

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

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO
-ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO-
COMMUNITY CARE UNIT AND ELDERLY HEALTH PROMOTION
- REHABILITATION NURSE-

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Martins
e coorientada pela
Professora Maria Clara Duarte Monteiro

Tatiana Filipa Pinheiro Cardoso

Porto | 2016

“Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e uma das mais difíceis tarefas na grande arte de viver.”

Henri Frédéric Amiel

AGRADECIMENTOS

Porque este foi um caminho que não percorri sozinha, quero agradecer:

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

À Professora Clara Monteiro pela ajuda na orientação e pelo incentivo e disponibilidade demonstrada.

Ao meu marido Ricardo pela compreensão, presença constante e paciência, sei que não foi fácil.

À minha família pela força e carinho nesta caminhada, em especial à minha mãe por ser quem é, pelo amor, pelo apoio e por acreditar sempre em mim.

Às minhas colegas de trabalho da UCC Âncora pelo estímulo e compreensão, ao longo deste percurso, em especial à Maria João que fez despertar em mim o interesse pela reabilitação e esteve sempre disponível para me ouvir, nos momentos mais difíceis deste percurso.

Aos meus amigos que acompanharam de perto esta caminhada agradeço todas as palavras de apoio e incentivo.

À memória do meu pai, espero que estejas orgulhoso...

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPS – Educação Para a Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV – Estilo de Vida

FPC – Fundação Portuguesa de Cardiologia

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEV – Perfil de Estilo de Vida

PNS – Programa Nacional de Saúde

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

RNA – Ácido Ribonucleico

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP-EDP – Unidade Científica Pedagógica – Enfermagem: disciplina & profissão

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS PARA IDOSOS	23
1.1. O Fenómeno do envelhecimento.....	23
1.2. Os estilos de vida e os riscos de saúde da pessoa idosa.....	27
1.3. O envelhecimento como uma experiência de transição desenvolvimental.....	30
1.4. Um olhar sobre programas de promoção da saúde dos idosos.....	35
1.5. Contributos do enfermeiro de reabilitação para um envelhecimento sustentável...	43
2. TRABALHO DE CAMPO.....	47
2.1. População e amostra	48
2.2. Variáveis do estudo e a sua operacionalização.....	50
2.3. Colheita de dados.....	55
2.3.1. Instrumento de colheita de dados.....	55
2.3.2. Procedimento de colheita de dados.....	56
2.3.3. Procedimentos éticos	57
3. UMA SELF SOBRE O ENVELHECIMENTO NA ÁREA DE REFERÊNCIA DE UMA UCC	59
3.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos	59
3.2. Caracterização da autonomia dos idosos	60
3.3. Caracterização das condições de saúde	66
3.4. Caraterização dos estilos de vida e participação social dos idosos.....	71
3.5. Caraterização das diferenças de género e idade	76
4. DOS RESULTADOS DA SELF AO PROGRAMA ESPECIFICO PARA A REGIÃO - UMA PROPOSTA.....	91
4.1. Cruzar olhares para a especificação do programa	91
4.2. Caraterização dos riscos de saúde associados	100
4.3. Especificação do programa	104
CONCLUSÃO.....	115
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
ANEXOS.....	129
Anexo I – Quadro da análise dos artigos pesquisados	129
Anexo II – Questionário do estudo “Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”	135
Anexo III – Cronograma do programa de promoção da saúde do idoso	146
Anexo IV – Escala de faces da dor	149

Anexo V – Teste de Tinetti	149
Anexo VI – Questionário do perfil de estilo de vida	153
Anexo VIII – Escala de Lawton e Brody	156

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “utilizar o telefone”.....	61
Tabela 2: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “fazer compras”.	62
Tabela 3: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “preparar refeições”.....	62
Tabela 4: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “tarefas domésticas”.....	63
Tabela 5: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “lavagem da roupa”.....	64
Tabela 6: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “utilização de meios de transporte”.....	64
Tabela 7: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “gestão da medicação”.	65
Tabela 8: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “responsabilidade com assuntos financeiros”.	65
Tabela 9: Descrição da variável “Participação em Atividades Sociais”.	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Artigos publicados sobre programas de promoção da saúde dos idosos, por ano e por área profissional.	42
Gráfico 2: Distribuição dos idosos por classes de dependência.	60
Gráfico 3: Perceção dos idosos acerca do seu estado de saúde.	66
Gráfico 4: Distribuição do IMC, por classes.	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Análise resumida dos artigos pesquisados.....	38
Quadro 2: Principais atividades desenvolvidas nos estudos pesquisados.	39

Quadro 3: Artigos publicados sobre programas de promoção da saúde dos idosos, a nível nacional e internacional, por ano, e por área profissional.....	41
Quadro 4: Distribuição dos idosos residentes e dos idosos constituintes da amostra, por freguesias da UCC D. Maria.	50
Quadro 5: Operacionalização das variáveis sociodemográficas.	51
Quadro 6: Operacionalização da variável condições de saúde.....	52
Quadro 7: Distribuição da ocorrência de patologias nos idosos.	67
Quadro 8: Distribuição da ocorrência de sintomas/ manifestações nos idosos.	68
Quadro 9: Descrição das orientações fornecidas, relativas à prevenção de quedas, por profissional da saúde que as forneceu.....	69
Quadro 10: Descrição da frequência com que os idosos ajustam, ou alteram, as prescrições médicas.	70
Quadro 11: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita a alimentação.	72
Quadro 12: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita a atividade física.	72
Quadro 13: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita o comportamento preventivo.	73
Quadro 14: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita ao comportamento relacional.....	73
Quadro 15: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita o controlo do stress.	74
Quadro 16: Classificação da atividade física dos idosos, por género, de acordo com o “Questionário de Atividades Físicas Habituais”.	75
Quadro 17: Classificação da alimentação dos idosos, por género, de acordo com o QFA.	75
Quadro 18: Distribuição do grau de autonomia, por AIVD e género.	77
Quadro 19: Distribuição da interpretação do valor de IMC, de acordo com o género.	78
Quadro 20: Distribuição percentual dos resultados do "Questionário de Frequência Alimentar", por género.	79
Quadro 21: Distribuição percentual dos resultados do "Questionário de Atividades Físicas Habituais", por género.	81
Quadro 22: Distribuição percentual dos resultados da alfabetização dos idosos, por género.	83
Quadro 23: Distribuição percentual da ocorrência de sintomas/ manifestações, por género.	84

Quadro 24: Distribuição da participação social, por género.	85
Quadro 25: Distribuição percentual da ocorrência de patologias nos idosos, antes e depois dos 80 anos.	86
Quadro 26: Distribuição percentual da ocorrência de sintomas/ manifestações, na 3ª e na 4ª idade.....	87
Quadro 27: Distribuição percentual da classificação da alimentação, na 3ª e na 4ª idade....	87
Quadro 28: Distribuição percentual da classificação dos idosos, de acordo com a atividade física desenvolvida, na 3ª e na 4ª idade.	88
Quadro 29: Distribuição percentual da classificação dos idosos, de acordo com o grau de autonomia nas AVD's, na 3ª e na 4ª idade.	88
Quadro 30: Planificação do programa de promoção da saúde dos idosos a implementar na UCC.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pergunta de partida segundo estratégia PICO®.....	37
Figura 2: Programa "Três Pilares para Viver Mais e Melhor".....	108

RESUMO

Envelhecer de forma saudável assume-se como um desafio das sociedades atuais denotando-se, ainda, pouca preocupação com este grupo etário, no que a programas de promoção da saúde do idoso diz respeito. Atualmente, sabe-se que os estilos de vida adotados muito influenciam a forma como envelhecemos. A intervenção do enfermeiro de reabilitação de uma UCC, na promoção de um envelhecimento saudável, é fundamental para melhorar o estado de saúde da população, da sua área de intervenção.

A presente investigação incide sobre as características e perceções dos idosos, do município de Vila Nova de Famalicão, relevantes para a elaboração de um programa de promoção da saúde do idoso. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, inserido no estudo “Viver bem com mais idade – do contexto familiar ao apoio institucional”. Da amostra fazem parte 1522 idosos, com 65 ou mais anos, a viver em contexto familiar e que residem na área de influência de uma UCC. A colheita de dados decorreu durante todo o ano de 2015, através de um questionário de autopreenchimento.

Os resultados obtidos mostram que a população idosa é maioritariamente feminina, com uma idade média de 73,5 anos, casada, com dois filhos e a viver com o cônjuge, ou com o cônjuge e filhos. O nível de escolaridade é baixo, sobretudo nos idosos do sexo feminino e acima dos 80 anos. A maioria dos idosos apresenta, já, uma dependência moderada nas AVD. A patologia mais expressiva é a músculo-esquelética e osteoarticular (36,2%), seguindo-se a doença endócrina (32,0%) e a cardiovascular (19,8%). A doença músculo-esquelética e osteoarticular, cerebrovascular e respiratória revelam-se, significativamente, mais prevalentes na quarta idade e as patologias mais associadas ao sexo feminino são a músculo-esquelética, osteoarticular e a doença psiquiátrica.

Neste estudo constata-se que os idosos necessitam de melhorar a atividade física, a alimentação e a participação social. Verificam-se diferenças entre sexos, relativamente aos estilos de vida, apresentando as mulheres melhores resultados na componente “controlo de stress” e os homens na componente “alimentação”.

As implicações destes resultados para a prática, reforçam a importância dos enfermeiros de reabilitação conhecerem as características e perceções da população idosa possibilitando, assim, a implementação de um programa de promoção da saúde do idoso numa UCC, assente em parcerias na comunidade e na articulação com a ESF, respondendo às reais necessidades dos idosos, atendendo às diferenças de género existentes.

Palavras-chave: Idosos, Comunidade, Programa, Promoção da Saúde, Estilos de Vida.

ABSTRACT

Healthy aging is known to be a challenge for modern societies where little concern can be seen for health promoting elderly programs. Nowadays it is understood the lifestyle we adopt greatly influences how we age. The intervention of a UCC rehabilitation nurse, in promoting healthy aging, is crucial in order to improve the health of a population in the geographical area of intervention.

This research focuses on the characteristics and perceptions of the elderly in the municipality of Vila Nova de Famalicão, relevant for the development of a health promoting program for the elderly. This is an exploratory, descriptive study, named “UCC e Promoção da Saúde do Idoso – Enfermeiro de Reabilitação”, with a quantitative approach, inserted in the study “Viver bem com mais idade – do contexto familiar ao apoio institucional”. This sample consists of 1522 elderly subjects aged 65 and over. The subjects reside in a UCC’s area of influence and living in a family context. The data collection took place during the year 2015, through a self-administered questionnaire.

The results show that the elderly population is mostly female, with an average age of 73.5 years, married, with two children and living with their spouse or with their spouse and their offspring. Their level of schooling is low, particularly when it comes to elderly females and subjects aged over 80. Most of the elderly already show a moderate dependence on IADLs.

The most frequent pathology found is musculoskeletal and osteoarticular disease (36.2%), followed by endocrine (32.0%) and cardiovascular (19.8%) diseases. Musculoskeletal and osteoarticular disease, as well as cerebrovascular and respiratory diseases prove to be significantly more prevalent in the fourth age while musculoskeletal and osteoarticular disease and psychiatric illness are more frequently found in female subjects.

This study shows that elderly physical activity, nutrition and social interaction need improvement. There are gender related differences regarding lifestyles. Women have better results in “stress management” and men in the “eating habits” component.

The practical implication of these results reinforce the importance of the rehabilitation nurse knowing the elderly population’s characteristics and perceptions. This will allow the implementation of a health promotion program for the elderly in a UCC, based on community partnerships and on coordination with the family health team. The program will respond to the real needs of the elderly while taking in consideration the existing gender differences.

Keywords: Elderly, Community, Program, Health Promotion, Lifestyle

INTRODUÇÃO

A preocupação crescente com o envelhecimento está, intimamente, relacionada com a figuração expressiva do número de pessoas com mais de 65 anos, na nossa população, e com tendência crescente, em consequência da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da longevidade.

Perante esta realidade, devemos encarar o envelhecimento como um desafio e uma oportunidade, no sentido de desenvolver estratégias capazes de dar resposta às necessidades que emergem. Isto é, viver saudável e com autonomia, durante o maior período de tempo possível, constitui assim, um desafio atual da nossa sociedade.

O processo de envelhecimento é gradual e, embora não haja uniformidade quanto ao seu início, é consensual que este é um processo que acarreta profundas alterações biológicas, psíquicas e sociais. Ocorre a redução da capacidade de adaptação e a progressiva diminuição das reservas funcionais facilitando desta forma, o aparecimento de doenças.

A idade a partir da qual se é considerado idoso, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é estabelecida de acordo com o nível socioeconómico de cada nação. Nos países em desenvolvimento considera-se idoso a partir dos 60 anos de idade. Já nos países desenvolvidos, essa idade prolonga-se para os 65 anos.

Em Portugal, embora exista o Plano Nacional de Saúde (PNS) que define eixos de atuação prioritária, nos quais se enquadra a saúde do idoso, não existem programas de promoção da saúde dos idosos, baseados em estudos indicativos das suas necessidades, de acordo com as características destes, nas respetivas regiões onde residem.

O PNS 2012-2016 enfatiza a preocupação com o aumento da esperança de vida, reconhecendo a necessidade de implementação de intervenções dirigidas à população idosa, baseadas nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade. Contudo, não contempla as características e perceções dos idosos, dos diferentes municípios portugueses, como sendo determinantes para a implementação de um programa de acompanhamento dos idosos, pelos enfermeiros de reabilitação que integram as UCC.

As UCC são unidades que prestam cuidados de saúde de proximidade à comunidade da sua área geográfica de intervenção articulando-se, para isso, com diversos parceiros da comunidade, como sejam, as autarquias, as IPSS, a segurança social, as associações e as várias

unidades funcionais do ACES. Os cuidados prestados pelas UCC assentam no diagnóstico de saúde da comunidade em questão e nas estratégias de intervenção, definidas no PNS.

Nas UCC exerce funções uma equipa multiprofissional, que poderá ser constituída por: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala e nutricionistas, que podem colaborar de forma permanente, ou parcial. Esta equipa abraça vários programas e projetos de intervenção comunitária, que visam promover estilos de vida saudável e apoiar indivíduos e famílias/cuidadores, capacitando-os para as transições situacionais, desenvolvimentais e de saúde/doença.

Segundo a teoria de médio alcance de Meleis et al. (2000) a passagem à terceira idade constitui uma transição desenvolvimental, que envolve um processo de adaptação a esta nova fase da vida. Se houver uma intervenção precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, é possível minimizar os riscos associados ao processo de transição, que tornam o indivíduo mais vulnerável. Assim, através de intervenções que visam a educação da população, a manutenção das capacidades funcionais, a independência e a prevenção de incapacidades, que são da competência dos enfermeiros de reabilitação, é possível contribuir para o aumento da qualidade de vida dos idosos/famílias e, conseqüentemente, diminuir os gastos inerentes aos processos de doença, que constituem uma importante fatia do orçamento da saúde.

Por sua vez, os enfermeiros de reabilitação a exercer funções nas UCC detêm conhecimento específico, relativo às características sociodemográficas e económicas da população alvo dos seus cuidados e às características particulares da área geográfica em questão, podendo detetar mais eficazmente condições facilitadoras ou, pelo contrário, barreiras e condições inibidoras de comportamentos saudáveis, podendo atuar sobre elas.

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

Tendo em vista a intervenção das UCC, a partir de dados suportados na evidência científica, será feita uma síntese sustentada na análise dos resultados obtidos, que evidencie fatores relevantes para a elaboração de um programa, por uma UCC dessa região. Desta

forma, foram identificadas as freguesias pertencentes a uma UCC e retirados do estudo do município, apenas os idosos a residir na área geográfica de intervenção. O objetivo deste relatório é descrever os dados de maior relevância, que podem suportar um programa específico e sensível, delimitado num período de tempo e que, posteriormente, seja um contributo válido para produzir indicadores de ganhos em saúde nessa região.

O presente relatório dividir-se-á em quatro capítulos. Após esta introdução à temática em estudo, proceder-se-á à explicitação do enquadramento teórico, que norteou o decorrer da investigação e que constitui o primeiro capítulo. No segundo capítulo, irá proceder-se ao enquadramento metodológico, onde serão explicadas as etapas utilizadas para a realização da investigação. De seguida, suceder-se-á a apresentação e análise dos resultados obtidos que serão, posteriormente, discutidos no quarto capítulo, efetuando a síntese dos resultados mais relevantes afigurando-se, a partir destes, a criação de um programa de acompanhamento dos idosos, pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, na UCC.

O programa sugerido no presente estudo pretende beneficiar a população idosa, mas também, a sua família e a sociedade, tornando-os pessoas mais saudáveis e autónomas, o maior número de anos possível pois, *“o prolongamento da vida só faz sentido se conseguirmos preservar a sua qualidade, enriquecer o seu conteúdo e dar-lhe uma maior satisfação (...)”* (Nunes, et al., 2014 p. 11).

1. SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS PARA IDOSOS

O estado da arte é uma parte fulcral dos trabalhos científicos, que tem por objetivo enunciar o que já se conhece sobre o assunto em estudo evitando, assim, que se perca tempo com investigações desnecessárias. Paralelamente, contribui para a melhoria e desenvolvimento de novos postulados, conceitos e paradigmas e para um esclarecimento do problema em estudo.

Desta forma, o estado da arte do presente trabalho, desenvolver-se-á através de cinco subcapítulos. O primeiro subcapítulo diz respeito ao fenómeno do envelhecimento; de seguida, será abordada a relação entre os estilos de vida e os riscos de saúde da pessoa idosa; o envelhecimento como uma experiência de transição desenvolvimental será o tema seguinte; o quarto subcapítulo fornece um olhar sobre programas de promoção da saúde dos idosos, através da pesquisa de evidência científica, a nível mundial; terminando o primeiro capítulo com os contributos que o enfermeiro de reabilitação poderá fornecer, para um envelhecimento sustentável.

Tendo por finalidade encontrar um programa ajustado às características dos idosos, será necessário dissecar o conhecimento descritivo, para prosseguir com segurança na pesquisa.

1.1. O Fenómeno do envelhecimento

O envelhecimento pode ser definido como *“um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria história”* (Teixeira, 2006 p. 1) e constitui *“a última fase de um longo processo de desenvolvimento, que tem início na concepção e prossegue ao longo da vida do indivíduo”* (Gomes, 2007 p. 10).

Freitas (2011 p. 14), citando Fontaine (2000), define o envelhecimento como o *“conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, sendo um fenómeno de involução que ocorre de forma heterogénea”*.

A Direção Geral da Saúde (2014 a p. 3) define o envelhecimento humano como *“o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”*.

Nas últimas décadas tem-se assistido ao aumento progressivo da população idosa, ou seja, de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, tal como preconiza a DGS, para Portugal. Este aumento é, ainda, mais expressivo nos países desenvolvidos. Portugal não é exceção à regra, e de acordo com os resultados dos Censos, em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 131, ou seja, por cada 100 jovens, existiam 131 idosos, ao passo que, em 2001, este índice era de 104. Em 2013, manteve-se a tendência crescente, registando-se um índice de envelhecimento de 136. Paralelamente, continua a verificar-se um aumento da esperança média de vida sendo, atualmente, de 82,79 anos, para as mulheres, e 76,91 anos, para os homens (INE, 2014).

Assim, o fenómeno do envelhecimento é o resultado da transição demográfica, definida como a passagem de um modelo demográfico de natalidade e mortalidade elevados, para um outro, em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos verificando-se, desta forma, um estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução do número de indivíduos jovens, e o alargamento do topo, com o aumento de efetivos populacionais idosos (Soeiro, 2010).

Em 2014, o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014) apresentou uma análise da população em Portugal, que confirmou as tendências demográficas anteriores, caracterizadas pelo aumento continuado da esperança de vida, a redução da mortalidade infantil, o aumento da emigração, a queda acentuada da fecundidade e o conseqüente envelhecimento da população. O aumento do envelhecimento demográfico parece, assim, um dado irreversível para as próximas dezenas de anos (Guiomar, 2010).

Atendendo à figuração expressiva do número de pessoas com mais de 65 anos, na nossa população, e com tendência crescente, a preocupação da sociedade com os desafios, associados ao fenómeno do envelhecimento, para os quais não estava preparada, é cada vez maior. Envelhecer com saúde e autonomia, o maior número de anos possível constituiu, desta forma, um grande desafio para a sociedade portuguesa, com impacto significativo no desenvolvimento económico do país.

Assim sendo, revela-se importante *“pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia”* (DGS, 2004 p. 5), tendo em consideração que a idade cronológica não é um marco preciso para as alterações que decorrem do envelhecimento, podendo haver grandes variações, quanto às condições de saúde, nível de participação social e grau de independência entre as pessoas idosas, em diferentes contextos.

Segundo Paúl (2005), o processo de envelhecimento engloba três componentes principais: a biológica, a psicológica e a social.

A biológica, também designada senescência, diz respeito às transformações morfológicas e ao processo fisiológico de transformações que ocorrem normalmente com o passar dos anos, como sejam: o aparecimento de cabelos brancos; a redução na estatura; o aumento do diâmetro do crânio; o aumento da amplitude do nariz e orelhas; a diminuição da espessura e perda da capacidade de sustentação da pele; o surgimento do *arcus senilis* (círculo branco em torno da córnea); a alteração da cavidade oral, com perda do paladar, desgaste dos dentes e modificação da língua, que perde grande quantidade de papilas gustativas; as mudanças na composição corporal com aumento de peso, devido ao aumento do tecido adiposo e redução do tecido muscular e ósseo; a deposição de tecido adiposo em maior concentração no tronco e nas vísceras, como os rins e o coração (Fries, et al., 2011).

A psicológica diz respeito às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente (Cancela, 2007) e refere-se às dificuldades de aprendizagem e de memorização que ocorrem em consequência das alterações químicas, neurológicas e circulatórias, que afetam a função cerebral, através da diminuição na eficácia da oxigenação e nutrição celular, associada às deficiências nas sinapses e na disponibilidade de determinados neurotransmissores (Teixeira, 2006).

No que respeita à componente social, segundo Gomes (2007 p. 9) *“ocorre a alteração das relações sociais em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e económico, sendo a alteração social mais evidente nos países capitalistas”*.

O envelhecimento populacional a nível mundial despertou o interesse da ciência e de vários investigadores, sobre as causas do envelhecimento e as formas de o retardar e minimizar, tendo surgido várias teorias que tentam explicar as causas deste fenómeno. Assim, surgiram as teorias biológicas que explicam o envelhecimento, sob o ponto de vista da degeneração da função e estrutura, dos sistemas orgânicos e celulares. Estas podem ser agrupadas em duas categorias principais: as de natureza genético-desenvolvimentista que entendem o envelhecimento no contexto de um *continuum* controlado geneticamente; e as de natureza estocástica, que aceitam a hipótese de que o processo depende, principalmente, do acúmulo de agressões ambientais (Farinatti, 2002).

Entre as teorias de base genética surge a Teoria do Acúmulo de Danos ou Teoria dos Erros Catastróficos que defende que o envelhecimento ocorre devido a falhas de reparo e síntese, provocadas por erros na transcrição do RNA, que produz uma elevada quantidade de

proteínas modificadas, não funcionais, provocando o efeito catástrofe, ou seja, a célula sofre uma ineficiência tal, que provoca a sua morte (Fries, et al., 2011).

As teorias com base em danos de origem química aproximam-se da corrente genética, uma vez que também afirmam a senescência como consequência de disfunções no código genético. No entanto, esta corrente defende que os problemas de funcionamento na reprodução e regeneração celular não residem na sua programação, mas são causados por produtos das reações químicas orgânicas habituais que, progressivamente, causam danos irreversíveis às moléculas das células. Enquadra-se nesta corrente a Teoria dos Radicais Livres, segundo a qual o envelhecimento surge como resultado de danos intracelulares causados pelos radicais livres, espécies químicas instáveis pela existência de eletrões em número ímpar, que devido à sua alta reatividade tentam extrair um eletrão de qualquer partícula, molécula ou átomo da vizinhança, a fim de atingir a estabilidade.

