dados para o tratamento estatístico dos mesmos.

Desta forma, o instrumento de tratamento de dados, onde foram introduzidos e analisados os dados obtidos do questionário, foi o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM® SPSS), versão 23.0 para Windows. Trata-se de um software aplicativo que permite o trabalho estatístico de questões no âmbito das ciências sociais, onde foram extraídos os principais resultados descritivos e inferenciais, sendo que os dados serão posteriormente apresentados em função dos resultados obtidos, através de orientações para a construção de um programa de reabilitação.

Para os resultados descritivos apresentados nesta dissertação recorreremos à verificação de frequências (n) e percentagens (%), com quadros de frequências absolutas e percentuais, bem como ao cálculo de medidas de tendência central (média (M), moda e mediana) e às medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão (DP)).

2. PERCURSO PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA

Após a revisão teórica e a apresentação do desenho de estudo, neste capítulo passamos a descrever e explicar o fenómeno em estudo, através da descrição, análise e interpretação dos resultados descritivos e inferenciais obtidos pelos dados recolhidos, com o objetivo *major* de construir um caminho lógico que termina na conceção de orientações para a definição de um programa de reabilitação especializado para pessoas idosas.

Inicialmente, para uma melhor organização dos resultados, apresentam-se, primeiramente, a caracterização do perfil da amostra, com os resultados relativos à descrição das características sociodemográficas, das condições de saúde e da atividade física da mesma. Em seguida, expõe-se o momento de interface dos resultados obtidos do estudo e o tratamento de dados. Por último, realiza-se a análise dos dados, com a explicação dos mesmos, para poderem conceber-se especificamente as orientações para a definição de referido programa.

2.1. CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

De modo a intervir eficazmente no problema em estudo, temos de compreender a sua etiologia e, para isso, iniciamos o capítulo com a caracterização do perfil dos/as participantes.

Procuramos, para uma melhor interpretação e análise dos dados obtidos, recorrer à utilização de tabelas e quadros, com o intuito de compreender melhor a distribuição e, também, como suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

A análise descritiva dos dados é um processo que permite descrever as características da amostra em estudo procurando uma resposta para a questão de investigação, recorrendo a testes estatísticos, com o intuito de resumir um conjunto de dados brutos, necessários ao investigador (Fortin, 2009). Possibilita, assim, estabelecer relações entre a teoria e a prática, de forma a propor novas sugestões.

Recapitulando, a população-alvo deste estudo é constituída por pessoas idosas de 26 freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, onde foi constituída uma amostra não probabilística por conveniência, num total de 2461 idosos com mais de 65 anos de idade.

2.1.1. DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

A caracterização da amostra no que respeita às variáveis sociodemográficas constitui um aspeto relevante a ser detalhadamente analisado, uma vez que nos permite caracterizar de uma forma global a população em estudo. Desta forma, apresentaremos a descrição individual de cada variável. Importante referir que foi selecionada a coloração cinzenta para todo o “Total” que afigure dados omissos, de forma a permitir uma distinção mais perceptível e compreensível.

TABELA 4: Caracterização da amostra segundo o Sexo

SEXO	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Masculino	800	32,5	32,5	32,5
Feminino	1661	67,5	67,5	100,0
Total	2461	100,0	100,0	

A amostra em estudo é representada predominantemente por mulheres com 67,5%, representando o dobro da quantidade da população masculina com 32,5% (Tabela 4).

TABELA 5: Caracterização da amostra segundo a classe de Idades

Classe de Idades	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
65 a 69 anos	956	38,8	38,8	38,8
70 a 79 anos	999	40,6	40,6	79,4
80 a 89 anos	462	18,8	18,8	98,2
Mais de 90 anos	44	1,8	1,8	100,0
Total	2461	100,0	100,0	

Previamente à apresentação dos dados, é importante explicar que, para melhor compreensão e análise de dados, procedeu-se à divisão da classe de idades por décadas, obtendo quatro classes distintas. A classe de idades mais representada na amostra é a dos 70 a 79 anos com 40,6%; com uma pequena diferença percentual, sucede-se a classe de idades dos 65 anos a 69 anos representando 38,8%. De seguida, apresenta-se a classe de idades dos 80 a 89 anos com 18,8% e, por último, a classe de mais 90 anos com 1,8%. É possível constatar que 79,4% da amostra tem uma idade inferior a 80 anos, compreendida entre 65 a 79 anos, o que significa que são mais de três quartos dos participantes da amostra (Tabela 5).

De referir que a idade das pessoas idosas do presente estudo alterna entre 65 a 99 anos, obtendo-se uma idade média de 73,02 anos; todavia, é de salientar que o desvio padrão é de 7,05 anos, sendo que a moda é de 65 anos, com uma mediana de 71,00.

TABELA 6: Caracterização da amostra segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Solteiro (a)	568	23,0	23,0	23,0
Casado (a)	1441	58,6	58,6	81,6
Separado (a)	30	1,2	1,2	82,9
Divorciado (a)	53	2,2	2,2	85,0
Viúvo (a)	369	15,0	15,0	100,0
Total	2461	100,0	100,0	

No que respeita ao estado civil, constata-se que a amostra é maioritariamente representada por casados com 58,6%, exibindo mais de metade da amostra, sendo que 23,0% são solteiros, 15,0% são viúvos e apenas 3,4% é divorciada e/ou separada (Tabela 6).

TABELA 7: Caracterização da amostra segundo a Alfabetização: “Saber ler”

SABER LER	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Sim	2216	90,0	90,0	90,0
Não	245	10,0	10,0	100,0
Total	2461	100	100	

Relativamente ao alfabetismo, é possível averiguar que 90,0% da amostra sabe ler, obtendo uma maioria quase absoluta (Tabela 7), facilitando a comunicação e a compreensão através da leitura de informação.

TABELA 8: Caracterização da amostra segundo a Alfabetização: “Saber escrever”

SABER ESCRIVER	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Sim	1976	80,3	80,3	80,3
Não	485	19,7	19,7	100,0
Total	2461	100,0	100,0	

Quanto à capacidade de escrita, verificamos que 80,3% da amostra sabe escrever (Tabela 8). Contudo, pode constatar-se que a capacidade de escrita é menor que a capacidade de leitura.

TABELA 9: Caracterização da amostra segundo a Escolaridade

ESCOLARIDADE	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Nenhuma	1086	44,1	44,1	44,1
Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)	1141	46,4	46,4	90,5
Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)	125	5,1	5,1	95,6
Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)	49	2,0	2,0	97,6
Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu / propedêutico)	33	1,3	1,3	98,9
Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica	6	0,2	0,2	99,1
Bacharelato	4	0,2	0,2	99,3
Licenciatura	14	0,6	0,6	99,9
Mestrado	2	0,1	0,1	100,0
Doutoramento	1	0,0	0,0	100,0
Total	2461	100,0	100,0	

No que concerne à escolaridade, podemos apurar que a maioria da amostra apresenta o 1º ciclo do ensino básico (4º ano antigo), representando 46,4%; com a diferença de apenas 2,3%, seguem-se as pessoas idosas sem nenhuma habilitação literária, com 44,1%. E apenas 9,5% da amostra refere ter mais que o 1º ciclo, sendo que 7,1% possui o 2º e 3º ciclos, 1,3% possui o 12º ano e 1,1% possui o ensino pós-secundário, bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento (Tabela 9). Estes dados apontam para algumas dificuldades na comunicação, compreensão, leitura e escrita, pois a maioria dos indivíduos da amostra se situa entre o 1º ciclo do ensino básico e a ausência de escolaridade.

TABELA 10: Caracterização da amostra segundo a Fonte de Rendimento

FONTE RENDIMENTO	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Trabalho	888	36,1	36,1	36,1
Reforma ou pensão	1561	63,4	63,4	99,5
Rendimento social de inserção	5	0,2	0,2	99,7
Outra	7	0,3	0,3	100,0
Total	2461	100		

Quanto à fonte de rendimento, constata-se que mais de metade das pessoas idosas é reformada com 63,4%; porém, 36,1% ainda tem rendimentos provenientes do exercício profissional (Tabela 10).

2.1.2. DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Segue-se a caracterização no que respeita às variáveis da condição de saúde da amostra em estudo, de forma a analisar a percepção e o estado de saúde da população, pelo que passaremos a descrever variável a variável.

TABELA 11: Caracterização da amostra segundo a percepção do estado de saúde

PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Muito Bom	724	29,4	31,4	31,4
Bom	1061	43,1	46,0	77,4
Mau	475	19,3	20,6	98,0
Muito mau	49	2,0	2,0	100,0
Total	2309	93,8	100,0	
Omissos	152	6,2		
Total	2461	100,0		

Relativamente à percepção do estado de saúde, 2309 pessoas idosas responderam a esta questão, salientando-se que 6,2% da amostra optaram por não responder (Tabela 11).

Assim, das respostas obtidas, quando questionados sobre como consideram o seu estado de saúde, verificamos que quase três quartos da amostra, 77,4%, percecionam o seu estado de saúde como bom (46,0%) e muito bom (31,4%), obtendo a autoperceção de bom superioridade. É manifestamente inferior o número de pessoas idosas que consideram o seu estado de saúde mau (20,6%) e muito mau (2,0%).

TABELA 12: Caracterização da amostra segundo a Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Desnutrido	43	1,7	1,9	1,9
Risco de desnutrição	154	6,3	6,6	8,5
Eutrofia	363	14,8	15,7	24,2
Pré-obesidade	1623	65,9	70,0	94,2
Obesidade	134	5,4	5,8	100,0
Total	2317	94,1	100,0	
Omissos	144	5,9		
Total	2461	100,0		

No que diz respeito ao IMC, este é predominantemente elevado, uma vez que mais de três quartos da amostra, 75,8%, são pré-obesos (70,0%) e obesos (5,8%), obtendo a pré-obesidade a maioria. Contrastando com os 15,7% da população idosa com Eutrofia e com os 8,5% com baixo peso (risco de desnutrição: 6,6% e desnutrição: 1,9%) (Tabela 12).

TABELA 13: Caracterização da amostra segundo as patologias

PATOLOGIAS	Sim		Não		Não responde		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Doenças cerebrovasculares (AVC)	162	7,8	1632	78,7	279	13,5	2073
Doença cardiovascular (Enfarte, HTA,...)	354	21,4	1243	74,9	62	3,7	1659
Doença neurológica (Parkinson)	154	9,9	1331	85,3	75	4,8	1560
Doença musculoesquelética e osteoarticular	680	35,5	1184	62,5	39	2,0	1903
Doença oncológica	153	9,9	1318	85,3	75	4,8	1546
Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite)	277	15,2	1510	82,6	41	2,2	1828
Doença endócrina (Diabetes)	629	33,1	1227	64,6	44	2,3	1900
Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	218	11,9	1562	85,8	47	2,6	1827
Doença Psiquiátrica (Depressão)	375	20,2	1436	77,2	49	2,6	1860

Em relação às patologias dos idosos, apesar de alguns participantes terem omitido esta questão, globalmente, verificamos que as patologias mais comuns são as doenças musculoesqueléticas e osteoarticulares, obtendo mais de um terço da amostra com 35,5%; relativamente próximas, estão as doenças endócrinas com 33,1% da amostra, seguindo-se as doenças cardiovasculares com 21,4% e as doenças psiquiátricas com 20,2% (Tabela 13).

TABELA 14: Caracterização da amostra segundo os sintomas/manifestações

SINTOMAS/MANIFESTAÇÕES	Sim		Não		Não responde		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Perda de urina	289	16,0	1463	81,8	52	2,9	1804
Sentimentos de tristeza persistente	413	21,7	1415	74,5	72	3,8	1900
Alterações de memória	391	25,0	1108	70,7	68	4,3	1567
Dor musculoesquelética e osteoarticular	811	42,0	1066	55,2	55	2,8	1932
Dificuldade em andar	763	39,3	1127	58,0	52	2,7	1942
Desequilíbrios constantes	644	33,6	1229	64,1	44	2,3	1917
Diminuição da audição	834	42,0	1117	56,3	34	1,7	1985
Diminuição da visão	947	48,1	987	50,2	34	1,7	1968

Em acréscimo à presença de patologias na amostra conforme supracitado, avaliamos também a presença de sintomas e/ou manifestações clínicas que possam interferir com o cotidiano das participantes (Tabela 14). Desse modo, e apesar de, à semelhança com a questão anterior, preexistirem omissões na resposta à mesma, foi possível verificar que quase metade da população em estudo apresenta diminuição da visão (48,1%), seguida da diminuição da audição (42,0%).

É de salientar que possuindo a mesma percentagem, estão as dores musculoesqueléticas e osteoarticulares com 42,0%, imediatamente precedidas da dificuldade em andar com 39,3% e da presença de desequilíbrios constantes, com 33,6%. Também se verificam na amostra, alterações de memória (25,0%), sentimentos de tristeza persistente (21,7%) e perdas de urina (16,0%).

Estes dados são importantíssimos como indicativos para a elaboração das orientações para a definição de um programa de reabilitação específico para população alvo.

TABELA 15: Caracterização da amostra segundo o grau de Dependência

Dependência	Frequência (n)	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)	Percentagem acumulativa (%)
Independente	540	21,9	26,5	26,5
Moderadamente dependente necessita de alguma ajuda	1083	44,0	53,1	79,6
Severamente dependente	415	16,9	20,4	100,0
Total	2038	82,8	100,0	
Omissos	423	17,2		
Total	2461	100,0		

No que diz respeito ao grau de dependência da nossa amostra, é possível constatar que mais de um terço é moderadamente dependente, necessitando de alguma ajuda (53,1%). De seguida, apresentam-se os idosos independentes com um quarto da amostra (26,5%). E, por último, observamos o grau de dependência Severo (20,4%), como se explana na Tabela 15.

2.1.3. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é o nosso foco nesta dissertação, uma vez que através dela está a atuar-se na promoção de saúde e na manutenção da independência das pessoas idosas. Por esse motivo, a caracterização no que respeita à variável da atividade física da amostra em estudo adota um lugar de destaque.

TABELA 16: Caracterização da amostra segundo as atividades físicas diárias

ATIVIDADE FÍSICA	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso)	581	23,6	1880	76,4	2461	100,0
Geralmente uso as escadas em vez de elevador	696	28,3	1765	71,7	2461	100,0

Relativamente à atividade física diária, verificamos que predominantemente as pessoas idosas não se deslocam nas suas atividades a pé ou de bicicleta, representando 76,4% da amostra, isto é, mais de três quartos das pessoas idosas. Assim como destacamos que, maioritariamente, as pessoas idosas não utilizam as escadas, mas sim o elevador como meio de transporte (71,7%). Por outro lado, em minoria, apuramos que 23,6% se desloca nas suas atividades a pé ou de bicicleta, nomeadamente 581 participantes, e 28,3% utiliza as escadas como meio, mais concretamente 696 participantes, como se explicita na Tabela 16. Dados estes, que são fulcrais para se ter uma noção da forma de locomoção diária dos participantes da amostra.

TABELA 17: Caracterização da amostra segundo a descrição das atividades físicas diárias

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADE DIÁRIAS	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Passo maior parte do tempo sentado ou caminho distâncias curtas	1298	52,7	1163	47,3	2461	100,0
Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais	724	29,4	1737	70,6	2461	100,0
Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)	402	16,3	2059	83,7	2461	100,0

Na descrição das atividades físicas diárias averigua-se que mais de metade da amostra passa a maior parte do tempo sentado ou apenas caminha por curtas distâncias (52,7%).

Assim como, preponderantemente, a população em análise não realiza atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais, obtendo 70,6% da amostra, isto é, quase três quartos dos participantes do estudo. Também, maioritariamente, as pessoas idosas não realizam atividades físicas intensas (83,7%), evidenciando um valor elevado com mais de três quartos da amostra.

Na análise positiva desta componente, que se apresenta em minoria, é possível observar que 47,3% das pessoas idosas não passa a maior parte do tempo sentada, correspondendo a 1163 participantes. Mais discrepante ainda, verificamos que apenas 29,4% realiza atividades físicas moderadas, nomeadamente 724 participantes, e também apuramos que somente 16,3% realiza atividades físicas intensas, mais concretamente 402 participantes (Tabela 17).

TABELA 18: Caracterização da amostra segundo as atividades de lazer

ATIVIDADES DE LAZER	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana)	510	20,7	1951	79,3	2461	100,0
Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança	151	6,1	2310	93,9	2461	100,0
Quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar	523	21,3	1938	78,7	2461	100,0
Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada	172	7,0	2289	93,0	2461	100,0
Participo em aulas de ioga ou <i>tai-chi-chuan</i> regularmente	135	5,5	2326	94,5	2461	100,0
Faço musculação duas ou mais vezes por semana	169	6,9	2292	93,1	2461	100,0

Quanto às atividades de lazer, constatamos predominantemente que a atividade física leve não faz parte do tempo de lazer das pessoas idosas (79,3%). No que se refere à participação em alguma atividade física, a amostra apresenta-se quase unânime ao ostentar 93,9% das pessoas idosas que não participa em nenhum tipo de dança; igualmente, as pessoas idosas não fazem ginástica localizada, nem musculação, no mínimo de duas vezes por semana, com 93,0% e 93,1% respetivamente; e em maioria quase absoluta, os participantes da amostra não participam em aulas de ioga ou *tai-chi-chuan* regularmente, obtendo 94,5% das pessoas idosas. Assim como salientamos que aquando de momentos de tensão a realização de exercícios de relaxamento não se inclui na prática de 78,7% das pessoas idosas, sendo este um foco a ter em atenção (Tabela 18).

Por outro lado, na análise positiva das atividades de lazer, apuramos que a incidência é maior na realização de exercícios de relaxamento aquando de momentos de tensão com 21,3%, correspondendo a 523 participantes; de seguida, verificamos que a atividade física leve faz parte do tempo de lazer de apenas 20,7% das pessoas idosas, nomeadamente 510 participantes. No que se refere à participação em alguma atividade física, a ginástica localizada e a musculação, no mínimo de duas vezes por semana, apresentam 7,0% e 6,9% respetivamente, com 172 participantes e com 169 participantes; e somente 6,1% participa em algum tipo de dança com 151 participantes; e com menos incidência, 5,5%, surge a participação em aulas de ioga ou *tai-chi-chuan* regularmente, evidenciando apenas 135 participantes.

TABELA 19: Caraterização da amostra segundo a prática desportiva

Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uma vez por semana	15	0,6	2446	99,4	2461	100,0
Dois vezes por semana	1085	44,1	1376	55,9	2461	100,0
Três ou mais vezes por semana	175	7,1	2286	92,9	2461	100,0

Relativamente à prática desportiva, mais precisamente no que diz respeito ao ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto de 30 minutos ou mais por jogo, observamos que, em maioria absoluta, a amostra não pratica nenhum desporto, uma vez por semana, ostentando 99,4% dos participantes; verificamos que mais de metade da amostra não pratica desporto, duas vezes por semana, obtendo 55,9%; e apuramos que, no que se refere à prática três vezes ou mais por semana, 92,9% não a realiza, remetendo novamente para uma maioria esmagadora, expressa na Tabela 19.

Por outro lado, na análise positiva da prática desportiva, verificamos que a maior incidência da prática é duas vezes por semana (44,1%), correspondendo a 1085 pessoas idosas. De seguida, com maior discrepância, apresenta-se a prática três vezes ou mais por semana com 7,1%, nomeadamente 175 participantes. E a menor incidência está localizada na prática uma vez por semana com 0,6% das pessoas idosas, mais concretamente 15 participantes.

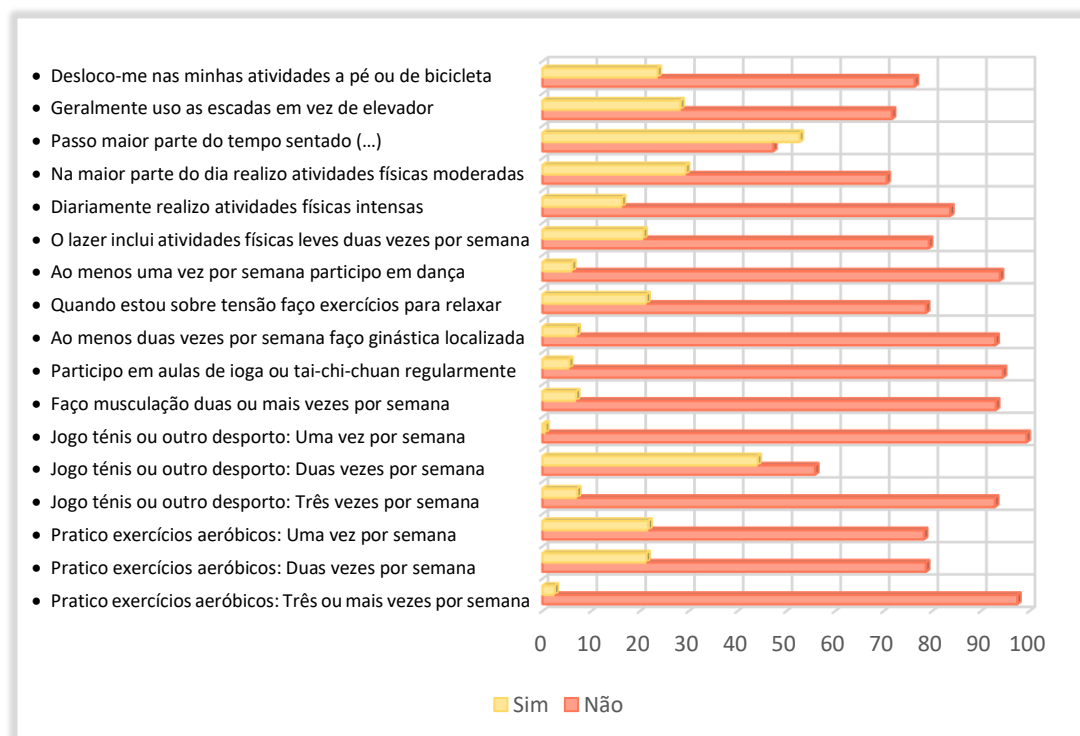
TABELA 20: Caracterização da amostra segundo a prática de exercícios aeróbicos

Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uma vez por semana	534	21,7	1927	78,3	2461	100,0
Duas vezes por semana	524	21,3	1937	78,7	2461	100,0
Três ou mais vezes por semana	61	2,5	2400	97,5	2461	100,0

No que diz respeito à prática de exercícios aeróbicos fortes, como correr, pedalar, remar ou nadar, por um período mínimo de 20 minutos, é possível observar que mais de três quartos da amostra não pratica nem uma vez por semana, nem duas vezes por semana, auferindo 78,3% e 78,7% respetivamente, e em maioria quase absoluta, 97,5% das pessoas idosas não praticam três ou mais vezes por semana.

Porém, na análise positiva da prática de exercícios aeróbicos fortes, a maior incidência apresenta-se na frequência de uma vez por semana, com 21,7%, correspondendo a 534 participantes, imediatamente a seguir está a frequência duas vezes por semana, com 21,3%, nomeadamente 524 participantes, por último, com uma evidência ainda mais discrepante está a frequência no mínimo três vezes por semana com 2,5%, mais concretamente com 61 participantes, conforme explanado na Tabela 20.

FIGURA 7: Gráfico da Distribuição da amostra segundo a atividade física habitual



Esquematizando melhor para uma interpretação mais fácil, bem como uma compreensão mais profunda, apresentamos a Figura 7 com a atividade física habitual dos idosos do estudo.

A atividade física analisada por classes ocupa um lugar de relevo, uma vez que permite uma melhor compreensão sobre o nível de atividade física praticado pelas pessoas idosas.

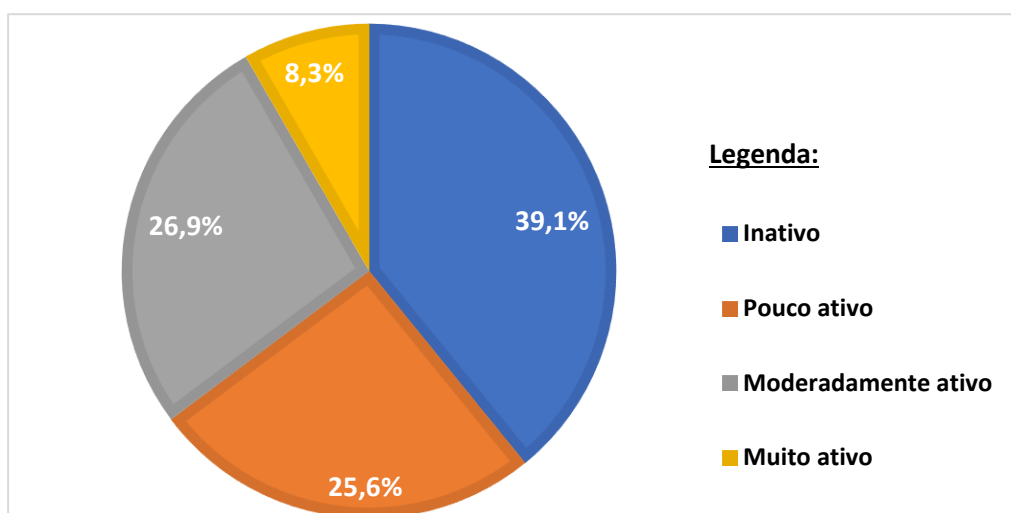
Assim, de modo a sistematizar melhor a atividade física habitual da população da amostra, recorreu-se às orientações de Nahas (2013) na escala sobre avaliação da atividade física, através do somatório dos itens, conforme supracitado (0-5 pontos: inativo, 6-11 pontos: pouco ativo, 12-20 pontos: moderadamente ativo e 21 ou mais pontos: muito ativo).

TABELA 21: Caracterização da amostra segundo a Classe de atividade

Classe de atividade	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Porcentagem válida (%)	Porcentagem acumulativa (%)
Inativo	963	39,1	39,1	39,1
Pouco ativo	630	25,6	25,6	64,7
Moderadamente ativo	663	26,9	26,9	91,7
Muito ativo	205	8,3	8,3	100,0
Total	2461	100,0	100,0	

Deste modo, analisada a atividade física por classes, constatamos que o comportamento com maior incidência é a inatividade com 39,1%, correspondendo a 963 participantes; porém logo a seguir evidencia-se o moderadamente ativo com 26,9%, nomeadamente com 663 participantes, o que permite explicar a pertinência da realização deste estudo nas pessoas idosas (Tabela 21). Também, com 25,6% observamos o comportamento pouco ativo e, por último, apuramos que o comportamento com menor incidência é o muito ativo com 8,3%, conforme esquematizado no gráfico da Figura 8.

FIGURA 8: Gráfico de Distribuição da amostra segundo a Classe de atividade



2.1.4. SOBRE O PERFIL DOS PARTICIPANTES

Para uma melhor compreensão da caracterização da amostra em estudo, coletamos os dados fulcrais da mesma, com o intuito de definir o perfil das pessoas idosas.

Desta forma e face ao primeiro objetivo formulado para esta dissertação, designadamente, “Caraterizar as pessoas idosas participantes do estudo”, apuramos que o perfil da pessoa idosa em análise é, maioritariamente, feminino (67,5%), com idade compreendida entre os 70 a 79 anos (40,6%) e casada (58,6%). Relativamente à alfabetização, é possível concluir que a pessoa idosa sabe ler e escrever (90% e 80,3%, respetivamente), bem como apresenta de escolaridade, o ensino básico referente ao 1º ciclo (4º ano antigo) (46,4%). A pessoa idosa é reformada (63,4%) e classifica o seu estado de saúde como Bom (46,0%). Todavia, a pessoa idosa é pré-obesa (70,0%) e menciona padecer da doença musculoesquelética e osteoarticular (35,5%) e da doença endócrina (33,1%). Associado às patologias, a pessoa idosa apresenta como sintomas a diminuição da visão (48,1%) juntamente com a diminuição da audição e dores musculoesqueléticas e osteoarticulares (ambas com 42,0%), dificuldade em andar (39,3%) e desequilíbrios constantes (33,6%). No que diz respeito à dependência, é possível constatar que mais de metade é moderadamente dependente, necessitando de alguma ajuda (53,1%).

No que concerne à temática fulcral em análise, a atividade física e ao objetivo “Caraterizar a atividade física das pessoas idosas”, foi possível verificar que a pessoa idosa em estudo não se desloca a pé nem de bicicleta diariamente nas suas atividades de vida (76,4%) e escolhe geralmente o elevador como meio em vez das escadas (71,7%). Estamos perante um perfil que passa a maior parte do tempo sentado (52,7%), bem como caminha apenas curtas distâncias (52,7%). Por conseguinte, não realiza atividade físicas moderadas, como caminhar rápido (70,6%), e, muito menos, atividades físicas intensas diariamente (83,7%). Quando abordamos as atividades praticadas aquando do momento de lazer, verificamos que a pessoa idosa não opta por atividades físicas leves, como caminhar (79,3%) da mesma forma que não pratica nenhum tipo de dança pelo menos uma vez por semana (93,9%), não participa em aulas de ioga ou *tai-chi-chuan* (94,5%), não realiza ginástica localizada pelo menos duas vezes por semana (93,0%) e não faz musculação no mínimo de duas vezes por semana (93,1%), pelo que nem em momentos de tensão opta por exercícios de relaxamento para controlo da situação (78,7%). Relativamente à prática desportiva, no que se refere à participação em ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto verificamos que não joga nem uma vez por semana (99,4%), nem duas vezes por semana (55,9%) nem três ou mais vezes por semana

(92,9%). Do mesmo modo que não pratica exercícios aeróbicos fortes, nomeadamente correr, pedalar, remar ou nadar, num período mínimo de 20 minutos por sessão nem uma vez por semana (78,3%), nem duas vezes por semana (78,7%) nem três ou mais vezes por semana (97,5%).

Assim, culminamos a caracterização com a constatação que a pessoa idosa em estudo é maioritariamente inativa (39,1%).

2.2. DA IDADE AO ESTADO DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS

De modo a tornar as orientações para um Programa de Reabilitação mais coerentes com o perfil dos idosos e tendo em conta o terceiro objetivo do presente trabalho “Avaliar a representação da idade face ao estado de saúde das pessoas idosas”, fomos indagar se a idade tem representações diferentes face as dimensões do estado de saúde dos mesmos.

De ressaltar que foi aplicada a denominação por décadas, detalhadamente, a primeira década é a classe dos 65 a 69 anos, a segunda década é a dos 70 a 79 anos, a terceira década é a dos 80 a 89 anos e a quarta década é a de mais 90 anos. Ainda mais importante de referir é que foi selecionada a coloração cinzenta para todo o “Total” de dados que auferiram dados omissos, de forma a facilitar uma distinção mais perceptível e compreensível.

TABELA 22: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e a Perceção do estado de saúde

PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	65 a 69 anos		70 a 79 anos		80 a 89 anos		Mais de 90 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bom	289	12,5	315	13,6	111	4,8	9	0,4	724	31,4
Bom	440	19,1	419	18,1	188	8,1	14	0,6	1061	46,0
Mau	139	6,0	188	8,1	133	5,8	15	0,6	475	20,6
Muito mau	10	0,4	21	0,9	14	0,6	4	0,3	49	2,1
Total	878	38,0	943	40,8	446	19,3	42	1,8	2309	100,0

No que concerne a perceção do estado de saúde, é possível observar que em todas as faixas etárias o que predomina é a consideração de um bom estado de saúde, sendo que a primeira década teve o maior valor percentual com 19,1%, seguida pela segunda década com 18,1%. De seguida, nas duas primeiras décadas, representa-se a perceção muito boa e, só depois, a

má e, por último, a muito má. Contudo, há uma inversão visível na Tabela 22 nesta sequência nas duas últimas décadas (80 a 89 anos e mais de 90 anos), uma vez que após a percepção de bom, segue-se a percepção com mau estado de saúde (5,8% e 0,6%, respetivamente), sucedida pelo muito bom e por último o muito mau.

TABELA 23: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e o IMC

IMC	65 a 69 anos		70 a 79 anos		80 a 89 anos		Mais de 90 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desnutrido	9	0,4	18	0,8	14	0,6	2	0,1	43	1,9
Risco de desnutrição	61	2,6	50	2,2	40	1,7	3	0,1	154	6,6
Eutrofia	139	6,0	141	6,1	74	3,2	9	0,4	363	15,7
Pré-obesidade	653	28,2	675	29,1	268	11,6	27	1,2	1623	70,0
Obesidade	44	1,9	58	2,5	30	1,3	2	0,1	134	5,8
Total	906	39,1	942	40,7	426	18,4	43	1,9	2317	100,0

Relativamente ao IMC da nossa amostra em estudo, foi possível constatar que em todas as faixas etárias o que predomina é a pré-obesidade, adquirindo o seu valor mais elevado na segunda década com um valor de 29,1% e sucedida, imediatamente, pela primeira década com 28,2%. Com uma diferença mais evidente de valores percentuais, segue-se a terceira década igualmente pré-obesa com 11,6%. De seguida, observa-se a segunda década com eutrofia através de 6,1%, logo após, e com o mesmo IMC, verifica-se a primeira década com 6,0% e a terceira década com 3,2% (Tabela 23).

De salientar que as pessoas idosas com obesidade se apresentam com mais evidência na segunda década (2,5%) e na primeira década (1,9%), seguidas pela terceira década e, por último, a quarta década.

TABELA 24: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e as Doenças

DOENÇAS		65 a 69 anos		70 a 79 anos		80 a 89 anos		Mais de 90 anos		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerebrovasculares	Sim	55	2,7	57	2,8	46	2,1	4	0,2	162	7,8
	Não	612	29,5	662	31,9	302	14,6	24	1,2	1600	77,2
Cardiovasculares	Sim	121	7,3	148	8,9	80	4,8	5	0,3	354	21,3
	Não	468	28,2	504	30,4	250	15,1	21	1,3	1243	74,9
Neurológicas	Sim	50	3,2	67	4,3	32	2,1	5	0,3	154	9,9
	Não	494	31,7	528	33,8	287	18,4	22	1,4	1331	85,3
Musculoesqueléticas	Sim	208	10,9	287	15,1	173	9,1	12	0,6	680	35,7
	Não	487	25,6	487	25,6	193	10,1	17	0,9	1184	62,2
Oncológicas	Sim	52	3,4	67	4,3	31	2,0	3	0,2	153	9,9
	Não	485	31,4	528	34,2	281	18,2	24	1,6	1318	85,3
Respiratórias	Sim	86	4,7	106	5,8	75	4,1	10	0,5	277	15,2
	Não	580	31,7	631	34,5	280	15,3	19	1,0	1510	82,6
Endócrinas	Sim	233	12,3	262	13,8	124	6,5	10	0,5	629	33,1
	Não	464	24,4	503	26,5	241	12,7	19	1,0	1227	64,6
Sistema Nervoso	Sim	82	4,5	94	5,1	36	2,0	6	0,3	218	11,9
	Não	580	31,7	639	35,0	321	17,6	22	1,2	1562	85,8
Psiquiátricas	Sim	151	8,1	161	8,7	62	3,3	1	0,1	375	20,2
	Não	525	28,2	592	31,8	293	15,8	26	1,4	1436	77,2

Na tabela das doenças foram omitidas as respostas em branco e privilegiadas as respostas positivas e negativas para a análise deste estudo.

Deste modo, foi possível verificar que, no que se refere às respostas positivas da presença de cada doença, estas foram mais evidentes na década de 70 a 79 anos, com maior incidência percentual que as restantes décadas. Seguidamente, constata-se maior presença de doenças na classe de idades de 65 a 69 anos, sucedida pela década 80 a 89 anos e por último em mais de 90 anos. Por outro lado, podemos constatar que as doenças mais frequentes neste grupo são: as doenças Musculoesqueléticas (15,1%), as Endócrinas (13,8%), as Cardiovasculares (8,9%) e as Psiquiátricas (8,7%) (Tabela 24).

TABELA 25: Distribuição da amostra segundo a classe de Idades e os Sintomas

SINTOMAS		65 a 69 anos		70 a 79 anos		80 a 89 anos		Mais de 90 anos		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perda de urina	Sim	72	4,0	100	5,5	103	5,7	14	0,8	289	16,0
	Não	565	31,3	636	35,3	250	13,9	12	0,7	1463	81,8
Sentimentos de tristeza	Sim	140	7,4	180	9,5	86	4,5	8	0,4	413	21,7
	Não	534	28,1	587	30,9	270	14,2	24	1,3	1415	74,5
Alterações de memória	Sim	111	7,1	154	9,8	112	7,1	14	0,9	391	25,0
	Não	410	26,2	461	29,4	216	13,8	21	1,3	1108	70,7
Dor músculoesquelética	Sim	271	14,0	335	17,3	187	9,7	18	0,9	811	42,0
	Não	419	21,7	452	23,4	177	9,2	18	0,9	1066	55,2
Dificuldade em andar	Sim	207	10,7	314	16,2	218	11,2	24	1,2	763	39,3
	Não	483	24,9	478	24,6	154	7,9	12	0,6	1127	58,0
Desequilíbrios constantes	Sim	222	11,6	270	14,1	138	7,2	14	0,7	644	33,6
	Não	475	24,8	512	26,7	220	11,5	22	1,1	1229	64,1
Diminuição da audição	Sim	283	14,3	329	16,6	201	10,1	21	1,1	834	42,0
	Não	442	22,3	477	24,0	182	9,2	16	0,8	1117	56,3
Diminuição da visão	Sim	322	16,4	392	19,9	212	10,8	21	1,1	947	48,1
	Não	398	20,2	409	20,8	163	8,3	17	0,9	987	50,2

No quadro dos sintomas foram omitidas as respostas em branco e privilegiadas as respostas positivas e negativas para a análise destes dados. Deste modo, apurou-se que, no que se refere à presença de cada sintoma questionado, estes evidenciam-se predominantemente na década de 70 a 79 anos, sucedida pela classe de idade de 65 a 69 anos, de 80 a 89 anos e por último em mais de 90 anos. Esta sequência das classes de idades altera na totalidade no sintoma de perda de urina, em que a maior incidência é na terceira década, seguida da primeira década, e só depois da segunda e quarta décadas, facto este interessante. Por outro lado, também na dificuldade em andar é observa-se que após o predomínio dos 70 a 79 anos, este sintoma é mais verificado na terceira década, sucedido pela primeira e quarta décadas. Em suma, constata-se que os sintomas mais frequentes se observam na segunda década e são: a diminuição da visão (19,9%), a dor musculoesquelética (17,3%), a diminuição da audição (16,6%) e a dificuldade em andar (16,2%), demonstrando-se a pertinência deste estudo na atuação preventiva dos sintomas mais frequentes evidenciados (Tabela 25).

2.3. A ATIVIDADE FÍSICA DAS PESSOAS IDOSAS

Na atividade física, sendo o foco deste estudo, é fundamental perceber que fatores condicionam a sua etiologia. Para isso, neste capítulo, objetivamos alcançar o seguinte propósito supracitado: “Caraterizar a atividade física praticada pelas pessoas idosas, tendo em conta as caraterísticas sociodemográficas e as condições de saúde”, bem como se principio o vasto objetivo “Analisar a prática de atividade física na população com idade superior a 65 anos”, de modo a descrever com maior particularidade a atividade física praticada segundo a população em análise.

Iniciamos, assim, com a exploração da relação classe de Atividade Física com as variáveis Sociodemográficas, nomeadamente, o sexo, a idade, o estado civil e a escolaridade.

TABELA 26: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e o Sexo

SEXO	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	333	13,5	247	10,0	168	6,8	52	2,1	800	32,5
Feminino	630	25,6	383	15,6	495	20,1	153	6,2	1661	67,5
Total	963	39,1	630	25,6	663	26,9	205	8,3	2461	100,0

Analisando em profundidade a relação entre a classe de atividade e o sexo, constatamos que o que predomina em ambos os sexos é o comportamento de inatividade, sendo as pessoas idosas do sexo feminino as mais inativas (25,6%) e as pessoas idosas do sexo masculino as menos inativas (13,5%). Porém, apresentam um decréscimo não tão acentuado entre as diferentes classes de atividade física como o sexo feminino, sendo que a diferença entre os extremos da atividade física, o inativo e o muito ativo, é de 11,4%; em contrapartida no sexo feminino é de 19,4% (Tabela 26).

TABELA 27: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e a classe de Idades

Classe de Idades	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
65 a 69 anos	316	12,8	262	10,6	286	11,6	92	3,7	956	38,8
70 a 79 anos	369	15,0	260	10,6	291	11,8	79	3,2	999	40,6
80 a 89 anos	249	10,1	103	4,2	77	3,1	33	1,3	462	18,8
90 a 99 anos	29	1,2	5	0,2	9	0,4	1	0,0	44	1,8
Total	963	39,1	630	25,6	663	26,9	205	8,3	2461	100,0

No que diz respeito à classe de idades, apuramos que existe maior incidência do comportamento de Inatividade em todas as classes de idades, prevalecendo a segunda década como a mais inativa (15,0%), seguida pela primeira década (12,8%). Em contrapartida, a seguir é possível observar a segunda e a primeira décadas como moderadamente ativa (11,8% e 11,6%, respectivamente). Posteriormente, evidencia-se o pouco ativo, nomeadamente, na primeira e segunda década com o mesmo valor percentual (10,6%). Podemos, também, verificar que a nossa amostra apresenta menos prevalência na classe de atividade muito ativo, através de valores percentuais baixos (Tabela 27).

TABELA 28: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e estado civil

Estado Civil	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Solteiro (a)	123	5,0	130	5,3	233	9,5	82	3,3	568	23,1
Casado (a)	556	22,6	376	15,3	396	16,1	113	4,6	1441	58,6
Separado (a)	17	0,7	9	0,4	3	0,1	1	0,0	30	1,2
Divorciado (a)	20	0,8	13	0,5	14	0,6	6	0,2	53	2,2
Viúvo (a)	247	10,0	102	4,1	17	0,7	3	0,1	369	15,0
Total	963	39,1	630	25,6	663	26,9	205	8,3	2461	100,0

Relativamente ao estado civil, verificou-se um predomínio de Inatividade em todos os estados civis, com exceção dos solteiros, pelo que os casados são os mais inativos (22,6%), bem como lideram todas as das classes de atividade física. Assim, no que se refere à inatividade, de seguida apresentam-se os viúvos (10,0%) e só depois os solteiros (5,0%), ficando em último os divorciados e/ou separados (0,8% e 0,7%, respectivamente). No comportamento pouco ativo, os casados (15,3%) são sucedidos pelos solteiros (5,3%),

posteriormente os viúvos (4,1%) e os divorciados e separados (0,9%). Os comportamentos moderadamente ativos e muito ativos, demonstram a mesma sucessão, com os casados seguidos dos solteiros, dos viúvos e dos divorciados e/ou separados (Tabela 28).

No gráfico da figura 9 é possível ter uma percepção mais concisa da distribuição da classe de atividade física pelo estado civil conforme o supracitado.