A formação de radicais livres pode ocorrer no citoplasma, nas mitocôndrias, na membrana celular e em diferentes situações metabólicas. Por outro lado, as fontes de radicais livres também podem ser exógenas, representadas pelas radiações gama e ultravioleta, pelos medicamentos, pelas bebidas alcoólicas, pela dieta, pelos hábitos tabágicos e pelos poluentes ambientais (Fries, et al., 2011).

Normalmente o organismo apresenta mecanismos de proteção antioxidante, para manter o equilíbrio entre a produção e neutralização dos radicais livres. Porém, esse equilíbrio pode quebrar-se e surgir o stress oxidativo, que conduz a inúmeras reações dos radicais livres com componentes celulares, deixando-os menos funcionais e induzindo modificações que conduzem ao envelhecimento (Silva, et al., 2011).

Por sua vez, as teorias baseadas no desequilíbrio gradual focam-se no funcionamento de certos sistemas corporais, com importante função na regulação do funcionamento dos demais sistemas. Assim, a senescência surge como resultado da depleção de sistemas enzimáticos em células pós-mitóticas ou de modificações nas funções endócrina e imunológica (Farinatti, 2002). Segundo estas teorias a função imunológica diminui com a idade, motivo pelo qual a hipótese da Teoria Imunológica, assenta na redução da eficácia do sistema imune mantido pela interação entre linfócitos e macrófagos, postulando que a diminuição da resposta imune se relaciona com o envelhecimento do timo, órgão central no desenvolvimento e diferenciação de Linfócitos T. Deste modo, com o passar dos anos, as pessoas tornam-se mais suscetíveis às agressões externas provocando assim, o envelhecimento (Fries, et al., 2011).

Outras teorias que têm sido investigadas baseiam-se na restrição calórica, estabelecendo uma relação entre a restrição calórica sistemática e o envelhecimento dos sistemas fisiológico e celular. Surgiu a hipótese de que uma menor ingestão calórica atenuaria o dano celular à medida que se envelhece, uma vez que reduz a peroxidação lipídica, diminui a acumulação de proteínas oxidadas e os danos oxidativos do DNA. Outra explicação prende-se com a modulação da glicemia e da insulinemia. A relação entre os elevados níveis de glicose e insulina sanguínea, com o envelhecimento, advém da ação mitogénica da insulina e do potencial da glicose na indução de processos de glicação e glicoxidação, com maior risco de formação de ligações cruzadas, proteínas modificadas e macromoléculas que, acumulando-se, predispõem à disfunção dos sistemas orgânicos (Farinatti, 2002).

Em síntese, o envelhecimento é um processo complexo e não existe, ainda, uma conclusão absoluta acerca das causas do envelhecimento do organismo, pese embora existam já várias teorias, algumas enfatizando o possível controlo genético, outras as agressões externas. Apesar de existirem, ainda, muitas dúvidas relativas às suas causas, sabe-se que o envelhecimento é um processo lento, progressivo e inevitável, caracterizado por diversas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que contribuem para o aumento da vulnerabilidade e incidência dos processos patológicos no organismo.

1.2. Os estilos de vida e os riscos de saúde da pessoa idosa

Os estilos de vida dizem respeito ao *“conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”* (Nahas, 2013 p. 22), pelo que são os elementos estruturais da ação humana e da saúde, que têm por base a interação sócio ambiental, aspetos físicos, psíquicos, sociais e emocionais. *“As pesquisas têm demonstrado que uma nutrição adequada, controlo de stress, atividades físicas moderadas e suporte social são fundamentais para uma vida saudável”* (Nahas, 2013 p. 29), pelo que pequenas mudanças no estilo de vida podem ser bastante efetivas na obtenção de ganhos em saúde.

De acordo com Portes (2011), melhores hábitos de estilo de vida, que conduzem ao adequado peso corporal, ao aumento da atividade física diária e a uma dieta saudável associam-se favoravelmente à qualidade de vida de sobreviventes oncológicos.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS, no final dos anos 90, e segundo esta organização, o envelhecimento ativo está dependente de alguns fatores determinantes, a vários níveis. Na esfera pessoal destacam-se a biologia, a genética e os fatores psicológicos. Na esfera comportamental, são de considerar os estilos de vida saudáveis e a participação

ativa no cuidado da própria saúde. Na esfera económica, incluem-se os rendimentos e a proteção social. Na esfera do ambiente físico, salientam-se os serviços de transporte público de fácil acesso e a habitação segura e adequada, com água limpa, ar puro e segurança alimentar. Ao nível do ambiente social, de referir o apoio social, a prevenção de violência, a educação e a alfabetização (OMS, 2002).

Os comportamentos adotados ao longo da vida influenciam a nossa saúde e a forma como envelhecemos. Viver mais pode acarretar implicações importantes para a qualidade de vida. A longevidade pode constituir um problema, com consequências importantes nas diferentes dimensões da vida humana, ao nível físico, psíquico e social. Viver mais anos pode ser sinónimo de sofrimento para os idosos e para as suas famílias, com o aparecimento de doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, *“se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos, com participação ativa na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada autoestima e encontrando um sentido para a vida, a sobrevivida aumentada poderá ser plena de significado”* (Pascoal, 2000 p. 17).

De facto, *“muitas são as formas de se ser velho. Este período desenvolvimental carrega consigo a história de vida de cada indivíduo, determinada tanto pelo seu património genético como pela herança psicossocial”* (Guiomar, 2010 p. 5).

Tal como referido no subcapítulo anterior, o envelhecimento é pautado por diversas alterações ao nível físico, psíquico e social, constituindo os idosos um grupo vulnerável. Trata-se de uma *“idade um pouco delicada pelas vicissitudes da vida”* (Nunes, 2010 p. 19). São várias as alterações ocorridas com o passar dos anos surgindo: a lentificação do pensamento, a alteração do ritmo de sono, a solidão e o afastamento dos familiares. Também, a redução das capacidades de adaptação e a progressiva diminuição das reservas funcionais, que facilitam o aparecimento de doenças, são características desta etapa do ciclo vital (Nunes, et al., 2014).

O envelhecimento biológico causa mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas.

Por sua vez, o envelhecimento psíquico não é naturalmente progressivo, nem ocorre inexoravelmente, como efeito da passagem de tempo. Embora o tempo seja um fator relevante é, sobretudo, o esforço pessoal contínuo, na procura do autoconhecimento e do sentido da vida que assume maior relevância (Moraes, et al., 2010).

Segundo Nunes (2010 p. 21) *“os problemas de saúde do idoso podem abarcar todo o organismo, mas é de reforçar que as doenças na Terceira Idade situam-se mais a nível músculo-esquelético, cardíaco e respiratório”*, tornando-se indicativo de atuação preventiva a este nível.

Atendendo às diversas alterações secundárias ao processo de envelhecimento e, tendo em conta que a população com mais de 65 anos apresenta crescente expressão demográfica e social, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 aponta como principais riscos de saúde da pessoa idosa: o desenvolvimento de doença oncológica, cardiovascular e osteoarticular, as patologias do foro mental, as alterações de memória, as quedas e suas sequelas, a incontinência urinária, a malnutrição e as alterações da acuidade visual e auditiva. Estes constituem os principais fatores de vulnerabilidade da população idosa, identificados pela DGS, e que os profissionais da saúde devem priorizar, promovendo o envelhecimento ativo, assente nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa.

Atualmente, sabe-se que *“as inevitáveis e naturais alterações físicas, psicológicas e sociais associadas ao envelhecimento podem ser atenuadas ou incrementadas em função do contexto em que o idoso está inserido”* (Clemente, et al., 2012 pp. 47-48). De facto, a forma como nos desenvolvemos e os estilos de vida que adotamos, durante todo o nosso percurso de vida, muito influenciam a forma como envelhecemos. Assim, os idosos podem manter-se bastante saudáveis e com boa habilidade funcional, se estiverem presentes hábitos e estilos de vida saudáveis, promotores de adaptabilidade e de reserva funcional (Pascoal, 2000).

Por outro lado, é de considerar o impacto dos hábitos pessoais e dos estilos de vida na nossa saúde. Assim sendo, as mudanças comportamentais podem ser muito efetivas na prevenção e no controlo das doenças, associadas à inatividade física, alimentação inadequada e outros hábitos de vida errados (Vicente, et al., 2009).

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

Segundo a OMS (2015 a), a alimentação pouco saudável e a ausência de atividade física são responsáveis pelo aparecimento das doenças não transmissíveis mais importantes, como

as cardiovasculares, as oncológicas e a diabetes tipo II, contribuindo substancialmente para a morbidade, mortalidade e incapacidade, a nível mundial.

O nível de *stress* apresenta-se como um fator relevante, já que muito interfere com a saúde mental que, por sua vez, tem impacto na saúde física. Para além dos fatores de *stress*, comuns a todas as pessoas, os idosos apresentam vários outros fatores adicionais. A perda de autonomia e independência, a experiência de maior número de eventos de luto e a diminuição do nível socioeconómico associado à reforma, constituem fatores indutores de *stress*, na população idosa. Para além disso, todos estes fatores podem induzir o isolamento, a solidão e o sofrimento psicológico (OMS, 2015 b).

No que respeita os comportamentos preventivos, definidos por Nahas (2013 p. 306) como o *“conjunto de ações, decorrentes de opções e atitudes, que visam um estilo de vida pessoal concorrente para melhores índices de saúde e redução dos riscos modificáveis para prevalência de doenças”*, a DGS reconhece a adoção de cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, como efetivos, no aumento da longevidade e na beneficiação da saúde e da qualidade de vida. É, de facto, conhecida a eficácia da prevenção dos fatores de risco, comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada. Deste modo, é prioritária uma atuação concertada, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, com a prática regular de atividade física e com o controlo dos fatores de *stress* (DGS, 2004).

Em síntese, embora o envelhecimento acarrete riscos em saúde, estes podem ser minimizados com o estilo de vida, o que nos leva a acreditar que quanto mais específicos forem os programas de intervenção destinados a idosos, melhores serão os resultados obtidos.

1.3. O envelhecimento como uma experiência de transição desenvolvimental

A trajetória do envelhecimento humano comporta significativa variabilidade, dependendo do nível de desenvolvimento biológico e psicológico atingido pelos indivíduos, resultado da ação conjunta da genética, dos recursos sociais, económicos, médicos, tecnológicos e psicológicos (Neri, 2001). Apesar da multiplicidade de trajetórias de envelhecimento encontradas, a necessidade de adaptar-se e readaptar-se a mudanças, ao longo do processo de envelhecimento é uma constante, sejam as mudanças de ordem física, psíquica ou social (Clemente, et al., 2012). De facto, as etapas finais da vida caracterizam-se

pela degenerescência progressiva das funções vitais, pelo aparecimento de doenças crónicas e reajuste de papéis.

A transição desenvolvimental está associada a eventos de desenvolvimento, pelo que o envelhecimento é um exemplo deste tipo de transição, uma vez que acarreta variadas alterações físicas, psicológicas e sociais, podendo também condicionar problemas de saúde relacionados com a identidade, reforma e doenças crónicas (Brito, 2012). A transição para a condição de idoso constitui um momento de vulnerabilidade, uma vez que, para além das várias alterações ocorridas inerentes ao envelhecimento, o idoso tem dificuldades adaptativas, tanto emocionais, como fisiológicas com dificuldades na aceitação do novo (Teixeira, 2006).

Do ponto de vista físico ocorrem variadas alterações ao nível: do cabelo, da face com aumento da amplitude do nariz e orelhas, enrugamento e aumento dos sulcos labiais, da pele, diminuindo a sua espessura e capacidade de sustentação, da cavidade oral, do paladar e da composição corporal, geralmente com aumento de peso (Fries, et al., 2011).

Com o envelhecimento surgem, ainda, alterações fisiológicas destacando-se o enfraquecimento do sistema visual, a degeneração do reflexo vestibulo-ocular, a sarcopenia, a osteopenia, as alterações estruturais e funcionais do sistema circulatório e as alterações neurológicas, com a perda de volume e peso cerebral, a uma taxa aproximada de 5% por década, após os 40 anos (Esquenazi, et al., 2014). Por sua vez, este declínio cerebral reflete-se em alterações psíquicas, tais como: lentificação no processamento cognitivo, redução da atenção, dificuldades no resgate das informações aprendidas (memória de trabalho), redução da memória prospetiva e da memória contextual (Moraes, et al., 2010).

Por outro lado, as incapacidades resultantes do envelhecimento, também afetam a perceção da imagem corporal (Rocha, 2014). A imagem corporal, durante a velhice, pode sofrer distorções devido à visão negativa em relação ao corpo, baseada na ideia de que envelhecer gera sempre incompetência (Matsuo, et al., 2007).

A nível social as mudanças sofridas durante o envelhecimento exigem várias adaptações, que implicam força de vontade e flexibilidade. De acordo com Jaques (2004), os idosos encontram na vida perdas significativas no seu prestígio sócio/profissional e cultural e, muitas vezes, o desmoronamento do seu lar, conduzindo a um estado de solidão e vulnerabilidade, com a morte cada vez mais próxima, potenciando o isolamento e a depressão.

Nos idosos da quarta idade importa, ainda, referir o maior risco de comprometimento da capacidade funcional, com conseqüente perda de autonomia, uma vez que a população

de idosos longevos apresenta mais morbidades e incapacidades, o que leva a perda da autonomia e dependência (SBGG, 2015). Assim, estes idosos, para além das alterações inerentes ao envelhecimento, anteriormente referidas, vivenciam, ainda, a dependência de terceiros com a necessidade, muitas das vezes, de deixar a própria casa para viver num contexto diferente, com um cuidador familiar ou numa instituição.

Ainda de salientar, as alterações de rotinas, horários e papéis sociais que surgem com a transição para a condição de idoso.

Embora a idade da reforma, em Portugal, já não coincida exatamente com o início da terceira idade, ocorrendo um pouco mais tardiamente, com ela a vida altera-se, com a ausência de atividades e horários obrigatórios (Soeiro, 2010). Todas as tarefas e horários praticados outrora, no contexto de uma profissão, deixam de ser necessários. Assim, toda a rotina diária muda, numa fase em que ainda está a decorrer a adaptação às alterações intrínsecas ao envelhecimento, podendo surgir a sensação de vazio e a dificuldade em ocupar diariamente o tempo, que passa a estar disponível. A ausência de objetivos diários pode desmotivar o idoso e levá-lo a sentir-se pouco útil, enquanto não se adapta à sua nova rotina.

Muitos dos idosos exerceram uma profissão, por um longo período de tempo, tendo despendido de muitas das suas horas de vigília, num determinado ambiente de trabalho, com determinadas rotinas, pelo que aposentar-se constitui um evento marcante nas suas vidas. A aposentação é um evento de mudança de vida que afeta a saúde física e mental dos indivíduos, negativa ou positivamente, dependendo de muitas condições (Meleis, et al., 2015).

De acordo com a teoria de médio alcance de Afaf Meleis et al. (2000), a passagem à terceira idade constitui uma etapa de transição desenvolvimental. Segundo esta teoria, à semelhança do que acontece, por exemplo, na passagem da infância para a adolescência, também a transição para a condição de idoso requer todo um processo de adaptação ao novo modo de ser e de estar. É necessário haver um período de tempo para ocorrer a rutura com o que era habitual, e passar a viver com as alterações inerentes à transição, ajustando-se à sua nova condição, aos seus novos papéis, alcançando, assim, um novo equilíbrio.

A transição à condição de idoso, a maioria das vezes, provoca uma cisão temporal entre o antes e o depois, no que concerne a hábitos, modos e ritmos de vida e se, por um lado, o passado representa para os idosos o que é conhecido e seguro, já o presente e o futuro assumem-se como uma incógnita, tanto em relação à sua posição na sociedade, como à sua identidade (Clemente, et al., 2012).

Estes processos de transição, ou mudança de vida são, assim, caracterizados por uma descontinuidade pessoal, que leva o indivíduo a obter novos padrões de funcionamento nas áreas de desenvolvimento cognitivo, afetivo, comportamental e emocional (Zagonel, 1999).

Por outro lado, com a terceira idade, podem surgir outros marcos importantes da vida, tais como: a saída dos filhos de casa, a chegada dos netos e a assunção do papel de avô, a morte do cônjuge ou de amigos, podendo, também, surgir problemas relacionados com a doença crónica e a incapacidade. Simultaneamente, ocorre a transição para uma nova etapa do ciclo vital da família, iniciando a etapa da “família na vida tardia”.

A transição para a reforma pode ser simples, quando ocorre de forma independente, ou complexa, se ocorrerem, de forma simultânea, outras mudanças capazes de influenciar a natureza da resposta à transição, tais como: a aposentação simultânea do cônjuge, a mudança de casa, a morte de um ente querido e o diagnóstico de uma doença crónica (Meleis, et al., 2015).

De salientar, que os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis, pelo que a compreensão do processo de transição pode ajudar a evitar os riscos inerentes. A teoria das transições proposta por Meleis et al. (2000) assume-se como um quadro referencial consistente da prática de enfermagem, no sentido de identificar estratégias e intervenções dirigidas a pessoas em transição. Os enfermeiros são aqueles que preparam os clientes para a transição, e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde e doença do cliente (Meleis, et al., 2000). Desta forma, assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com a transição, que afeta a sua saúde, surge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.

Para Meleis et al. (2000), os condicionalismos das transições podem ser facilitadores ou inibidores, sendo estes de ordem pessoal, da comunidade ou da sociedade. Deste modo, é fundamental compreender as condições pessoais e ambientais, que facilitam ou inibem, a ocorrência de uma transição saudável, para melhor compreendermos a transição que está a ser vivenciada pelo indivíduo e podermos intervir, de forma a garantir resultados que proporcionem populações mais saudáveis.

Face ao conhecimento sobre a passagem da idade adulta à terceira idade podemos organizar linhas orientadoras para os profissionais da saúde, por forma a melhorar a saúde e o bem-estar da pessoa, que se encontra a vivenciar esta transição desenvolvimental, bem como dos seus familiares ou pessoas significativas.

Considera-se, que homens e mulheres vivem e experimentam esta fase de transição de modo diferente, coincidindo com fortes mudanças, no que se refere aos papéis associados a cada género. Ao passo que os homens veem alteradas as suas funções públicas usuais, podendo emergir o sentimento de inutilidade, as mulheres experimentam este sentimento de forma atenuada, dado conservarem as atividades domésticas e parentais (Clemente, et al., 2012).

O sexo feminino, de facto, parece experienciar a transição para a reforma mais positivamente, quando comparado ao sexo oposto. Estas diferenças devem-se ao facto de homens e mulheres possuírem pontos de vista e carreiras profissionais diferentes e, ainda, pela acumulação das responsabilidades com as lides domésticas, para além da vida profissional, por parte das mulheres (Duberley, Carmichael, & Szmigin, 2014 cit. por (Meleis, et al., 2015)).

Também, a interação entre o casal sofre alterações com a transição para a reforma, causando um grande impacto na dinâmica do casal e em toda a rotina doméstica. O homem passa a estar muitas horas em casa, e esta alteração do tempo e espaço relacional poderá causar desorientação em ambos, por não saberem gerir o tempo que, repentinamente, passa a estar disponível (Clemente, et al., 2012).

Embora as transições não sejam vivenciadas da mesma forma por todos os indivíduos e famílias, é possível descrever alguns pontos comuns, constituídos por respostas padrão às alterações expectáveis, com a transição para a condição de idoso. Através destes padrões de resposta, o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica frente aos eventos de transição, objetivando restabelecer a conexão e a estabilidade (Zagonel, 1999).

Em síntese, face à transição desenvolvimental da passagem à terceira idade é possível perceber que os programas assistenciais devem contemplar uma componente preventiva, dirigida às alterações decorrentes do envelhecimento e suas consequências e, ao mesmo tempo, centrada na ocupação dos idosos, visto que estes passam a dispor de muito tempo livre, que outrora era ocupado pela atividade profissional, e incluir as particularidades dos idosos, face ao sexo.

1.4. Um olhar sobre programas de promoção da saúde dos idosos

Os programas de promoção da saúde consistem em ações direcionadas à prevenção da exposição das pessoas a fatores condicionantes e determinantes de doenças, incentivando condutas mais adequadas, que melhoram a sua saúde e qualidade de vida. Os programas de promoção da saúde representam estratégias promissoras para enfrentar múltiplos problemas de saúde, a partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e dos seus determinantes, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, com vista à sua resolução (Buss, 2000).

A Carta de Ottawa de 1986 salienta a importância da promoção da saúde e a influência dos aspetos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, definindo-a como o *"processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo"* (OMS, 1986).

"O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde, para as quais é necessário organizar respostas mais adequadas" (DGS, 2004 p. 1). Deste modo, num contexto de envelhecimento populacional urge, cada vez mais, a necessidade de programas de promoção da saúde do idoso.

A ideia de que a velhice é uma fase de perdas tem sido, progressivamente, substituída pela consideração de que os estádios mais avançados da vida são períodos propícios a novas conquistas, orientadas pela procura do prazer, pela realização de projetos adiados e de satisfação pessoal (Ascensão, 2011).

Segundo Araújo et al. (2011), as ações de promoção da saúde, no envelhecimento, demonstram melhorar a qualidade de vida dos idosos, dado estimularem a participação, a interação, a integração e o empoderamento, através da criação de um ambiente de prevenção dos riscos de saúde, bem como, pelo aumento da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida.

Costa et al. (2010 p. 1) refere-se aos programas de promoção do envelhecimento ativo como sendo *"processos de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida"*, o que nos leva a questionar o que deve fazer parte de um programa que promova a qualidade de vida dos idosos.

No esforço de encontrar uma nova visão, onde o envelhecimento não seja um problema, mas antes uma parte natural do ciclo vital, devendo constituir uma oportunidade para viver

de forma saudável e autónoma, o mais tempo possível, torna-se imperativo desenvolver uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população, em geral, e da formação dos profissionais da saúde e da organização dos serviços. Os serviços de saúde e de apoio social estão perante novas realidades sociais e familiares, para acompanharem o envelhecimento individual e demográfico e adequar o ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde Português reconhecendo a necessidade de serem criadas as condições necessárias à obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente em anos de vida com independência, e de melhorar as práticas profissionais, no âmbito das especificidades do envelhecimento, aprovou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, destinado a ser aplicado pelos profissionais na interação entre a Rede de Centros de Saúde, a Rede Hospitalar e a Rede de Cuidados Continuados.

Em 2012, inserido no Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, Portugal assumiu o compromisso de desenvolver uma série de iniciativas promotoras de oportunidades de ganhos em saúde, ao longo da vida, com o Plano Nacional de Saúde (2012-2016), que contempla o envelhecimento ativo, a partir dos 65 anos. Em 2015, foi realizada a revisão e extensão do PNS (2012-2016) até 2020, continuando a figurar a preocupação com o envelhecimento saudável, uma vez que é considerado como meta, o aumento em 30% da esperança de vida saudável, aos 65 anos de idade.

Atendendo a que o envelhecimento demográfico é uma realidade, cada vez mais presente, e o investimento ao nível da promoção da saúde dos idosos é, ainda, insuficiente, apesar de se denotar uma crescente preocupação com a temática, revela-se necessário investir no conhecimento sobre programas de promoção da saúde do idoso. Tendo consciência de que é necessário prosseguir na prática com programas que concretizem a articulação entre as várias instituições da saúde e os vários parceiros da comunidade, decidiu-se procurar a melhor evidência, sobre programas para idosos.

A enfermagem baseada na evidência é um instrumento para a tomada de decisões, sendo *“a investigação o motor impulsionador de qualquer profissão, pelo que é através desta via que os profissionais de enfermagem na área de reabilitação poderão demonstrar o seu contributo específico e insubstituível para ganhos em saúde”* (Gomes, et al., 2014 p. 4). Desta forma, foi realizada uma pesquisa de artigos científicos, recorrendo à base de dados SCOPUS e ao agregador de conteúdo EBSCO. A questão PICO, formulada para o efeito, encontra-se descrita na figura 1.

Figura 1: Pergunta de partida segundo estratégia PICO®.