FIGURA 9: Gráfico de Distribuição da Classe de Atividade Física pelo Estado Civil

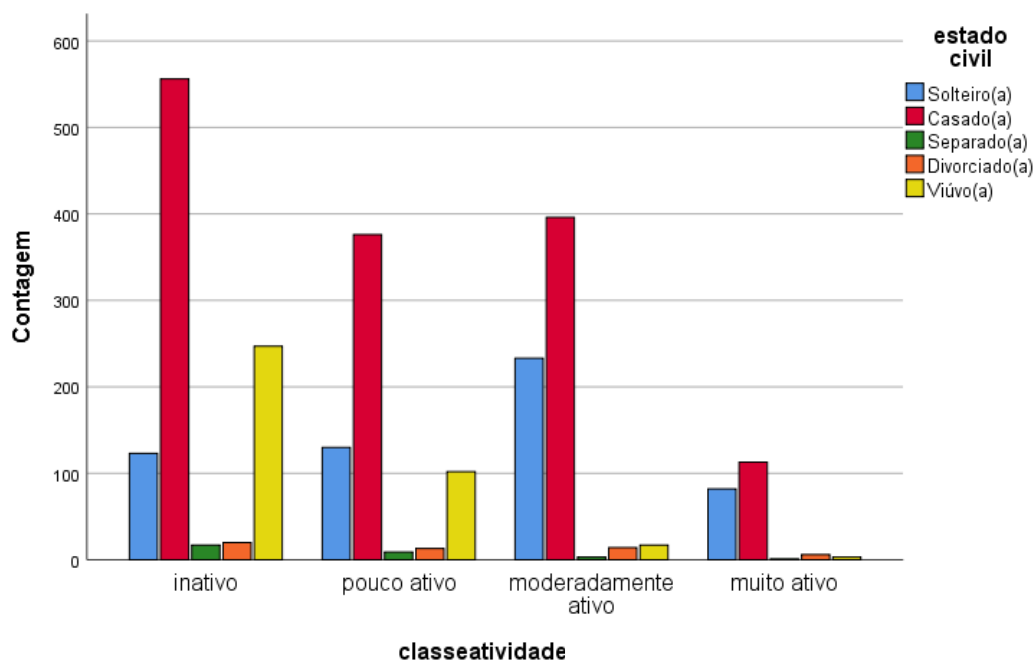


TABELA 29: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e Escolaridade

ESCOLARIDADE	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	294	11,9	211	8,6	420	17,1	161	6,5	1086	44,1
Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)	560	22,8	350	14,2	201	8,2	30	1,2	1141	46,4
Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)	80	3,3	26	1,1	17	0,7	2	0,1	125	5,2
Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)	16	0,7	19	0,8	10	0,4	4	0,2	49	2,1
Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu / propedêutico)	6	0,2	16	0,7	6	0,2	5	0,2	33	1,3
Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica	3	0,1	0	0,0	2	0,1	1	0,0	6	0,2
Bacharelato	0	0,0	2	0,1	2	0,1	0	0,0	4	0,2
Licenciatura	3	0,1	6	0,2	4	0,2	1	0,0	14	0,5
Mestrado	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,0
Doutoramento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Total	963	39,1	630	25,6	663	26,9	205	8,3	2461	100,0

Face à avaliação da escolaridade das pessoas idosas da amostra, verificamos uma maior incidência de Inatividade e pouca Inatividade em todas as escolaridades, exceto na ausência de habilitação literária. O comportamento mais inativo observa-se no 1º ciclo – quarto ano antigo (22,8%), bem como o pouco ativo (14,2%). Por outro lado, no que se refere à atividade praticada, é possível observar que são os idosos que não possuem escolaridade que são os mais moderadamente ativos (17,1%) e os mais ativos (6,5%), seguidos pelos que possuem o 1º ciclo, e pelos restantes, conforme explanado na Tabela 29.

TABELA 30: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e Fonte de Rendimento

FONTE DE RENDIMENTO	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trabalho	160	6,5	173	7,0	401	16,3	154	6,3	888	36,1
Reforma ou pensão	797	32,4	452	18,4	262	10,6	50	2,0	1561	63,4
Rendimento social de inserção	2	0,1	3	0,1	0	0,0	0	0,0	5	0,2
Outra	4	0,2	2	0,1	0	0,0	1	0,0	7	0,3
Total	963	39,1	630	25,6	663	26,9	205	8,3	2461	100,0

Com base na fonte de rendimento das pessoas idosas da amostra, constatamos que o que predomina em todas as fontes é a Inatividade, com exceção das pessoas idosas que trabalham. As pessoas reformadas são as mais inativas (32,4%), assim como as pouco ativas (18,4%). Relativamente aos comportamentos moderadamente ativos e muito ativos, estes são praticados maioritariamente pelas pessoas idosas que trabalham (16,3% e 6,3%, respetivamente) com disparidade apreciável das pessoas reformadas (10,6% e 2,0%), conforme se vê na Tabela 30.

TABELA 31: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e percepção do estado de saúde

ESTADO DE SAÚDE	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito bom	122	5,3	142	6,1	330	14,3	130	5,6	724	31,4
Bom	439	19,0	339	14,7	231	10,0	52	2,3	1061	46,0
Mau	282	12,2	110	4,8	72	3,1	11	0,5	475	20,6
Muito mau	42	1,8	3	0,1	3	0,1	1	0,0	49	2,1
Total	885	38,3	594	25,7	636	27,5	194	8,4	2309	100,0

Relativamente à avaliação do estado de saúde, é possível verificar que ocorre uma acentuada incidência de Inatividade em todos os estados de saúde, exceto na autoperceção de “muito bom”, pelo que as pessoas idosas mais inativas consideraram o seu estado de saúde “bom” (19,0%), assim como as pouco ativas (14,7%), divergindo para as pessoas idosas moderadamente ativas que avaliaram como “muito bom” (14,3%). Por outro lado, no que diz respeito ao comportamento moderadamente ativo e muito ativo, observa-se que maioritariamente consideraram o seu estado de saúde “muito bom” (14,3% e 5,6%,

respetivamente), seguidos pelo “bom” (10,0% e 2,3%), e com grande diferença percentual o “mau” e o “muito mau”, conforme os dados explanados na Tabela 31.

TABELA 32: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e IMC

IMC	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desnutrido	24	1,0	13	0,6	3	0,1	3	0,1	43	1,9
Risco de desnutrição	70	3,0	60	2,6	19	0,8	5	0,2	154	6,6
Eutrofia	175	7,6	133	5,7	45	1,9	10	0,4	363	15,7
Pré-obesidade	520	22,4	347	15,0	575	24,8	181	7,8	1623	70,0
Obesidade	89	3,8	34	1,5	8	0,3	3	0,1	134	5,8
Total	878	37,9	587	25,3	650	28,1	202	8,7	2317	100,0

Face ao IMC das pessoas idosas em estudo, apuramos que o comportamento de Inatividade é predominante em todas as classes de IMC, com exceção da pré-obesidade, pelo que é interessante concluir que as pessoas idosas pré-obesas são em maioria moderadamente ativas (24,8%) imediatamente a seguir, surgem as inativas (22,4%) e as pouco ativas (15,0%) (Tabela 32). Por outro lado, continuamente, a eutrofia enquadra-se na inatividade (7,6%) e na pouca atividade (5,7%), bem como a obesidade (3,8% e 1,5%, respetivamente).

Com o objetivo de esquematizar os dados para uma interpretação mais exata e simplificada, projetamos o gráfico na Figura 10, que explana a distribuição da classe de atividade física pelas distintas categorias do IMC.

FIGURA 10: Gráfico de Distribuição da Classe de Atividade Física pelo IMC

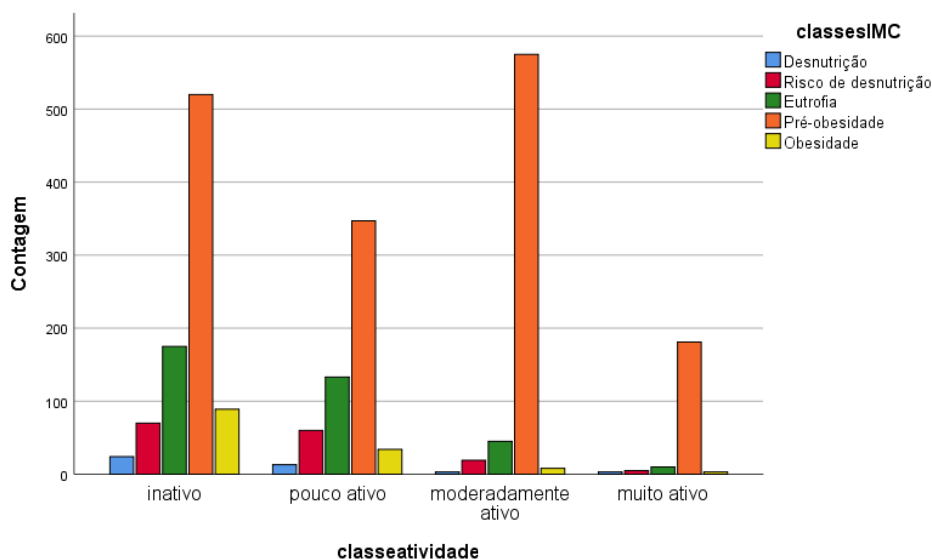
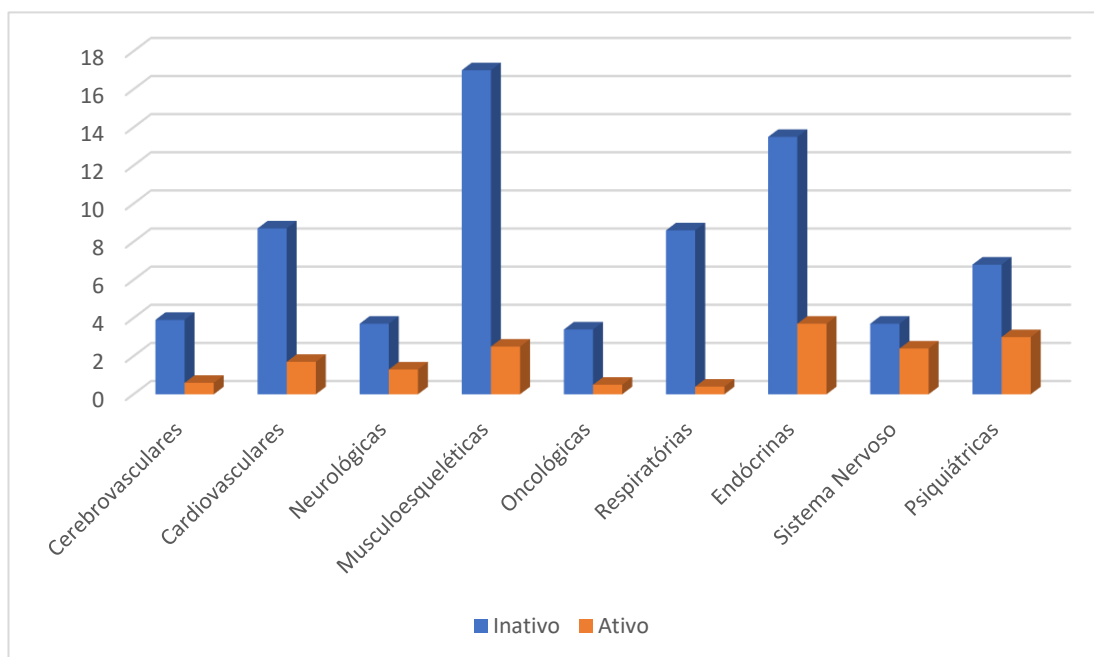


TABELA 33: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e as Doenças

DOENÇAS		Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerebrovasculares	Sim	80	3,9	42	2,0	27	1,3	13	0,6	162	7,8
	Não	587	28,3	424	20,5	446	21,5	143	6,9	1600	77,2
Cardiovasculares	Sim	145	8,7	86	5,2	95	5,7	28	1,7	354	21,3
	Não	523	31,5	349	21,0	281	16,9	90	5,4	1243	74,9
Neurológicas	Sim	57	3,7	32	2,1	45	2,9	20	1,3	154	9,9
	Não	582	37,3	390	25,0	271	17,4	88	5,6	1331	85,3
Musculoesqueléticas	Sim	323	17,0	171	9,0	139	7,3	47	2,5	680	35,7
	Não	388	20,4	314	16,5	380	20,0	102	5,4	1184	62,2
Oncológicas	Sim	53	3,4	45	2,9	47	3,0	8	0,5	153	9,9
	Não	575	37,2	371	24,0	275	17,8	97	6,3	1318	85,3
Respiratórias	Sim	158	8,6	73	4,0	39	2,1	7	0,4	277	15,2
	Não	530	29,0	396	21,7	452	24,7	132	7,2	1510	82,6
Endócrinas	Sim	257	13,5	131	6,9	171	9,0	70	3,7	629	33,1
	Não	449	23,6	365	19,2	332	17,5	81	4,3	1227	64,6
Sistema Nervoso	Sim	67	3,7	38	2,1	70	3,8	43	2,4	218	11,9
	Não	606	33,2	429	23,5	422	23,1	105	5,7	1562	85,5
Psiquiátricas	Sim	126	6,8	72	3,9	121	6,5	56	3,0	375	20,2
	Não	553	29,7	402	21,6	390	21,0	91	4,9	1436	77,2

Na tabela 33, referente à classe de atividade física e às doenças, foram omitidas as respostas em branco e privilegiadas as respostas positivas e negativas para a análise deste estudo. Desta forma, foi possível verificar que, no que se refere às respostas positivas da presença de cada doença, estas evidenciam-se maioritariamente nas pessoas idosas inativas, com maior incidência nas doenças Musculoesqueléticas (17,0%), nas Endócrinas (13,5%), nas Cardiovasculares (8,7%) e nas Respiratórias (8,6%). Sendo que nas doenças Musculoesqueléticas, Respiratórias e Cerebrovasculares, imediatamente a seguir, estão as pessoas idosas pouco ativas (9,0%, 4,0% e 2,0%, respetivamente).

FIGURA 11: Gráfico de Distribuição da Inatividade Vs Atividade pela presença de Doenças



No gráfico da figura 11 é possível visualizar a diferença entre o ser ativo e inativo no que refere à presença das patologias supracitadas. Neste sentido, constatamos que a diferença entre os comportamentos é mais distinta nas doenças Musculoesqueléticas, nas Endócrinas e nas Respiratórias.

TABELA 34: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e os Sintomas

SINTOMAS		Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perda de urina	Sim	180	10,0	59	3,3	39	2,2	11	0,6	289	16,0
	Não	523	29,0	399	22,1	429	23,8	112	6,2	1463	81,1
Sentimentos de tristeza	Sim	194	10,2	78	4,1	112	5,9	29	1,5	413	21,7
	Não	515	27,1	392	20,6	398	20,9	110	5,8	1415	74,5
Alterações de memória	Sim	221	14,1	83	5,3	64	4,1	23	1,5	391	25,0
	Não	456	29,1	348	22,2	229	14,6	75	4,8	1108	70,7
Dor musculoesquelética	Sim	402	20,8	202	10,5	155	8,0	52	2,7	811	42,0
	Não	339	17,5	275	14,2	361	18,7	91	4,7	1066	55,2
Dificuldade em andar	Sim	403	20,8	172	8,9	146	7,5	42	2,2	763	39,3
	Não	356	18,3	319	16,4	352	18,1	100	5,1	1127	58,0
Desequilíbrios constantes	Sim	217	11,3	128	6,7	226	11,8	73	3,8	644	33,6
	Não	502	26,2	362	18,9	288	15,0	77	4,0	1229	64,1
Diminuição da audição	Sim	386	19,4	208	10,5	184	9,3	56	2,8	834	42,0
	Não	380	19,1	297	15,0	347	17,5	93	4,7	1117	56,3
Diminuição da visão	Sim	471	23,9	256	13,0	175	8,9	45	2,3	947	48,1
	Não	294	14,9	249	12,7	341	17,3	103	5,2	987	50,2

Face aos Sintomas, também foram omitidas as respostas em branco e privilegiadas as repostas positivas e negativas para a análise deste estudo. Desse modo, constatamos que, no que se refere à presença de cada sintoma, estas verificam-se predominantemente nas pessoas idosas inativas, com maior incidência nos seguintes sintomas: diminuição da visão (23,9%), dor musculoesquelética (20,8%), bem como a dificuldade em andar (20,8%) e diminuição da audição (19,4%). Prontamente de seguida evidenciam-se, consoante a incidência, as pouco ativas, como é o caso da diminuição da visão (13,0%), dor musculoesquelética (10,5%), bem como a diminuição da audição (10,5%) e a dificuldade em andar (8,9%) (Tabela 34).

No gráfico da figura 12 é possível observar a diferença entre o ser ativo e inativo no que refere à presença dos sintomas supracitados. Deste modo, verificamos que a diferença entre os comportamentos é mais distinta nos sintomas da diminuição da visão, dificuldade em andar, na dor musculoesquelética e na diminuição da audição.

FIGURA 12: Gráfico de Distribuição da Inatividade Vs Atividade pelos Sintomas

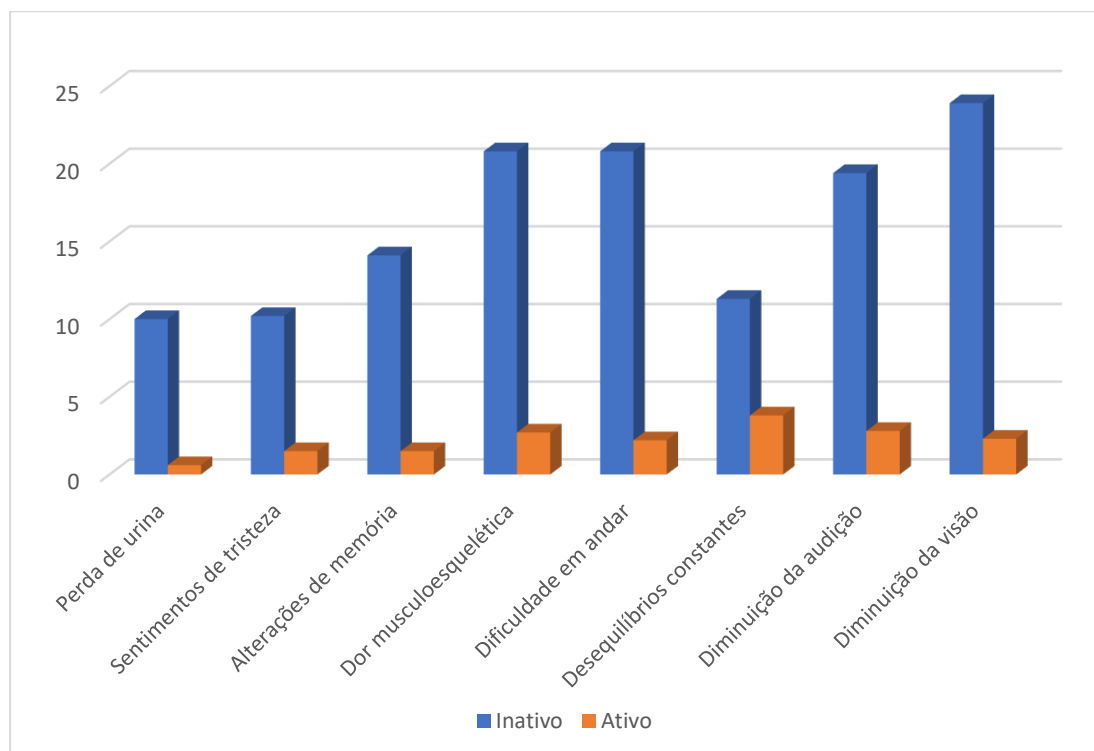


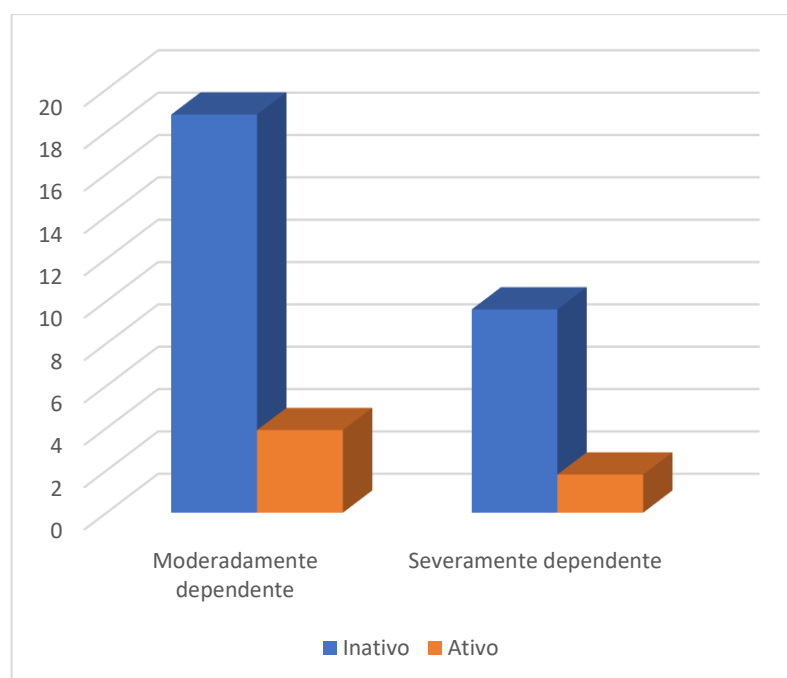
TABELA 35: Distribuição da amostra segundo a classe de Atividade Física e Dependência

Dependência	Inativo		Pouco ativo		Moderadamente ativo		Muito ativo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Independente	179	8,8	120	5,9	166	8,1	75	3,7	540	26,5
Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	383	18,8	321	15,8	299	14,7	80	3,9	1083	53,1
Severamente dependente	196	9,6	69	3,4	114	5,6	36	1,8	415	20,4
Total	758	37,2	510	25,0	579	28,4	191	9,4	2038	100,0

Relativamente ao que se refere à dependência das pessoas idosas em estudo, é possível apurar que o comportamento de Inatividade se evidencia em todas as tipologias de Dependência, sendo que as pessoas moderadamente dependentes são as mais inativas (18,8%), sucedida pelas pouco ativas (15,8%) e moderadamente ativas (14,7%). De seguida, a incidência recai sobre a constatação de as pessoas idosas severamente dependentes serem inativas (9,6%), conforme a Tabela 35.