	DEFINIÇÃO	QUESTÃO PICO – DESCRIÇÃO
P	Paciente	Idosos
I	Intervenção	Programas de promoção da saúde
C	Comparação	Sem comparação (pretende-se verificar os efeitos dos programas de promoção da saúde para idosos e não a comparação com outro tipo de intervenção)
O	Outcomes/ Resultados	Reduzir as complicações decorrentes do envelhecimento

Após a formulação da pergunta PICO, procedeu-se à formulação da seguinte frase booleana: TI (elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior) AND TI (program*) AND TI (promotion of health or wellness programs or preventive programs) AND TX (nurse*), limitando a pesquisa a artigos publicados nos últimos 20 anos.

Da pesquisa efetuada, a 9 de Fevereiro de 2016, no agregador de conteúdo EBSCO, obtiveram-se 49 artigos, dos quais 24 se encontravam repetidos, pelo que foram excluídos. Dos 25 artigos selecionados, apenas 20 estavam disponíveis em texto completo, 1 encontrava-se escrito em coreano, 1 não apresentava os resultados obtidos e 9 foram excluídos, após a leitura do resumo, por não responderem à questão PICO estabelecida.

A 4 de Fevereiro de 2016, a mesma pesquisa foi efetuada na base de dados SCOPUS, tendo-se obtido um total de 2 publicações, uma das quais foi excluída por não estar disponível em texto integral.

Desta forma, depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 9 artigos do agregador de conteúdo EBSCO e 1 da base de dados SCOPUS, os quais foram alvo de análise (Anexo I) e, cujo conteúdo, se encontra resumido no quadro 1.

Quadro 1: Análise resumida dos artigos pesquisados.

Autor/ Ano	País	Tipo de Estudo	Amostra	Principais Resultados
Imamura, Emiko (2002)	USA	Descritivo Exploratório	143 pessoas com idade \geq 65 anos, habitantes de um bairro social do Nordeste de Ohio	Aumentou o conhecimento e consciencialização na prevenção de doenças crónicas
Nuñez, Diane E., et al. (2003)	USA	Descritivo Exploratório	135 pessoas com idade \geq 50 anos, clientes do <i>Escalante Senior Center</i>	Aumentou a autovigilância da doença crónica; Manteve a independência funcional; Melhorou a qualidade de vida
Kono, Ayumi, et al. (2012)	Japão	Aleatório Controlado Duplamente Cego	323 pessoas com idade \geq 65 anos, de 3 municípios de Osaka	Aumentou a utilização de serviços comunitários; Diminuiu o grau de dependência nas AIVD's; Melhorou o estado depressivo
Hébert, Réjean, et al. (2001)	Canadá	Aleatório Controlado	494 pessoas com idade \geq 75 anos, a residir em contexto domiciliário e em risco de declínio funcional	Sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos
Banerjee, Ananya Tina, et al. (2015)	Canadá	Qualitativo	12 pastores e 21 paroquianos	3 principais grupos de fatores facilitadores de programas de promoção da saúde do idoso: de predisposição, de habilitação e de reforço
Huang, Lian-Huan, et al. (2002)	Taiwan	Quasi-Experimental	140 pessoas com idade \geq 60 anos de 4 centros de dia de Taipei	Aquisição de conhecimentos sobre promoção da saúde; Adoção de comportamentos saudáveis pelos idosos
Robichaud, Line, et al. (2000)	Canadá	Aleatório Controlado	99 idosos com idade $>$ 75 anos, residentes na comunidade e em risco de declínio funcional	Grupo experimental sem perda de autonomia funcional e grupo de controlo com declínio significativo da autonomia; Ganhos ao nível: da autonomia funcional, do bem-estar geral e do apoio social percebido
Kadar, K.S., McKenna, L. e Francis K. (2014)	Indonésia	Misto	25 responsáveis por organizações distritais de saúde e 23 profissionais da saúde responsáveis por programas para idosos	Atividades dos programas de saúde para idosos limitados pelo orçamento e instalações disponíveis; Muito focados no tratamento, ao invés de priorizar a prevenção
Huss, Anke, et al. (2008)	Reino Unido	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-análise	21 ensaios clínicos	Resultados heterogéneos devido à variabilidade das populações estudadas, da terminologia utilizada, dos serviços de saúde disponíveis e aos diferentes tipos de estudos realizados.
Buijs, Rosanne, et al. (2003)	Canadá	Misto	1ª fase - 35 idosos de 3 complexos de apartamentos sociais; 2ª fase – 90 idosos de 14 complexos de apartamentos sociais	Melhorou a sensação de bem-estar; Melhorou a saúde mental e física; Aumentou a interação social; Melhorou a autonomia e a qualidade de vida

Analisando os artigos apresentados no quadro 1 é possível verificar que os países que mais publicaram sobre programas de promoção da saúde dos idosos foram o Canadá e os Estados Unidos da América.

Algumas publicações revelam existir poucos ganhos, com a implementação de programas de promoção da saúde do idoso (Hébert, Réjean et al. (2001); Kadar, K.S., McKenna, L., Francis, K. (2014)). Porém, este facto parece estar relacionado com as estratégias utilizadas nos programas implementados, nos casos em questão, uma vez que a maior parte das publicações analisadas sugere existir benefícios, com a implementação de programas de promoção da saúde, específicos para idosos.

Os ganhos em saúde mais expressivos são: o aumento da independência funcional, da qualidade de vida e da participação social. São, ainda, apontados benefícios no que concerne: ao aumento do conhecimento e consciencialização sobre os estilos de vida e o seu impacto na saúde, o menor recurso a consultas médicas e internamentos, bem como, ganhos ao nível da saúde mental, nomeadamente, melhoria do estado depressivo.

Nos programas de promoção da saúde dos idosos, constantes nas publicações do quadro 1, é possível verificar que muitas das atividades desenvolvidas são comuns aos diversos programas implementados. Assim, verifica-se que a promoção do exercício físico, da interação social, da saúde mental, bem como, os ensinamentos sobre hábitos alimentares saudáveis, prevenção e autovigilância de doenças crónicas, regime medicamentoso e segurança/quedas são transversais à grande maioria dos programas analisados, tal como demonstra o quadro 2.

Quadro 2: Principais atividades desenvolvidas nos estudos pesquisados.

Autor/ Ano	Atividades Desenvolvidas
Imamura, Emiko (2002)	<ul style="list-style-type: none"> - EPS's subordinadas aos temas: prevenção de doenças crónicas, impacto dos hábitos alimentares e do exercício físico na saúde; - Promoção da interação entre os idosos.
Nuñez, Diane E., et al. (2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Aulas de exercício físico em grupo e treino individualizado; - EPS's mensais sobre: nutrição, primeiros socorros, segurança, gestão do regime medicamentoso, promoção da saúde e prevenção de doenças; - Rastreamentos de HTA, diabetes e hipercolesterolemia; - Consultas de enfermagem de <i>follow-up</i>, sobre estilos de vida saudáveis e gestão medicamentosa; - Consulta de podologia, massagem e rastreios de depressão, audição, visão, glaucoma, cancro

Autor/ Ano	Atividades Desenvolvidas
<p>Kono, Ayumi, et al. (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - VD's semestrais, durante 2 anos, realizadas por enfermeiros comunitários ou assistentes sociais; - Encaminhamento adequado a cada caso individual, de acordo com 5 categorias: autocuidado, atenção por parte da comunidade, vizinhos ou membros da família, consulta com profissionais de saúde comunitária, encaminhamento para serviços da comunidade, cuidados urgentes.
<p>Hébert, Réjean, et al. (2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação inicial de 12 dimensões: medicação, função cognitiva, depressão, equilíbrio ou risco de queda, hipotensão ortostática, riscos ambientais, suporte social, nutrição, HTA, acuidade visual, acuidade auditiva e incontinência; - Resultados da avaliação comunicados ao médico de família e, se necessário, referência para recursos especializados; - Recomendações específicas, constantes de um protocolo estruturado, que faz corresponder a cada necessidade um tipo específico de intervenção.
<p>Banerjee, Ananya Tina, et al. (2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de conteúdo com identificação de fatores facilitadores da implementação de programas de prevenção de doenças cardiovasculares, em igrejas; - Resumo dos temas e subtemas principais, de acordo com a fase três, do modelo PRECEDE-PROCEED: fatores de predisposição, fatores de habilitação e fatores de reforço.
<p>Huang, Lian-Huan, et al. (2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - EPS's subordinadas aos temas: estilos de vida saudáveis, prevenção de doenças crônicas, nutrição, exercício e medicação; - Distribuídos folhetos informativos sobre as temáticas abordadas.
<p>Robichaud, Line, et al. (2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - VD realizada por enfermeira, para avaliação e gestão de 12 fatores de risco: dificuldades com gestão do regime medicamentoso, humor depressivo, transtorno cognitivo, diminuição da acuidade visual e da acuidade auditiva, HTA, marcha e problemas de equilíbrio, hipotensão ortostática, risco de queda, desnutrição, incontinência urinária, apoio social insuficiente; - Envio dos resultados ao médico de família; - Entrevista telefónica, bimestral, de <i>follow-up</i>.
<p>Kadar, K.S., McKenna, L. e Francis, K. (2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envio de questionário, por correio, para 23 profissionais da saúde, responsáveis por desenvolver programas com idosos, para identificar o tipo de intervenções realizadas. - Entrevistas semi-estruturadas aos responsáveis por organizações distritais de saúde, com 4 questões sobre: estrutura organizacional, papel na prestação de cuidados de saúde comunitários, programas e serviços disponibilizados no geral e programas e serviços específicos para idosos.
<p>Huss, Anke, et al. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada pesquisa de ensaios clínicos aleatórios em bases de dados; - Critérios de pesquisa: participantes com média de idade > 70 anos, viver em contexto comunitário, intervenção preventiva ampla e não dirigida a determinado problema de saúde.
<p>Buijs, Rosanne, et al. (2003)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programa ALIVE (Active Living in Vulnerable Elders) com 3 intervenções: aulas de ginástica para uma vida ativa, cantinhos da saúde (lugar para discutir preocupações com a saúde), boletins informativos.

Paralelamente, pretendeu-se perceber como tem variado a preocupação com a promoção da saúde dos idosos, ao longo dos últimos 20 anos, e se essa preocupação foi tida pelos enfermeiros, ou por profissionais de outras áreas. Para isso, realizou-se uma pesquisa

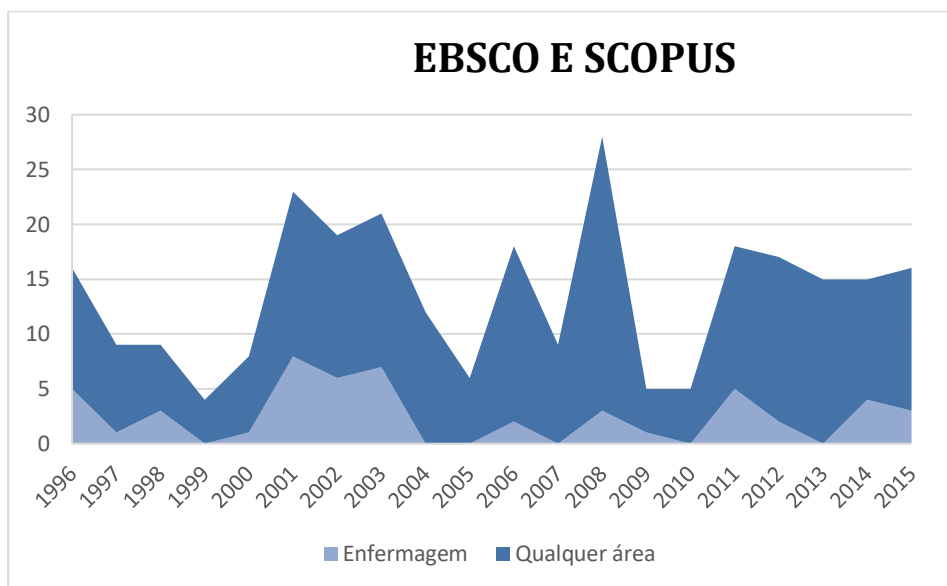
no agregador de conteúdo EBSCO e na base de dados SCOPUS, nos dias 3 e 4 de Fevereiro de 2016, com a frase booleana descrita anteriormente, mas limitando a pesquisa por cada ano e colocando e retirando da frase booleana o termo controlado “nurse*”. Os resultados obtidos com a pesquisa figuram no quadro 3 e no gráfico 1.

Quadro 3: Artigos publicados sobre programas de promoção da saúde dos idosos, a nível nacional e internacional, por ano, e por área profissional.

	Nº de artigos publicados sobre programas de promoção da saúde dos idosos					
	EBSCO			SCOPUS		
	Enfermagem	Qualquer Área	Portugal	Enfermagem	Qualquer Área	Portugal
2015	3	12	0	0	1	0
2014	4	11	0	0	0	0
2013	0	12	0	0	3	0
2012	2	14	0	0	1	0
2011	5	13	0	0	0	0
2010	0	5	0	0	0	0
2009	1	4	0	0	0	0
2008	3	25	0	0	0	0
2007	0	8	0	0	1	0
2006	2	15	0	0	1	0
2005	0	6	0	0	0	0
2004	0	11	0	0	1	0
2003	7	12	0	0	2	0
2002	6	13	0	0	0	0
2001	7	14	0	1	1	0
2000	0	6	0	1	1	0
1999	0	4	0	0	0	0
1998	3	6	0	0	0	0
1997	1	7	0	0	1	0
1996	5	11	0	0	0	0

Assim, verifica-se que Portugal não apresenta publicações sobre programas de promoção da saúde dos idosos e, na área da Enfermagem, foram encontradas apenas 51 publicações. Porém, o total de publicações sobre o tema, relativas a outras áreas profissionais, foi de 222.

Gráfico 1: Artigos publicados sobre programas de promoção da saúde dos idosos, por ano e por área profissional.



Da análise do quadro 3 e do gráfico 1 constata-se que, ao contrário do que seria expectável, atendendo ao fenómeno do envelhecimento demográfico mundial, o número de publicações sobre programas de promoção da saúde do idoso, não tem vindo a aumentar de forma linear. Verificam-se várias oscilações ao longo dos últimos 20 anos, com períodos em que o interesse pela temática parece aumentar, mas logo de seguida o número de publicações cai. Este facto poderá ser explicado pelas orientações emanadas pela OMS, que identificam o envelhecimento como uma prioridade. De salientar, que os períodos de tempo compreendidos entre 2000 e 2004, 2006 e 2009, 2011 e 2015, que correspondem aos períodos de tempo em que se verificaram mais artigos publicados sobre programas de promoção da saúde do idoso, correspondem, também, a uma maior preocupação da OMS com o tema, traduzida pelo avultado número de publicações, dedicadas à pessoa idosa, nesses intervalos de tempo.

Apesar da evidência científica, existente até momento, sugerir que os programas de promoção da saúde da pessoa idosa podem ser rentáveis, aliviando a carga sobre o sistema de saúde, o conhecimento e os programas desenvolvidos, neste âmbito, são ainda escassos, principalmente quando analisamos a realidade nacional. Deste modo, os dados obtidos justificam a importância de estudar a problemática em questão no presente estudo.

1.5. Contributos do enfermeiro de reabilitação para um envelhecimento sustentável

Com o aumento da longevidade é expectável o aparecimento de doenças crónicas, muitas das vezes, sinónimo de perda de capacidades funcionais e autonomia. No entanto, embora o risco de doença e de incapacidade aumente com a idade, a saúde precária não tem de ser, necessariamente, uma consequência inevitável do envelhecimento. Assim, os enfermeiros de reabilitação assumem um papel fulcral no que respeita o envelhecimento sustentável, uma vez que *“possuem 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”* (OE, 2010 p. 1).

Através da mudança de comportamentos e de hábitos pouco saudáveis é possível controlar e prevenir muitas patologias. Efetivamente, um estilo de vida saudável é mais influente, do que os fatores genéticos, a evitar o declínio e deterioração, tradicionalmente associados ao envelhecimento (Nuñez, et al., 2003). Deste modo, cabe ao enfermeiro especialista em reabilitação conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas, tomando decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando, assim, o potencial da pessoa (OE, 2010).

Muitas estratégias eficazes na prevenção da doença e da incapacidade são subutilizadas. Os profissionais da saúde, muitas vezes, intervêm, quando o processo de declínio da autonomia funcional já se iniciou. Como resultado, a eficácia das intervenções realizadas nessa altura revela-se limitada, devido à irreversibilidade do processo de declínio funcional. Porém, as intervenções que ocorrem antes da perda se instalar são mais eficazes em retardar o processo de declínio funcional (Buijs, et al., 2003).

Assim, revela-se importante a existência de programas preventivos de promoção da saúde, capazes de triar utentes em risco de declínio funcional e controlar os fatores de risco melhorando, desta forma, a sua qualidade de vida e reduzindo o custo com intervenções secundárias e terciárias, por parte dos serviços de saúde.

Neste âmbito, as intervenções do enfermeiro de reabilitação visam *“promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...)”* (OE, 2010 p. 1).

O enfermeiro de reabilitação pode e deve desenvolver intervenções nos diversos níveis, assentes na promoção de estilos de vida saudáveis, no empoderamento da pessoa idosa para cuidar da própria saúde, na transformação do domicílio num ambiente seguro e no devido encaminhamento social, ou recrutamento de outros recursos da comunidade, sempre que a situação o justifique.

De notar, que com a reforma dos cuidados de saúde primários, os centros de saúde foram reorganizados em ACES, surgindo novas unidades funcionais integrantes desses agrupamentos, das quais se destacam as UCC. Com esta reestruturação os enfermeiros de reabilitação, passaram a exercer funções em contexto de cuidados de saúde primários, integrados nas UCC, uma vez que estas unidades foram criadas com o intuito de *“prestar cuidados de saúde, de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo (...)”* (ACSS, 2009 p. 3).

Assim, os profissionais que exercem funções em UCC assumem uma posição privilegiada, no que concerne o conhecimento do contexto comunitário, em que os idosos se inserem. Os enfermeiros de reabilitação das UCC realizam, frequentemente, visitas domiciliárias, constituindo estas um fator facilitador, já que permitem detetar precocemente necessidades, que sem conhecimento do contexto domiciliário passariam despercebidas, ou seriam detetadas tardiamente. Em contexto domiciliário, é possível obter um avultado número de informações no que respeita: a hábitos e rotinas, a comportamentos de risco, a condições físicas da habitação e obstáculos existentes, a condições de higiene, a interação familiar e a retaguarda social. Porém, quando o contacto com o utente ocorre numa instituição de saúde toda a riqueza da informação, fornecida pelo contexto em que o utente se insere, é perdida e a oportunidade do enfermeiro de reabilitação detetar necessidades em saúde é atenuada.

Esta relação de proximidade, com a população da área geográfica de intervenção, favorece a deteção de situações em risco de saúde e a atuação precoce. Assim sendo, o enfermeiro de reabilitação poderá contribuir para uma triagem mais eficaz dos utentes a necessitar de intervenção preventiva, e poderá elaborar e executar programas, adequados à comunidade a que se destinam, que maximizem a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa idosa e melhorando a sua saúde física, emocional e mental, através da promoção da autonomia e da independência, durante o processo de envelhecimento, tendo em conta as especificidades da comunidade a que se destinam.

As pessoas mais velhas apresentam taxas mais altas de deficiência que refletem um acúmulo de hábitos de risco para a saúde, tidos ao longo do seu percurso de vida (OMS, 2012). Cabe ao enfermeiro de reabilitação intervir na educação dos utentes e fomentar novos estilos de vida, mais saudáveis, que quando incorporados no ritmo de vida diária e rotina dos idosos, refletir-se-ão na qualidade de vida e bem-estar destes.

De salientar, ainda, a importância que a família e a rede social do idoso assume na promoção do envelhecimento sustentável, a par do enfermeiro de reabilitação. A educação para a saúde deve contemplar não só os idosos, mas também, as pessoas significativas, que desempenham um papel fundamental na implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis, e na promoção da autonomia e participação social do idoso.

Atendendo a que é da competência do enfermeiro de reabilitação *“cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”* (OE, 2010 p. 3) e que mais de 46% das pessoas, com 60 anos ou mais, a nível mundial, apresentam deficiência (OMS, 2012) os contributos dos enfermeiros de reabilitação para um envelhecimento sustentável serão, certamente, importantes.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem assume-se como uma abordagem capaz de nortear a prática do enfermeiro de reabilitação, em exercício de funções em contexto comunitário. Mediante o ensino do autocuidado, definido como *“o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam diariamente para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento”* (Orem, 1993 p. 4), o enfermeiro de reabilitação tem a possibilidade de propiciar condições mais saudáveis e de maior autonomia ao idoso.

Coura (2013 p. 23) citando Orem (2001) refere que *“os enfermeiros devem acreditar no potencial das pessoas para o autocuidado e estarem preparados para verificar a capacidade das mesmas serem agentes de autocuidado de maneira contínua e efetiva”*.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem diferencia três tipos de autocuidado: universais, referentes às necessidades básicas, comuns a todas as pessoas durante a totalidade do ciclo vital; de desenvolvimento, correspondendo a cuidados que apoiam processos vitais e de desenvolvimento, em momentos específicos da vida; de desvio da saúde, que dizem respeito a cuidados terapêuticos dirigidos a pessoas portadoras de patologias (Coura, 2013).

Por outro lado, Orem identificou, também, três sistemas de enfermagem, baseados nos requisitos de autocuidado mencionados, sendo eles: o sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro substitui o indivíduo no autocuidado; o sistema parcialmente

compensatório, quando a pessoa precisa do enfermeiro para o substituir apenas no que não é capaz de fazer sozinho; sistema de apoio, um sistema educativo em que o indivíduo é capaz de executar o autocuidado, mas necessita do ensino e supervisão do enfermeiro (Queirós, et al., 2014).

Atendendo a que a transição à terceira idade constitui uma etapa de desenvolvimento, o programa que se pretende implementar de promoção da saúde do idoso deverá contemplar intervenções dirigidas, sobretudo, aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, respondendo a necessidades específicas daquele momento da vida e baseado no sistema de apoio, uma vez que se pretende capacitar a pessoa para o autocuidado, através do ensino de estilos de vida mais saudáveis, que potenciam a manutenção da autonomia.

Através da avaliação e diagnóstico precoce de utentes em risco de limitação da sua atividade e incapacidade para o autocuidado, o enfermeiro de reabilitação elabora planos de intervenção personalizados, com o propósito de promover capacidades adaptativas, necessárias à transição desenvolvimental que a terceira idade representa. Igualmente importante é a monitorização e a avaliação do êxito das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas, bem como a sua reestruturação, se necessário, de forma a atingir os objetivos traçados.

Em suma, o envelhecimento da população é uma realidade, cada vez mais presente, pelo que manter a autonomia e a independência no autocuidado, durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental pois, apesar dos idosos atualmente viverem mais, manifestam uma maior tendência para o aparecimento de doenças crónicas, algumas das quais incapacitantes. Na transição para a condição de idoso ocorrem mudanças que determinam intervenções específicas dos enfermeiros de reabilitação que possuem competências para prevenir e minimizar as limitações e as incapacidades, produzidas pelas doenças crónicas, e maximizar a capacidade e a independência da pessoa idosa contribuindo, desta forma, para o incremento da sua autoestima.

Deste modo, compete ao enfermeiro de reabilitação intervir na promoção do envelhecimento ativo, através da implementação de programas de promoção da saúde do idoso, estruturados e controlados, uma vez que a evidência demonstra que este tipo de programas, quando elaborados de acordo com as especificidades de cada região, apresentam maiores ganhos em saúde para os idosos (Huss, et al., 2008).

2. TRABALHO DE CAMPO

Atendendo a que o aumento da esperança de vida favorece o aparecimento: de doença crónica, de comorbilidades, de incapacidade, de dependência, com carga variável para a família e para o sistema de saúde, que se refletem na maior procura de cuidados de saúde e no crescente recurso a procedimentos de diagnóstico, terapêuticos, de reabilitação física e de saúde mental (DGS, 2012), é pertinente que as UCC elaborem um programa de intervenção, específico para a população idosa, que assume um lugar expressivo na população portuguesa.

Nas UCC, os profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, estabelecem uma relação mais próxima com os seus utentes e com a comunidade, pelo que são os profissionais que melhor conhecem a realidade em que os idosos se inserem e que, mais facilmente, detetam as necessidades em saúde, de forma a intervir precocemente, potenciando assim, os ganhos em saúde obtidos, com as intervenções realizadas.

Deste modo, parecem estar lançados os desafios decorrentes da problemática do envelhecimento, desafios estes, que geram necessidades crescentes, essencialmente na mudança da oferta de cuidados de saúde ao utente idoso, de modo a incrementar a sua qualidade de vida e bem-estar, através da promoção da autonomia e capacidade funcional.

A evidência científica, apesar de reduzida ainda, comprova que a implementação de programas preventivos, de promoção da saúde do idoso, pode ser vantajosa na prevenção das complicações inerentes ao envelhecimento.

Desta forma, pretendeu-se realizar um estudo descritivo, exploratório, com recurso ao paradigma quantitativo, tendo por finalidade a elaboração de uma proposta para um programa de intervenção destinado a idosos, que respondesse às necessidades de saúde identificadas na amostra estudada. Este programa destina-se, posteriormente, a ser implementado por uma UCC de Vila Nova de Famalicão.

O presente estudo decorreu do desenvolvimento do projeto de investigação da UCP-EDP, da ESEP, “Viver bem, com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional”, do grupo de Investigação *NursID: Innovation and Development in Nursing*, que integra o *Center for Health Technology and Services Research*, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (CINTESIS – FMUP), aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João/FMUP 244-14.

Os objetivos do estudo, além de orientarem a sua construção, permitem uma visão global da investigação. São eles que indicam o fim que o investigador persegue, determinam as variáveis-chave, a população-alvo da colheita de dados e o verbo de ação utilizado conduz a investigação (Fortin, 2009).

Assim, o primeiro objetivo deste estudo foi, essencialmente, de carácter descritivo e propôs-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos, do município de Vila Nova de Famalicão.

De seguida, pretendeu-se analisar as condições de saúde e os estilos de vida dos idosos do município, bem como, os riscos de saúde a eles associados.

Outro objetivo do presente estudo foi, ainda, verificar as diferentes necessidades identificadas nos idosos, em função do género, uma vez que a literatura sugere que homens e mulheres envelhecem de forma diferente (Meleis, et al., 2015) (Clemente, et al., 2012), e face à idade.

Neri et al. (2008) afirmam que para ampliar o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a população idosa, as pesquisas devem não só integrar a análise dos dados objetivos, mas também as percepções pessoais. Assim sendo, e de modo a responder aos objetivos planeados, foram formuladas as seguintes perguntas de investigação:

- Quais as características e percepções das pessoas, com mais de 65 anos, a viver em contexto familiar, em Vila Nova de Famalicão, que são determinantes para a elaboração de um programa de saúde, pela UCC?;

- Quais as condições de saúde e os estilos de vida, dos idosos do município, e os riscos de saúde a eles associados?;

- Quais as diferenças nas necessidades identificadas nos idosos, face ao género e idade?

Assim, o presente estudo pretendeu contribuir para o conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades em saúde da população idosa, a viver em contexto familiar, no concelho de Vila Nova de Famalicão, por forma a adequar a prática às reais necessidades.

2.1. População e amostra

Na presente investigação, efetuou-se um estudo não experimental, exploratório, de carácter descritivo, incluído no paradigma quantitativo.

A população em estudo foi constituída por pessoas com mais de 65 anos, a residir em contexto familiar, no município de Vila Nova de Famalicão.

O concelho de Vila Nova de Famalicão pertence ao distrito de Braga, com 133 832 habitantes (INE 2011), distribuídos por 201,59 Km², subdividindo-se em 49 freguesias, atualmente, após a reorganização administrativa do território ficaram 34. As freguesias que apresentam maior número de habitantes (INE 2011) são: Calendário, Ribeirão, Vila Nova de Famalicão e Joane.

Em 2001, o índice de envelhecimento, em Vila Nova de Famalicão, era 55,9 ao passo que, em 2014, o valor registado pelo INE foi 102,2. O índice de envelhecimento quase duplicou em 13 anos, alertando para o envelhecimento demográfico do concelho. Constata-se, assim, que as alterações da estrutura demográfica, comuns a todas as áreas geográficas do país, também se verificam no concelho de Vila Nova de Famalicão.

Na impossibilidade de estudar a totalidade da população do concelho de Vila Nova de Famalicão, foi constituída uma amostra de características intencionais. A técnica de amostragem utilizada no estudo foi, então, não probabilística de conveniência, pelo que no estudo “Viver bem com mais idade, do contexto familiar ao apoio institucional” foi constituída a primeira amostra com os idosos de todo o município, a partir da aceitação dos presidentes das Juntas de Freguesia, para realizarem a identificação de todos os idosos do concelho obtendo-se, assim, uma amostra de 2461 idosos. Depois deste procedimento, como se pretendia investigar a necessidade de implementar um programa de promoção da saúde do idoso, numa UCC do concelho, elaborou-se uma subamostra, tendo sido selecionados apenas os idosos residentes nas freguesias pertencentes à área geográfica apoiada pela UCC em questão, resultando na amostra do presente estudo, constituída por 1522 idosos de 14 freguesias. Da UCC em estudo fazem parte as seguintes freguesias: Outiz, Sezures, Cruz, Gavião, Cavalões, Gondifelos, Vilarinho das Cambas, Calendário, Esmeriz, Cabeçudos, Lousado, Ribeirão, Arnoso Santa Eulália e Arnoso Santa Maria. O quadro 4 ilustra o número de idosos residentes em cada uma das freguesias anteriormente mencionadas, de acordo com a informação obtida através dos Censos 2011 (Portugal, 2011), bem como o respetivo número de idosos que integraram a amostra, por freguesia.

Quadro 4: Distribuição dos idosos residentes e dos idosos constituintes da amostra, por freguesias da UCC D. Maria.

Freguesias	Nº de idosos residentes (2011)	Nº de idosos da amostra (2015)
Arnosos Santa Eulália	155	158
Arnosos Santa Maria	262	86
Cabeçudos	193	2
Calendário	1467	189
Cavalões	216	123
Cruz	227	111
Esmeriz	263	67
Gavião	692	3
Gondifelos	278	143
Lousado	658	68
Outiz	166	62
Ribeirão	1003	44
Sezures	82	70
Vilarinho das Cambas	141	95

2.2. Variáveis do estudo e a sua operacionalização

De acordo com Fortin (2009 p. 171), *“as variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, de objetos ou de situações que são estudadas numa investigação”*. Portanto, de acordo com as prioridades traçadas no PNS 2012-2016, para o envelhecimento ativo, e conforme os objetivos delineados para o estudo, foram consideradas como variáveis independentes: as características sociodemográficas, a autonomia nas AIVD, as condições de saúde, os estilos de vida adotados e a participação social.

Para analisar as variáveis é necessário que estas sejam mensuráveis, pelo que a sua operacionalização é imprescindível. Assim, foram consideradas relevantes, para o estudo, as dimensões constantes no quadro 5.

Quadro 5: Operacionalização das variáveis sociodemográficas.

Dimensões	Indicadores	Codificação
Sexo	Masculino	0
	Feminino	1
Idade	Nº anos completos decorridos entre o nascimento e o dia de aplicação do questionário	Variável Numérica
Estado Civil	Solteiro(a)	0
	Casado(a)	1
	Separado (a)	2
	Divorciado(a)	3
	Viúvo(a)	4
Número de Filhos	Nº de filhos vivos à data da aplicação do questionário	Variável Numérica
Alfabetismo (saber ler e escrever)	Não	0
	Sim	1
Nível de Escolaridade	Nenhuma	0
	1º Ciclo	1
	2º Ciclo	2
	3º Ciclo	3
	12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)	4
	Ensino pós-secundário/ Curso de Especialização	5
	Tecnológica	6
	Bacharelato	7
	Licenciatura	8
	Mestrado	9
Doutoramento	10	
Fonte de Rendimento	Trabalho	0
	Reforma/ Pensão	1
	Rendimento Social de Inserção	2
	Outra	3
Profissão	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	0
	Profissões intelectuais e científicas	1
	Pessoal administrativo e similares	2
	Pessoal dos serviços e vendedores	3
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	4
	Operários, artífices e trabalhadores similares	5
	Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	6
	Profissões não qualificadas	7
	Doméstico(a)	8
	Forças armadas	9
10		
Coabitação	Sozinho(a)	0
	Cônjuge ou companheiro(a)	1
	Cônjuge ou companheiro(a) e filho(s)	2
	Filho(as)	3
	Neto(as)	4
	Cônjuge ou companheiro(a) e neto(as)	5
	Com outro familiares	6
Outra	7	

Desta forma, no que respeita as variáveis de natureza sociodemográfica, estas assumem importante relevância, uma vez que permitiram a caracterização da amostra em estudo e posterior adaptação do programa de promoção da saúde do idoso, de acordo com as características da população-alvo.

No que concerne à variável autonomia nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), esta foi operacionalizada através da Escala de Lawton e Brody, na versão de Sequeira (2007). A escolha desta versão prendeu-se ao facto de apresentar uma boa consistência interna (α de Cronbach = 0,897). Esta versão contempla oito atividades, nas quais o idoso é avaliado, de acordo com o seu desempenho e/ou participação. As atividades incluem: o uso do telefone, o fazer compras, a preparação de refeições, as tarefas domésticas, o lavar roupa, a locomoção fora de casa, a responsabilidade com a medicação e a responsabilidade com assuntos financeiros. Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. Os itens são classificados quanto à assistência, qualidade da execução e iniciativa do idoso. A escala varia entre 8 e 34 pontos, de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos, independente; 9 a 20 pontos, moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; >20 pontos, severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Assim, este instrumento fornece, ao mesmo tempo, uma visão global (pontuação total) e específica (pontuação para cada AIVD), do grau de autonomia do idoso nas AIVD.

Para a obtenção de uma caracterização mais pormenorizada da pessoa idosa, operacionalizou-se, também, a variável condições de saúde (Quadro 6).

Quadro 6: Operacionalização da variável condições de saúde.

Dimensões	Indicadores	Codificação
Perceção do estado de saúde	Muito bom	0
	Bom	1
	Mau	2
	Muito mau	3
IMC	Nº inteiro obtido através da fórmula peso/altura^2	Variável Numérica
Tipo de Patologia	Doença cerebrovascular	0
	Doença cardiovascular	1
	Doença neurológica	2
	Doença músculo-esquelética e osteoarticular	3
	Doença oncológica	4
	Doença respiratória	5
	Doença endócrina	6

Dimensões	Indicadores	Codificação
Tipo de Patologia	Doença do sistema nervoso	7
	Doença psiquiátrica	8
	Outras	9
Sintomas/ Manifestações	Incontinência urinária	0
	Tristeza persistente	1
	Alterações de memória	2
	Dor músculo-esquelética e osteoarticular	3
	Dificuldade na locomoção	4
	Desequilíbrio constante	5
	Diminuição da acuidade visual	6
	Diminuição da acuidade auditiva	7
Número de Quedas (últimos 6 meses)	Nenhuma	0
	Uma vez	1
	Dois vezes	2
	Três ou mais vezes	3
Local da Queda	Casa	0
	Rua	1
	Igreja	2
	Junta de Freguesia	3
	Correios	4
	Supermercado/ Merceria Campo/ Horta/ Jardim/ Outra	5 6
Lesões da Queda	Não	0
	Sim	1
Necessidade de Cuidados de Saúde	Não	0
	Sim	1
Orientação sobre Prevenção de Quedas	Não	0
	Sim	1
	Não sabe/ Não responde	2
Orientação sobre Prevenção de Quedas (profissional que forneceu)	Enfermeiro	0
	Médico	1
	Assistente Social	2
Percepção do Risco de Sofrer Queda	Não	0
	Sim	1

Para a dimensão “regime medicamentoso” da variável condições de saúde recorreu-se à Escala de Adesão aos Medicamentos (Pereira, et al., 1999), que constitui a versão portuguesa da *Reported Adherence to Medication Scale*, desenvolvida por Horne, Weinman e Hankins, com o objetivo de avaliar a adesão dos idosos à medicação, incluindo a frequência com que estes ajustam ou alteram as dosagens prescritas pelos médicos.

Em relação à caracterização dos estilos de vida da pessoa idosa, considera-se que estes são definidos como o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (Nahas, 2013). Assim, esta variável foi, inicialmente, operacionalizada, recorrendo à escala “Perfil do Estilo de Vida Individual” (Nahas, 2013), que inclui cinco dimensões fundamentais do estilo de vida: alimentação, atividade física,

comportamento preventivo, comportamento relacional e controlo do *stress*. Esta escala compreende um total de 15 questões, ou seja, 3 para cada um dos componentes do estilo de vida. Cada questão possui uma escala tipo *likert*, de resposta que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil negativo de estilo de vida, que correspondem respetivamente a: “absolutamente não faz parte do meu estilo de vida” e “às vezes corresponde ao meu comportamento”. As respostas associadas ao perfil positivo são os valores “2” e “3”, os quais descrevem, respetivamente: “quase sempre verdadeiro no meu comportamento” e “sempre verdadeira no meu dia-a-dia” (Both, et al., 2008). Desta forma, quanto mais elevada for a pontuação total obtida, mais adequado é o estilo de vida do idoso.

Na segunda parte da operacionalização da variável “estilos de vida adotados pelos idosos” recorreu-se ao “Questionário de Atividades Físicas Habituais”, desenvolvido originalmente por Russel R. Pate - University of South Carolina/EUA, traduzido e modificado posteriormente por Nahas (2013). Este instrumento engloba dimensões relacionadas com hábitos de atividade física nas ocupações diárias e de lazer, através de onze questões. As primeiras 3 questões dizem respeito às atividades ocupacionais diárias e as restantes 8 questões são relativas às atividades de lazer. A cada questão respondida como “sim” é atribuído um determinado número de pontos, pelo que a soma dos pontos traduz o quão ativo o idoso é. Os valores totais compreendidos entre “0” e “5” correspondem a um idoso inativo. Um total de “6” a “11” significa que o idoso é pouco ativo. A obtenção da pontuação, compreendida entre “12” e “20”, refere-se a um idoso moderadamente ativo e uma pontuação igual a “21”, ou mais pontos, revela um idoso muito ativo.

Por último, para uma melhor caracterização dos hábitos e preferências alimentares dos idosos, incluídos na variável “estilos de vida adotados pelos idosos”, procedeu-se à sua operacionalização, através da utilização do Questionário de Frequência Alimentar (QFA), originalmente desenvolvido pelas nutricionistas Raquel F. Pereira e Márcia D. Hirschbruch, adaptado por Nahas (2013). O QFA é considerado como o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética sendo, fundamentalmente, importante em estudos epidemiológicos que relacionam a dieta com a ocorrência de doenças crónicas (Slater, et al., 2003). Este questionário possui, basicamente, dois componentes: uma lista de alimentos e a frequência de consumo de cada alimento. Assim, os indicadores referem-se às unidades de tempo, relativas à frequência do consumo dos vários alimentos, sendo neste caso: diariamente, 3 a 6 vezes por semana, 1 a 2 vezes por semana, 3 vezes por mês. Conforme a frequência do consumo dos alimentos enumerados no questionário é atribuída uma pontuação predefinida. Uma pontuação total de 160 a 200 pontos diz respeito a hábitos

alimentares excelentes. Por sua vez, uma pontuação compreendida entre 120 e 159 pontos sugere uma alimentação equilibrada, mas o idoso pode melhorar. Contudo, se a pontuação total obtida for inferior a 120 pontos indica que o idoso precisa de melhorar muito os seus hábitos alimentares.

A variável “participação social”, compreendida como todo o envolvimento de um indivíduo em ações da vida sociocomunitária, incluiu como indicadores: “não se aplica”, “sim”, “não”, “não responde”.

Descritas as variáveis seguir-se-á a organização das restantes fases para realizar a colheita de dados. Antes de empreender a colheita de dados, é necessário o investigador perguntar-se, se a informação que quer colher, com a ajuda de um instrumento de medida em particular, é exatamente a essencial, para responder aos objetivos da sua investigação. Assim, é necessário conhecer os diversos instrumentos de colheita de dados disponíveis, bem como, ponderar as vantagens e desvantagens de cada um.

2.3. Colheita de dados

A colheita de dados diz respeito à recolha sistemática da informação desejada, junto dos participantes, recorrendo, para isso, aos instrumentos selecionados.

A colheita de dados requer diligências prévias, tais como: a obtenção de autorização para realizar o estudo, a aprovação da comissão de ética, a preparação dos responsáveis pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados, a constância e o controlo da colheita da informação e a identificação de potenciais barreiras (Fortin, 2009).

Neste capítulo serão apresentados, de uma forma global, os procedimentos realizados.

2.3.1. Instrumento de colheita de dados

Para a execução da colheita de dados o instrumento utilizado foi o questionário. Este pode ser definido como uma técnica de investigação, constituída por um determinado número (grande ou pequeno) de questões escritas, que tem por objetivo a descrição de populações (Miranda, 2011). O questionário *ad hoc* foi construído no âmbito do estudo “*Viver bem com mais idade: do contexto familiar ao apoio institucional*” e para o presente estudo apenas foi utilizada parte do instrumento, considerando os objetivos delineados.

O questionário construído (Anexo II) divide-se, então, em quatro partes principais:

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

Parte II – Autonomia nas AIVD: capacidade funcional para realização das AIVD;

Parte III – Condições de Saúde: possibilita a obtenção de dados relativos ao estado de saúde dos idosos, nomeadamente, perceção do seu estado de saúde, IMC, patologias de que padecem, sintomas e manifestações, quedas e regime medicamentoso;

Parte IV – Estilos de Vida: fornece informações relativas à alimentação, atividade física, comportamentos preventivos, comportamentos relacionais, controlo de *stress*, atividades diárias de lazer, participação em desportos, participação social.

Portanto, esta investigação pretendeu realizar a descrição e exploração das principais características da população idosa de Vila Nova de Famalicão, relevantes para a implementação de um programa preventivo por uma UCC. Esse programa responde às necessidades identificadas, através da caracterização dos idosos, obtida pela aplicação do questionário.

2.3.2. Procedimento de colheita de dados

A colheita de dados decorreu durante todo o ano de 2015 e iniciou-se por uma formação aos presidentes das Juntas de Freguesia, onde foi explicada a utilidade da investigação e a importância da sua colaboração. Cada presidente da Junta de Freguesia indicou de 2 a 5 pessoas, com formação superior ou a frequentar o 12º ano, para integrar o grupo de colaboradores, o qual foi alvo de 35 horas de formação, sobre investigação social e treino no preenchimento do questionário. Posteriormente, a colheita de dados foi realizada através da deslocação dos colaboradores da investigação às diferentes freguesias do concelho de Vila Nova de Famalicão, incluídas no presente estudo, pelo que, o investigador não teve contacto com a população e com a amostra em estudo.

No total foram inquiridos 1522 idosos, residentes nas freguesias pertencentes à área geográfica da UCC D. Maria

O procedimento de colheita de dados realizou-se do seguinte modo:

1. Pedido de colaboração para a participação na investigação;

2. Explicação acerca dos objetivos da investigação, garantindo a confidencialidade das respostas;

3. Entrega do questionário;

4. Negociação, com o idoso, da forma de preenchimento do questionário (autopreenchimento, ou preenchimento pelo colaborador, de acordo com a avaliação do idoso);

5. Recolha do questionário, de acordo com o estabelecido entre o idoso e o colaborador da investigação.

O consentimento foi obtido, através de informação fornecida pelo colaborador e por escrito, no cabeçalho do questionário, acerca da investigação e objetivos da mesma. Foram, ainda, disponibilizados contactos telefónicos dos investigadores, no questionário, para esclarecimento adicional de dúvidas relativas à investigação.

Se o idoso não pretendesse participar no estudo, ou quisesse interrompê-lo, o caso era cancelado, pelo que todos os participantes foram informados do direito de recusar a participação na investigação, ou desistir durante a mesma, sem qualquer implicação ou consequência. Foi assegurado o anonimato, a privacidade e a confidencialidade da informação recolhida.

A colheita de dados decorreu no domicílio ou em local indicado pelo idoso.

2.3.3. Procedimentos éticos

Fazer investigação em saúde implica, muitas vezes, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados, temporária ou permanentemente, pelo que os enfermeiros têm o dever de zelar pela proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (OE, 2005).

Durante a realização desta investigação foram respeitados os direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelos códigos de ética: direito à autodeterminação e ao consentimento informado, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e, por último, o direito a um tratamento justo.

Antes de iniciado o processo foi apresentado à Comissão de Ética para a Saúde, do Centro Hospitalar de S. João – EPE, uma vez que o presente estudo está inscrito no CINTESIS e obteve parecer favorável registado com o nº244/14.

Para garantir o respeito pelos direitos dos idosos, os colaboradores que colheram os dados tiveram uma sessão de formação sobre questões éticas, que incluiu uma simulação de vários casos de recusa e interrupção do questionário, a fim de obter comportamentos ajustados. Os colaboradores foram, também, sensibilizados para interromperem a colheita de dados, caso identificassem cansaço do idoso, podendo retomá-la noutra dia, indicado pelo idoso.

3. UMA SELF SOBRE O ENVELHECIMENTO NA ÁREA DE REFERÊNCIA DE UMA UCC

Após a colheita de dados, e porque cada idoso forneceu informações sobre a sua percepção, pretende-se explicitar a visão dos idosos sobre as variáveis em estudo.

Assim, neste capítulo, será apresentada e efetuada a análise dos resultados obtidos, no decurso do tratamento de dados. O estudo das variáveis foi realizado através da análise da estatística descritiva, mediante o programa de *software* IBM SPSS, versão 20.0.

3.1. Caracterização sociodemográfica dos idosos

A investigação em curso desenvolveu-se junto dos idosos do concelho de Vila Nova de Famalicão, residentes nas freguesias abrangidas pela área de intervenção da UCC D. Maria. A amostra do estudo é constituída por 1522 idosos, 560 (36,8%) do sexo masculino e 962 (63,2%) do sexo feminino.

No que concerne à idade dos participantes, a média é de 73,5 anos, sendo que o participante mais novo tem 65 anos e o mais velho 99 anos. Ainda, de referir que 77,8% da amostra apresenta idade \leq 80 anos e 22,2% apresenta idade $>$ 80 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos idosos são casados (59,7%), 19,3% são solteiros, 17,4% são viúvos, seguindo-se os divorciados, que representam 2,8% da amostra, e os separados que são apenas 0,9%.

No que respeita ao número de filhos, predominam os idosos que possuem dois filhos (38,6%), seguindo-se os que têm cinco filhos (13,7%), quatro filhos (8,8%), um filho (8,7%) e os que não tiveram filhos (7,9%).

Em relação ao alfabetismo, 89,4% dos participantes do estudo sabe ler e 81,2% sabe escrever. Porém, 10,6% dos idosos não aprenderam a ler e 18,8% não sabem escrever.

Quanto às habilitações literárias, verifica-se que cerca de metade dos idosos frequentou o 1º ciclo (50,1%) sendo, no entanto, muito expressiva a percentagem de idosos que não possui qualquer tipo de escolaridade (39,0%).

Acerca dos recursos financeiros que os idosos têm à sua disposição, a principal fonte de rendimento é a reforma/pensão, representando 70,1% do total. Outra fonte de rendimento importante é o trabalho, representando 29,1%.

No que concerne à profissão, atual ou da qual os idosos se reformaram, destaca-se ligeiramente o pessoal administrativo e similar (18,7%) e os operários, artífices ou similar (17,3%). Ainda, bastante relevante a percentagem de idoso(a)s doméstico(a)s (14,2%).