No gráfico da figura 13 é possível visualizar a diferença entre o ser ativo e inativo no que refere à presença de dependência moderada ou severa. Dessa forma, averiguamos que a diferença entre os comportamentos é mais distinta nos moderadamente dependentes.

FIGURA 13: Gráfico de Distribuição da Inatividade Vs Atividade pela Dependência



2.4. FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NA PESSOA IDOSA

Face à análise dos dados, foi possível identificar os fatores que influenciam a atividade física na pessoa idosa, representados pelos valores da atividade a eles associada, e em resposta ao objetivo “Identificar os fatores que influenciam a prática de atividade física da pessoa idosa” previamente enunciado.

Deste modo, no que diz respeito ao sexo, distinguimos o **sexo feminino** como fator que influencia a atividade física da pessoa idosa, uma vez que a prevalência de atividade física praticada neste gênero foi superior à verificada no sexo masculino.

Face à classe de idades, identificamos a **classe entre os 65 a 69 anos** de idade como potenciador para a prática de atividade física, devido ao presente predomínio da mesma.

Relativamente ao estado civil, obtivemos uma maioria no que diz respeito aos **casados**, pelo seu comportamento mais ativo constatado no nosso estudo.

Em relação à escolaridade, nos idosos muito ativos confirmou-se que maioritariamente **não apresentavam formação básica e/ou superior**.

Face à fonte de rendimento dos idosos, identificamos que o **trabalho** é potenciador tendo em conta o comportamento muito ativo dos mesmos.

A perceção de saúde possibilitou identificar como fator a autoperceção **Muito boa**, sendo que a atividade física das pessoas idosas foi preeminente nesta perceção.

Segundo o IMC, o comportamento muito ativo foi predominante na **pré-obesidade**, destacando-se das restantes como elemento determinante para esta faixa etária.

No que diz respeito às Doenças, as que foram prevalentes mesmo face à prática de atividade física das pessoas idosas foram as **doenças endócrinas**, as **doenças psiquiátricas** e as **doenças musculoesqueléticas**.

Analogamente, o comportamento muito ativo também foi constatado mesmo na presença de **desequilíbrios constantes**, da **diminuição da audição** e na presença de **dor musculoesquelética**, sendo estes os Sintomas identificados.

Por último, a dependência permitiu distinguir que a prática de atividade física das pessoas idosas estava presente maioritariamente aos idosos **moderadamente dependentes, com necessidade de alguma ajuda**.

Concluindo, foram identificados os fatores que influenciam a prática de atividade física na pessoa idosa, com vista a potenciar uma intervenção mais adequada e dirigida às necessidades reais identificadas nas pessoas idosas. Assim, de forma a sistematizar estes fatores, apresentamos a Figura 14, onde explanamos de forma objetiva os mesmos.

FIGURA 14: Gráfico dos Fatores que influenciam a Atividade Física nas pessoas idosas



3. CONTRIBUTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA DIRIGIDO ÀS PESSOAS IDOSAS

Considera-se significativo refletir sobre a problemática estudada, sobretudo para uma melhor compreensão dos resultados obtidos na nossa investigação. Com isto, pretendemos fazer uma ponte de conexão entre o nosso produto obtido comparativamente com os dados já presentes na evidência científica, sendo o objetivo *major* perceber se o nosso produto final, de acordo com a nossa população em estudo, se pode equiparar aos resultados encontrados a nível nacional, europeu ou mundial. Para isso, retornamos à nossa pergunta de investigação: Relativamente à prática de atividade física, será que há diferenças entre os idosos (com mais de 65 anos) ao longo do tempo de envelhecimento, que justifiquem uma intervenção diferenciada por parte dos Enfermeiros de Reabilitação?

De acordo com o Fortin (2009), é importante o investigador explicar e relacionar as novas descobertas com trabalhos já realizados e conhecidos na mesma área em estudo, sendo que a discussão deve incidir nos resultados significativos para o investigador, mas também nos resultados significativos diferentes dos previstos.

Primariamente, relativamente às características sociodemográficas, apuramos que a nossa população em estudo é **predominantemente do sexo feminino (67,5%)**; segundo dados recentes do INE (pp.5, 2019), no ano 2018 em Portugal “acima dos 65 anos, o número de homens é significativamente inferior ao de mulheres” e o mesmo se verifica no estudo de Cambão et al. (2019), Sousa (2018) e de Condado (2018). Aliás, segundo o Anuário Estatístico de Portugal publicado pelo INE (2019d), no ano de 2018 a esperança de vida aos 65 anos é superior nas mulheres, com 20,88 anos, à que ocorre nos homens, com 17,78 anos, concluindo que a mulheres têm mais longevidade após os 65 anos que os homens. A nível europeu sucede-se o mesmo, com os grupos etários com idades mais avançadas a evidenciarem predomínio feminino face ao masculino, tal como em Portugal (Eurostat, 2019b).

A faixa etária que prevalece na nossa amostra é a **dos 70 a 79 anos (40,6%)**, valores estes que vão de encontro com a população residente em Portugal em 2018 publicada pelo INE (2019c), onde nos dados obtidos consta que os portugueses com idades compreendidas entre 70 a 79 anos são 964 596 das pessoas idosas, valor mais elevado que as restantes classes. No estudo de Cambão et al. (2019) também se constata que o grupo etário que mais predomina é a segunda década. Também no estudo de Oliveira (2018) e no estudo de Condado (2018), é possível observar que a média de idades dos participantes evidencia-se

nesta faixa etária. Por outro lado, na Europa é possível averiguar o mesmo acontecimento segundo os dados mais recentes da Eurostat (2019c), que evidencia maioria absoluta nesta classe de idades, com 43.246.390 da população europeia.

No que se refere ao estado civil da nossa população, obtivemos uma prevalência de idosos **casados (58,6%)** face aos restantes estados conjugais e o mesmo se comprova no estudo de Cambão et al. (2019), de Pires et al (2019), de Sousa (2018) e de Paradinha (2018), em que os dados evidenciam maioritariamente a constatação de idosos casados.

Relativamente à capacidade de leitura e de escrita, constata-se que a nossa população tem **conhecimento de ambas (90,0% e 80,3%, respetivamente)**, como se declara nos estudos de Sousa (2018) e de Cambão et al. (2019), apesar destes dados verificaram uma discrepância acentuada com um valor reduzido de analfabetismo. Minoria essa que também se verifica no estudo de Condado (2018) e no de Paradinha (2018).

Por conseguinte, o nível escolaridade presente na nossa população foi maioritariamente do **Ensino básico do 1º ciclo, nomeadamente 4º ano antigo (46,4%)**. Segundo dados do PORDATA (2019) no ano 2018 em Portugal, acima dos 65 anos, a maioria absoluta observou-se no 1º ciclo; indo de encontro com os mesmos resultados, o Retrato da Saúde de 2018 (SNS, 2018) evidencia essa maioria absoluta nas pessoas idosas. O mesmo se observa no estudo de Pires et al. (2019), de Paradinha (2018) e de Borges (2018). Imediatamente a seguir, observou-se a ausência de escolaridade no nosso estudo (44,1%), facto esse que também se evidencia no PORDATA (2019) e nos mesmos autores, Paradinha (2018) e Borges (2018).

A fonte de rendimento mais preponderante nestes idosos é a **reforma (63,4%)**, sendo que, de acordo com dados recentes do PORDATA (2019a), em 2018, a condição perante o trabalho que alcança um valor mais elevado face às restantes é a dos reformados, representando por sua vez, para pessoas com mais de 65 anos uma taxa de inatividade de 88,5% em contrapartida de uma taxa de emprego de 11,3% (PORDATA, 2019b). Também é possível observar este facto no estudo de Sousa (2018) e no de Medroa (2018).

Numa segunda fase, investigamos a condição de saúde da nossa amostra, primariamente com a verificação da perceção do seu estado de saúde, que foi considerada pela nossa população como, maioritariamente, **“Boa” (46,0%)**. O que vai de acordo com o estudo de Canhestro (pp. 161, 2018), que afirma que “maioria das pessoas tem uma autoapreciação positiva do seu estado de saúde (...)”, com superioridade da autoperceção Bom, e face a este resultado obtido, acrescenta ainda que “Quanto à Autoperceção do estado de saúde comparativamente a outras pessoas com a mesma idade e género a maioria dos inquiridos

considera-o Idêntico (70,8%)”. Também Filho (pp.27, 2019), apurou o mesmo, na sua investigação, em que maioritariamente a sua amostra autopercecionava a saúde como Boa.

Porém, **mais de metade da nossa amostra é pré-obesa (70,0%)**, segundo a classificação por classe de IMC, e o mesmo constatou Pires et al. (2019) em que durante todo o seu estudo pré e pós programa a sua amostra se apresentava maioritariamente na pré-obesidade. Canhestro (pp. 159, 2018), por sua vez, constatou como sendo “a pré-obesidade a categoria mais prevalente (43,5%)” da população. Jacob (pp. 50, 2018) também verificou que a maior parte dos idosos “estão em situação de pré-obesidade ($IMC \geq 25 < 29 \text{Kg/m}^2$) e 40% são obesos ($IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$), tratando-se por isso de uma situação preocupante, na medida em que o excesso de peso e obesidade estão associados ao aumento do risco de co-morbilidades.”. É possível comprovar este dado, através do Retrato da Saúde de Portugal (SNS, 2018), em que se declara que 81% dos idosos tem excesso de peso repercutindo-se a 8 em cada 10 idosos a apresentarem peso excessivo.

Em relação às patologias mais frequentes da nossa população, evidencia-se a **doença musculoesquelética e osteoarticular (35,5%)**, seguindo-se a **doença endócrina (Diabetes) (33,1%)** e a **doença cardiovascular (Enfarte, HTA) (21,4%)**. No estudo de Pimentel et al. (pp.75, 2019) observou-se uma inversão na ordem pois “Quase metade da amostra (46,8%) de inquiridos tem diabetes tipo 2 (...)”, como também afirma a constatação de uma elevada representação “de doenças do sistema musculo-esquelético (14,8%)”. Em contrapartida, no estudo de Canhestro (pp. 160, 2018) a patologia com mais prevalência é a doença cardiovascular, nomeadamente com a HTA como a mais frequente, seguida da doença endócrina que “é a doença crónica que surge em segundo lugar”, e o “Outro grupo que se destaca são os problemas músculo-esqueléticos com 9,1% dos respondentes a declarar este problema crónico”. Também no Retrato da Saúde: 2018, “As doenças musculoesqueléticas (lombalgias e cervicalgias), (...) surgem como os problemas de saúde que mais afetam os portugueses.”, destacando-se em segundo lugar, e seguida pela doença endócrina (Diabetes) em terceiro lugar e pela doença cerebrovascular em quarto (SNS, pp. 22, 2018).

Quanto aos sintomas/manifestações, a **diminuição de visão é a mais frequente (48,1%)**, seguida pela **dor musculoesquelética e osteoarticular (42,0%)** equiparada em termos percentuais com a **diminuição da audição**, mas também se constatou a **dificuldade em andar (39,3%)** e **desequilíbrios constantes (33,6%)**. No estudo de Preto et al. (2018) evidenciam-se os problemas de visão com a condição de fragilidade e, por outro lado, no de Condado (pp.51, 2018), a “grande maioria dos inquiridos referiu ter problemas de visão (79,3%)” e acrescentou ainda “que 60,1% (n=349) dos inquiridos mencionaram usar ou usavam óculos”.

Todavia, segundo Medroa (pp.87, 2018) evidenciou-se que “cerca de 70% dos inquiridos afirma que costuma ter dores musculares e ósseas após esforços físicos decorrentes do dia-a-dia.”, o mesmo foi reportado por Jacob (pp.52 , 2018) ao observar que as queixas “mais referidas são as queixas músculo-esqueléticas (76%)”, mas, por outro lado, também constatou “os problemas de visão (64%), (...), queixas de audição (31%)”.

O grau de dependência observado nas pessoas idosas foi **maioritariamente moderado, com necessidade de alguma ajuda (53,1%)**, facto este que vai de encontro com as estatísticas mais recentes, que relatam um aumento significativo do índice de dependência, sendo a percentagem em Portugal de 32,5%, superior à da Europa (29,9%). Em acréscimo, efetuam previsões que resultam numa duplicação do índice de dependência até 2080. (Eurostat, 2018). Este constitui um facto preocupante e que intrinsecamente justifica a pertinência deste estudo.

A atividade física da nossa população ocupou um lugar de destaque neste estudo, sendo o nosso foco *major*. Primariamente, constatamos que **mais de três quartos da amostra não se desloca a pé nem de bicicleta diariamente nas suas atividades de vida (76,4%), caminhando apenas curtas distâncias (52,7%), optando pelo elevador como meio de acesso em vez das escadas (71,7%) e, principalmente, passando a maior parte do tempo sentada (52,7%)**. Segundo o Retrato da Saúde de Portugal, “Portugal é o segundo país de Europa que menos caminha – 29% nunca caminham mais de 10 minutos por dia” (SNS, pp. 17, 2018), facto este alarmante. Também no Eurobarómetro Especial 472 (EU, pp. 37, 2018), pode-se verificar que em Portugal um em cada dez portugueses passa no mínimo 8h31m sentado repercutindo-se a 10% da população, bem como, 24% passa 5h31m a 8h30m sentado. Acrescenta ainda que, face à Europa, “15% dos europeus não andam durante 10 minutos de cada vez no período semanal, enquanto 12% ficam sentados por mais de 8,5 horas por dia”, e estes dados agravam-se somente na percentagem de não andar durante 10 minutos para 19% da população idosa, conferindo dados ainda mais avassaladores (EU, pp.5, 2018).

Estes comportamentos remetem para um hábito sedentário, tal como podemos observar no estudo de Oliveira (2018), em que quantifica o tempo por dia em atividades sedentárias da população idosa de Coimbra, obtendo valores muito elevados, nomeadamente entre 532,12 a 477,10 minutos por dia, equivalendo isto aproximadamente a 8 a 9 horas de inatividade diária com exceção do descanso noturno. O mesmo fez Pereira (pp. 30, 2018) no seu estudo à população do Porto, auferindo valores muito semelhantes; porém, aprofundou ainda mais as faixas etárias e constatou que “os valores médios do tempo sedentário aumentam cerca

de 30 minutos nos escalões 60-69 anos e 70-79 anos e, aproximadamente, 60 minutos no escalão + 80 anos”.

Por outro lado, ao analisarmos consoante a tipologia de atividade física praticada, no nosso estudo verificou-se que **a maioria dos idosos não realiza atividades físicas moderadas, como caminhar rápido (70,6%)**, dado este em que, segundo o Eurobarómetro Especial 472 (EU, 2018), Portugal ocupa o 2º lugar entre os países da União Europeia, auferindo um valor percentual de 72% pela não prática de atividade física moderada; porém nesta avaliação não se mostra incluído o caminhar como parte integrante desta tipologia, mas mesmo assim, focando-nos apenas na população idosa, 56% declaram não realizar atividade física moderada. Também no estudo de Pereira (pp.30, 2018), “observou-se uma tendência a decrescente da atividade física moderada a vigorosa à medida em que a idade aumentava”, contudo cumpriam os valores recomendados pela OMS (30min/dia ou 150 min/semana, conforme já anteriormente foi citado). Semelhante observação aconteceu no estudo de Oliveira (2018); todavia, este estudo apresenta um valor percentual de 56,2% de população insuficientemente ativa face à prática de atividade física de intensidade moderada. Por outro lado, se observarmos a **prática de atividades físicas intensas diariamente na nossa amostra as respostas negativas foram elevadas (83,7%)**; de acordo com o Eurobarómetro Especial 472 (EU, 2018), 79% dos Portugueses não realiza atividades físicas vigorosas, sendo que a população idosa apresenta um valor percentual de 71% pela não prática. Medroa (pp. 89, 2018), no seu estudo, constatou que “Existem apenas 4 indivíduos acima dos 65 anos que respondem que conseguem, sem dificuldade, realizar atividades exaustivas, predominando os que não conseguem com 13 respostas.”, isto equivale a nível percentual a 54,16% das pessoas com mais de 65 anos que não praticam atividades físicas vigorosas. Por outro lado, no estudo de Oliveira (2018) é possível observar o tempo despendido por dia em minutos em atividades físicas vigorosas, em que foi obtida uma média de 1 minuto e 56 segundos de realização de atividade física vigorosa, particularizando os Homens com 2,17 minutos e as Mulheres com 0,95 minutos, relatando um decréscimo abrupto face à década anterior.

Relativamente às **atividades praticadas aquando dos momentos de lazer, apuramos que os idosos não optam por atividades físicas leves, como caminhar (79,3%)**; segundo o Eurobarómetro Especial 472 (EU, 2018), 19% dos idosos não caminham nem 10 minutos por dia (média total da população idosa europeia), bem como 87% dos idosos do sexo feminino não praticam atividades físicas leves, como andar de bicicleta, como os do sexo masculino (74%) (EU, 2018a). De acordo com o estudo de Oliveira (2018), ao quantificar o tempo despendido por dia em minutos em atividades físicas leves, apurou-se que no mínimo despendem de 69 minutos e 17 segundos a 85 minutos e 36 segundos, valores mais baixos

quando comparados com a década anterior, e Pereira (2018) acrescenta, ainda, que a partir dos 60 anos os valores têm tendência a diminuir, atingindo um valor mínimo de 56 minutos e 91 segundos.

Quanto à prática de ginástica, foi possível averiguar que os idosos **não praticam nenhum tipo de dança ao menos uma vez por semana (93,9%), nem participam em aulas de ioga ou tai-chi-chuan (94,5%), nem realizam ginástica localizada pelo menos duas vezes por semana (93,0%) e não fazem musculação no mínimo de duas vezes por semana (93,1%)**. Estes valores percentuais bastante elevados conferem dados absolutos, dados esses que se comprovam segundo o Eurobarómetro Especial 472: Portugal (EU, 2018a), evidenciando que 79% dos portugueses não pratica nenhuma forma de atividade física, como é o exemplo da dança. Ocupando o nosso país o segundo lugar na lista europeia no que diz respeito à ausência de prática de atividade física regular (EU, 2018). Também Medroa (2018), observou que 40,8% da população idosa do concelho de Abrantes não pratica exercício físico.

Relativamente à prática desportiva, face à **participação em ténis, basquetebol, futebol** ou outro desporto verificamos que não jogam **nem uma vez por semana (99,4%), nem duas vezes por semana (55,9%) nem três ou mais vezes por semana (92,9%)**. Este facto identificado vai de encontro com os dados presentes no Eurobarómetro Especial 472: Portugal (EU, 2018a), evidenciando que 87,5% (média total da população idosa) das pessoas idosas nunca ou raramente pratica algum desporto. Também é interessante observar que no estudo de Medroa (2018), 84,5% não responderam sobre a prática desportiva em parques exteriores, bem como o mesmo aconteceu, com obtenção de 83,1%, sobre a prática em locais desportivos interiores. Do mesmo modo que **não praticam exercícios aeróbicos fortes**, nomeadamente correr, pedalar, remar ou nadar, **num período mínimo de 20 minutos por sessão, nem uma vez por semana (78,3%), nem duas vezes por semana (78,7%), nem três ou mais vezes por semana (97,5%)** como se constatou nesta investigação.

Culminamos a caracterização da amostra em estudo, com a constatação de que a população é **maioritariamente inativa (39,1%)**.

Oliveira (2018) confirmou este comportamento de inatividade através da contagem da média de passos totais por dia, concluindo que nem o sexo feminino nem o sexo masculino atingiram a quantidade de passos recomendada. Assim, segundo Tudor-Locke et al. (2013), considera-se um comportamento sedentário caso a totalidade dos passos por dia (p/d) seja inferior a 5.000, um comportamento pouco ativo entre 5.000-7.500 p/d, um comportamento suficientemente ativo entre 7.500-10.000 p/d e um comportamento ativo se o número de passos por dia exceder os 10.000 p/d. Também Pereira (2018) recorreu a esta forma de

contagem, onde podemos observar a quantidade de passos diários; contudo esta investigação encontra-se estratificada por faixas etárias e não por sexo, motivo pelo qual podemos constatar que dos 60 a 69 anos a média de p/d é de 7.128,5, dos 70 a 79 anos é de 7.179,5 p/d e de 80 anos ou mais é de 6.106,5 p/d. Reforçando este facto, é possível averiguar no Eurobarómetro Especial 472: Portugal (EU, 2018a) que 89% da população portuguesa caminha apenas 10 minutos de cada vez, sem ultrapassar os 60 minutos diários. Deste modo, podemos concluir que a população idosa portuguesa está longe de apresentar um comportamento ativo. Dados estes que são deveras preocupantes.

Na nossa investigação, face à **idade e à percepção do estado de saúde**, obtivemos um valor de autoperceção de “Bom” na primeira década da faixa etária entre 65 e 69 anos (19,1%), seguida pela segunda década, 70 a 79 anos (18,1%), e, **quando confrontada com as patologias e os sintomas**, verificamos uma prevalência percentual na segunda década etária dos idosos. Importa referir que, no contexto português, não se encontraram investigações científicas efetuadas por EEER, nem outros profissionais, direcionadas para a temática em estudo e envolvendo a estratificação da variável “idade” e a mesma com as seguintes variáveis: percepção do estado de saúde, patologias e sintomas.