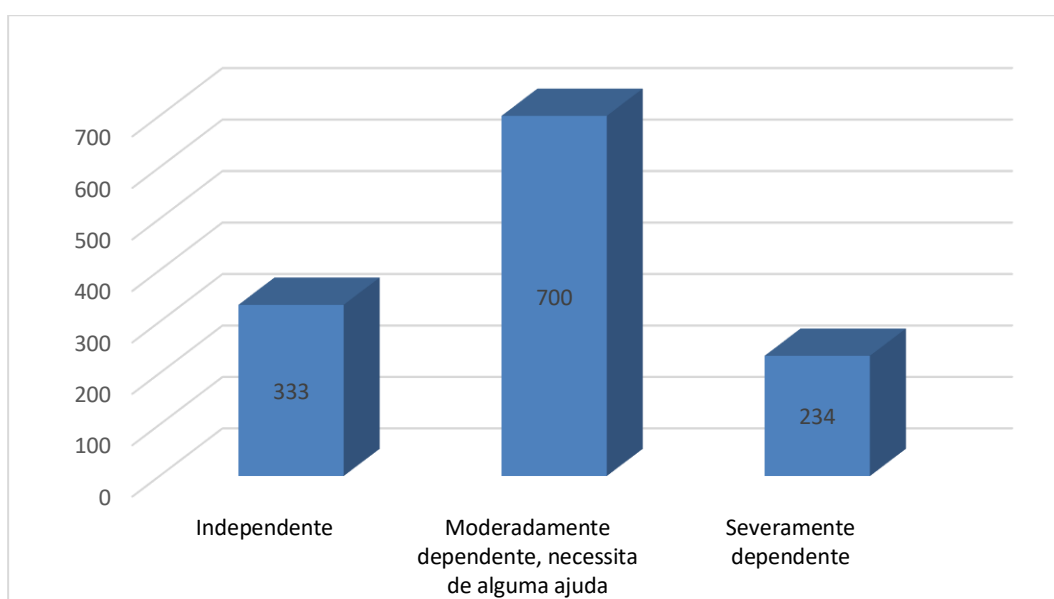
Relativamente à coabitação, 41,8% dos idosos vive com o cônjuge e 22,4% vive com o cônjuge e com os filhos. Já os idosos que residem sozinhos representam 13,3% do total da amostra.

Deste modo, os idosos da UCC estudada são, maioritariamente, mulheres com idade inferior a 80 anos, casadas, com filhos, que sabem ler e escrever, frequentaram o 1º ciclo e que dependem economicamente da reforma.

3.2. Caracterização da autonomia dos idosos

A autonomia pode ser definida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa necessitando, para isso, de condições motoras e cognitivas suficientes, que permitam o desempenho dessas tarefas (Ferreira, et al., 2012). Assim, considerou-se essencial avaliar a autonomia nas AIVD dos idosos estudados, tendo-se concluído que a maioria dos idosos constituintes da amostra (55,2%) é moderadamente dependente, necessitando de alguma ajuda para realizar as várias AIVD, discriminadas na Escala de Lawton e Brody, versão Sequeira (2007), tal como ilustra o gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição dos idosos por classes de dependência.



A média do *score* obtido na escala é de 14,2 pontos, o que se traduz em dependência moderada, uma vez que o valor obtido está compreendido entre 9 e 20 pontos. Quanto ao valor mínimo obtido, este é igual a 8 pontos (independência) e o máximo igual a 34 pontos (dependência severa).

Analisando, individualmente cada AIVD, verificamos que, relativamente ao uso do telefone, mais de metade da amostra consegue fazê-lo por iniciativa própria e, aproximadamente um quarto do total da amostra consegue marcar, de forma autónoma, alguns números familiares. De salientar, ainda, que nesta AIVD apenas 6,5% da amostra revela incapacidade total, tal como demonstra a tabela 1.

Tabela 1: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “utilizar o telefone”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
UTILIZAR O TELEFONE	Iniciativa própria	858	56,4	58,1	58,1
	Capaz de marcar alguns números familiares	381	25,0	25,8	83,9
	Capaz de pedir, mas não de marcar	141	9,3	9,6	93,5
	Incapaz	96	6,3	6,5	100,0
	Missing	46	3,0		
	TOTAL	1522	100		

No que concerne à AIVD “fazer compras”, a maioria dos idosos é independente (59,9%), 17,3% conseguem fazer pequenas compras, 10,6% precisam de ajuda e 12,2% são incapazes de fazer as suas compras (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “fazer compras”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
FAZER COMPRAS	Independente	876	57,6	59,9	59,9
	Independente para pequenas compras	253	16,6	17,3	77,2
	Necessita de ir acompanhado	155	10,2	10,6	87,8
	Incapaz	179	11,8	12,2	100,0
	Missing	59	3,9		
	TOTAL	1522	100		

Relativamente à AIVD “preparar refeições”, verifica-se que, também a maioria dos idosos são autónomos nesta atividade (64,7%) sendo, por sua vez, 16,6% dos idosos totalmente dependentes na preparação das refeições, tal como ilustra a tabela 3.

Tabela 3: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “preparar refeições”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
PREPARAR REFEIÇÕES	Organiza, prepara e serve as refeições	875	57,5	64,7	64,7
	Prepara as refeições se fornecidos os alimentos	180	11,8	13,3	78,0
	Prepara, aquece e serve as refeições, mas dieta inadequada	72	4,7	5,4	83,4
	Incapaz	225	14,8	16,6	100,0
	Missing	170	11,2		
	TOTAL	1522	100		

Quanto à execução de tarefas domésticas, a maior parte dos idosos (54,5%) afirma conseguir executá-las sozinho, ou com ajuda ocasional, para trabalhos mais pesados. No entanto, 11,6% dos idosos não participam em nenhuma tarefa doméstica (tabela 4).

Tabela 4: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “tarefas domésticas”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa(%)
TAREFAS DOMÉSTICAS	Consegue sozinho ou com ajuda ocasional para tarefas pesadas	792	52,0	54,5	54,5
	Consegue sozinho tarefas ligeiras	287	18,9	19,8	74,3
	Consegue sozinho tarefas ligeiras, mas nível de limpeza inadequado	115	7,6	7,9	82,2
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	90	5,9	6,2	88,4
	Incapaz	168	11,0	11,6	100,0
	Missing	70	4,6		
	TOTAL	1522	100		

No que respeita a AIVD “lavagem de roupa”, à semelhança do que se verificou nas atividades anteriormente descritas, a maioria dos idosos que participaram no estudo conseguem realizar, autonomamente, esta tarefa (64,5%), de acordo com os dados que figuram na tabela 5.

Tabela 5: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “lavagem da roupa”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
LAVAGEM DE ROUPA	Consegue sozinho	844	55,5	64,5	64,5
	Consegue sozinho pequenas peças	135	8,9	10,3	24,8
	Incapaz	330	21,7	25,2	100,0
	Missing	213	14,0		
	TOTAL	1522	100		

Atendendo à AIVD “utilização de meios de transporte”, verifica-se que 60,2% dos idosos viajam sozinhos em transporte público, ou conduzem o seu próprio carro, ao passo que 12,3% afirmam não conseguir viajar (tabela 6).

Tabela 6: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “utilização de meios de transporte”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE	Sozinho em transporte público ou conduz carro	876	57,6	60,2	60,2
	Apenas táxi	157	10,3	10,8	71,0
	Transportes públicos quando acompanhado	75	4,9	5,2	76,2
	Táxi ou carro com ajuda de terceiros	168	11,0	11,5	87,7
	Não viaja	179	11,8	12,3	100,0
	Missing	67	4,4		
	TOTAL	1522	100		

No que concerne à AIVD “gestão do regime medicamentoso”, 76,4% apresentam-se capazes de preparar e tomar a medicação corretamente, sendo esta a AIVD com maior número de idosos totalmente autônomos (tabela 7).

Tabela 7: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “gestão da medicação”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
GESTÃO DA MEDICAÇÃO	Capaz de gerir medicação (hora e dose corretas)	1105	72,6	76,4	76,4
	Capaz se dose preparada previamente	155	10,2	10,7	87,1
	Incapaz	187	12,3	12,9	100,0
	Missing	75	4,9		
	TOTAL	1522	100		

Relativamente à última AIVD considerada na Escala de Lawton e Brody – “responsabilidade com assuntos financeiros”, também a maioria dos idosos é independente nesta atividade, representando 70,8% dos idosos que responderam à questão (tabela 8).

Tabela 8: Descrição da variável “Autonomia nas AVD” relativamente à AIVD “responsabilidade com assuntos financeiros”.

	Variável Autonomia nas AVD	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
RESPONSABILIDADE COM ASSUNTOS FINANCEIROS	Encarrega-se sozinho de assuntos financeiros	937	61,6	70,8	70,8
	Ajuda em grandes compras ou banco	268	17,6	20,2	91,0
	Incapaz de manusear dinheiro	119	7,8	9,0	100,0
	Missing	198	4,4		
	TOTAL	1522	100		

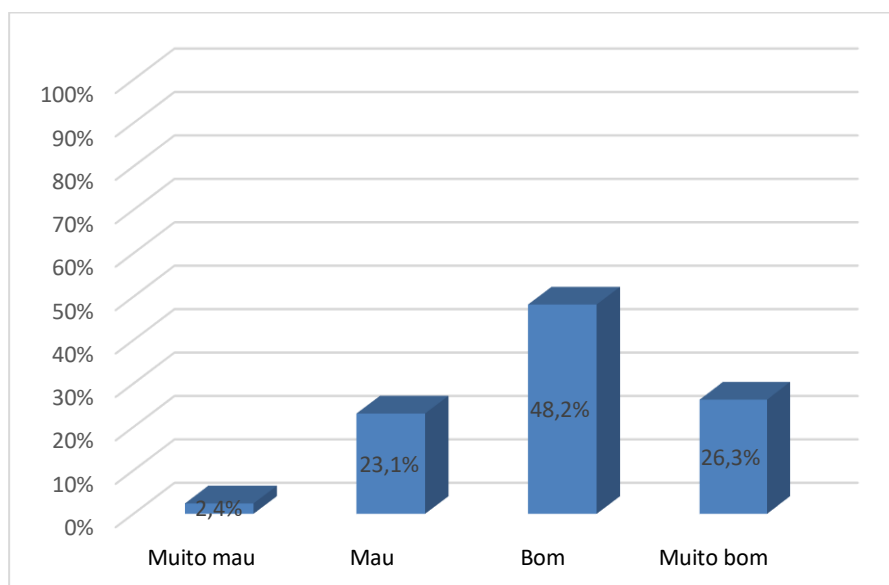
Face aos resultados, em síntese, podemos afirmar que a maioria dos idosos pode usar o telefone, fazer compras, organizar e preparar as refeições, fazer as tarefas domésticas, lavar a roupa, utilizar transportes, gerir a medicação e ser responsável pelos assuntos financeiros, o que nos indica que podem participar em atividades convocadas por telefone, em locais fora da residência.

3.3. Caracterização das condições de saúde

Muitos dos idosos, no fim da vida, enfrentam problemas de saúde e deparam-se com alterações degenerativas que afetam a sua autonomia, devendo ser preocupação dos profissionais da saúde implementar intervenções, que contribuam para a promoção de um bom nível de saúde (OMS, 2012).

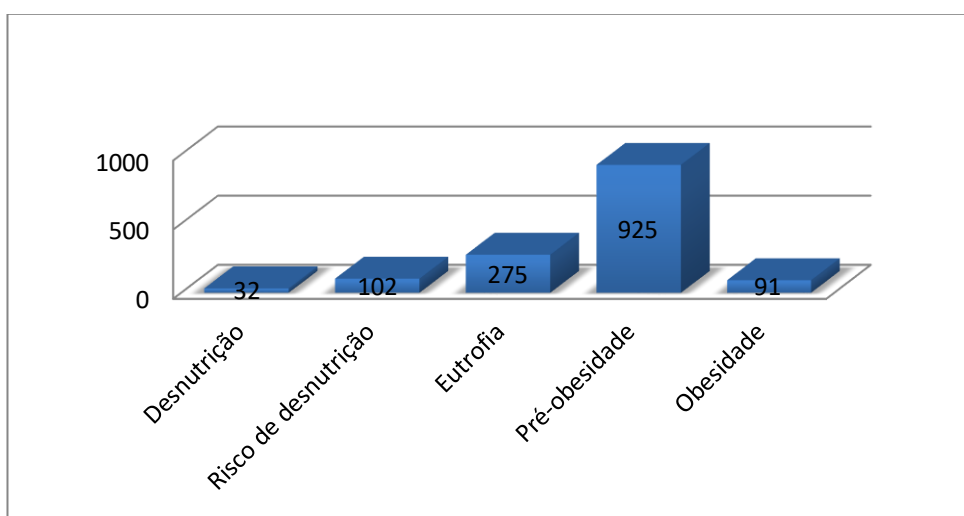
Assim, para diagnosticar as necessidades em saúde, dos idosos incluídos no estudo, realizou-se a análise da variável condições de saúde. Na concretização desta variável incluiu-se a perceção dos idosos, acerca do seu estado de saúde, tendo-se verificado que maioria possui uma perceção positiva. Desta forma, 48,2% dos idosos classificam o seu estado de saúde como “bom” e 26,3% como “muito bom”. Porém, 23,1% das respostas dizem respeito a um estado de saúde “mau” e 2,4% a “muito mau”, tal como ilustra o gráfico 3.

Gráfico 3: Perceção dos idosos acerca do seu estado de saúde.



Relativamente ao IMC, utilizado como indicador do estado nutricional dos idosos, obteve-se o valor médio de 29,0, sendo o valor mínimo de 16,3 e o valor máximo obtido de 71,8. De acordo com a Associação Portuguesa de Dietistas (2016), o valor médio obtido corresponde a pré-obesidade (27-32) e o valor mínimo e máximo obtidos correspondem, respetivamente, a desnutrição (<22) e a obesidade (>32). Assim, verifica-se que a maioria dos idosos estudados apresentam pré-obesidade, tal como demonstra o gráfico 4.

Gráfico 4: Distribuição do IMC, por classes.



Quanto às patologias de que padecem os idosos inquiridos, os resultados encontram-se sumariados no quadro 7.

Quadro 7: Distribuição da ocorrência de patologias nos idosos.

Patologia	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Doença Cerebrovascular	112	8,8	1034	81,5
Doença Cardiovascular	220	19,8	856	77,0
Doença Neurológica	76	7,2	942	89,3
Doença Músculo-esquelética e Osteoarticular	435	36,2	743	61,8
Doença Oncológica	116	11,0	898	85,0

Patologia	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Doença Respiratória	205	17,4	951	80,6
Doença Endócrina	390	32,0	803	65,8
Doença do Sistema Nervoso	119	10,1	1028	87,6
Doença Psiquiátrica	199	16,8	954	80,6
Outra	154	16,6	384	41,5
Não tem doença	147	19,5	493	65,6

Da análise do quadro 7, é possível inferir que a patologia com figuração mais expressiva, na amostra analisada, é a músculo-esquelética e osteoarticular (36,2%), seguindo-se a endócrina (32,0%), a cardiovascular (19,8%) e a psiquiátrica (16,8%).

No que concerne aos principais sintomas/ manifestações, reportados pelos idosos, estes encontram-se descritos no quadro 8.

Quadro 8: Distribuição da ocorrência de sintomas/ manifestações nos idosos.

Sintomas/ Manifestações	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Perda de urina	188	16,5	920	80,6
Sentimento de tristeza persistente	273	22,2	911	74,2
Alterações de memória	259	24,1	776	72,1
Dor músculo-esquelética e osteoarticular	546	44,0	663	53,4
Dificuldade em andar	515	41,3	700	56,1
Desequilíbrios constantes	370	30,0	840	68,0
Diminuição da audição	530	41,6	724	56,8
Diminuição da visão	656	51,6	598	47,0
Outra	277	33,0	457	54,5
Não tem sintomas/ manifestações	99	14,5	468	68,6

Analisando o quadro 8, verifica-se que a diminuição da acuidade visual e a dor músculo-esquelética e osteoarticular são os sintomas/ manifestações mais comumente apontados pelos idosos, seguindo-se a diminuição da acuidade auditiva e a dificuldade na marcha.

Também, as quedas assumem importante contribuição, no que respeita às condições de saúde dos idosos. Na amostra do presente estudo verifica-se que 69,6% dos idosos afirmam não ter tido nenhuma queda, nos 6 meses prévios ao preenchimento do questionário, 22,4% afirmam ter caído uma vez, 5,5% duas vezes e, apenas, 2,5% três ou mais vezes. Aquando da queda, 58,1% dos idosos, que afirmaram ter caído, conseguiram levantar-se sozinhos do chão, 58,9% referem ter tido lesões resultantes da queda, e 36,2% necessitaram de cuidados de saúde.

No que respeita ao fornecimento de orientações, relativas à prevenção de quedas, os resultados obtidos figuram no quadro 9.

Quadro 9: Descrição das orientações fornecidas, relativas à prevenção de quedas, por profissional da saúde que as forneceu.

Orientações	SIM		NÃO		Profissional da saúde que forneceu a orientação		
	N	%	N	%	Enf.º (%)	Médico (%)	A. Social (%)
Uso de tapetes/ passadeiras/ carpetes	231	26,4	585	66,9	27,7	63,5	8,8
Tipo de calçado	204	20,8	715	73,0	16,6	74,3	9,1
Disposição de mobiliário	165	13,1	991	78,6	62,9	28,1	9,0
Tapete na banheira/ poliban	322	25,2	858	67,0	49,7	46,6	3,7
Uso de acessórios de segurança no WC	163	13,0	977	78,1	57,4	34,7	7,9

Da análise do quadro 9, conclui-se que a maioria dos idosos não recebeu qualquer orientação, relativa à prevenção de quedas. Contudo, das orientações fornecidas, as mais

prevalentes são: o uso de tapetes/ passadeiras/ carpetes e a colocação de tapete na banheira/ poliban, sendo os enfermeiros e os médicos os profissionais da saúde que mais orientações fornecem aos idosos, tendo por objetivo a prevenção de quedas.

De salientar, ainda, que a casa é o local onde a queda ocorre com mais frequência (70,9%), seguindo-se a rua (16,4%), o campo, o jardim ou a horta (4,5%), a igreja (3,9%), a junta de freguesia (3,5%), outro local (0,6%) e, por último, o supermercado ou mercearia (0,3%).

Relativamente à perceção do risco de sofrer queda, a maioria dos idosos é da opinião de que possui risco de sofrer queda (56,8%), apesar de 43,2% dos idosos não percecionarem esse risco.

No que respeita à adesão ao regime medicamentoso, apesar da maioria dos idosos (51,6%) negar alterações do regime medicamentoso, por iniciativa própria, sem consentimento médico, alguns confirmam realizar ajustes na medicação, sem aconselhamento prévio. Os resultados relativos à frequência com que os idosos ajustam ou alteram as prescrições médicas encontram-se no quadro 10.

Quadro 10: Descrição da frequência com que os idosos ajustam, ou alteram, as prescrições médicas.

	Discordo Totalmente		Discordo		Não tenho a certeza		Concordo		Concordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A	379	27,8	757	55,5	54	4,0	159	11,7	14	1,0
B	688	51,6	526	39,4	50	3,7	62	4,6	8	0,6
C	599	45,1	413	31,1	153	11,5	147	11,1	16	1,2
D	697	52,9	421	32,0	126	9,6	66	5,0	7	0,5

A- Às vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos

B- Às vezes altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades.

C- Algumas pessoas esquecem-se de tomar os medicamentos. Com que frequência isso lhe acontece a si?

D- Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência também faz isso?

Em síntese, é possível afirmar que os idosos têm uma boa percepção do seu estado de saúde, embora sejam em média pré-obesos e as patologias músculo-esquelética e osteoarticular e endócrina são as que apresentam maior incidência. A diminuição da visão e da audição são os sintomas/ manifestações mais prevalentes, mas logo depois surgem as dores músculo-esqueléticas, a dificuldade em andar e os desequilíbrios. Estas patologias e sintomas/ manifestações orientam para intervenções específicas, a ter em conta na elaboração do programa de promoção da saúde dos idosos.

Também, podemos verificar que a experiência de queda não é sentida pela maioria dos idosos, o que indica que a intervenção será preventiva, podendo ser melhorada a informação fornecida pelos enfermeiros, aos idosos, sobre a prevenção de quedas.

3.4. Caracterização dos estilos de vida e participação social dos idosos

No que se reporta aos estilos de vida dos idosos, nomeadamente, ao conjunto de comportamentos de risco relacionados com a saúde, adotados pelos indivíduos, estes têm sido apontados como um dos principais modulares dos níveis de saúde (Novaes, 2002). Assim, recorrendo-se ao instrumento “Perfil do Estilo de Vida Individual”, derivado do pentáculo de bem-estar do autor Markus Nahas, foram avaliados os fatores positivos, ou seja, aqueles que se ministrados de forma correta, contribuem para um estilo de vida saudável, sendo estes: a alimentação, a atividade física, o comportamento preventivo, o comportamento relacional e o controlo do *stress* (Nahas, et al., 2000).

Desta forma, analisando os valores obtidos globalmente, nos cinco componentes, verifica-se que 45,7% dos idosos possuem um perfil de estilo de vida negativo e 54,3% assumem um perfil de estilo de vida positivo.

Analisando, individualmente, os resultados da caracterização do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita à alimentação, é possível verificar que, apesar de 64,1% dos idosos fazer sempre o número ideal de refeições diárias, só cerca de 20% dos idosos incluem sempre, na sua alimentação, 5 porções de fruta e hortaliças e evitam, sempre, as gorduras e o açúcar, tal como figura no quadro 11.

Quadro 11: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita a alimentação.

	Não faz parte do meu EV		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro		Sempre verdadeiro no dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de fruta e hortaliças	538	35,3	286	18,8	375	24,6	323	21,2
Evito ingerir alimentos gordurosos e doces	563	37,0	326	21,4	295	19,4	338	22,2
Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço	93	6,1	107	7,0	346	22,7	976	64,1

Relativamente à avaliação da atividade física desenvolvida pelos idosos, os resultados sumariados no quadro 12, demonstram que menos de 30% dos idosos incluem sempre a atividade física no seu dia-a-dia, enquanto 8,5% dos participantes afirmam, mesmo, não a incluir no seu estilo de vida.

Quadro 12: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita a atividade física.

	Não faz parte do meu EV		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro		Sempre verdadeiro no dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No meu tempo livre pratico atividades físicas	134	8,8	732	48,1	260	17,1	396	26,0
Pelo menos 2x/ semana realizo exercícios de força e alongamento muscular	132	8,7	746	49,0	189	12,4	455	29,9
No dia-a-dia caminho ou pedalo, como meio de transporte, e uso as escadas ao invés do elevador	125	8,2	763	50,1	246	16,2	388	25,5

No que se reporta ao comportamento preventivo, verifica-se que a maioria dos idosos adota sempre, ou quase sempre, comportamentos preventivos no seu quotidiano, como se pode verificar no quadro 13.

Quadro 13: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita o comportamento preventivo.

	Não faz parte do meu EV		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro		Sempre verdadeiro no dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conheço a minha TA e os meus níveis de colesterol e procuro controlá-los	116	7,6	357	23,5	188	12,4	861	56,6
Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo)	125	8,2	387	25,4	182	12,0	828	54,4
Respeito as normas de trânsito e quando conduzo uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool	147	9,7	169	11,1	143	9,4	1063	69,8

Quanto ao comportamento relacional, apesar de uma percentagem significativa de idosos cultivar comportamentos relacionais no seu quotidiano, verifica-se que cerca de 10% dos idosos não inclui este tipo de comportamento no seu estilo de vida (Quadro 14).

Quadro 14: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita ao comportamento relacional.

	Não faz parte do meu EV		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro		Sempre verdadeiro no dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos	133	8,7	237	15,6	202	13,3	950	62,4
No meu tempo livre procuro encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participo em associações ou entidades sociais	155	10,2	342	22,5	308	20,2	717	47,1
Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social	156	10,2	292	19,2	379	24,9	695	45,7

Em relação ao controlo do *stress*, os resultados obtidos, com os idosos que participaram no estudo, figuram no quadro 15 e revelam que, aproximadamente, 10% dos idosos não tem em conta um controlo de *stress* adequado no seu estilo de vida, o que poderá acarretar repercussões negativas no seu estado de saúde.

Quadro 15: Descrição do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, no que respeita o controlo do *stress*.

	Não faz parte do meu EV		Por vezes corresponde		Quase sempre verdadeiro		Sempre verdadeiro no dia-a-dia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reservo tempo (pelo menos 5 min.) todos os dias para relaxar	167	11,0	500	32,9	288	18,9	567	37,3
Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado	166	10,9	347	22,8	423	27,8	586	38,5
Equilíbrio o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer	157	10,3	426	28,0	340	22,3	599	39,4

No que concerne ao *score* médio do “Perfil do Estilo de Vida” dos idosos obteve-se o valor de 28,63 pontos, sendo os valores mínimo e máximo possíveis, respetivamente, 0 e 45. Assim sendo, verifica-se que o valor obtido é bastante inferior ao desejável, já que corresponde a pouco mais de metade da pontuação máxima possível e, portanto, o estilo de vida dos idosos estudados demonstra não ser o mais adequado.

Por outro lado, analisando, individualmente, as médias obtidas nos cinco componentes do perfil do estilo de vida, verifica-se que o componente com pontuação inferior diz respeito à atividade física ($\bar{x}=4,83$). Ainda, no que concerne à atividade física como fator positivo do estilo de vida, pretendeu-se avaliar o tipo de atividades físicas que os idosos desenvolvem no seu quotidiano tendo, para isso, recorrido ao “Questionário de Atividades Físicas Habituais”. O *score* médio obtido foi 8,6 pontos, tendo sido o valor mínimo igual a 0 e o máximo 49, quando se considera que a faixa ideal para a saúde da maioria das pessoas é a de moderadamente ativa – 12 a 20 pontos. Estes resultados traduzem a necessidade premente dos idosos aumentarem a sua atividade física regular. O quadro 16 ilustra a classificação dos idosos, quanto à atividade física realizada, em função do género, verificando-se que, aproximadamente, 70% dos idosos estudados são inativos ou pouco ativos no seu dia-a-dia.

Quadro 16: Classificação da atividade física dos idosos, por género, de acordo com o “Questionário de Atividades Físicas Habituais”.

Classificação da Atividade Física dos Idosos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inativo	247	16,2	412	27,1	659	43,3
Pouco Ativo	171	11,2	234	15,4	405	26,6
Moderadamente Ativo	113	7,4	235	15,4	348	22,9
Muito Ativo	29	1,9	81	5,3	110	7,2

Por sua vez, para melhor compreender o estilo de vida dos idosos estudados, relativamente aos seus hábitos alimentares, recorreu-se ao “Questionário de Frequência Alimentar”, originalmente desenvolvido pelas nutricionistas Raquel F. Pereira e Márcia D. Hirschbruch e adaptado por Nahas (2013). O valor médio obtido foi de 110,2 pontos, sendo o valor mínimo de 48 pontos e o máximo de 189 pontos, o que significa que os idosos necessitam de melhorar a qualidade da sua alimentação – pontuação inferior a 120 pontos. A distribuição da classificação da alimentação dos idosos figura no quadro 17, onde se pode verificar que 63,4% dos idosos precisam de melhorar muito os seus hábitos alimentares e, apenas, 5,5% praticam uma alimentação excelente.

Quadro 17: Classificação da alimentação dos idosos, por género, de acordo com o QFA.

Classificação da Alimentação dos Idosos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Excelente	31	2,0	54	3,5	85	5,5
Equilibrada mas pode melhorar	186	12,2	286	18,8	472	31,0
Precisa de melhorar muito	343	22,5	622	40,9	965	63,4

Quanto à participação social, os resultados obtidos figuram na tabela 9, e demonstram que a maioria dos idosos (53,2%) não participa em atividades sociais.

Tabela 9: Descrição da variável "Participação em Atividades Sociais".

Variável Participação Social	Frequência (N)	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)	Percentagem Cumulativa (%)
Não se aplica	88	5,8	8,5	8,5
Sim	365	24,0	35,1	43,6
Não	553	36,3	53,2	96,7
Não responde	34	2,2	3,3	100,0
Missing	482	31,7		
TOTAL	1522	100		

Em suma, embora o perfil de estilo de vida na maioria dos idosos seja positivo, identificam-se áreas que necessitam de ser melhoradas, entre elas: a inclusão de frutas e hortaliças na dieta, a restrição de alimentos gordos e doces, o aumento de atividade física, o reforço de atividades com amigos e na comunidade e o combate ao *stress*.

3.5. Caracterização das diferenças de género e idade

Depois de encontradas áreas que suportam o desenho do programa a implementar na UCC, indagou-se se poderiam existir diferentes intervenções para homens e mulheres e para diferentes idades.

Desta forma, para verificar a existência de diferenças estatísticas, entre homens e mulheres, nas diferentes variáveis estudadas, recorreu-se a estatística inferencial, não paramétrica, nomeadamente, ao teste Qui-quadrado.

Relativamente às diferenças de género, no que concerne à autonomia nas AIVD, obteve-se: $X^2=8,822$; $gl=2$; $p=0,012$, apresentando-se o sexo feminino, globalmente mais autónomo do que o masculino. A distribuição do grau de autonomia, por AIVD e género, figura no quadro 18.

Quadro 18: Distribuição do grau de autonomia, por AIVD e género.

Atividades Instrumentais de Vida Diária		SEXO	
		Masculino (%)	Feminino (%)
USAR O TELEFONE	Iniciativa própria	58,0	58,2
	Capaz de marcar alguns números familiares	25,6	25,9
	Capaz de pedir, mas não de marcar	9,1	9,8
	Incapaz	7,3	6,0
FAZER COMPRAS	Independente	61,4	59,0
	Independente para pequenas compras	19,2	16,2
	Necessita de ir acompanhado	10,0	11,0
	Incapaz	9,4	13,9
PREPARAR REFEIÇÕES	Organiza, prepara e serve as refeições	51,3	72,2
	Prepara as refeições se fornecidos os alimentos	13,3	13,3
	Prepara, aquece e serve as refeições, mas dieta inadequada	7,7	4,0
	Incapaz	27,7	10,5
REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS	Consegue sozinho ou com ajuda ocasional para tarefas pesadas	41,8	61,7
	Consegue sozinho tarefas ligeiras	17,8	20,9
	Consegue sozinho tarefas ligeiras, mas nível de limpeza inadequado	9,4	7,1
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	7,1	5,7
	Incapaz	23,9	4,6
LAVAR A ROUPA	Consegue sozinho	45,4	75,1
	Consegue sozinho pequenas peças	9,4	10,8
	Incapaz	45,2	14,1
UTILIZAR MEIOS DE TRANSPORTE	Sozinho em transporte público ou conduz carro	68,9	55,1
	Apenas táxi	8,2	12,3
	Transportes públicos quando acompanhado	4,1	5,8
	Táxi ou carro com ajuda de terceiros	9,5	12,7
	Não viaja	9,3	14,1

Atividades Instrumentais de Vida Diária		SEXO	
		Masculino (%)	Feminino (%)
GERIR MEDICAÇÃO	Capaz de gerir medicação (hora e dose corretas)	77,6	75,7
	Capaz se dose preparada previamente	11,2	10,4
	Incapaz	11,2	13,9
GERIR ASSUNTOS FINANCEIROS	Encarrega-se sozinho de assuntos financeiros	77,9	66,6
	Ajuda em grandes compras ou banco	13,5	24,2
	Incapaz de manusear dinheiro	8,6	9,2

Ao analisarmos, individualmente, cada AIVD, através da aplicação do teste Qui-quadrado, verifica-se que o valor de p é inferior a 0,05 e, portanto, com diferenças estatisticamente significativas, em função do género, em todas as AIVD, exceto na utilização do telefone e na gestão da medicação. Na AIVD “fazer compras” obteve-se: $X^2=8,006$; $gl=3$; $p= 0,046$, na AIVD “utilizar meios de transporte”: $X^2=27,141$; $gl=4$; $p= 0,001$ e na “gestão de assuntos financeiros”: $X^2=22,855$; $gl=2$; $p= 0,001$, sendo os homens mais autónomos nestas três AIVD. Por sua vez, as mulheres revelaram maior autonomia nas AIVD: “preparar refeições” ($X^2=84,108$; $gl=3$; $p= 0,001$), “realizar tarefas domésticas” ($X^2=137,128$; $gl=4$; $p= 0,001$) e “lavar roupa” ($X^2=156,425$; $gl=2$; $p= 0,001$).

No que respeita os valores de IMC, apesar dos diferentes resultados obtidos, entre homens e mulheres, tal como demonstra o quadro 19, não se verificam diferenças com significado estatístico entre os dois géneros ($X^2=5,823$; $gl=4$; $p= 0,213$).

Quadro 19: Distribuição da interpretação do valor de IMC, de acordo com o género.

Interpretação do valor de IMC	SEXO	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Desnutrição	2,2	2,3
Risco de desnutrição	6,7	7,4
Eutrofia	22,6	17,5
Pré-obesidade	61,8	66,6
Obesidade	6,7	6,2

Também, com o intuito de verificar o significado estatístico das diferenças de género obtidas, relativamente ao perfil de estilo de vida, recorreu-se ao teste Qui-quadrado, que verificou não existir significado estatístico nas diferenças encontradas ($X^2=0,006$; $gl=1$; $p=0,957$). Porém, quando analisados os cinco componentes do estilo de vida, individualmente, as componentes “alimentação” e “controlo de stress” apresentam diferenças estatisticamente significativas, tendo sido o resultado do teste: $X^2=12,758$; $gl=1$; $p=0,001$ e $X^2=4,789$; $gl=1$; $p=0,034$, respetivamente. Isto é, no que respeita à alimentação, o sexo masculino apresenta melhores resultados do que as mulheres, em oposição ao que se constata, relativamente ao controlo de stress, no qual o sexo feminino obteve melhores resultados.

A confirmar as diferenças de género obtidas no perfil de estilo de vida, relativamente à alimentação, surgem as diferenças estatisticamente significativas no “Questionário de Frequência Alimentar” (Quadro 20), segundo o qual, as mulheres consomem, diariamente, menos porções de fruta ($X^2=9,307$; $gl=3$; $p=0,025$) e folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora ($X^2=8,845$; $gl=3$; $p=0,031$), mais refrigerantes ($X^2=12,564$; $gl=3$; $p=0,006$), mais alimentos ricos em gordura ($X^2=15,645$; $gl=3$; $p=0,001$), menos alimentos integrais ($X^2=10,130$; $gl=3$; $p=0,017$) e negligenciam, mais frequentemente, o pequeno-almoço ($X^2=30,305$; $gl=3$; $p=0,001$).

Quadro 20: Distribuição percentual dos resultados do "Questionário de Frequência Alimentar", por género.

	Diariamente		3-6x/semana		1-2x/semana		3x/mês	
	♀ (%)	♂ (%)	♀ (%)	♂ (%)	♀ (%)	♂ (%)	♀ (%)	♂ (%)
Consumo 3 ou mais porções de frutas	21,4	26,4	56,9	49,3	19,0	22,0	2,7	2,3
Consumo folhas verdes cruas ou cozidas	32,4	31,6	30,7	30,4	31,5	32,3	5,4	5,7
Consumo carnes vermelhas magras	23,2	15,4	29,6	32,9	39,1	44,5	8,1	7,3
Consumo carnes vermelhas gordas	2,3	2,1	12,7	17,7	51,5	47,5	33,6	32,7
Consumo peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (s/carne) com	18,4	18,2	37,5	37,5	39,1	39,5	5,0	4,8

	Diariamente		3-6x/semana		1-2x/semana		3x/mês	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja								
Consumo doces	3,0	4,3	10,3	10,9	51,9	49,1	34,8	35,7
Consumo pelo menos 1 copo de leite, 1 copo de iogurte ou 1 fatia de queijo	42,1	41,3	24,6	24,3	26,9	25,7	6,3	8,8
Consumo pelo menos 2 porções de vegetais crus, cozidos ou assados	20,3	20,9	28,0	29,6	35,7	37,7	16,1	11,8
Consumo refrigerantes	20,7	14,8	8,6	6,4	34,6	36,6	36,1	42,1
Consumo pelo menos 4 porções de pão, cereais, massa, arroz	21,7	26,1	51,0	43,6	24,5	27,1	2,7	3,2
Consumo mais calorias do que o meu corpo precisa	21,5	16,6	16,5	15,0	39,0	42,7	23,0	25,7
Consumo fritos ou alimentos gordurosos	18,5	11,8	14,1	11,8	41,9	48,2	25,5	28,2
Consumo folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora	16,7	17,9	23,3	23,6	45,3	49,1	14,7	9,5
Consumo alimentos integrais	14,6	17,7	17,2	20,0	46,5	46,4	21,8	15,9
Consumo mais de 2 colheres de sopa/ dia de açúcar nas bebidas	16,7	15,9	18,4	13,9	39,0	41,3	25,9	28,9
Consumo mais de 3 chávenas pequenas de café	14,7	11,3	15,8	18,4	40,3	42,3	29,2	28,0
Consumo pelo menos 3-4 refeições/ dia	48,2	53,6	14,8	14,5	24,3	22,3	12,7	9,6
Consumo mais de 120g de carne, frango, peru, peixe	15,0	11,6	20,6	24,6	47,3	50,7	17,2	13,0
Não tomo o café da manhã	39,2	25,9	7,3	7,9	32,5	37,1	21,0	29,1
Consumo sanduíches em bares <i>fast food</i>	7,6	5,7	3,3	2,3	46,9	46,3	42,2	45,7

No que se reporta à classificação da atividade física dos idosos, avaliada pelo “Questionário de Atividades Físicas Habituais”, as diferenças entre géneros, que figuram no quadro 21, demonstram ser estatisticamente significativas, essencialmente, ao nível de:

- Atividades ocupacionais diárias, sendo o sexo masculino o que mais se desloca, diariamente, a pé ou de bicicleta ($X^2=17,215$; $gl=1$; $p=0,001$) e que prefere as escadas ao elevador ($X^2=5,496$; $gl=1$; $p=0,019$);

- Exercícios aeróbios fortes, mais realizados por mulheres uma vez/ semana ($X^2=10,853$; $gl=1$; $p=0,001$) e duas vezes/ semana ($X^2=18,710$; $gl=1$; $p=0,001$);

- Exercícios de flexibilidade e concentração, como sejam, o ioga e o tai-chi-chuan, mais praticados pelo sexo feminino ($X^2=4,592$; $gl=1$; $p=0,04$);

- Exercícios de relaxamento, preferidos pelas mulheres ($X^2=6,865$; $gl=1$; $p=0,010$);

- Atividades físicas diárias moderadas ($X^2=9,917$; $gl=1$; $p=0,002$) e intensas ($X^2=6,007$; $gl=1$; $p=0,016$) realizadas, sobretudo, pelo sexo feminino, embora este refira passar a maior parte do tempo sentado ou caminhar curtas distâncias ($X^2=4,833$; $gl=1$; $p=0,029$).

Quadro 21: Distribuição percentual dos resultados do "Questionário de Atividades Físicas Habituais", por género.

Atividades Físicas Habituais	Sim		Não	
	♀	♂	♀	♂
	(%)	(%)	(%)	(%)
Desloco-me a pé ou de bicicleta nas atividades diárias (pelo menos 800m em cada percurso)	24,2	34,1	75,8	65,9
Geralmente uso escadas em vez de elevador	29,7	35,5	70,3	64,5
Passo a maior parte do tempo sentado e quanto muito caminho curtas distâncias	52,8	47,0	47,2	53,0
Na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais	26,6	19,5	73,4	80,5
Realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado) diariamente	14,1	9,8	85,9	90,2
O meu lazer inclui atividades físicas leves como passear de bicicleta ou caminhar (2 ou mais vezes/semana)	20,5	28,7	79,5	71,3

Atividades Físicas Habituais	Sim		Não	
	♀ (%)	♂ (%)	♀ (%)	♂ (%)
Pelo menos 1 vez/semana participo em algum tipo de dança	6,4	3,6	93,6	96,4
Quando estou tenso faço exercícios para relaxar	21,0	15,5	79,0	84,5
Pelo menos 2 vezes/semana faço ginástica localizada	7,0	6,6	93,0	93,4
Participo em aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente	5,4	3,0	94,6	97,0
Faço musculação 2 ou mais vezes/semana	6,1	4,1	93,9	95,9
Jogo ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto 30min., ou mais, por jogo 1x/semana	1,0	0,4	99,0	99,6
Jogo ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto 30min., ou mais, por jogo 2x/semana	44,0	43,0	56,0	57,0
Jogo ténis, basquetebol, futebol ou outro desporto 30min., ou mais, por jogo 3x ou mais/semana	6,8	7,0	93,2	93,0
Participo em exercícios aeróbios fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20min. ou mais por sessão, 1x/semana	20,3	13,6	79,7	86,4
Participo em exercícios aeróbios fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20min. ou mais por sessão, 2x/semana	20,5	11,8	79,5	88,2
Participo em exercícios aeróbios fortes (correr, pedalar, remar e nadar) 20min. ou mais por sessão, 3x ou mais/semana	2,3	2,3	97,7	97,7

No que concerne à alfabetização dos idosos, também se verificam diferenças de género, com significado estatístico. O sexo masculino, para além de apresentar mais habilitações literárias, do que o sexo oposto ($X^2=56,270$; $gl=9$; $p=0,001$), apresenta melhor resultado no que respeita o “saber ler” ($X^2=9,934$; $gl=1$; $p=0,002$) e “saber escrever” ($X^2=18,057$; $gl=1$; $p=0,001$), tal como ilustra o quadro 22.

Quadro 22: Distribuição percentual dos resultados da alfabetização dos idosos, por género.

Alfabetização	Sim		Não	
	♀ (%)	♂ (%)	♀ (%)	♂ (%)
Saber ler	87,5	92,7	12,5	7,3
Saber escrever	78,0	86,8	22,0	13,2

Relativamente às patologias de que os idosos padecem, também é possível verificar que determinadas patologias têm maior expressão num dos géneros. É o caso da doença músculo-esquelética e osteoarticular que é, consideravelmente, mais prevalente no sexo feminino (40,6%) do que no sexo masculino (28,2%). O mesmo se verifica na doença psiquiátrica, que se manifesta mais no sexo feminino (20,2%), do que no sexo masculino (11,0%). Também, a patologia neurológica, endócrina e do sistema nervoso, embora com variações mais discretas, entre os dois sexos, é mais comum nas mulheres. Com o objetivo de verificar o significado estatístico das diferenças obtidas, recorreu-se ao teste Qui-quadrado, tendo a patologia músculo-esquelética e osteoarticular e a patologia psiquiátrica revelado diferenças muito significativas, $X^2=19,814$; $gl=2$; $p= 0,001$ e $X^2=19,764$; $gl=2$; $p= 0,001$, respetivamente.

No que aos sintomas/manifestações diz respeito, como seria expectável, uma vez que as mulheres constituintes da amostra do estudo apresentam mais patologias do que homens, também, de uma forma geral, estes afetam principalmente o sexo feminino, tal como se pode verificar pela análise do quadro 23. Apenas, a diminuição da acuidade visual e auditiva apresenta valores superiores no sexo masculino, mas sem significado estatístico.

Quadro 23: Distribuição percentual da ocorrência de sintomas/ manifestações, por género.

Sintomas/ Manifestações	SEXO	
	Masculino (%)	Feminino (%)
Perda de urina	11,1	19,4
Sentimento de tristeza persistente	16,8	25,3
Alterações de memória	19,7	26,8
Dor músculo-esquelética e osteoarticular	37,4	47,7
Dificuldade em andar	37,1	43,7
Desequilíbrios constantes	24,3	33,2
Diminuição da audição	44,1	40,1
Diminuição da visão	54,0	50,2
Outra	30,0	34,7
Não tem sintomas/ manifestações	15,1	14,2

Assim, dos sintomas/manifestações, apresentados no quadro 23, apresentam diferenças significativas: a perda de urina ($X^2=13,514$; $gl=2$; $p=0,001$), o sentimento de tristeza persistente ($X^2=14,087$; $gl=2$; $p=0,001$), as alterações de memória ($X^2=9,104$; $gl=2$; $p=0,011$), a dor músculo-esquelética e osteoarticular ($X^2=14,316$; $gl=2$; $p=0,001$), a dificuldade em andar ($X^2=11,327$; $gl=2$; $p=0,003$) e os desequilíbrios constantes ($X^2=12,282$; $gl=2$; $p=0,002$).

Também, no que respeita às quedas ocorridas nos idosos, analisou-se a associação entre as variáveis “sexo” e “queda nos últimos 6 meses”, tendo-se constatado diferenças, estatisticamente significativas, entre homens e mulheres, relativamente às quedas ocorridas ($X^2=16,747$; $gl=3$; $p=0,001$). Enquanto, 76,5% dos homens incluídos no estudo afirmam não ter sofrido nenhuma queda, nas mulheres o valor obtido é 65,7%. Por outro lado, 25,3% das mulheres da amostra em estudo sofreram uma queda, 6,2% sofreram duas quedas e 2,8% sofreram três quedas, no mesmo período de tempo. Já nos homens os valores são inferiores, sendo 17,3%, 4,3% e 1,9%, respetivamente.

No âmbito da participação social dos idosos, ambos os sexos apresentam valores inferiores aos que seriam ideais. Porém, o sexo feminino assume resultados mais favoráveis,

quando comparado com o sexo masculino. Ao passo que 56,6% dos homens referem não participar em atividades sociais, o valor obtido para as mulheres é ligeiramente inferior (51,0%), tal como mostra o quadro 24. Contudo, as diferenças obtidas demonstraram não possuir significado estatístico, de acordo com o resultado obtido no teste Qui-quadrado ($X^2=4,364$; $gl=3$; $p= 0,225$).

Quadro 24: Distribuição da participação social, por género.

Participação em Atividades Sociais	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não se aplica	34	8,3	54	8,6	88	8,5
Sim	129	31,5	236	37,5	365	35,1
Não	232	56,6	321	51,0	553	53,2
Não responde	15	3,7	19	3,0	34	3,3

De referir, ainda, a evidência de um maior número de idosos do sexo feminino na amostra (962), que se verifica ser quase o dobro do número de idosos do sexo masculino (560). Esta diferença é, ainda, mais expressiva nas faixas etárias mais elevadas, nomeadamente, na faixa etária 90-99 anos, em que o sexo feminino representa 69,7% dos idosos.

Atualmente, é vulgar a designação de quarta idade para mencionar os idosos com idade igual ou superior a 80 anos, uma vez que a proporção da população idosa atinge idades, cada vez mais elevadas (Imagário, 2004) (Netto, et al., 2015). Por isso, com o intuito de verificar a existência de diferenças nos idosos estudados também, em função da idade, recorreu-se, mais uma vez, a estatística não paramétrica.

No que se refere às diferenças relativas à alfabetização dos idosos, em função da idade, obteve-se que 92,0% dos idosos, com idade ≤ 80 anos, sabe ler e 82,8% sabe escrever, enquanto nos idosos com idade > 80 anos os valores são inferiores, 80,5% e 75,7%, respetivamente. As diferenças obtidas revelam significado estatístico, uma vez que ao aplicar o teste Qui-quadrado, no que respeita o “saber ler”, obteve-se: $X^2=36,78$; $gl=1$; $p= 0,001$. O mesmo se verifica no “saber escrever”, cujos valores obtidos foram: $X^2=8,52$; $gl=1$; $p= 0,004$.

Relativamente às diferenças obtidas nas patologias dos idosos, em função da idade, constata-se que à exceção da patologia oncológica e psiquiátrica, as restantes são mais expressivas nos idosos com idade > 80 anos (Quadro 25). Porém, apenas as diferenças obtidas ao nível das patologias: músculo-esquelética, cerebrovascular, respiratória e psiquiátrica apresentam significado estatístico. Assim, através da aplicação do teste Qui-quadrado, obteve-se: na doença músculo-esquelética $X^2=10,483$; $gl=2$; $p=0,005$, na doença cerebrovascular $X^2=8,42$; $gl=3$; $p=0,04$, na patologia respiratória $X^2=7,07$; $gl=2$; $p=0,03$ e, na doença psiquiátrica, $X^2=6,85$; $gl=2$; $p=0,03$.

Quadro 25: Distribuição percentual da ocorrência de patologias nos idosos, antes e depois dos 80 anos.