Quando observamos a **idade em relação ao IMC**, constatamos que existe uma prevalência de pré-obesidade na segunda década (29,1%), seguida pela primeira década (28,2%). No estudo de Pereira (2018), a classe de idades que apresenta um valor mais elevado de IMC, atingindo a pré-obesidade e não a ultrapassando, apresentando valores de 25,0 a 29,9 Kg/m² (DGS, 2005), é a primeira década com 28,92 Kg/m², com uma diferença mínima de 0,12 para a segunda década com 28,80 Kg/m². Também no estudo do Mendes (2019) é possível observar que todas as faixas etárias apresentam um valor de IMC consistente com a pré-obesidade.

Partimos, agora, para a componente fulcral deste trabalho, a **análise da atividade física com as distintas variáveis**.

A **atividade física quando confrontada com o género** obtém resultados bastante interessantes. O valor mais elevado obtido, foi da inatividade do sexo feminino (25,6%), o que está de encontro com o Eurobarómetro Especial 472: Portugal (EU, 2018a), 87% das mulheres idosas não pratica atividade física *versus* 74% dos homens idosos que também não pratica. No estudo de Oliveira (pp. 54, 2018), “os homens são, em média, mais ativos do que as mulheres no que toca ao tempo despendido em Atividade Física (...)”, apresentando valores mais elevados do que o sexo feminino relativamente à realização de atividade física. Também no Retrato dos Homens e das Mulheres, publicado pelo PORDATA (2018c), é

evidenciado que a taxa de inatividade é superior nas mulheres, com 46%, do que nos homens, com 36%.

De seguida, quando verificada a **atividade física com a idade**, observou-se uma prevalência de inatividade na segunda década (15,0%), dos 70 aos 79 anos. Segundo o estudo de Pereira (2018), também podemos averiguar a Inatividade estratificada segundo as faixas etárias, em que se evidencia que dos 60 a 69 anos é de 46,6%, dos 70 a 79 anos é de 57,0% e de 80 anos ou mais é de 61,4%, comprovando que a inatividade aumenta com o avançar da idade. No estudo de Raimundo (2018), apesar de a estratificação etária ser completamente distinta do nosso estudo, é possível observar o declínio da atividade física ao longo das faixas etárias.

Quanto à **atividade física em relação ao estado civil**, na nossa investigação constatou-se que a maioria da inatividade pertencia aos casados (22,6%); contudo são escassos os estudos nacionais que analisem este facto, sendo que o único encontrado revela o oposto do resultado da nossa investigação, com Raimundo (pp. 57, 2018) a verificar, no seu estudo, que o estado civil mais ativo é o dos casados, afirmando que o “grupo dos participantes em união de facto/casados obtiveram um desempenho superior aos restantes grupos”.

De referir que, relativamente à **atividade física e às variáveis Escolaridade e Fonte de Rendimento**, no estudo de Raimundo (pp. 58 e 59, 2018), os resultados são semelhantes aos nossos, com a inatividade no ensino básico a apresentar “em média um desempenho inferior aos participantes com o ensino secundário e com o ensino superior”, bem como, relativamente à inatividade nos idosos reformados, o mesmo estudo verificou que os “indivíduos profissionalmente ativos tem um desempenho superior ao de indivíduos reformados” face a atividade física (Raimundo, pp. 60, 2018).

No que se refere à **atividade física e à percepção de saúde**, apurou-se que a inatividade por parte dos idosos não impediu a autoperceção de “Bom” (19,0%) apesar da escassa prática de atividade física. Segundo o estudo de Moraes (2018), os idosos manifestam um bom estado geral de saúde, sendo que os que praticam atividade física de baixa intensidade autopercecionam a saúde com valores mais baixos do que os que praticam atividade física de mais elevada intensidade; o mesmo se sucede na nossa investigação, com os idosos muito ativos e moderadamente ativos a autopercecionarem maioritariamente a saúde como muito boa (5,6% e 14,3%, respetivamente).

Relativamente à **atividade física, quando confrontada com o IMC**, evidenciou-se que a inatividade era predominante na pré-obesidade (22,4%). No estudo de Moraes (2018), ao observarmos os idosos com pré-obesidade, primariamente chegamos à conclusão da

obtenção da maioria, e posteriormente verificamos que com o decréscimo da intensidade da atividade física o índice de obesidade aumenta, como também acontece na pré-obesidade.

Por outro lado, quanto à **atividade física em relação às doenças**, na nossa investigação constatou-se uma prevalência da inatividade nos idosos com doenças musculoesqueléticas (17,0%) e com doenças endócrinas (13,5%). Na investigação de Tomás et al. (pp.9, 2018), de 43 idosos “apenas 6 participantes referiram nenhuma comorbilidade ou alteração musculoesquelética.”, auferindo um valor de prevalência da doença de 86%. Também relata que “apenas a existência de diabetes tipo II e a colesterolemia elevada pareceram influenciar a performance na capacidade aeróbia funcional, equilíbrio e flexibilidade e força.”, bem como acrescenta que os “participantes com diabetes apresentaram maiores perdas na distância percorrida no 6MWT do que os não diabéticos.” (Tomás et al, pp.13, 2018).

De seguida, quando analisada a **atividade física e os sintomas**, observou-se uma superioridade de inatividade nos idosos com diminuição de visão (23,9%), sucedidos, com idêntico percentual (20,8%), dos que apresentam dor musculoesquelética e dificuldade em andar. Moraes, no seu estudo (2018), observou a presença de dor face à intensidade da atividade física, concluindo que com a redução da atividade física existe um aumento da dor, o que influencia negativamente a classificação do estado de saúde pelos idosos. Por outro lado, Tomás et al. (pp.9, 2018), constatou que as “queixas musculoesqueléticas estavam presentes em 74,4% dos participantes.”, como também “nas mulheres verificou-se uma diminuição no equilíbrio e força muscular”.

Por último, na nossa investigação, face à **atividade física quando confrontada com a dependência**, observou-se que a inatividade se representava predominantemente nos idosos moderadamente dependentes (18,8%), com necessidade de alguma ajuda, sucedida pelos pouco ativos, com similar grau de dependência (15,8%). De acordo com o estudo de Moraes (2018), é possível observar a forma em que a limitação por aspetos físicos se repercute na avaliação do estado de saúde e, tendo em conta a intensidade da atividade física, que quanto menor for a intensidade da atividade física menor é a classificação do estado de saúde, causado pelas limitações físicas, permitindo, assim, afirmar que quanto menor a atividade física praticada maior é dependência sentida pelos idosos. Como também, no mesmo estudo, se verifica a capacidade funcional dos idosos, concluindo-se que quanto menor for a intensidade da atividade física menor é a capacidade funcional dos mesmos (Moraes, 2018).

III PARTE - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA PESSOA IDOSA

Face aos resultados obtidos durante o processo de investigação da temática em estudo, é possível constatar a emergente necessidade de uma intervenção direcionada para esta população alvo. Apesar de não ser possível generalizar, os dados obtidos traduzem a necessidade de uma intervenção diferenciada por parte do Enfermeiro de Reabilitação, com o intuito *major* de minimizar o impacto consequente do envelhecimento e manter a capacidade funcional das pessoas idosas.

Conforme elucidado e evidenciado anteriormente, o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel fundamental no que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável da população, na medida em que “concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, com vista à “promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.” (Regulamento n.º 392/2019).

De acordo com os resultados encontrados e com as referências bibliográficas obtidas, podemos afirmar que as pessoas idosas têm de ser estimuladas sistematicamente a realizar atividade física em todos os contextos o mais precocemente possível, exceto quando surjam, como impeditivo, situações patológicas que assim o determinem. Imediatamente se aconselha e impõe a ação do EEER com o incentivo à literacia em Saúde como base de sustentação para um estilo de vida ativo e saudável. Vai de encontro com as várias campanhas Nacionais de Promoção da Literacia em Saúde, enquadrada no Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021, que defende a promoção da atividade física, como promotor de comportamentos saudáveis, em todas as faixas etárias, principalmente, nas pessoas idosas (DGS, 2019a). Deste modo, facilita o processo de envolvimento das pessoas idosas nos programas de reabilitação através do conhecimento de causa, e motivando um maior empenho para a prática de atividade física regularmente.

Face aos resultados obtidos e ao objetivo “Apresentar orientações para a construção de um programa de Reabilitação adaptado ao perfil das pessoas idosas” do nosso estudo, procedeu-se à elaboração de directrizes que contribuem a definição de um programa de intervenção em Enfermagem de Reabilitação, a ser aplicado na comunidade, e dirigido às necessidades reais das pessoas identificadas.

O conceito de programa deriva do grego, *programma* («atos», «cartaz») e detém diversas aceções. Direccionando para o intuito do presente trabalho, pode definir-se como um projeto,

um conjunto de condições a preencher na execução de um trabalho e, principalmente, como uma atividade ou conjunto de atividades planejadas para um dado período (Infopedia).

Neste caso, os programas de Enfermagem de Reabilitação assentam plenamente nestes conceitos da definição, uma vez que atuam na prevenção, recuperação e habilitação das consequências de doenças súbitas ou da descompensação de processos patológicos crônicos, que culminem em déficit funcional a nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Martins et al., 2018).

Focando a nossa população alvo, as pessoas idosas, as adaptações relativas à prática de exercício físico são importantes para a manutenção e maximização da saúde e da capacidade funcional da pessoa, mas também para a atenuação de muitas das alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. Com efeito, a diminuição da capacidade funcional e o aumento da fraqueza muscular decorrentes da falta de condicionamento físico são mais comuns nas pessoas idosas, contribuindo para a perda da autonomia. Todavia, a prática deve ser definida consoante o condicionamento físico individual da pessoa idosa, segundo o contexto da perceção subjetiva do esforço (ACSM's, 2018).

Emerge, assim, a necessidade de um planeamento, desenvolvimento e execução de um programa de intervenção em Enfermagem de Reabilitação, com exercícios adaptados às necessidades reais das pessoas idosas.

Deste modo, no programa de Enfermagem de Reabilitação deve-se incluir um construto de treino de multicomponentes, nomeadamente, composto por: exercícios de condicionamento neuromuscular específicos, retratados pelas componentes do equilíbrio estático/dinâmico, da agilidade, da coordenação e da propriocepção, bem como exercícios com as componentes da respiração, da resistência aeróbia, de flexibilidade e da força muscular (Nascimento, 2018; ACSM's, 2018).

Consoante supracitado na contextualização teórica, a avaliação prévia da aptidão física é fulcral para o planeamento e execução do programa de Reabilitação. Porém, já somos detentores da maioria desses dados necessários, o que nos permite efetuar orientações para a definição de uma proposta de intervenção à população alvo, tendo em conta os fatores que influenciam a atividade física da pessoa idosa, mas, ainda mais importante, tendo em consideração os comportamentos de inatividade detetados nesta investigação.

1. ORIENTAÇÕES PARA A DEFINIÇÃO DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Dado que a faixa etária e a inatividade física presente na amostra são elevadas, o período considerado necessário para um programa dirigido a pessoas idosas foi de seis meses, com o intuito de respeitar o tempo necessário das mesmas, mas também observar o máximo de evolução (ACSM's, 2018). Deste modo, as orientações para a definição de um Programa de Reabilitação que apresentamos encontram-se subdivididas por mês, culminando ao sexto mês, onde se requer uma nova avaliação funcional das pessoas idosas, com vista a efetuar um novo programa dirigido às novas metas que se foram construindo ao longo do tempo, mas também sem descuidar as dificuldades que não foram ultrapassadas e necessitam de uma intervenção mais cuidada e pormenorizada. De referir que todas as fases do programa de Reabilitação devem iniciar-se com o aquecimento, seguida do plano de exercícios e, culminando, no alongamento final com relaxamento.

Apesar dos dados deste estudo não nos permitirem definir todas as componentes, consideramos relevante introduzi-las nas nossas orientações com o objetivo de tornar uma proposta mais completa para possível execução futura.

É importante referir que as nossas orientações para a construção de uma intervenção através um programa de Enfermagem de Reabilitação tiveram como recurso de sustentação teórica e científica os estudos de Serrano et al. (2018), Pereira (2019), Jorge (2018), Ferreira (2018), Fernandes et al. (2018), Sousa (2018) e Santos (2018), mas também de ACSM's (2018) e de AHA (2018), bem como a nossa contextualização teórica e, principalmente, os dados obtidos do nosso estudo.

Uma vez que a prevalência de inatividade na nossa população alvo é elevadíssima, optou-se por uma primeira fase, entre o 1º e o 2º mês, mais ténue e branda, com o intuito de assegurar a continuidade do programa e de modo a prevenir possíveis desistências futuras. Esta inatividade associada à pré-obesidade e à moderada dependência presente na nossa população requer uma adaptação dos planos de exercícios. Tal, também é defendido pelas *guidelines* de ACSM's (2018).

Assim, o **1º mês** é crucial para o sucesso de todo o programa. Isto porque o primeiro contacto com as pessoas requer um maior cuidado e atenção, quer pela vertente educacional, quer pela vertente física. Na vertente educacional inserem-se as sessões de educação para a saúde, fundamentais nesta fase para fomentar e facilitar as mudanças nos estilos de vida destas pessoas idosas. Por outro lado, a vertente física inicia-se com as nossas orientações para uma proposta de programa de Reabilitação. Apesar de a maioria da amostra ser casada,

consideramos necessário iniciar o programa com exercícios individuais, para permitir uma maior concentração e prontidão nos mesmos exercícios. Deste modo, a componente respiração é a primeira a ser trabalhada, através de exercícios de consciencialização e controlo da respiração que envolvem a dissociação dos tempos respiratórios, a respiração diafragmática, a respiração costal inferior bilateral e a respiração freno-labial (expiração com os lábios semi-cerrados), importantes para capacitar para os exercícios motores. De seguida, incide-se na componente postural, uma vez que as patologias e sintomas mais prevalentes foram as musculoesqueléticas exigindo uma necessidade de atuação específica. Assim, procede-se à realização de exercícios de alongamentos cervicais da cintura escapular e pélvica, precedidos de exercícios de alongamento da região lombar e das extremidades dos membros superiores e inferiores. Por último, com o intuito de atuação na incidência de desequilíbrios constantes evidenciados nesta investigação, sugerimos trabalhar a componente equilíbrio através do treino do mesmo, envolvendo exercícios do tipo estático e dinâmico, na posição sentado e na ortostática, com e sem apoio, com mobilização dos membros inferiores, de alternância de carga com apoio bipodal e unipodal, com e sem apoio, elevação do corpo em flexão plantar e em dorsiflexão, com e sem apoio, de facilitação cruzada, entre outros. A duração e frequência ideais é de 50 minutos, três vezes por semana, com intensidade leve.

No **2º mês** dá-se continuação ao treino de equilíbrio, contudo agora com exercícios mais complexos, como realizar os mesmos com alternância visual, com e sem apoio, elevar o membro superior contrário do membro inferior, alternadamente, com e sem apoio, seguido de contorno de obstáculos, e exercícios de coordenação de movimentos. Aqui optamos pelo exercício de demarcar uma linha no chão e caminhar sobre a mesma pé ante pé, com aumento do grau de dificuldade ao associar a elevação de um membro superior ao comando verbal, ou mesmo associar a ausência visual. Assim, com estes exercícios colmatamos, para além dos desequilíbrios, mais uma das necessidades reais da nossa população, a dificuldade em andar. Por outro lado, nesta etapa, podemos utilizar o facto da maioria ser casada para realizar pares, alternando com exercícios individuais e combinados, para criar um espírito de grupo e dinâmicas diferentes para o mesmo. Um exemplo dos inúmeros exercícios que selecionamos de jogos de perceção e consciencialização corporal, é o de atirar uma bola ao par em paralelo ao chão, por cima da cabeça, a rolar pelo chão ou a bater apenas uma vez no chão. Com a salvaguarda que a bola utilizada neste exercício pode ser progressivamente trocada por uma de tamanho maior, o que implica um maior peso e uma maior dificuldade. A duração e a frequência mantêm-se, contudo, a intensidade deve começar gradualmente a aumentar, de leve para moderada consoante a capacidade das pessoas idosas.

No **3º mês** pode intensificar-se a componente da coordenação e dar-se início ao treino da flexibilidade. O treino de flexibilidade adquire uma importância marcada nesta faixa etária, uma vez que esta é uma das deteriorações consequentes do envelhecimento e, em contrapartida, é uma capacidade fundamental para a realização autónoma das AVD's. Apesar de, por forma indireta, a flexibilidade estar a ser trabalhada desde o início do programa, nesta segunda fase, 3º e 4º mês, selecionamos exercícios combinados, privilegiando a flexibilidade. Deste modo, optamos, numa fase inicial, pelo alongamento estático, pelo afastamento alinhado dos membros inferiores acompanhado do alcance dos membros superiores à distância máxima conseguida, permanecendo nessa mesma posição o maior período de tempo possível, tornando-se um desafio/jogo de competição, para observar quem é o que mais tempo aguenta, e o objetivo é progredir com o fecho gradual dos membros inferiores e o alcance dos membros superiores aos pés. Associado à coordenação, no alongamento dinâmico, podemos na posição inicial alternar cada membro superior com o lado oposto inferior, em série sequencial, e progredindo a velocidade, mas também a dificuldade à medida que o fecho gradual dos membros inferiores seja concedido. Este tipo de exercício deve evoluir para, em vez da flexão do tronco, a inclinação do tronco com alcance dos pés pelos membros superiores e progredindo para séries sequenciais. De seguida, consideramos relevante o exercício de flexão da anca associada à do joelho, suportando o último contra o abdómen o máximo de período possível, com e sem apoio, e em alternância rítmica dos membros. É de ressaltar que, caso o grau de dificuldade destes exercícios seja elevado para a população, estes podem ser realizados na posição deitado, ou então, na posição de sentado, facilitando a execução. A duração e a frequência mantêm-se, mas a intensidade pode passar para moderada.

No **4º mês** é importante continuar a trabalhar-se a flexibilidade, mas importa também iniciar-se as vertentes da agilidade e resistência. Mantêm-se os exercícios combinados que trabalhem o máximo de componentes, como é o caso de, com recurso a um bastão, com o intuito de manter o alinhamento, efetuar a flexão do tronco com o bastão a alcançar os pés, seguido de extensão e, se possível, hiperextensão do tronco, com os membros superiores em extensão, através de exercícios sincronizados e em série. Outro exercício de maior complexidade que consideramos é delimitar o espaço com sinalizadores no chão, de forma a criar um percurso, e este ser percorrido de forma contínua e com aumento gradual da velocidade. Assim, é possível colmatar as curtas distâncias percorridas pelos idosos e a ausência de deslocações diárias a pé detetadas nesta investigação. De seguida, podemos alternar a marcha no mesmo percurso com a flexão da anca e do joelho a 90º, seguida de extensão sincronizada entre ambos os membros inferiores. As escadas de agilidade também

são um recurso possível, através de exercícios simples, como caminhar normalmente, ou então adicionando alguma dificuldade, efetuar dois passos para a frente e um para trás, ou dois passos para dentro e dois para fora; contudo são inúmeras as possibilidades, diferenciadas com a introdução de exercícios aeróbios; o recurso à dança, é uma sugestão, sendo possível a interação das pessoas idosas de modo a tornar-se prazeroso o exercício e, colmatando as necessidades reais da população identificadas na investigação. A duração aumenta 10 minutos para o total de uma hora, mas a frequência e a intensidade mantêm-se.

No **5º mês** pode fortalecer-se a resistência e começar-se a trabalhar a vertente muscular, com a componente de tonicidade muscular. Indo de encontro ao aumento da capacidade de resistência, nesta terceira fase, 5º e 6º mês, optamos por inserir os exercícios cardiorrespiratórios e aeróbios, onde acrescentamos exercícios como a utilização da pedaleira ou, mesmo, da bicicleta estática, caso seja um recurso possível, que permite a realização de exercícios combinados que trabalhem ambas as componentes. Na inexistência deste recurso, é possível adaptá-lo na posição deitada e efetuá-lo em sincronização com os restantes elementos, aumentando a velocidade e introduzindo pesos nos tornozelos consoante a resposta das pessoas idosas. Outro exercício combinado que selecionamos destina-se à subida e descida de um degrau/step com alternância dos membros inferiores e exigindo a flexão da anca e do joelho a 90º, com a possibilidade de se dificultar o exercício, mais uma vez, consoante a resposta das pessoas idosas. Também optamos por introduzir exercícios de passagem de bola, consoante as preferências e capacidades das pessoas idosas, sempre com o objetivo da dinamização dos exercícios. De seguida, podemos retornar ao delimitado do espaço com sinalizadores no chão, com o objetivo de realizar caminhadas aceleradas, cronometradas e sincronizadas. A duração e a frequência mantêm-se, mas a intensidade começa a aumentar acentuadamente de moderada para intensa ou vigorosa.