Patologias	3ª Idade	4ª Idade
	%	%
Doença Cerebrovascular	7,9	11,4
Doença Cardiovascular	19,3	21,4
Doença Neurológica	7,0	7,8
Doença Músculo-esquelética e Osteoarticular	34,1	43,4
Doença Oncológica	11,1	10,6
Doença Respiratória	15,9	22,4
Doença Endócrina	31,2	34,4
Doença do Sistema Nervoso	10,1	10,3
Doença Psiquiátrica	18,3	11,9
Outra	15,6	20,4

Quanto aos sintomas/manifestações apresentados pelos idosos da terceira e quarta idade verifica-se que a perda de urina ($X^2=38,030$; $gl=2$; $p=0,001$), as alterações de memória ($X^2=11,792$; $gl=2$; $p=0,003$), as dificuldades no andar ($X^2=53,294$; $gl=2$; $p=0,001$) e a diminuição da acuidade auditiva ($X^2=14,392$; $gl=2$; $p=0,001$) e visual ($X^2=6,769$; $gl=2$; $p=0,034$) afetam, significativamente, mais os idosos com idade superior a 80 anos, tal como se pode verificar pela análise do quadro 26.

Quadro 26: Distribuição percentual da ocorrência de sintomas/ manifestações, na 3ª e na 4ª idade.

Sintomas/ Manifestações	3ª Idade (%)	4ª Idade (%)
Perda de urina	12,8	28,7
Sentimento de tristeza persistente	74,0	75,2
Alterações de memória	21,6	31,7
Dor músculo-esquelética e osteoarticular	42,6	48,7
Dificuldade em andar	35,8	60,0
Desequilíbrios constantes	28,2	35,8
Diminuição da audição	38,8	51,2
Diminuição da visão	49,6	58,3
Outra	32,9	33,3

No que respeita às quedas ocorridas nos idosos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em função da idade ($X^2=1,168$; $gl=2$; $p=0,558$).

Relativamente à participação social, verifica-se que os idosos com idade inferior a 80 anos são socialmente mais participativos, afirmando 39,1% destes idosos participar em atividades sociais, enquanto o valor obtido para os idosos acima dos 80 anos é 22,5%. Esta diferença revela significado estatístico, uma vez que se obteve: $X^2=31,484$; $gl=3$; $p=0,001$.

Quanto à componente “alimentação” do perfil de estilo de vida, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas, de acordo com a idade dos idosos ($X^2=7,086$; $gl=2$; $p=0,029$). Os idosos da quarta idade apresentam uma dieta mais saudável, de acordo com os dados do quadro 27.

Quadro 27: Distribuição percentual da classificação da alimentação, na 3ª e na 4ª idade.

Classificação da Alimentação dos Idosos	3ª Idade (%)	4ª Idade (%)
Excelente	5,2	7,1
Equilibrada mas pode melhorar	29,7	35,5
Precisa de melhorar muito	65,1	57,4

No que à atividade física diz respeito, verifica-se que a inatividade assume valores superiores na quarta idade, de acordo com os dados do quadro 28, sendo a diferença obtida bastante significativa, do ponto de vista estatístico: $X^2=36,231$; $gl=3$; $p=0,001$. De salientar que os idosos com idade superior a 80 anos revelam, também, maior dificuldade em andar, pelo que este sintoma/ manifestação poderá estar relacionado com o resultado obtido ao nível da atividade física dos idosos.

Quadro 28: Distribuição percentual da classificação dos idosos, de acordo com a atividade física desenvolvida, na 3ª e na 4ª idade.

Classificação dos Idosos Segundo a Atividade Física Desenvolvida	3ª Idade (%)	4ª Idade (%)
Inativo	39,4	57,1
Pouco Ativo	27,9	22,2
Moderadamente Ativo	25,3	14,5
Muito Ativo	7,5	6,2

No que respeita os valores de IMC, não se verificam diferenças com significado estatístico entre a terceira e a quarta idade ($X^2=7,474$; $gl=4$; $p= 0,113$).

Em relação à autonomia nas AVD dos idosos da terceira e quarta idade registam-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=97,731$; $gl=2$; $p= 0,001$), apresentando os idosos com idade superior a 80 anos maior dependência, tal como demonstra o quadro 29.

Quadro 29: Distribuição percentual da classificação dos idosos, de acordo com o grau de autonomia nas AVD, na 3ª e na 4ª idade.

Autonomia nas AVD's	3ª Idade (%)	4ª Idade (%)
Independente	30,1	13,4
Moderadamente dependente, necessita de alguma ajuda	57,0	49,3
Severamente dependente	12,9	37,2

Em síntese, podemos afirmar que com os dados obtidos é lícito desenhar um programa com atividades comuns a homens e mulheres, mas também criar momentos diferenciados

para atenuar as diferenças verificadas, entre géneros, ao nível de: autonomia nas AVD, alimentação, controlo de *stress*, atividades físicas desenvolvidas, patologias, sintomas/ manifestações e quedas.

Por outro lado, entre os idosos da 3ª e 4ª idade, face às diferenças que demonstraram significado estatístico fica validada a diferenciação no que concerne: a alfabetização, patologias, sintomas/ manifestações, participação social, autonomia nas AVD, hábitos alimentares e de exercício físico.

4. DOS RESULTADOS DA SELF AO PROGRAMA ESPECIFICO PARA A REGIÃO - UMA PROPOSTA

Terminada a apresentação dos resultados, é necessário interpretá-los e refletir sobre eles, com sustentação no referencial teórico, anteriormente abordado.

Tendo em conta as questões de investigação delineadas, os objetivos do estudo, o quadro de referência e a experiência adquirida, pretende-se apresentar os resultados mais relevantes, de forma sistematizada, tornando-os mais compreensíveis e passíveis de serem utilizados como base de sustentação, para a elaboração de um programa de promoção da saúde dos idosos.

4.1. Cruzar olhares para a especificação do programa

Nos últimos anos, a problemática do envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar e, segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística (2014), para a população residente no período compreendido entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio populacional de 22% e esperam-se, também, alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico.

Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, o número de anos que, em média, uma pessoa pode esperar viver, desde o seu nascimento, tem vindo a aumentar a cada ano e é notória a diferença existente entre géneros, sendo a esperança média de vida das mulheres 82,79 anos, ao passo que, os homens vivem em média 76,91 anos (INE, 2014). No estudo realizado obteve-se uma média de idades dos participantes de 73,5 anos e constatou-se que a amostra é constituída, maioritariamente, por mulheres (560 homens e 962 mulheres), à semelhança do panorama nacional, em que *“a população idosa é predominantemente composta por mulheres, porque estas tendem a viver mais do que os homens”* (INE, 2014 p. 2).

Também, relativamente ao estado civil e ao número de filhos, os resultados obtidos são concordantes com os nacionais, ou seja, predominam os idosos casados (59.7%) e com 2 filhos (38.6%), pois, apesar do decréscimo do número de casamentos, nos últimos anos, a maioria da população portuguesa possui o estado civil *“casado”* (PORDATA, 2015).

No que respeita a escolaridade, em Portugal, uma em cada dez pessoas com 15 e mais anos não tem qualquer nível de escolaridade (9,5%), sendo que a esmagadora maioria destes

são idosos. Efetivamente, entre os indivíduos com 65 anos ou mais, cerca de um em cada três (31,4%) não completou qualquer nível de escolaridade (PORDATA, 2015). Resultado semelhante foi obtido no presente estudo, em que 39,0% da amostra não possui qualquer tipo de escolaridade e, cerca de metade, possui apenas o 1º ciclo (50,1%), sendo o nível de alfabetização ainda mais baixo, quando analisamos os idosos com idade superior a 80 anos.

De salientar, ainda, que no que respeita a alfabetização dos idosos, os homens apresentam melhores resultados, sendo bastante superior o número de mulheres que não sabem ler, nem escrever. Tal facto poderá ser explicado pela exclusão da mulher da escola que ocorreu no passado. A entrada da mulher na escola ocorreu tardiamente, em relação ao homem, devido à adoção de papéis sociais de mãe e esposa obediente e subserviente às regras do patriarcado (Menezes, 2013).

A coabitação da pessoa idosa foi, também, considerada relevante para o estudo, já que viver sozinho em fases mais frágeis da vida constitui um risco (Ferreira, 2007). Assim, os resultados obtidos revelam que 41,8% dos idosos vivem com o cônjuge, mas 13,3% referem viver sozinhos. Também, no estudo realizado por Ferreira (2007), com os idosos do município de Vila Nova de Gaia, verificou-se que a maioria dos idosos residia com o cônjuge, apesar de ser, também, bastante expressiva a percentagem de idosos a viverem sozinhos (21,0%).

Ainda, analisando as características sociodemográficas dos idosos do estudo, revela-se importante abordar os recursos financeiros de que os idosos dispõem. A amostra em estudo aponta como principais fontes de rendimento: a reforma/pensão (70,1%) e o trabalho (29,1%). Um estudo do Eurofound (2015) revela que, em Portugal, 15 em cada 100 pessoas continua a trabalhar depois dos 65 anos, constituindo o valor mais elevado da Europa. Os motivos que levam os idosos a exercer uma atividade profissional, depois dos 65 anos, muitas das vezes, prendem-se com carências económicas, tal como confirma o estudo anteriormente mencionado. Um quinto dos idosos europeus mantêm a sua atividade profissional, porque não teriam, de outra forma, recursos financeiros, para fazer face às despesas, e três em cada cinco opta por continuar a trabalhar, por motivos não financeiros (Eurofound, 2015).

Segundo a OMS (2015 c), a autonomia é apontada pelos idosos, como sendo um dos elementos mais relevantes a ter em conta no envelhecimento e demonstra ter uma considerável influência na dignidade, integridade, liberdade e independência das pessoas idosas. Ferreira (2011) refere, ainda, que a maioria dos idosos, independentemente da sua idade, sexo e estado civil está limitada na sua autonomia, desde moderada a gravemente, pelo que os dados encontrados estão em concordância com a informação de Ferreira (2011),

uma vez que a maioria dos idosos constituintes da amostra (55,2%) é moderadamente dependente, necessitando de alguma ajuda para realizar as várias AIVD, discriminadas na Escala de Lawton e Brody, versão Sequeira (2007). Por outro lado, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas, no que concerne a autonomia, nos idosos da terceira e quarta idade, assumindo estes últimos maior dependência. O resultado obtido era exepetável, uma vez que *“nos idosos da quarta idade surgem perdas consideráveis no potencial cognitivo, na capacidade de aprendizagem, no aumento de sintomas de stress crónico, na prevalência de demências, com níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade”* (Ledo, 2010 p. 23).

Por sua vez, as AVD com maior número de idosos incapazes de as realizar são, entre as instrumentais, a lavagem da roupa, com 25,2% da amostra incapaz de o fazer, e a preparação de refeições, sendo 16,6% dos idosos estudados incapazes de preparar, com ou sem ajuda, as próprias refeições. Já no estudo de Ferreira (2011), a preparação de refeições e a lida doméstica apresentaram-se como as AIVD mais comprometidas nos idosos. Por outro lado, as mulheres apresentam-se globalmente mais autónomas do que os homens e as AIVD que obtiveram uma menor percentagem de idosos, totalmente dependentes, foram: o uso do telefone, em que, apenas 6,5% da amostra é incapaz de o utilizar e a gestão da medicação, com 9,0% de idosos totalmente dependentes nesta AIVD. Assim, mais uma vez, os resultados estão em concordância com os resultados de Ferreira (2011) que concluiu, no seu estudo, que em relação à autonomia instrumental, os idosos conseguem, principalmente, usar o telefone, tomar medicamentos e lidar com o dinheiro.

Face aos resultados obtidos, relativamente à autonomia nas AIVD, propõe-se que a convocatória para ingressar no programa de promoção da saúde do idoso seja realizada através do telefone, uma vez que os idosos apresentam facilidade na sua utilização. Por outro lado, atendendo às dificuldades sentidas, pelos idosos, na lavagem da roupa propõe-se o estabelecimento de uma parceria da UCC com uma lavandaria local, que recolha a roupa suja na casa do idoso e a entregue lavada e engomada no domicílio, com um custo reduzido, capaz de ser suportado pelo idoso. Também, se assumem vantajosas sessões de educação para a saúde, sobre técnicas de gestão de energia e postura corporal, que podem tornar esta e outras AIVD mais fáceis, para os idosos, através do ensino, instrução e treino de estratégias facilitadoras das mesmas.

Em relação às condições de saúde dos idosos, importa salientar que a auto percepção do seu estado de saúde constitui um aspeto fundamental, a considerar na tomada de decisão, no âmbito da intervenção em saúde, quando se pretende obter uma melhoria da intervenção

(Ferreira, 2011). No presente estudo, a grande maioria dos idosos, incluídos na amostra, autoavaliaram o seu estado de saúde como “bom” (48,2%), ou “muito bom” (26,3%), com apenas 23,1% das respostas referente a uma autoavaliação negativa. Segundo Fonseca et al. (2010), a saúde é entendida pelos idosos como posse de autonomia no exercício de competências funcionais, solicitadas pela sociedade, como sejam, a capacidade de responder às obrigações familiares e a capacidade de desempenhar papéis sociais. Assim, e de acordo com o referido pelo autor, os idosos ao definirem a sua saúde como boa, não se caracterizam como pessoas isentas de doenças, mas como indivíduos capazes de agir sobre o ambiente. Esta poderá ser a explicação possível para os dados obtidos neste estudo, uma vez que, apenas 19,5% dos idosos afirmam não possuir qualquer doença, apesar de 74,5% da amostra ter autoavaliado a sua saúde de forma bastante positiva.

Relativamente às patologias mais reportadas pelos idosos, a mais expressiva é a músculo-esquelética e osteoarticular (36,2%), seguindo-se a endócrina (32,0%) e a cardiovascular (19,8%). Já no estudo realizado por Lebrão et al. (2005), as patologias mais frequentemente reportadas pelos idosos foram: a hipertensão, incluída na doença cardiovascular, seguindo-se a artrite/artrose/reumatismo, incluída na músculo-esquelética e osteoarticular e a diabetes, incluída na doença endócrina. Ainda, no PNS 2012-2016 (DGS, 2012), as três patologias mais prevalentes deste estudo são categorizadas, entre outras, como de atuação prioritária, na promoção do envelhecimento ativo. Também, a revisão e extensão do PNS até 2020 (DGS, 2015), reconhece a importância da doença endócrina e cardiovascular, como potenciadoras da mortalidade prematura (≤ 70 anos), constituindo objetivo delineado no PNS a sua redução progressiva.

Uma vez que se verificou um maior número de elementos do sexo feminino a padecer de doenças, pretendeu-se verificar se esse facto apresentava alguma relação com a esperança média de vida, mais elevada no sexo feminino e, portanto, com o facto de existir um maior número de mulheres na amostra, com idade acima dos 80 anos. No que concerne as diferenças obtidas na distribuição das patologias, em função da idade do idoso, tendo como ponto de corte os 80 anos, dado ser esta a idade, a partir da qual, a maioria dos autores considera iniciar-se a quarta idade, verifica-se que as patologias músculo-esquelética, cerebrovascular e respiratória são significativamente superiores na quarta idade, ao passo que a doença psiquiátrica afeta, sobretudo, idosos com idade inferior a 80 anos. Resultado semelhante foi obtido por Baldaçara et al. (2012), que constatou como fator de risco de hospitalização, em emergências psiquiátricas, entre outros, a idade inferior a 80 anos. Porém, contrariando os resultados obtidos neste estudo, Borim et al. (2013) verificaram que a

prevalência do transtorno mental comum é, significativamente, mais elevada nos idosos com 80 anos ou mais.

No estudo realizado por Carvalho et al. (2014) a mortalidade dos idosos, por doenças respiratórias, foi superior na faixa etária ≥ 80 anos, corroborando os resultados do presente estudo, em relação à prevalência da patologia respiratória na quarta idade.

Desta forma, parece não existir evidência de que a idade mais avançada nas mulheres justifique a maior prevalência de doenças, pois apenas quatro patologias revelaram diferenças estatisticamente significativas, entre a terceira e a quarta idade, e dessas, apenas três, registaram valores superiores, acima dos 80 anos. Assim, talvez as mulheres sejam portadoras de um maior número de patologias, do que o sexo oposto, por realizarem uma vigilância mais eficaz da sua saúde e, por isso, possuírem um maior número de diagnósticos. Um estudo realizado por Costa-Júnior et al. (2009), constatou que o sexo masculino se preocupa menos com a sua saúde, porque tem dificuldades em afastar-se do trabalho e procura por ajuda médica, apenas em situações críticas adoecendo, assim, de forma mais severa. Também, Nahas (2013), citando o *Journal of Men's Studies*, refere que, em geral, os homens são menos interessados por assuntos relacionados à saúde e mais resistentes aos cuidados preventivos.

De referir, ainda, que as mulheres, com idade igual ou superior a 65 anos, apresentam mais frequentemente, do que o sexo oposto, o diagnóstico de doença músculo-esquelética e osteoarticular e de doença psiquiátrica. O facto da doença psiquiátrica ser mais comum no idoso do sexo feminino, talvez se relacione com a deficiência estrogénica, que promove danos na função cognitiva, reduz a velocidade do processamento cerebral e induz a instalação de distúrbios do humor (Aldrighi, et al., 2001). Por sua vez, Pereira (2009), no estudo realizado verificou que as queixas osteoarticulares foram mais frequentes no sexo feminino, apresentando a maioria das doentes, simultaneamente, excesso de peso. De facto, no presente estudo, os resultados obtidos, no que respeita o IMC, revelam valores acima da normalidade.

No que concerne aos sintomas/ manifestações mais apontados pelos idosos, surge a diminuição da acuidade visual, a dor músculo-esquelética e osteoarticular, seguindo-se a diminuição da acuidade auditiva e as dificuldades na marcha. Atendendo a que a patologia, mais comumente referida pelos idosos, diz respeito à doença músculo-esquelética e osteoarticular, era expectável que, também, a dor a esse nível fosse prevalente.

Os sintomas/ manifestações apurados como mais relevantes no presente estudo, à exceção da dor músculo-esquelética, coincidem com os descritos no PNS 2012-2016 (DGS, 2012), como fatores predisponentes de vulnerabilidade.

Atendendo a que a diminuição da acuidade visual e auditiva são dois dos principais sintomas/ manifestações, apontados pelos idosos, e que podem predispor a alterações no equilíbrio, a dependência funcional e a episódios de quedas (Menezes, et al., 2012) (Palma, 2012), seria importante o estabelecimento de parcerias com óticas do município, onde os idosos pudessem realizar, gratuitamente, rastreios visuais e, também, com clínicas que realizassem rastreios auditivos, com preço especial para idosos referenciados pela UCC.

Também as quedas assumem importante contribuição, no que respeita as condições de saúde dos idosos, uma vez que reduzem a mobilidade e a independência e aumentam o risco de morte prematura (DGS, 2012). De facto, na amostra do presente estudo verifica-se que 30,4% dos idosos apresentaram pelo menos uma queda, nos 6 meses prévios ao preenchimento do questionário e, inclusive, 58,9% referem ter tido lesões, resultantes da queda.

Em Portugal, realizou-se um estudo epidemiológico dos acidentes domésticos e de lazer, nos idosos, tendo-se verificado que o principal mecanismo da lesão é a queda, apresentando uma frequência de 76%, entre os 65-74 anos, e de 90%, no grupo etário com mais de 75 anos (DGS, 2005). De facto, se considerarmos que algumas alterações degenerativas, decorrentes do envelhecimento, tais como, a diminuição da acuidade visual e a diminuição da capacidade de marcha, relativamente frequentes, tal como demonstra o presente estudo, potenciam o risco de queda, podemos considerar a população idosa como uma população com risco de queda acrescido. Também a sarcopenia, que é altamente prevalente em idosos, confere maior risco para quedas, fraturas, incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade (Silva, et al., 2006).

Porém, a maioria dos idosos estudados refere não ter recebido qualquer orientação, relativa à prevenção de quedas, por parte dos profissionais da saúde.

De salientar, ainda, que relativamente às quedas não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas, entre os idosos da terceira e quarta idade como seria expectável, de acordo com os dados da DGS. Este resultado talvez possa estar relacionado à menor autonomia apresentada pelos idosos mais velhos, que ao dependerem de terceiros para a realização de AVD se expõem a menores riscos, no que respeita a queda.

Segundo dados do relatório 2006-2008 de Acidentes Domésticos e de Lazer (Contreiras, et al., 2010), a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa, sendo a queda o acidente mais frequente. Também, os dados obtidos neste estudo confirmam que a queda ocorre com maior frequência em casa, pelo que esta deve ser alvo de intervenção, por parte dos profissionais da saúde, nas orientações fornecidas aos idosos.

Ainda, relativamente às quedas, verificou-se que o sexo feminino sofre mais quedas, do que o sexo oposto, e com consequências mais graves. Da mesma forma, a percepção do risco de queda está mais presente nas mulheres. Deste modo, os resultados obtidos corroboram os estudos de Silva et al. (2006), Fhon et al. (2012) e de Palma (2012), nos quais as quedas registadas, também foram maioritariamente do sexo feminino. De salientar, ainda, que o sexo feminino se demonstrou mais afetado por desequilíbrios e dificuldade na marcha, quando comparado ao sexo oposto, constituindo dois fatores intrínsecos, potenciadores de queda. Existem, já, vários estudos que apontam o risco acrescido de queda no sexo feminino, porém as possíveis explicações para o fenómeno observado permanecem, ainda, pouco esclarecidas. Como hipóteses surgem: a maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, com maior prevalência de doenças crónicas, ou a maior exposição das mulheres a atividades domésticas e, portanto, a comportamentos de maior risco (Perracini, et al., 2002). Outra explicação possível poderá estar relacionada com a sarcopenia, mais acentuada no sexo feminino, por razões hormonais (Silva, et al., 2006).

Em relação à gestão do regime medicamentoso do idoso verifica-se que, em Portugal, de acordo com o estudo de Costa (2009), os idosos tomam em média 7,3 medicamentos e 25% toma 10 ou mais medicamentos. Os resultados obtidos no presente estudo revelam que a maioria dos idosos nega o esquecimento ou a alteração da sua medicação, no entanto, sabe-se que a polimedicação, frequentemente praticada pelos idosos, constitui um fator predisponente a erros associados ao regime terapêutico (Teixeira, 2014), pelo que a gestão do regime medicamentoso deverá ser alvo de atenção, na elaboração do programa de promoção da saúde do idoso.

Quando se pretendem estudar fenómenos relacionados com o envelhecimento revela-se fundamental incluir os estilos de vida, por forma a contextualizar o comportamento individual na saúde, uma vez que o conhecimento até hoje obtido, sobre como as pessoas envelhecem, aponta a plasticidade e a diversidade como características fundamentais, revelando que nem todos vivem o processo de envelhecimento da mesma forma, uma vez que este fenómeno está estreitamente relacionado com os estilos de vida e hábitos

estabelecidos e que assumem grande impacto na nossa saúde, quando idosos (Mendonça, et al., 2008).

Assim, os resultados obtidos, com a aplicação do instrumento de caracterização do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, revelam uma figuração expressiva de idosos com um perfil negativo de estilo de vida, que assume ser quase metade da amostra (45,7%). Por outro lado, se analisarmos, individualmente, os resultados da caracterização do “Perfil do Estilo de Vida Individual” verificamos que o componente com melhores resultados associados é o comportamento preventivo ($\bar{x}=6,70$), que diz respeito: ao conhecimento e controlo dos valores de tensão arterial e colesterol, ingestão de álcool, consumo de tabaco e respeito das normas de trânsito. Por sua vez, os piores resultados associam-se à componente “atividade física” ($\bar{x}=4,83$).

A necessidade dos idosos aumentarem a atividade física desenvolvida foi, também, confirmada pelos resultados do “Questionário de Atividades Físicas Habituais”, onde se obteve um valor médio de 8,6 (pouco ativo), e onde se verificou que, aproximadamente, 70% dos idosos estudados são inativos, ou pouco ativos, no seu dia-a-dia. Os resultados encontrados, relativamente à atividade física, são preocupantes, na medida em que já *“existem fortes evidências de que os indivíduos ativos fisicamente possuem uma expectativa ampliada de anos de vida produtiva e independente, e com custos relativos à saúde pública, sensivelmente menores, em populações mais ativas fisicamente”* (Nahas, 2013 p. 42).

Também, no que se refere à alimentação, esta assume importante destaque no estilo de vida individual e, segundo a OMS (2002), constituem fatores predisponentes da malnutrição do idoso: o acesso limitado à alimentação; as dificuldades socioeconómicas; a falta de informação e conhecimento em nutrição, que conduz a más escolhas alimentares; a doença e o uso de medicamentos; uma dentição pouco saudável, com perda de dentes; o isolamento social; as deficiências cognitivas ou físicas e a incapacidade para a compra e preparação dos alimentos.

De referir, contudo, que os idosos da quarta idade parecem praticar uma dieta mais saudável, de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, facto que poderá dever-se à dependência de terceiros na preparação das refeições, já que foram obtidos valores de dependência superiores nestes idosos.

De facto, para além da necessidade de educação para a saúde, relativa à alimentação, assume-se importante o estabelecimento de parcerias com centros de dia do município, capazes de distribuir, ao domicílio, refeições já confeccionadas, atendendo a que 16,6% dos

idosos são incapazes de preparar as próprias refeições e 5,9% dos idosos, embora consigam preparar, aquecer e servir as refeições, não seguem uma dieta adequada. Também, a possibilidade de subsidiar os idosos com maior carência económica, na compra de próteses dentárias, e fornecer cheques dentista, para o tratamento de problemas que interferem negativamente com a mastigação, seria uma mais-valia.

No estudo realizado por Malta et al. (2013), de avaliação da alimentação de idosos de um município, concluiu-se que os idosos estudados precisavam de melhorar a sua alimentação, uma vez que foram encontrados 32,9% de idosos com uma dieta de má qualidade, 60,3% dos idosos a necessitar de melhorar a alimentação e, apenas, 6,8% com uma dieta de boa qualidade.

Resultado semelhante foi obtido neste estudo, tendo-se concluído que 63,4% dos idosos necessitam de melhorar muito a sua alimentação. Importa referir, também, que os homens parecem alimentar-se melhor do que as mulheres, já que obtiveram melhores resultados no QFA e na componente “alimentação”, incluída no questionário do perfil de estilo de vida.

Ainda, de salientar, que o valor médio obtido no IMC dos idosos estudados ($\bar{x}=29,0$) corresponde, de acordo com a Associação Portuguesa de Dietistas (2016), a pré-obesidade. Na origem dos valores de IMC encontrados poderão estar estilos de vida inadequados, nomeadamente, no que se refere ao baixo nível de atividade física e à alimentação incorreta, que têm um impacto importante nesta situação. Nos últimos anos, temos assistido a um aumento da ingestão de alimentos com elevado teor de gorduras, açúcares e sal e pobres em vitaminas e minerais. Paralelamente, assiste-se ao decréscimo da atividade física, resultante da crescente urbanização, sedentarismo laboral e dos meios de transporte, que não conseguem compensar as alterações no padrão alimentar (DGS, 2014 b).

Quanto à participação social, este estudo demonstra que a maioria dos idosos (53,2%) não participa em atividades sociais, sendo ainda mais pronunciado nos idosos da quarta idade. O isolamento social verificado poderá ter repercussões importantes no processo de envelhecimento, atendendo a que *“a manutenção de um nível de participação social satisfatório aparece como uma das condições fundamentais para um envelhecimento bem sucedido”* (Gorjão, 2011 p. 3).

Segundo Scott et al. (2001), para muitos idosos, as perdas físicas e fisiológicas do envelhecimento contribuem para o afastamento da comunidade e para a progressiva diminuição da participação social. Assim sendo, se conseguirmos melhorar a autonomia e

retardar o aparecimento das limitações físicas, que surgem com o envelhecimento, conseguimos melhorar, também, o nível de participação social dos idosos.

Atendendo a que, para a grande maioria das pessoas, a saúde e a longevidade dependem muito dos comportamentos relacionados à saúde (Nahas, 2013), o envelhecimento saudável carece de intervenção precoce, ou seja, idealmente, antes que as diversas alterações físicas, psíquicas e sociais, provocadas pelo envelhecimento, aliado a hábitos de vida pouco saudáveis, se instalem.

Muitos idosos são portadores de condições de saúde, que os tornam mais frágeis e propensos a um maior número de eventos adversos. *“Estes indivíduos estão prestes a transpor, ou já transpuseram, a barreira da preservação funcional e cognitiva, desenvolvendo quadros variados de dependência, e são classificados como portadores de fragilidade”* (Lourenço, 2008 p. 21).

“A saúde é um dos nossos atributos mais preciosos” (Nahas, 2013 p. 21), pelo que é essencial mantê-la ou melhorá-la, não devendo constituir uma prioridade, apenas quando já se encontra ameaçada. É essencial a prevenção da doença e da incapacidade, quando estas ainda não se instalaram, através da adoção de comportamentos positivos, pois *“nunca houve tanta e tão sólida evidência dos efeitos do comportamento individual sobre a saúde”* (Nahas, 2013 p. 22).

Assim, urge a necessidade de criar um programa de promoção da saúde do idoso, destinado a utentes com menos de 65 anos, necessidade essa, já identificada no PNS: revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015), que propõe o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença, e que coloca ênfase no grupo etário dos 50-60 anos, com o objetivo de aumentar em 30% a esperança de vida saudável aos 65 anos. De facto, a evidência aponta melhores resultados com programas de promoção da saúde, implementados antes do défice ou incapacidade se ter instalado, pelo que, para a obtenção de melhores resultados, se propõe que o programa a implementar se inicie antes dos 65 anos, uma vez que os idosos estudados já apresentam uma dependência moderada para a realização das AIVD.

4.2. Caracterização dos riscos de saúde associados

Analisando os resultados obtidos e apresentados anteriormente, é possível constatar alguns riscos de saúde, na amostra em questão, nas diversas variáveis estudadas. Deste

modo, ao nível da autonomia nas AIVD, verifica-se que os idosos constituintes da amostra são, na sua maioria, moderadamente dependentes, ou seja, apresentam já compromisso da sua autonomia funcional. Assim, na maioria dos idosos estudados já ocorreu a instalação de algum tipo de défice ou incapacidade, o que poderá comprometer o seu processo de reabilitação, com vista à obtenção de maior autonomia, pois a atuação dos profissionais da saúde, previamente à instalação do défice ou incapacidade, vai permitir obter melhores resultados e retardar o processo de declínio funcional (Buijs, et al., 2003). Desta forma, verifica-se o risco de não ser possível reverter algumas das perdas funcionais, já instaladas, com a atuação dos profissionais da saúde, apenas depois dos 65 anos.

Também, relativamente ao IMC, 64,9% os idosos estudados apresentam pré-obesidade, com um IMC médio de 29,0. Ora, o excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) assume-se como um fator de risco, contribuindo para o aparecimento e desenvolvimento de múltiplas patologias, das quais se destacam: a osteoartrite, os cancros do cólon e da mama, a diabetes *mellitus* tipo 2, o enfarte de miocárdio e a doença isquémica cardíaca ou hipertensiva (DGS, 2014 b).

Ao analisar as patologias, de que os idosos da amostra em estudo padecem, constata-se que a músculo-esquelética e osteoarticular é a mais frequente, seguindo-se a endócrina (diabetes) e a cardiovascular (EAM, trombose, HTA). Assim, poderá estabelecer-se uma relação, entre o valor médio de IMC obtido e as patologias de que sofrem os idosos. Ainda, de salientar, que o sintoma, mais comumente apontado, diz respeito à dor músculo-esquelética e osteoarticular, bem como a dificuldades na marcha, o que, também, poderá ser potenciado, entre outros fatores, por um IMC acima do recomendado.

Da análise do estilo de vida adotado pelos idosos, verifica-se que apenas, aproximadamente, 20% dos idosos incluem sempre, na sua alimentação, 5 porções de fruta e hortaliças e evitam sempre as gorduras e o açúcar. De salientar, ainda, que 63,4% dos idosos estudados necessitam de melhorar muito a sua alimentação, de acordo com o “Questionário de Frequência Alimentar” aplicado.

Relativamente à atividade física, são menos de 30% os idosos que incluem sempre a atividade física no seu dia-a-dia, sendo que 8,5% dos participantes afirmam, mesmo, não a incluir no seu estilo de vida. Ainda, no “Questionário de Atividades Físicas Habituais”, 70% dos idosos estudados demonstram ser inativos ou pouco ativos no seu dia-a-dia, sendo a inatividade, significativamente, superior nos idosos da quarta idade.

Um estilo de vida sedentário, associado a uma alimentação pouco adequada, poderá favorecer o aparecimento de diversas patologias e comorbilidades associadas, certamente com impacto na qualidade de vida dos idosos. Um estilo de vida ativo apresenta diversos benefícios para a saúde. Ao comparar idosos sedentários com idosos fisicamente ativos, estes últimos apresentam menores taxas de mortalidade, doença coronária, hipertensão arterial (HTA), acidente vascular cerebral (AVC), diabetes tipo II, cancro do cólon e mama e maior nível de capacidade cardiorrespiratória, saúde funcional, diminuição do risco de queda, melhor função cognitiva e menor risco de depressão (Elsawy, et al., 2010).

Assim, naturalmente, a falta de atividade física, aliada a uma alimentação inadequada, contribui para o aparecimento de muitas doenças crónicas que, aliada à diminuição da força muscular, inerente ao processo de envelhecimento, pode levar à perda de autonomia e ao aumento da incapacidade.

Muito relevante, também, é o risco de queda nos idosos, uma vez que neste grupo etário as quedas são, muitas das vezes, sinónimo de incapacidade, lesão ou até mesmo de morte. As causas de queda em idosos podem ser variadas e estar associadas. Estas são classificadas na literatura como intrínsecas, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, de doenças e efeitos de fármacos, e como extrínsecas, resultantes de circunstâncias sociais e ambientais que constituem obstáculos ao idoso, que já apresenta algum comprometimento de equilíbrio e marcha (Fabrício, et al., 2004), recorde-se que 30% dos idosos referem desequilíbrios constantes e 41,3% dificuldades em andar.

Na amostra estudada verifica-se que 30,4% dos idosos afirmam ter caído, nos seis meses prévios ao preenchimento do questionário, e 58,9% referem ter tido lesões resultantes da queda, tendo 36,2% dos idosos necessitado de cuidados de saúde. Assim sendo, constata-se, no presente estudo, o risco de queda premente e com consequências mais graves, na população idosa.

A queda apresenta estreita relação com doenças que provocam redução da capacidade física, com efeitos sobre o controlo postural e equilíbrio. As principais condições patológicas que predisõem à queda são: as doenças cardiovasculares, neurológicas, endócrinas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas e sensoriais (Kay et al (1995), Lipsitz, (1996)) cit. por (Fabrício, et al., 2004). Atendendo a que, de facto, as patologias músculo-esquelética, endócrina e cardiovascular são as mais prevalentes nos idosos em estudo representando, respetivamente, 36,2%, 32,0% e 19,8% da amostra estudada, estas poderão contribuir para

o maior risco de queda nos idosos estudados, que se traduz no valor, relativamente elevado, no que respeita a ocorrência de quedas e suas consequências.

A diminuição da acuidade visual e as dificuldades na marcha constituem importantes causas intrínsecas de queda (Gasparotto, et al., 2014) presentes, respetivamente, em 51,6% e 41,3% dos idosos do presente estudo e, provavelmente, decorrentes de complicações causadas pelas patologias, anteriormente, descritas.

Por outro lado, como já referido anteriormente, o local onde as quedas mais ocorreram foi o domicílio, pelo que este constitui o local com maior risco inerente.

Ainda de salientar, que existem outros fatores do nosso estilo de vida, para além da alimentação e da atividade física, que afetam negativamente a nossa saúde e bem-estar e, sobre os quais, podemos ter controlo. São exemplo desses fatores: o *stress* e o comportamento relacional. Relativamente ao controlo de *stress*, este assume um papel relevante, uma vez que as doenças crónico-degenerativas apresentam forte associação a estilos de vida negativos, nos quais se inclui um nível elevado de *stress* (Nahas, 2013). No presente estudo obteve-se que 10% dos idosos não integram um controlo de *stress* adequado, no seu estilo de vida. Embora, não seja possível eliminar todas as situações geradoras de *stress*, é possível mudar a forma de responder e enfrentar as adversidades o que, certamente, refletir-se-á no nível de bem-estar e, conseqüentemente, no nível de saúde.

Por outro lado, cerca de 10% dos idosos não inclui comportamentos relacionais, no seu estilo de vida, e 53,2% dos idosos afirmam não participar em atividades sociais. Porém, as relações sociais são fundamentais para o bem-estar do ser humano e estão, intimamente, envolvidas na manutenção da saúde. A quantidade e a qualidade das relações sociais individuais está relacionada, não só com a saúde mental, mas também com a mortalidade e morbilidade (Holt-Lunstad, et al., 2010).

Sabe-se, atualmente, que o isolamento social, para além de aumentar o risco de morte, pode contribuir para o desenvolvimento de doenças infecciosas e cardiovasculares, aumento da pressão arterial, da hormona do *stress* (cortisol) e para a deterioração do funcionamento cerebral (Stephoe, et al., 2013). Também, se observa a associação entre um estilo de vida socialmente ativo e pontuações mais elevadas em testes de memória e de inteligência, em idosos a residir na comunidade (Bassuk, et al., 1999).

De facto, o ser humano evoluiu em sociedade e não de forma isolada. Vários fatores sociais influenciam a saúde dos indivíduos do ponto de vista cognitivo, afetivo e comportamental, pelo que as intervenções potenciadoras de relacionamentos sociais

representam uma grande oportunidade para melhorar, não só a qualidade de vida, mas também, a sobrevivência dos idosos (Steptoe, et al., 2013).

Relativamente às diferenças entre a terceira e a quarta idade importa referir a maior prevalência, nos idosos com idade superior a 80 anos, da patologia musculoesquelética, cerebrovascular e respiratória, de incontinência urinária, alterações de memória, dificuldades em andar e alterações visuais e auditivas. Denota-se, ainda, uma maior dependência destes idosos, com a conseqüente menor participação social e inatividade. As diferenças encontradas podem ser explicadas pelo facto de nos idosos da quarta idade se manifestarem, de forma mais vincada, alterações decorrentes do envelhecimento e suas conseqüências (Ledo, 2010). Assim, mais uma vez, se verifica a importância da implementação de programas de promoção da saúde do idoso, previamente à instalação de alterações degenerativas do envelhecimento, que com o passar dos anos adquirem menor potencial de reversibilidade.

Em síntese, é possível afirmar que os dados do estudo suportam a elaboração de um programa específico, de acordo com as características dos idosos estudados.

4.3. Especificação do programa

No que se refere ao modelo do programa de promoção da saúde dos idosos, tendo em conta o referencial teórico do subcapítulo 1.4, o modelo mais completo, com melhores resultados e que melhor se adapta às necessidades identificadas, nos idosos da amostra, é o de Nuñez et al. (2003). Trata-se de um programa de promoção da saúde dos idosos, realizado em grupo, baseado em parcerias na comunidade, geridas por um enfermeiro e que assenta em três categorias fundamentais: promoção da saúde, educação do idoso e vigilância de doenças crónicas. Uma vez que o programa de promoção da saúde do idoso que se pretende implementar na UCC se baseia nas três principais categorias, anteriormente mencionadas, intitular-se-á “Três Pilares para Viver Mais e Melhor”.

A primeira categoria do programa de Nuñez et al. (2003) apela a uma vertente mais prática, com a criação de grupos de caminhadas e exercícios físicos em grupo, que favorecem a prevenção de quedas, o aumento do equilíbrio e do tónus muscular e exercícios específicos para a artrite.

Na amostra em questão, as atividades de prevenção de quedas e de promoção do equilíbrio corporal e do tónus muscular assumem relevância, atendendo a que 30,4% dos idosos apresentaram pelo menos uma queda, nos 6 meses prévios ao preenchimento do

questionário, e desses, 58,9% sofreram lesões. Por outro lado, os exercícios de promoção do equilíbrio corporal e do tónus muscular vão favorecer o aumento da autonomia nas AVD, que se revelou moderadamente afetada na amostra em estudo.

No programa de Nuñez et al. (2003) foram estabelecidas várias parcerias na comunidade, por forma a disponibilizar consultas de podologia e rastreios gratuitos. Para a elaboração do programa de promoção da saúde do idoso na UCC, também se pretende estabelecer relação com os parceiros da comunidade, anteriormente enumerados, e também, com a piscina municipal, para aceder à reabilitação aquática. Em meio aquático a execução de movimentos é mais fácil e menos dolorosa, pelo que o uso deste tipo de reabilitação tem vindo a aumentar. *“Os efeitos fisiológicos dos exercícios, combinados com aqueles que são causados pelo calor da água, são uma das vantagens da atividade aquática”* (Silva, et al., 2011 p. 1).

Como foi constatado anteriormente, um dos principais sintomas manifestados pelos idosos, sobretudo pelo sexo feminino, é a dor músculo-esquelética e osteoarticular, pelo que a realização de exercícios, dentro de água, pode ser vantajosa ao diminuir a sobrecarga articular, favorecendo a atuação equilibrada dos músculos, proporcionando um ambiente de fácil movimentação e que pode potenciar a realização de exercícios, que não seriam possíveis em solo, principalmente em indivíduos com limitações de força e movimento, como os idosos (Silva, et al., 2011).

Outra parceria bastante vantajosa, diz respeito às escolas do município, que dispõem de ginásios amplos, professores de educação física, espaço exterior para atividades físicas e vários materiais úteis na realização de exercícios e jogos, com os idosos.

Também, a alteração da postura corporal é um dos problemas mais frequentes, relacionados com o envelhecimento, que acarreta dificuldades na execução dos movimentos e alterações do equilíbrio corporal (Silveira, et al., 2010). Assim, atividades de reconhecimento do esquema corporal demonstram ser benéficas, tais como: treino de equilíbrio, coordenação motora, exercícios de correção postural, técnicas de respiração e relaxamento, estas últimas, também, benéficas para o controlo de *stress*, que deve fazer parte de um estilo de vida saudável (Nahas, 2013).

Por outro lado, o exercício físico regular contribui para a redução da depressão em idosos (Cheik, et al., 2003), constituindo esta, uma das patologias mais verificada no sexo feminino, provavelmente, responsável pelo sintoma de tristeza permanente, também, mais frequente nas mulheres estudadas.

A segunda categoria do programa de Nuñez et al. (2003), relativa às sessões de educação para a saúde do idoso, aborda os temas: nutrição, primeiros socorros, segurança, gestão do regime medicamentoso, promoção da saúde e prevenção de doenças. Temas, também, pertinentes para a amostra estudada, tendo em conta que a maioria dos idosos necessita de melhorar a sua alimentação e adotar estilos de vida mais saudáveis, com vista à prevenção de doenças e suas manifestações/sintomas. Relativamente aos temas segurança e primeiros socorros, estes parecem ser, também oportunos, na medida em que uma percentagem significativa de idosos apresentou, pelo menos, uma queda.

Quanto à vigilância de doenças crónicas, outra categoria abrangida pelo programa escolhido como modelo, esta inclui rastreios de HTA, diabetes e hipercolesterolemia, periodicamente. Atendendo à figura do enfermeiro de família, enquanto *pivot*, no seio de uma equipa multiprofissional e entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados, desde a conceção até à morte (MS, 2012), revela-se mais vantajoso que as consultas de monitorização sejam realizadas pela equipa de saúde familiar e não pelo enfermeiro dinamizador do programa. Desta forma, não são duplicados cuidados de saúde e a continuidade da vigilância do utente é garantida, mesmo após o término do programa. Para isso, será necessária a articulação do enfermeiro dinamizador do programa com a ESF, havendo troca de informação entre ambos, de forma a ajustar o programa e as consultas de vigilância de acordo com as necessidades em saúde detetadas.

Contudo, a monitorização do perímetro abdominal e do peso corporal deve ser realizada pelo enfermeiro de reabilitação, gestor do programa, por forma a motivar os idosos para este, com os ganhos obtidos ao longo do tempo.

Tendo em conta os resultados do presente estudo, constata-se que o envelhecimento masculino e feminino, apesar de apresentar características comuns, assume algumas divergências. Assim sendo, na defesa pelos direitos da igualdade de género, o programa de promoção da saúde do idoso, deverá contemplar diferentes atividades para ambos os géneros, a fim de atingir objetivos iguais.

No que respeita a autonomia nas AVD, as mulheres revelam mais autonomia em tarefas relacionadas com lides domésticas, ao passo que os homens preservam maior autonomia na gestão de assuntos financeiros, utilização de transportes e compras. No entanto, esta diferença entre géneros parece estar relacionada com questões culturais e sociais pois, apesar do envolvimento crescente dos homens portugueses nas tarefas domésticas, as mulheres continuam a encarregar-se, mais assiduamente, destas (Schouten, 2012).

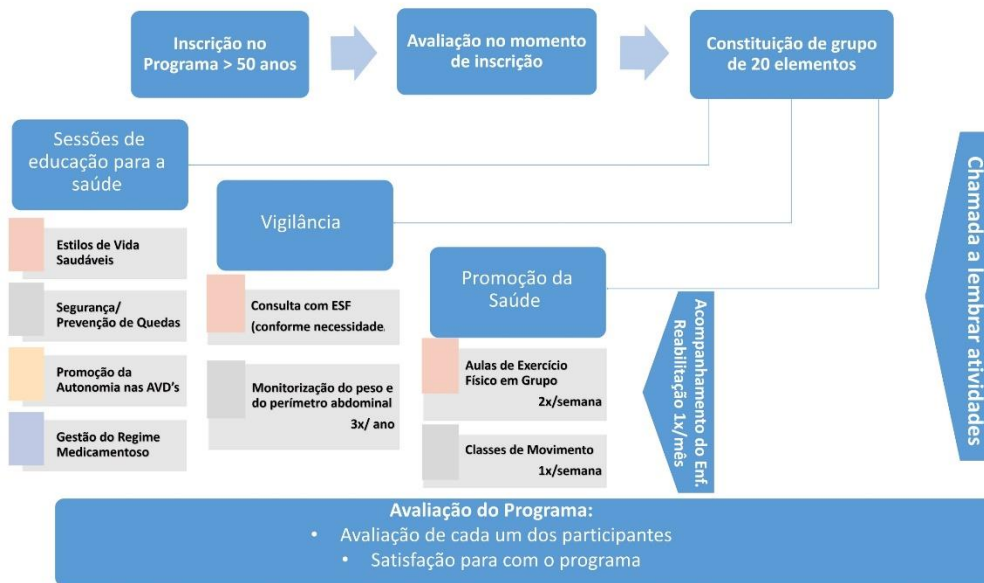
Também, no que aos estilos de vida diz respeito, obtiveram-se melhores resultados, no sexo feminino, relativamente ao controlo de *stress* e, no sexo masculino, relativamente à alimentação. Este último resultado poderá estar associado à menor alfabetização das mulheres, já que no estudo realizado por Lins et al. (2013) verificou-se que a escolaridade tem impacto nas escolhas alimentares.

Quanto às atividades físicas desenvolvidas pelos idosos, também, se verificaram diferenças significativas entre os géneros. As mulheres parecem realizar mais exercícios de flexibilidade e concentração, exercícios de relaxamento e exercícios aeróbicos fortes, mas incluem menos a atividade física nas suas atividades diárias, revelando passar muito tempo sentadas, ou caminhar curtas distâncias. Por outro lado, o sexo masculino revela incluir nas suas atividades ocupacionais diárias o uso de escadas, a bicicleta e as caminhadas longas.

Ainda de salientar, que as quedas ocorridas nos idosos da amostra afetaram, sobretudo, o sexo feminino, pelo que os exercícios destinados à prevenção de quedas, incluídos no programa deverão incidir, mormente, neste sexo.

Tendo em conta todos os resultados, anteriormente descritos, e o modelo de programa de promoção da saúde do idoso, adotado por Nuñez et al. (2003), propõe-se a realização de um programa, dinamizado pela UCC, destinado a indivíduos com idade ≥ 50 anos, gerido por enfermeiros de reabilitação, em parceria com as equipas de saúde familiar e com os vários parceiros da comunidade (piscina municipal, ótica, clínica de rastreio auditivo, clínica dentária, lavandaria, escola, centro de dia), de acordo com o modelo proposto na figura 2.

Figura 2: Programa "Três Pilares para Viver Mais e Melhor".



A