No **6º mês** consideramos pertinente incidir-se na força e na componente *endurance*. Nestas componentes existem uma infinidade de exercícios possíveis para alternar uns com os outros, de forma a estimular as pessoas idosas. Porém, optamos por focar-nos no fortalecimento muscular dos membros inferiores, com o intuito de trabalhar as necessidades reais identificadas na nossa investigação, pelo resultado da dificuldade em andar, dos desequilíbrios, pela ausência de caminhadas, pelo elevado tempo passado na posição sentado, entre outros anteriormente citados. Deste modo, na posição sentado ou, se possível, na posição ortostática, com ou sem apoio, sugerimos realizar-se a flexão da anca e do joelho a 90º em série, alternando os membros inferiores, e de seguida associando pesos nos tornozelos, com ou sem apoio, com progressão do número de quilos, consoante a tolerância das pessoas idosas. Este exercício, articulado com música, é uma sugestão que

permite conciliar e influenciar a sincronização com a intensidade, de forma a facilitar a execução do exercício. O mesmo se pratica, mas, desta vez, com a extensão da anca e flexão do joelho posteriormente, mas também com a abdução e adução dos membros inferiores, nomeadamente efetuadas em exercícios simples ou com pesos nos tornozelos. Também os agachamentos devem ser integrados no programa e, caso seja demasiado difícil para a população, podem ser substituídos pelo exercício *sit to stand* que diminuí o grau de complexidade. Por outro lado, os exercícios de força dos membros superiores devem, simultaneamente, ser trabalhados quer individualmente, numa fase inicial, quer ao mesmo tempo com os membros inferiores e com recurso à utilização de pesos livres nas mãos, numa fase avançada. No trabalho da *endurance* retornamos ao delimito do espaço com sinalizadores no chão para a realização de caminhadas rápidas, cronometradas e sincronizadas, e, consoante a resposta das pessoas idosas, o objetivo é evoluir para corrida. Introduzimos, também, as atividades físicas como o voleibol, basquetebol ou futebol, consoante a preferência das pessoas idosas, e com o intuito de suprir a lacuna de ausência de prática desportiva identificada na nossa investigação com resultados negativos elevadíssimos e, principalmente, de transmitir o gosto pela prática de desporto, permitindo uma continuação futura e regular. A duração e a frequência mantêm-se, mas a intensidade nesta última fase passa a intensa ou vigorosa.

Atingida a **avaliação semestral**, é nesta altura que se efetua uma nova avaliação, similar à primeira, com o objetivo de se realizar uma comparação efetiva da capacidade física funcional das pessoas idosas e, um balanço das metas alcançadas, bem como, das dificuldades superadas. Porém, compete, também, nesta fase, refletir sobre as dificuldades não ultrapassadas e traçar novas metas com novos objetivos, consoante as novas necessidades reais das pessoas idosas.

É importantíssimo referir que esta proposta de programa de Reabilitação não é estática e isto quer dizer que requer uma avaliação e decisão constantes por parte do EEER que implementar este programa, com vista a satisfazer as necessidades e dificuldades sentidas pelas pessoas idosas ao longo da execução do mesmo.

Sistematizando melhor a informação, procedeu-se à execução uma figura para uma melhor clarificação das nossas orientações na definição de um programa de Reabilitação, onde constam todos os meses supracitados, bem como o que, em cada mês, consideramos relevante trabalhar (Figura 15).

FIGURA 15: Orientações de uma proposta de intervenção em Enfermagem de Reabilitação



Através da figura 15, é possível ter uma percepção mais clara e objetiva das orientações culminares deste estudo, visto que explana os componentes, o tipo de exercícios, os participantes, a duração, a frequência e a intensidade dos mesmos.

CONCLUSÃO

Atualmente, uma das maiores preocupações mundiais é o envelhecimento demográfico, muito devido à tendência a longo prazo do aumento da longevidade, já comprovada e evidenciada em diversas investigações científicas. Este facto tem reflexos no estado da saúde da população, com destaque para o aumento significativo de doenças crónicas, bem como para o número elevado de pessoas portadoras de múltiplas patologias que carecem de uma complexidade de cuidados inquestionável.

Assim, a aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença é uma prioridade nacional. Torna-se fulcral potenciar um envelhecimento ativo e saudável, através das políticas de saúde, das instituições e das comunidades com a implementação de estratégias de intervenção e a criação de projetos comunitários, que incidam no reforço do processo de desenvolvimento e da manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, dado que o envelhecimento associado à inatividade física implica um elevado risco de doenças e, conseqüentemente, um aumento do índice de dependência.

A atividade física, nesse sentido, é um importante alicerce da saúde ao longo da vida, e, segundo a literatura, adota uma importância ainda mais acrescida, maioritariamente, após os 65 anos de idade. Definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia, permite o desenvolvimento, manutenção e a maximização da capacidade funcional, proporcionando um bem-estar físico, mental e social das pessoas idosas. Destaca-se no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde de 2019, em que a promoção da atividade física é um dos focos prioritários na operacionalização da promoção de comportamentos saudáveis.

A Enfermagem de Reabilitação constitui uma forma muito particular do cuidar em Enfermagem, promovendo uma nova visão de intervenção especializada e direcionada para a prevenção de incapacidades, mas também para a maximização da capacidade funcional das pessoas. Este âmbito adquire um maior destaque quando intervencionado nas faixas etárias mais velhas. O cuidado de pessoas com necessidades especiais, particularmente, as pessoas idosas, no que diz respeito à prática de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, deve-se principiar o mais precocemente possível e prolongar-se ao longo de todo o ciclo vital. Toda a sua ação é fundamental nas alterações inerentes ao envelhecimento, intervindo a nível cognitivo, a nível sensorial e, principalmente, a nível motor e cardiorrespiratório, atuando na capacitação física e cardiorrespiratória, permitindo também o treino das AVD's.

Desta forma, compete ao EEER um papel crucial com vista não só ao ensino, à instrução e ao treino das atividades prescritas, mas também, primordialmente, ao planeamento, ao desenvolvimento e à implementação de programas de reabilitação, de prevenção ou até mesmo, de reintegração. É para este planeamento, desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação, que esta investigação pretende contribuir, potenciando uma melhor compreensão das necessidades da população portuguesa. E permitindo também uma atuação mais personalizada e específica perante as pessoas idosas, com vista à obtenção dos melhores resultados possíveis. Para isso, procuramos compreender as condições das pessoas idosas em contexto comunitário.

Os fatores sociodemográficos identificados, através dos resultados obtidos, evidenciaram que a amostra é predominantemente mulheres, com idade compreendida entre os 70 a 79 anos, maioria casadas, com o ensino básico referente ao 1º ciclo (4º ano antigo) e reformadas.

Face aos fatores da condição de saúde encontrados, quase metade autoperceciona como boa a sua saúde, no entanto a maioria é pré-obesa, com mais de um terço da amostra a apresentar a doença músculo-esquelética e osteoarticular, o que resulta em dor músculo-esquelética e osteoarticular, mas também, a doença endócrina. Mais de um terço apresenta desequilíbrios constantes, com acentuada diminuição da visão e da audição, e dificuldade em andar, pelo que é fundamental incluir uma intervenção com destaque nestes dados nos programas de reabilitação. Também, mais de metade da amostra é moderadamente dependente com necessidade de alguma ajuda.

No que concerne à temática fulcral em análise, a atividade física, evidenciou-se que mais de três quartos não se desloca diariamente a pé, optando por caminhar distâncias curtas e privilegiando o uso do elevador em vez das escadas. Como também mais de metade da amostra passa a maior parte do tempo sentada. Mais de três quartos não realiza atividade física moderada, nem atividade física intensa, bem como nem opta por atividade física leve no tempo de lazer. A prática desportiva também foi observada com resultados negativos. Deste modo, a inatividade é o comportamento mais frequente na nossa amostra.

Na análise da representação da idade face ao estado de saúde das pessoas idosas, verificou-se que a faixa etária mais predominante da nossa investigação, 70 a 79 anos, é a que se destaca com a maioria nos resultados supracitados.

Por outro lado, relativamente à atividade física praticada pelas pessoas idosas tendo em contas as características sociodemográficas e as condições de saúde, evidenciou-se que

predominantemente o comportamento inativo estava associado a todos os fatores identificados nos resultados obtidos acima elencados.

A prática de atividade física efetiva revelou-se bastante escassa e, até mesmo, inexistente por parte da nossa população alvo, concluída através de resultados negativos consistentes ao longo dos distintos parâmetros de avaliação da amostra. Permite, desta forma, concluir a necessidade emergente de programas de reabilitação, de prevenção ou até mesmo, de reintegração personalizados e específicos à população idosa.

Esta especificidade é possível de identificar face aos fatores que foram sendo encontrados e identificados durante esta investigação, e já referidos acima, uma vez que são influenciadores da prática de atividade física das pessoas idosas.

Assim, através deste construto, torna-se exequível o planeamento, o desenvolvimento e a implementação de programas de reabilitação, de prevenção ou até mesmo, de reintegração, específicos à população em estudo de acordo com as orientações apresentadas.

Os dados supracitados refletem a pertinência do nosso estudo, uma vez que se torna crucial a implementação de programas de intervenção, que permitirão diminuir a inatividade física evidenciada nesta investigação, com vista a diminuir e prevenir doenças crónicas e a sua manifestação, através da capacitação, manutenção e maximização da capacidade funcional das pessoas idosas com o objetivo *major* de potenciar um envelhecimento ativo e saudável.

Com este trabalho, efetivamos uma contextualização teórica, precedida do planeamento e metodologia detalhada da investigação. Os resultados alcançados permitiram dar contributos através de orientações para a construção de programa de reabilitação, dirigido às necessidades reais identificadas desta população idosa, com uma abordagem individual.

No entanto, no decorrer deste estudo, surgiram algumas limitações que, apesar de terem sido colmatadas, são factos importantes de mencionar. Desde logo, o facto de, no caso desta investigação, a amostra ser não probabilística e, apesar do elevado número de participantes, a particularidade de ser restrito a uma região do Norte de Portugal. Pelo que, para futuras investigações, sugeríamos ampliar o raio geográfico de população em estudo. O Modelo de Promoção da Saúde, da Nola Pender, foi um importante referencial para este estudo, pelo que a sua utilização no planeamento de intervenções referentes à promoção de estilos de vida saudáveis foi essencial, refletindo a pertinência de ser usado no âmbito da investigação.

No culminar desta intensa e incessante investigação, é-nos permitido concluir que existem diferenças detetáveis e já mencionadas entre os idosos, nas distintas faixas etárias, ao longo do tempo de envelhecimento que apoiam e justificam intervenção diferenciada por parte

dos Enfermeiros de Reabilitação. Intervenção esta que será inestimável, uma vez que uma população idosa mais saudável é um recurso incrivelmente valioso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva.

Em conclusão, nas implicações para a prática de Enfermagem de Reabilitação, é importante mencionar que esta deverá ter como escopo: Promover estilos de vida ativos com início o mais precocemente possível, mas que apresentem continuidade ao longo da vida, com vista a um envelhecimento saudável; Promover a sensibilização, através da literacia física, da população para a prática de atividade física regular; Fomentar o desenvolvimento de intervenções com base na avaliação das necessidades de saúde reais das pessoas idosas e grupos da comunidade; Reforçar a literacia da saúde; Fomentar uma prática baseada na evidência, que integre os resultados de investigações da promoção da saúde; e principalmente, incrementar intervenções de grupo para a promoção de estilos de vida ativos e saudáveis, com ênfase para a atividade física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE: ACSM's - *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 9ª ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2017. ISBN – 978-1-4963-3907-2.
- ✓ AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE: ACSM's - *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. [Em linha] 10ª ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2018. ISBN 978-1-4963-3906-5. Disponível em: <URL: https://www.academia.edu/36843773/ACSM_Guidelines_for_Exercise_Testing_and_Prescription_10th >.
- ✓ AMERICAN HEART ASSOCIATION: AHA - *American Heart Association Recommendations for Physical Activity in Adults and Kids*. [Em linha] [S.l.] 2018. [consult. em 18 de Janeiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults> >.
- ✓ AMORIM, Ten AdMil Filipe - Benefícios da Atividade Física na Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. [Em linha] *Escola dos Serviços, Exército Português*. Julho de 2018, Boletim nº 5. [consult. em 23 de Janeiro de 2019] Disponível em: <URL: https://assets.exercito.pt/SiteAssets/ES/saber_mais/numero_5/pdf/06Artigo.pdf >.
- ✓ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE DIETISTAS - *Índice de Massa Corporal*. [Em linha] APDietistas. 2017. [consult. em 28 de Fevereiro de 2019] Disponível em: <URL: <http://www.apdietistas.pt/nutricao-saude/avaliar-o-seu-estado-nutricional/parametros-antropometricos/7-indice-de-massa-corporal> >.
- ✓ ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO (APER) - *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. [Em linha] Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. 2010. [consult. em 28 de Fevereiro de 2019] Disponível em: <URL: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf> >.
- ✓ BALTES, PAUL; SMITH, JACQUI - Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*. 2006, vol. 17, nº 36. pp. 7-31. ISBN: 1676-0336
- ✓ BESDINE, Richard W - *Alterações físicas associadas ao envelhecimento*. Manuais Merck Sharp & Dohme Corp. - Versão para Profissionais de Saúde. Merck & Co., Inc.. Setembro de 2016.

- ✓ BIRREN, James E.; & SCHROOTS, Johannes J. F. - History, concepts and theory in the psychology of aging. *Handook of the Psychology of aging*. 4ª ed. San Diego: Academic Press J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), 1996, pp. 3-23.
- ✓ BORGES, Hugo F. S. - *Impacto da promoção do Autocuidado nos Idosos*. [Em linha] Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, Maio de 2018. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. [consult. em 2 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18262/1/pauta-relatorio-3.pdf> >.
- ✓ BOTELHO, Francisco; SILVA, Carlos; Cruz, Francisco - Epidemiologia explicada – valor de prova (p). *Acta Urológica Portuguesa*. [Em linha] 2008, vol. 25, nº 3, pp. 55-57. [consult. 10 setembro 2018]. Disponível em: <URL: <https://www.apurologia.pt/acta/3-2008/epid-explic-val-P.pdf> >.
- ✓ CAMBÃO, Mariana; SOUSA, Lúgia; SANTOS, Miguel; MIMOSO, Sandra; CORREIA, Sara; SOBRAL, Dilermundo - QualiSex: estudo da associação entre a qualidade de vida e a sexualidade nos idosos numa população do Porto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* [online] 2019. [Em linha] 2019, vol. 35, nº 1, pp. 12-20. ISSN 2182-5173. [consult. 10 Setembro 2018] Disponível em: <URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732019000100002 >.
- ✓ CANHESTRO, Ana Maria G. D. S. - *Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. [Em linha] Escola Superior de Saúde de Lisboa, 2018. Doutoramento em Enfermagem. [consult. em 25 de Março de 2019] Disponível em: <URL:https://www.repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf >.
- ✓ COELHO, Waléria M.; TEIXEIRA, Luciana A.; MENDES, Jéssica K.; NUNES, Andreia M.; GURIAN, M. B. F. - Os benefícios da atividade física aos idosos que participam de voleibol adaptado. *Revista Linguagem Académica*. Janeiro/Junho 2018, vol. 8, nº 2, pp. 25-38.
- ✓ COMOLI, Eliane. Envelhecimento do Sistema Nervoso. *Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*. 2018. Disponível em: <URL: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4338375/mod_resource/content/1/Envelhecimento%20do%20SN_EC2018.pdf >.
- ✓ CONDADO, Andreia I. C. - *Estado cognitivo do idoso não institucionalizado do distrito de Bragança*. [Em linha] Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, Junho de 2018. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

- Disponível em: <URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19102/1/pauta-relatorio-1.pdf> >.
- ✓ COSTA, R. M. - Nem tempo, nem motivação. Estamos a fazer menos exercício. *Jornal o Público - Comunicação Social S.A.* [Em linha]. 6 de Abril de 2018. Disponível em: <URL: <https://www.publico.pt/2018/04/06/sociedade/noticia/falta-de-tempo-e-de-motivacao-afastam-os-portugueses-do-exercicio-fisico-1809278> >.
 - ✓ DECRETO-LEI N.º 195/2017. Diário da República: *II Série*, N.º 195 (10 de Outubro de 2017), pp. 22878 - 22879, despacho n.º 8932/2017.
 - ✓ DECRETO-LEI N.º 83/2017. Diário da República: *II Série*, N.º 83 (28 de Abril de 2017), pp. 8110 - 8111, despacho n.º 3632/2017.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Aconselhamento Breve Para A Promoção Da Atividade Física*. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde. **2018**. Disponível em: <URL: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/recur_ferramentas-ab-pdf.aspx >.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável: 2017-2025*. [Em linha] Portugal: Ministério da Saúde, proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Julho de **2017**. Disponível em: <URL: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> >.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. **2019a**. ISBN: 978-972-675-288-2.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Plano de ação para a literacia em saúde, health literacy action plan: Portugal 2019-2021*. Lisboa: Ministério da Saúde. **2019**.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Ministério da Saúde, divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas. **2005**. ISBN 972-675-128-4.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2017*. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde, **2017a**. Disponível em: <URL: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf >.
 - ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa nacional para a promoção da atividade física: Perguntas e Respostas*. [Em linha] Portugal: Ministério da Saúde. S.d. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx> >.

- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa nacional para a promoção da atividade física*. [Em linha] Portugal: Ministério da Saúde. **2019**. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx> >.
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Portugal: Ministério da Saúde. **2004**.
- ✓ EUROPEAN COMMISSION - *Como queremos envelhecer?* 2012. ISBN 978-92-79-22633-5.
- ✓ EUROPEAN UNION: EU© - *Special Eurobarometer 472 - Report: Sport and physical activity. Fieldwork: December 2017*. [Em linha] European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture. Março de **2018**. ISBN 978-92-79-80242-3. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82432> >.
- ✓ EUROPEAN UNION: EU© - *Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity - Portugal. Fieldwork: December 2017*. [Em linha] European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture. Março de **2018a**. Disponível em: <URL: <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2164#p=1&instruments=special&yearFrom=1974&yearTo=2018&surveyKy=2164> >.
- ✓ EUROPEAN UNION: EU© - *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. [Em linha] European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Novembro de **2017**. ISSN 2443-8014. Disponível em: <URL: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf >.
- ✓ EUROSTAT: STATISTICS EXPLAINED - *Estrutura populacional e envelhecimento*. [Em linha] Luxembourg: Publications Office of the European Union, Maio de **2018**. ISSN 2443-8219. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt >.
- ✓ EUROSTAT: STATISTICS EXPLAINED - *Healthy life years statistics*. [Em linha] Luxembourg: Publications Office of the European Union, Janeiro de **2019**. ISSN 2443-8219. [consult. em 7 de Março de 2019]. Disponível em: <URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65 >.

- ✓ EUROSTAT: STATISTICS EXPLAINED - *Mortality and life expectancy statistics*. [Em linha] Luxembourg: Publications Office of the European Union, **2019a**. ISSN 2443-8219. [consult. em 7 de Março de 2019]. Disponível em: <URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics >.
- ✓ EUROSTAT: STATISTICS EXPLAINED - *Population on 1 January by age group and sex*. [Em linha] Luxembourg: Publications Office of the European Union, Junho de **2019c**. [consult. em 7 de Março de 2019]. Disponível em: <URL: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> >.
- ✓ EUROSTAT: STATISTICS EXPLAINED - *Population statistics at regional level*. [Em linha] Luxembourg: Publications Office of the European Union, Setembro de **2019b**. ISSN 2443-8219. [consult. em 7 de Março de 2019]. Disponível em: <URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_statistics_at_regional_level >.
- ✓ FERNANDES, Beatriz; CEBOLA, Marisa; FERREIRA, Miguel M.; TOMÁS, Maria T. - *Prevenir para não cair: guia de exercícios*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, 2018.
- ✓ FERREIRA, Clara M. M. - *Efeitos de um Programa de Exercício Físico em Idosos da Comunidade de Viseu*. [Em linha] Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, 2018. Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em Populações especiais. [consult. em 17 de Abril de 2019]. Disponível em: <URL: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/86697> >.
- ✓ FILHO, Agêge H. - *Análise da Abordagem Educacional no Nível de Conhecimento de Idosos Acerca dos Riscos de Queda*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Escola Superior de Educação de Coimbra, Janeiro de 2019. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde.
- ✓ FONSECA, César; CARRETAS, Nídia; GALHOFAS, Maria; COSTA, Abílio - Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Aging & Innovation*. 2018, vol. 7, nº 1, pp. 103 – 119. ISSN: 2182-6951.
- ✓ FORTIN, Marie Fabienne - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 2006.
- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. 3ª ed. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2000. ISBN 978-85-277-2054-0.

- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999.
- ✓ FREITAS, Elizabete. V.; PY, Lígia; et al - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016.
- ✓ FREITAS, Elizabete. V.; PY, Lígia; et al - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013. ISBN: 978-85-277-2054-0.
- ✓ FREITAS, Luís. *Reabilitação - A eficiência que faz a diferença*. Ordem dos Enfermeiros: Secção Regional - Região autónoma da madeira. 2017. Disponível em: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf >.
- ✓ GERHARDT, Tatiana; SOUZA, Aline - Unidade 1: Aspetos teóricos e conceituais. In: *Métodos de Pesquisa*. [Em linha] Série Educação a distância, Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. ISBN 978-85-386-0071-8. Disponível em: <URL: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> >.
- ✓ GOMES, Bárbara Pereira. *Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar do Porto, Universidade do Porto, 2008. Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- ✓ GOMES, Bárbara; ROCHA, Maria C; MARTINS, Maria M.; GONÇALVES, Maria N. - *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. [Em linha] Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. [consult. 15 Abril 2019]. Disponível em: <URL: <http://www.esenf.pt/fotos/editor2/id/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf> >.
- ✓ GOMES, Jéssica; SOARES, Carlos M.; BULE, Maria J. - Enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2019, vol. 2, nº 1, pp. 11. ISSN: 2184-3023.
- ✓ GUEDES, Nirla G.; MOREIRA, Rafaella P.; CAVALCANTE, Tahissa F.; ARAUJO, Thelma L.; XIMENES, Lorena B. - Actividade física de escolares: análise segundo o modelo teórico de promoção da saúde de Pender. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2009, vol. 43, nº 4. ISSN 0080-6234.
- ✓ HOEMAN, Shirley P. - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4.
- ✓ INFOPÉDIA - Dicionários Porto Editora, Dicionário da Língua Portuguesa [Em linha]. Porto: Porto Editora, Copyright © 2003-2019. S.d. Disponível em: <URL: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/programa> >.

- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos - 2.º Semestre de 2002*. **2002**, pp. 185 – 208.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Norte*. Lisboa, **2012**. ISBN 978-989-25-0186-4.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). *Base de dados: Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo; Anual*. [Em linha] **2018**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2 >.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). *Base de dados: População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual*. [Em linha] **2019b**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0 >.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). *Base de dados: População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual*. [Em linha] **2019c**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0 >.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). *Anuário Estatístico de Portugal - 2018 | Statistical Yearbook of Portugal - 2018*. Lisboa, **2019d**. ISBN 978-989-25-0486-5.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. [Em linha] Julho de **2015**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2 >.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). Estimativas de População Residente em Portugal - 2018. *Destaque: Informação à comunicação social*. [Em linha] Junho de **2019**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2 >.

- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). Tábuas de Mortalidade para Portugal – 2016-2018. *Destaque: Informação à comunicação social*. [Em linha] **2019a**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354096866&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2 >.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – STATISTICS PORTUGAL © (INE). Projeções de População Residente em Portugal - Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. *Destaque: Informação à comunicação social*. [Em linha] Março de **2017** [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2 >.
- ✓ JACOB, Sónia C. M. - *Clube 65+: Envelhecer com qualidade*. [Em linha] Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, 2018. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/23520> >.
- ✓ JORGE, Ana S. P. - *Atividade Física na Terceira Idade*. [Em linha] Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, 2018. Relatório de estágio de Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/116739/2/298893.pdf> >.
- ✓ MAROCO, João - *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-452-2.
- ✓ MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís - *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª edição. Portugal: Lusodidacta, dezembro de 2016. ISBN: 978-989-8075-73-4.
- ✓ MARTINS, Maria M.; RIBEIRO, Olga; SILVA, João V. - O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2018, Vol. 1, Nº 1, pp. 11. ISSN: 2184-3023.
- ✓ MARTINS, R. J. - *Aptidão física, atividade física e qualidade de vida relacionada com a saúde de idosos*. [Em linha] Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Universidade de Coimbra, 2016. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, na

- especialidade de Movimento Humano. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <URL: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18544/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Rita_Martins_n%C2%BA201400266_F.pdf >.
- ✓ MEDROA, Tiago O. - *As autarquias e a promoção de atividade física no meio rural: A intervenção da autarquia e da freguesia local na promoção de atividade física e os níveis de atividade física dos cidadãos da freguesia de Martinchel, concelho de Abrantes*. [Em linha] Faculdade de motricidade humana, Universidade de Lisboa, 2018. Dissertação de Mestrado em Gestão do Desporto. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <URL: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/15649/1/2018_%20Mestrado%20em%20Gest%C3%A3o%20do%20Desporto_%20Medroa%2C%20Tiago%20Oliveira.pdf >.
 - ✓ MENDES, Marco AG. *Avaliação da estabilidade postural, capacidade funcional e níveis de atividade física em idosos independentes*. Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto, Instituto Politécnico da Guarda, 2019. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto.
 - ✓ MENOITA, E. - *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência, 2012.
 - ✓ MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros: Porto*. [Em linha] 2015. Disponível em: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf >.
 - ✓ MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. Parecer n.º 12 – Parecer sobre Atividades de Vida Diária. *Ordem dos Enfermeiros: Lisboa*. [Em linha] 2011. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf >.
 - ✓ MORAES, Lucas P. - *Comparação dos efeitos do treinamento resistido e da hidroginástica na percepção de qualidade de vida e IMC de indivíduos idosos*. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, 2018. Dissertação de Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade.
 - ✓ MOREIRA, Maria A.; ALMEIDA, Sónia. *Diagnóstico de Saúde do Porto Ocidental: 2018*. [Em linha] Unidade de Saúde Pública, ACeS Porto Ocidental: Área Funcional do Planeamento. 2018. Disponível em: <URL: <https://bicsp.min->

saude.pt/pt/biufs/1/10018/QUEM%20SERVIMOS/Diagnostico%20de%20Situacao_2018.pdf >.

- ✓ NAHAS, Markus V. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida; conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 6ª edição. Londres: Midiograf, 2013.
- ✓ NASCIMENTO, Pedro H. B. - *Os impactos de um programa de exercício físico multicomponente em cuidadores informais e pacientes idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer*. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, 2018. Dissertação de Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade.
- ✓ NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - *Physical activity guidelines for older adults*. [Em linha] Department of Health and Social Care (DHSC). Julho de 2018. Disponível em: <URL: <https://www.nhs.uk/live-well/exercise/physical-activity-guidelines-older-adults/> >
- ✓ NETTO, Matheus P. - O Estudo da velhice: Histórico, definição do campo e temas básicos. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013, pp. 62 a 75. ISBN: 978-85-277-2054-0.
- ✓ NIEMAN, David C. - *Exercício e Saúde: Teste e prescrição de exercícios*. 6ª ed. Editora Manole, 2010. ISBN - 9788520426456.
- ✓ NUNES, Lucília - *CONSIDERAÇÕES ÉTICAS: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Departamento de Enfermagem. 2013. ISBN: 978-989-98206-1-6.
- ✓ OLIVEIRA, Luís A. F. - *Monitorização da Evolução dos Níveis de Atividade Física na População Idosa do distrito de Coimbra*. [Em linha] Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, 2018. Dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais. [consult. em 25 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/86711/1/TESE%20DE%20MESTRADO%20final%20-%20Lu%C3%ADs%20Oliveira.pdf> >.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – História da Enfermagem de Reabilitação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 9*. [Em linha] Julho de 2003, nº 9, pp. 12 a 13. [consult. em 10 de Janeiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://www.aper.pt/Ficheiros/documentos/Hist_Enf_Reab_Rev_OEn9_jul2003.pdf >.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Abril de 2006. [consult. em 15 de Janeiro de 2019]. Disponível em: <URL:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf >

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. **2002**.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Parecer n.º 12/2014: *Competências no Âmbito de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. [Em linha] **2014**. [consult. em 25 de Março de 2019] Disponível em: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf >
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. OE: Conselho Jurisdicional e Gabinete da Comunicação e Imagem, **2015**.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - Regulamento n.º 125/2011: *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação*. [Em linha]. Diário da República, 2ª série, n.º 35, pp. 8658-8659. Fevereiro de **2011**. Disponível em: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf >.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Regulamento n.º 140/2019: *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. [Em linha] Diário da República, 2ª série, n.º 26, pp. 4744 - 4750. Fevereiro de **2019**. [consult. em 25 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?!=1> >.
- ✓ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) - *ONU celebra Dia Internacional das Pessoas Idosas destacando talentos*. [Em linha]. Setembro de 2017. [consult. em 19 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://news.un.org/pt/story/2017/09/1596131-onu-celebra-dia-internacional-das-pessoas-idosas-destacando-talentos> >.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, **2005**.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - Health promotion - The Ottawa Charter for Health Promotion. *WHO Global Health Promotion Conferences: Geneva*. [Em linha] S.d. [consult. em 21 de Abril de 2019] Disponível em: <URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> >.

- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. 2015.
- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *Global Recommendations on Physical Activity for Health: 65 years and above*. Geneva, WHO Publications, 2011.
- ✓ PARADINHA, Fernanda M. - *Adesão ao regime terapêutico medicamentoso em idosos no concelho de Bragança*. [Em linha] Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2018. Relatório Final de Mestrado em Enfermagem Comunitária. [consult. em 25 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18924/1/pauta-relatorio-3.pdf> >.
- ✓ PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara; Fitzgerald, Mary - *Modelos para o exercício de Enfermagem | Nursing Models for Practice*. 3ª Ed. Londres: Butterworth-Heinemann, 2004. ISBN: 9780702037733.
- ✓ PENDER, Nola - *Health promotion in nursing practice*. 3ª ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1996.
- ✓ PENDER, Nola - *The Health Promotion Model: Manual*. University of Michigan. 2011.
- ✓ PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary - *Health promotion in nursing practice*. 6ª Ed. New Jersey: Pearsons Education, Inc, 2011. ISBN 978-0-13-509721-2.
- ✓ PEREIRA, Fernanda S. - *Relações entre Rigidez Arterial, Atividade Física e Idade Cronológica*. [Em linha] Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, 2018. Dissertação de Mestrado em Atividade Física para a Terceira Idade. [consult. em 25 de Março de 2019] Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/117066/2/300336.pdf> >
- ✓ PEREIRA, Sílvia I. G. - *Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, 2019. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
- ✓ PERLMUTTER, Marion; HALL, Elizabeth - *Adult development and aging*. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1992. ISBN: 978-0471518464.
- ✓ PESTANA, Maria; GAGEIRO, João - *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Novembro de 2014. ISBN: 9789726187752.
- ✓ PETRICA, João; PAULO, Rui; FAUSTINO, António; SERRANO, João - *Gerontomotricidade: Abordagens Académicas de Investigação*. [Em linha]. 1ª Ed. Câmara Municipal de Idanha-a-Nova, 2018. ISBN: 978-989-8936-06-6. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19137/1/gerontomotricidade.pdf>.

- ✓ PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE - *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, 2018.
- ✓ PIMENTEL, Maria H.; FERNANDES, Hélder; AFONSO, C.; BASTOS, Maria A. - Importância da rede social para o envelhecimento bem sucedido e a saúde do idoso (Importance of social network for the successful aging and health of the elderly). *Journal of Aging & Innovation*. 2019, vol. 8, nº 1, pp. 68 - 84. ISSN: 2182-696X.
- ✓ PIRES, Rita; MARTINS, Maria Ma.; GOMES, Bárbara; MONTEIRO, Clara; RIBEIRO, Olga. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na mobilidade da pessoa idosa institucionalizada – Programa Teia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2019, vol. 2, nº 1, pp. 90. ISSN: 2184-3023.
- ✓ PORDATA - *Base de dados de 2018: Pensões da Segurança Social, População inactiva e activa e Taxa de inactividade: total e por grupo etário (%)*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2019a**. [consult. em 17 de Julho de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5797413>>.
- ✓ PORDATA - *Base de dados de 2018: População inactiva: total e por grupo etário, Taxa de emprego: total e por grupo etário (%) e Taxa de inactividade: total e por grupo etário (%)*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2019b**. [consult. em 17 de Julho de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5797415>>.
- ✓ PORDATA - *Base de dados de índice de dependência de idosos*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2019c**. [consult. em 17 de Julho de 2019]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5797590> >.
- ✓ PORDATA - *Índice de envelhecimento: 2016*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2018a**. [consult. em 18 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>>.
- ✓ PORDATA - *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2019**. [consult. em 17 de Julho de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>>.
- ✓ PORDATA - *População residente, estimativas a 1 de Janeiro: total e por sexo: 2019*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal

- Contemporâneo, **2018d**. [consult. em 8 de Março de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+1+de+Janeiro+total+e+por+sexo-1570-201857> >.
- ✓ PORDATA - *População residente, média anual: total e por grupo etário*. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2018b**. [consult. em 8 de Março de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++m%C3%A9dia+anual+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-10> >.
 - ✓ PORDATA - *Retrato dos Homens e das Mulheres*. 1ª ed. © Fundação Francisco Manuel dos Santos: Base de Dados de Portugal Contemporâneo, **2018c**. ISBN: 978-989-8863-96-6.
 - ✓ PRETO, Leonel; CONCEIÇÃO, Maria; AMARAL, Simone; FIGUEIREDO, Telma; PRETO, Pedro - Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em linha]. 2018, vol. série IV, nº 16, pp. 73-84. ISSN 0874-0283. Disponível em: <URL: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100008&lng=pt&nrm=iso >.
 - ✓ PÚBLICO - *Instituto Nacional de Estatística: Portugal é um dos países mais envelhecidos da UE à frente de Espanha*. [Em linha]. 2018. [consult. em 18 de Abril de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.publico.pt/2018/03/29/sociedade/noticia/portugal-e-um-dos-paises-mais-envelhecidos-da-ue-a-frente-de-espanha-1808478#gs.rnapejx7> >.
 - ✓ PÚBLICO - *Na União Europeia do futuro, Portugal é o segundo país mais envelhecido*. [Em linha]. Comunicação Social SA, Agosto de 2017. [consult. em 18 de Abril de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.publico.pt/2017/08/19/sociedade/noticia/na-europa-do-futuro-portugal-e-o-segundo-pais-mais-envelhecido-1782007#gs.sb67mb9D> >.
 - ✓ RAIMUNDO, Marta S. G. *Funções neuropsicológicas nos idosos*. [Em linha]. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada de Lisboa. 2018. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. [consult. em 18 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/4429/1/mpc_marta_raimundo_dissertacao.pdf >.
 - ✓ REGULAMENTO N.º 125/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011, pp 8658 -8659.

- ✓ REGULAMENTO N.º 350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros – MCEER.* Diário da República, 2ª série, n.º 119, 2015.
- ✓ REGULAMENTO N.º 392/2019. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.* Diário da República, 2ª série, N.º 85, 3 de Maio de 2019, pp. 13565 - 13568.
- ✓ REIS, Joana - *Melo e Castro: o provedor que dizia sim à democracia.* Casa das Letras, Março de 2013. ISBN: 9789724621630.
- ✓ RIBEIRO, Olga; MARTINS, Maria Manuela; TRONCHIN, Daisy; SILVA, João - Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência.* 2018, Série IV, n.º 19, pp. 39 - 48. ISSN: 2182.2883 | ISSNp: 0874.0283. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://doi.org/10.12707/RIV18040> >.
- ✓ ROBERT, Ladislav. *O Envelhecimento.* Lisboa: Instituto Piaget, CNRS Editions. 1995. ISBN: 972-8254-55-6.
- ✓ ROSA, Maria J. V. - *O Envelhecimento da População Portuguesa.* Lisboa: Cadernos do Jornal Público, n.º 3. BPI. 1996.
- ✓ ROSA, Maria J. V. - *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa.* Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2012. ISBN: 9789898424471.
- ✓ SANT'ANNA, Rogéria M.; CÂMARA, Paulo; BRAGA, Marilita - Mobilidade na Terceira idade: como planejar o futuro? *Textos sobre o Envelhecimento.* [Em linha]. 2003, vol. 6, n.º 2. ISSN 1517-5928. [consult. em 18 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: https://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200002&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt >.
- ✓ SANTOS, Cláudia - *Efeitos do programa de exercício Otago com dupla-tarefa no risco de queda em adultos mais velhos.* Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto, Julho de 2018. Dissertação de Mestre em Fisioterapia.
- ✓ SANTOS, Rafaela; MEDEIROS, Jéssica; SCHMITT, Beatriz; MENEGUCI, Joilson; SANTOS, Douglas; DAMIÃO, Renata; TRIBESS, Sheilla; JÚNIOR, Jair - Comportamento Sedentário em Idosos: uma revisão sistemática. *Revista Motricidade, Edições Desafio Singular.* 2015, vol. 11, n.º.3, pp. 171-185.
- ✓ SERAFIM, Filomena - *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas.* [Em linha]. Universidade do Algarve, 2007. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, especialização em Educação e Formação de Adultos. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/659> >.

- ✓ SERRANO, João; FAUSTINO, António; RATO, Verónica; PETRICA, João; PAULO, Rui; MENDES, Pedro; BATISTA, Marco. O perfil comum dos programas de atividade física das academias seniores. *Gerontomotricidade: Abordagens Académicas de Investigação*. [Em linha]. 1ª Ed. Câmara Municipal de Idanha-a-Nova, 2018, pp. 35 a 52. ISBN: 978-989-8936-06-6. [consult. em 29 de Março de 2019] Disponível em: <URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19137/1/gerontomotricidade.pdf>.
- ✓ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS) - *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2017. [consult. em 19 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/> >
- ✓ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS) - *Retrato da Saúde, 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018. ISBN 978-989-99480-1-3.
- ✓ SMITH, Marlaine C.; PARKER, Marilyn E. - *Nursing Theories and Nursing Practice*. 4ª ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2016.
- ✓ SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha e MENDES, Isabel A. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. [Em linha]. 2007, vol. 15, nº 3, pp. 502-507. ISSN 1518-8345. [consult. em 19 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >.
- ✓ SOUSA, Virgínia F. - *Qualidade de vida em idosos, não institucionalizados, no distrito de Bragança*. [Em linha]. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Junho de 2018. Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária. [consult. em 19 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19105/1/pauta-relatorio-5.pdf> >.
- ✓ TOMÁS, Maria T.; CARNEIRO, Elvis; GALÁN-MERCANT, Alejandro; FERNANDES, Beatriz - Walking for functional life. In: *Let's Talk About Ageing – International Conference, Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, Porto*. [Em linha]. 15- e 16 Outubro de 2018. [consult. em 19 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8988/1/Walking%20for%20functiona%20life.pdf> >.
- ✓ TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Portugal: Lusodidacta, 2004. ISBN: 9789728383749.

- ✓ TUDOR-LOCKE, C.; CRAIG, Cora L.; THYFAULT, John P.; SPENCE, John C. - A step-defined sedentary lifestyle index: <5000 steps/day. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. [Em linha]. 2013, vol. 38, nº 2, pp. 100-114. [consult. em 19 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: <https://www.nrcresearchpress.com/doi/10.1139/apnm-2012-0235#.XZTA1OhKhdg>.
- ✓ UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (UNECE); EUROPEAN COMMISSION - *ACTIVE AGEING INDEX (AAI): In non-eu countries and at subnational level*. Guidelines, Agosto de 2018.
- ✓ UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - *Physical Activity Guidelines for Americans*. 2ª Ed. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, 2018.
- ✓ VICTOR, Janaína; LOPES, Marcos; XIMENES, Lorena - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. [Em linha]. 2005, vol. 18, nº 3, pp. 235-240. [consult. em 19 de Abril de 2019]. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf> >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Active Ageing: A Policy Framework. [Em linha]. Madrid, Spain: WHO, **2002**. [consult. em 19 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023. *Seventy-first World Health Assembly*. WHO, 5 de Abril de **2018c**.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. [Em linha]. Genebra: WHO, **2018d**. ISBN 978-92-4-151418-7. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf> >
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Global recommendations on physical activity for health*. Genebra: WHO Publications, **2010**. ISBN: 978-92-4-159-997-9.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Global strategy and action plan on ageing and health*. Genebra: World Health Organization Department of Ageing and Life Course, **2017a**. ISBN 978-92-4-151350-0.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Pacific physical activity guidelines for adults: framework for accelerating the communication of physical activity guidelines*. Western Pacific Region: WHO, **2008**. ISBN 978 92 9061 394 7.

- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Physical Activity Factsheets: For the 28 European Union Member States of the Who European Region*. [Em linha]. Genebra: WHO, **2018f**. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/382334/28fs-physical-activity-euro-rep-eng.pdf >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Physical Activity Strategy for the WHO European Region 2016–2025*. [Em linha]. Genebra: Regional Committee for Europe, Setembro de **2015b**. [consult. em 27 de Maio de 2019]. Disponível em: <URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *PORTUGAL: Physical Activity Factsheet 2018*. [Em linha]. Genebra: WHO, **2018e**. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/physical-activity-factsheets/physical-activity-country-fact-sheets/portugal> >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Promoting Physical Activity in the Health Sector: Current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region*. [Em linha]. Copenhaga, Dinamarca, **2018b**. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: https://ec.europa.eu/sport/sites/sport/files/promoting-physical-activity-in-health-sector-factsheet-2018_ennew.pdf >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Rehabilitation 2030: A Call for Action*. [Em linha]. Genebra: WHO, **2017b**. [consult. em 19 de Abril de 2019]. Disponível em: <URL: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/> >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *World Health Statistics 2018: monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. [Em linha]. Genebra: WHO, **2018a**. ISBN 978-92-4-156558-5. [consult. em 27 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: <URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1> >.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *World report on ageing and health*. Genebra: WHO, **2015a**. ISBN: 978-92-4-156504-2.

ANEXOS

ANEXO I - ALTERAÇÕES FÍSICAS RELACIONADAS COM O ENVELHECIMENTO

ALTERAÇÕES FÍSICAS RELACIONADAS COM O ENVELHECIMENTO

<i>Órgão ou sistema afetado</i>	<i>Alterações fisiológicas</i>	<i>Manifestações clínicas</i>
<i>COMPOSIÇÃO CORPORAL</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Massa magra ↓ Massa muscular ↓ Produção de creatinina ↓ Massa óssea ↓ Água corporal total ↑ Percentagem de tecido adiposo (até 60 anos e depois ↓ até a morte) 	<ul style="list-style-type: none"> Alterações nos níveis de medicamentos (em geral ↑) ↓ Força muscular Tendência à desidratação
<i>CÉLULAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Danos no ADN e da capacidade de reparação ↓ Capacidade oxidativa ↑ Fibrose 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Risco de cancro
<i>SISTEMA NERVOSO CENTRAL</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Número de recetores de dopamina ↑ Resposta dos alfa-adrenérgicos ↑ Respostas parassimpáticas muscarínicas 	<ul style="list-style-type: none"> Tendência a sintomas parkinsonianos (exemplo: ↑ tônus muscular, ↓ movimento do braço, entre outros.)
<i>ORELHAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> Perda da audição de alta frequência 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Capacidade de reconhecer a fala
<i>SISTEMA ENDÓCRINO</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Resistência à Insulina e intolerância à glicose Menopausa e ↓ Secreção de estrogénio e de progesterona ↓ Secreção de testosterona ↓ Secreção da hormona do crescimento ↓ Absorção e da ativação da vitamina D ↑ Incidência de anormalidades na tiroide ↑ Perda mineral óssea ↑ Secreção de ADH em resposta aos estímulos de osmolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Incidência de diabetes Secura vaginal e dispareunia ↓ Massa muscular ↓ Massa óssea ↑ Risco de fratura Alterações da pele Tendência à intoxicação por água
<i>OLHOS</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Flexibilidade do cristalino ↑ Tempo dos reflexos pupilares (dilatação e constrição) ↑ Incidência de cataratas 	<ul style="list-style-type: none"> Presbiopia ↑ Reflexos e dificuldade para se ajustar a mudanças de iluminação ↓ Acuidade visual
<i>TRATO GASTROINTESTINAL</i>	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Fluxo sanguíneo esplâncnico ↑ Tempo de trânsito gastrointestinal 	<ul style="list-style-type: none"> Tendência à constipação e diarreia

<i>CORAÇÃO</i>	<p>↓ FC intrínseca e da frequência cardíaca máxima</p> <p>Barorreflexo enfraquecido (menor aumento da FC em resposta à diminuição da pressão arterial)</p> <p>↓ Relaxamento diastólico</p> <p>↑ Tempo de condução AV</p> <p>↑ Ectopia atrial e ventricular</p>	<p>Tendência à síncope</p> <p>↓ Fração de ejeção</p> <p>↑ Taxas de fibrilação auricular</p> <p>↑ Taxas de disfunção diastólica e insuficiência cardíaca diastólica</p>
<i>SISTEMA IMUNOLÓGICO</i>	<p>↓ Função das células T</p> <p>↓ Função das células B</p>	<p>Maior suscetibilidade a infecções e possivelmente cancro</p> <p>↓ Resposta dos anticorpos à imunização ou infecção, mas ↑ autoanticorpos</p>
<i>ARTICULAÇÕES</i>	<p>Degeneração dos tecidos cartilagosos Fibrose</p> <p>↑ Glicosilação e ligação cruzada do colágeno</p> <p>↑ Perda de elasticidade dos tecidos</p>	<p>Compressão das articulações</p> <p>Tendência à osteoartrite</p>
<i>RINS</i>	<p>↓ Fluxo sanguíneo renal</p> <p>↓ Massa renal</p> <p>↓ Filtragem glomerular</p> <p>↓ Secreção e da reabsorção tubular renal</p> <p>↓ Capacidade de excretar uma carga livre de água</p>	<p>Alterações nos níveis de medicamentos com ↑ risco de iatrogenia</p> <p>Tendência à desidratação</p>
<i>FÍGADO</i>	<p>↓ Massa hepática</p> <p>↓ Fluxo sanguíneo hepático</p> <p>↓ Atividade do sistema enzimático</p>	<p>Alterações dos níveis de medicamentos</p>
<i>NARIZ</i>	<p>↓ Olfato</p>	<p>↓ Paladar</p> <p>↓ Apetite</p> <p>↑ Probabilidade (reduzida) de hemorragias nasais</p>
<i>SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO</i>	<p>↓ Resposta do barorreflexo</p> <p>↓ Responsividade beta-adrenérgica e número de recetores</p> <p>↓ Transdução de sinal</p> <p>↓ Respostas parassimpáticas muscarínicas</p> <p>↓ Preservação da resposta dos alfa-adrenérgicos</p>	<p>Tendência à síncope</p> <p>↓ Resposta dos betabloqueadores</p> <p>Resposta exagerada aos medicamentos anticolinérgicos</p>

<i>SISTEMA PULMONAR</i>	↓ Capacidade vital ↓ Elasticidade pulmonar (compliance) ↑ Volume residual ↓ VEF1 ↑ Incompatibilidade V/Q	↑ Risco de falta de ar durante o exercício vigoroso, se as pessoas forem sedentárias ou se o exercício for feito em grandes altitudes ↑ Risco de morte devido à pneumonia ↑ Risco de complicações graves (exemplo, insuficiência respiratória) em pacientes com doença pulmonar
<i>VASCULARIDADE</i>	↓ Vasodilatação endotelina-dependente ↑ Resistência periférica	Tendência à hipertensão

LEGENDA:

↓= diminuído; ↑= aumentado; VEF1= volume expiratório forçado em 1 segundo; V/Q = ventilação/perfusão.

(Besdine, Richard W., 2016 - adaptado de Institute of Medicine, 1997, pp. 8—9).

ANEXO II – PROJEÇÕES DO ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA EM PORTUGAL

PROJEÇÕES DO ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA EM PORTUGAL

Portugal	EC-EPC (AWG) 2018 projections							
Main demographic and macroeconomic assumptions								
Demographic projections - Eurostat 2015-based population projections	Ch 16-70	2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070
Fertility rate	0.2	1.34	1.28	1.34	1.40	1.47	1.53	1.59
Life expectancy at birth								
males	7.7	78.2	78.9	80.5	82.0	83.4	84.7	85.9
females	6.1	84.3	84.9	86.1	87.3	88.4	89.4	90.4
Life expectancy at 65								
males	5.2	18.1	18.6	19.6	20.6	21.5	22.4	23.3
females	4.9	21.8	22.2	23.2	24.1	25.0	25.9	26.7
Net migration (thousand)	24.6	-10.5	2.4	12.8	18.2	15.8	14.6	14.2
Net migration as % of population	0.3	-0.1	0.0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2
Population (million)	-2.3	10.3	10.2	9.9	9.5	9.1	8.5	8.0
Children population (0-14) as % of total population	-2.1	14.0	13.0	11.3	11.5	11.5	11.3	11.9
Prime age population (25-54) as % of total population	-9.7	41.2	39.8	36.8	34.0	33.2	31.8	31.5
Working age population (15-64) as % of total population	-12.4	65.1	64.5	61.5	56.6	53.5	53.8	52.7
Elderly population (65 and over) as % of total population	14.5	20.9	22.5	27.2	31.9	35.0	34.9	35.4
Very elderly population (80 and over) as % of total population	9.7	6.0	6.7	8.3	10.7	13.4	16.2	15.7
Very elderly population (80 and over) as % of elderly population	15.4	28.9	29.7	30.7	33.6	38.4	46.5	44.4
Very elderly population (80 and over) as % of working age population	20.5	9.3	10.4	13.6	19.0	25.1	30.2	29.8
Macroeconomic assumptions*	AVG 16-70	2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070
Potential GDP (growth rate)	0.9	0.4	0.8	1.0	0.8	0.9	1.0	0.8
Employment (growth rate)	-0.6	0.3	-0.3	-0.4	-0.9	-0.9	-0.7	-0.8
Labour input : hours worked (growth rate)	-0.6	0.1	-0.2	-0.4	-0.9	-0.9	-0.7	-0.8
Labour productivity per hour (growth rate)	1.5	0.3	1.0	1.4	1.7	1.8	1.7	1.5
TFP (growth rate)	1.0	0.5	0.7	0.9	1.1	1.2	1.1	1.0
Capital deepening (contribution to labour productivity growth)	0.5	-0.3	0.2	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5
Potential GDP per capita (growth rate)	1.4	0.7	1.1	1.3	1.2	1.5	1.7	1.4
Potential GDP per worker (growth rate)	1.5	0.1	1.0	1.4	1.8	1.9	1.7	1.6
Labour force assumptions	Ch 16-70	2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070
Working age population (15-64) (in thousands)	-2,515	6,724	6,572	6,065	5,395	4,862	4,587	4,208
Population growth (working age:15-64)	-0.3	-0.6	-0.6	-1.0	-1.4	-0.7	-0.6	-0.9
Population (20-64) (in thousands)	-2,283	6,163	6,035	5,623	5,021	4,483	4,226	3,881
Population growth (20-64)	-0.2	-0.7	-0.5	-0.9	-1.4	-0.7	-0.6	-0.9
Labour force 15-64 (thousands)	-1,740	4,962	4,933	4,644	4,164	3,748	3,506	3,221
Labour force 20-64 (thousands)	-1,718	4,906	4,877	4,596	4,125	3,709	3,468	3,188
Participation rate (20-64)	2.5	79.6	80.8	81.7	82.2	82.7	82.1	82.1
Participation rate (15-64)	2.8	73.8	75.1	76.6	77.2	77.1	76.4	76.6
young (15-24)	2.1	33.6	34.9	36.6	36.1	34.8	35.6	35.7
prime-age (25-54)	1.4	89.2	89.9	90.4	90.5	90.6	90.5	90.6
older (55-64)	11.0	58.4	63.8	68.5	69.1	69.5	69.8	69.4
Participation rate (20-64) - FEMALES	6.1	75.8	78.0	80.4	81.5	82.4	81.8	81.9
Participation rate (15-64) - FEMALES	5.8	70.5	72.6	75.4	76.6	76.9	76.2	76.3
young (15-24)	2.4	31.8	33.3	35.1	34.6	33.3	34.1	34.2
prime-age (25-54)	4.3	86.6	88.2	90.1	90.8	90.9	90.8	90.9
older (55-64)	17.7	50.8	57.4	65.0	67.2	68.4	68.9	68.5
Participation rate (20-64) - MALES	-1.2	83.6	83.9	83.2	82.9	83.1	82.3	82.4
Participation rate (15-64) - MALES	-0.5	77.2	77.6	77.8	77.7	77.3	76.6	76.8
young (15-24)	1.8	35.3	36.3	38.1	37.5	36.2	37.0	37.2
prime-age (25-54)	-1.7	91.9	91.6	90.7	90.3	90.3	90.2	90.3
older (55-64)	3.3	67.0	71.0	72.3	71.2	70.7	70.7	70.3
Average effective exit age (TOTAL) (1)	2.0	64.4	65.4	66.1	66.3	66.4	66.4	66.4
Men	1.8	64.8	65.3	66.3	66.5	66.6	66.6	66.6
Women	2.2	64.1	65.4	65.9	66.1	66.2	66.2	66.3
Employment rate (15-64)	5.2	65.3	67.6	69.7	70.7	71.0	70.4	70.5
Employment rate (20-64)	5.1	70.7	73.0	74.6	75.4	76.4	75.8	75.8
Employment rate (15-74)	4.3	58.3	59.7	61.9	62.3	62.4	63.3	62.6
Unemployment rate (15-64)	-3.6	11.5	9.9	8.9	8.4	7.9	7.9	7.9
Unemployment rate (20-64)	-3.5	11.2	9.7	8.7	8.2	7.7	7.7	7.7
Unemployment rate (15-74)	-4.0	11.2	9.6	8.4	7.8	7.3	7.3	7.2
Employment (20-64) (in millions)	-1.4	4.4	4.4	4.2	3.8	3.4	3.2	2.9
Employment (15-64) (in millions)	-1.4	4.4	4.4	4.2	3.8	3.5	3.2	3.0
share of young (15-24)	0.6	6%	7%	7%	6%	6%	7%	7%
share of prime-age (25-54)	-6.4	78%	75%	71%	71%	74%	71%	71%
share of older (55-64)	5.8	16%	18%	22%	23%	20%	22%	22%
Dependency ratios	Ch 16-70	2016	2020	2030	2040	2050	2060	2070
Share of older population (55-64) (2)	3.8	20.2	21.6	24.5	25.2	22.2	24.4	24.0
Old-age dependency ratio 15-64 (3)	35.1	32.1	34.9	44.2	56.4	65.4	64.9	67.2
Old-age dependency ratio 20-64 (3)	37.8	35.0	38.1	47.7	60.6	70.9	70.4	72.8
Total dependency ratio (4)	36.2	53.6	55.1	62.6	76.7	87.0	85.8	89.7
Total economic dependency ratio (5)	14.5	126.3	120.3	115.7	125.0	136.5	139.5	140.8
Economic old-age dependency ratio (15-64) (6)	38.4	44.9	47.5	55.1	68.5	80.6	81.8	83.4
Economic old-age dependency ratio (15-74) (7)	31.4	43.2	45.6	50.9	61.6	72.4	74.2	74.6

LEGENDA:

- * The potential GDP and its components are used to estimate the rate of potential output growth, net of normal cyclical variations
(1) Based on the calculation of the average probability of labour force entry and exit observed. The table reports the value for 2017 instead of 2016.
(2) Share of older population = Population aged 55 to 64 as a % of the population aged 15-64
(3) Old-age dependency ratio = Population aged 65 and over as a % of the population aged 15-64 or 20-64
(4) Total dependency ratio = Population under 15 and over 64 as a % of the population aged 15-64
(5) Total economic dependency ratio = Total population less employed as a % of the employed population 15-74
(6) Economic old-age dependency ratio (15-64) = Inactive population aged 65+ as a % of the employed population 15-64
(7) Economic old-age dependency ratio (15-74) = Inactive population aged 65+ as a % of the employed population 15-74
NB: : = data not provided

European Union, 2017.

ANEXO III - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS DE NAHAS

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FÍSICAS HABITUAIS DE NAHAS

O questionário de atividades físicas habituais de Nahas (2013) foi utilizado na nossa investigação para caracterização da amostra em estudo.

ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Questionário de Atividades Físicas Habituais*

Você é fisicamente ativo(a)?

Para cada questão respondida SIM, marque os pontos indicados à direita. A soma dos pontos é um *indicativo* de quão ativo(a) você é. A faixa ideal para a saúde da maioria das pessoas é a de *Moderadamente Ativo(a)* – 12 a 20 pontos.

Atividades Ocupacionais Diárias	Pontos
1 Eu geralmente vou e volto do trabalho (ou escola) caminhando ou de bicicleta (ao menos 800 m cada percurso)	3
2 Eu geralmente uso as escadas ao invés do elevador	1
3 Minhas atividades diárias podem ser descritas como:	
a. Passo a maior parte do tempo sentado e, quando muito, caminho distâncias curtas	0
b. Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais	4
c. Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)	9
Atividades de Lazer	Pontos
4 Meu lazer inclui atividades físicas leves, como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana).	2
5 Ao menos uma vez por semana participo de algum tipo de dança	2
6 Quando sob tensão, faço exercícios para relaxar	1
7 Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada	3
8 Participo de aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente	2
9 Faço musculação duas ou mais vezes por semana	4
10 Jogo tênis, basquete, futebol ou outro esporte recreacional, 30 minutos ou mais por jogo:	
a. uma vez por semana	2
b. duas vezes por semana	4
c. três ou mais vezes por semana	7
11 Participo de exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar, nadar) 20 minutos ou mais por sessão:	
a. uma vez por semana	3
b. duas vezes por semana	6
c. três ou mais vezes por semana	10

TOTAL DE PONTOS []

Classificação:	0-5 pontos:	Inativo
	6-11 pontos:	Pouco ativo
	12-20 pontos:	Moderadamente Ativo
	21 ou mais pontos:	Muito Ativo

* Desenvolvido originalmente por Russel R. Pate – University of South Carolina/EUA.
Traduzido e modificado por M. V. Nahas – NuPAF/UFSC para uso educacional, servindo como estimativa do nível de atividade física habitual de adolescentes e adultos jovens. Esta versão do instrumento mostrou-se prática e fidedigna entre adolescentes e universitários. A soma de pontos é uma unidade arbitrária.

**ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVE E ESCLARECIDO PARA A
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional **Enquadramento:** Este estudo é parte integrante de um projeto de investigação que tem por finalidade contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde que garanta qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança em meio familiar ou institucional.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como objetivos:

- Caracterizar os/as idosos/as que vivem em contexto familiar;
- Descrever os ambientes que suportem a saúde, bem-estar e segurança dos/das idosos/as com mais de 65 anos;
- Identificar fatores de risco para a saúde, bem-estar e segurança dos/das idosos/as em contexto familiar;
- Analisar as diferenças de género sobre o bem-estar, perceção de saúde, violência e solidão;
- Analisar as diferenças no percurso da idade sobre os estilos de vida, perceção de saúde e bem-estar;
- Analisar a situação de idosos/as com cuidadores/as
 - Identificar determinantes que sustentem uma política para mudança de comportamento no sentido de um envelhecimento saudável ativo e interventivo.

Condições e financiamento: A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se do estudo a qualquer momento sem que esse facto acarrete prejuízo para si. Não estão contemplados quaisquer riscos para os/as participantes deste estudo.

Mais informamos que o presente estudo mereceu um parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar São João (CHSJ).

Confidencialidade e anonimato: A informação fornecida para este estudo é anónima e confidencial. Uma vez preenchido o questionário, as respostas fornecidas serão envidadas para uma base de dados confidencial a que só os membros da equipa de investigação têm acesso. A informação será utilizada no âmbito deste projeto e os resultados do estudo poderão ser utilizados para produção científica e divulgados em eventos e periódicos científicos.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para participar neste estudo.

Nome do/da investigador/a:

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura do/da participante:

Data: / /

Este documento é composto de 2 página/s e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente

ANEXO V – QUESTIONÁRIO DA NOSSA INVESTIGAÇÃO



202



QUESTIONÁRIO

“Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”

VIVER BEM COM MAIS IDADE do contexto familiar ao apoio institucional é um projeto desenvolvido em parceria entre a Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP/ CINTESIS) e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (VNF) que numa primeira etapa integra uma investigação, a qual pretende obter informação para melhorar a qualidade de vida dos idosos residentes neste concelho.

Para isso, necessitamos de conhecer e avaliar os estilos de vida, e a capacidade funcional para realização de atividades de vida diárias, a qualidade de vida, a funcionalidade familiar e as relações sociais dos indivíduos com 65 ou mais anos, do concelho de VNF.

Para esta avaliação global das pessoas idosas, construímos este questionário baseado em instrumentos com padrões de validade e fidelidade aceitáveis. O questionário tem questões de resposta obrigatória e outras opcionais, mas para a informação ter mais validade é importante que responda a todas as questões.

Muito obrigado por participar neste estudo. O seu contributo é muito importante para a equipa de investigação e para os cidadãos com mais de 65 anos.



CONSENTIMENTO:

Ao prosseguir com o preenchimento do questionário está a concordar com a seguinte declaração:

"Declaro que fui informado(a) dos objetivos do estudo de forma clara e detalhada e que tive oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper a minha participação se assim o desejar."

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, preenchendo o símbolo ● referente à sua resposta, como mostramos no exemplo seguinte. Se não quiser responder, por favor não assinale a resposta, deixe em branco ○.

Dados de identificação do questionário (ID): (a preencher pelo entrevistador (a))

Nº do questionário

Data da colheita



ID

PARTE 1 - Características sociodemográficas e clínicas

1. Sexo? Masculino Feminino
2. Idade? (anos completos)
Data de nascimento: / / (D/M/A)
3. Estado: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
4. Analfabetismo: Sabe ler? Sim Não
Sabe escrever? Sim Não
5. Escolaridade: (completa)
 - Nenhuma
 - Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)
 - Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)
 - Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)
 - Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/propedêutico)
 - Ensino pós secundário – curso de especializaçãotecnológica
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
6. Fonte de rendimento:
 - Trabalho
 - Reforma/pensão
 - Rendimento social de inserção
 - Outra Qual? _____

ID

PARTE 2 – Condições da Saúde

7. Como considera que está o seu estado de saúde, neste momento?

- Muito Bom
 Bom
 Mau
 Muito mau

8. Peso Kg

9. Altura Cm

10. Tem conhecimento de ter alguma destas doenças? :

	Sim	Não	Não responde
1. Doenças cerebrovasculares (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Doença neurológica (Parkinson)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Doença musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Doença oncológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Doença endócrina (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Doença Psiquiátrica (Depressão)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Não tem doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

11. Tem algum dos seguintes sintomas / manifestações?

	Sim	Não	Não responde
1. Perda de urina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentimentos de tristeza persistente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dor musculoesquelética e osteoarticular (Artrite)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dificuldade em andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Desequilíbrios constantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Diminuição da audição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Diminuição da visão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não tem sintomas/manifestações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Tem algum tipo de dependência?

	Sim	Não
1. Independente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Severamente dependente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



202

ID

PARTE 3 – Estilos de Vida

Para cada uma das afirmações selecione sim ou não:

Componente Atividade Física

13 - Componente: Atividade Física	Sim	Não
1. No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. No meu dia-a-dia, caminho ou pedalo como meio de transporte e, preferencialmente, uso as escadas ao invés do elevador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cada uma das afirmações selecione sim ou não:

Que atividades físicas, habitualmente, desenvolve?

14 - Atividades ocupacionais diárias	Sim	Não
1. Desloco-me diariamente nas minhas atividades a pé ou de bicicleta (pelo menos 800 metros em cada percurso).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Geralmente uso as escadas em vez do elevador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15 - As minhas atividades diárias podem ser descritas como:	Sim	Não
1. Passo a maior parte do tempo sentado e quanto muito caminho distâncias curtas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID

16 - Atividades de Lazer	Sim	Não
1. O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ao menos uma vez por semana participo em algum tipo de dança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando estou sobre tensão faço exercícios para relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Faço musculação duas ou mais vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17- Jogo ténis basquetebol, futebol ou outro desporto 30 minutos ou mais por jogo	Sim	Não
a. Uma vez por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Duas vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Três ou mais vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 - Participo em exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20 minutos ou mais por sessão:	Sim	Não
a. Uma vez por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Duas vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Três ou mais vezes por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se estas questões o deixaram preocupado e se quiser falar com alguém, lembre-se que pode contactar os investigadores deste projeto.

Muito obrigada pela sua colaboração.

ISABEL FERREIRA

FATORES QUE INFLUENCIAM A ATIVIDADE FÍSICA NAS PESSOAS IDOSAS:
CONTRIBUTOS PARA UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO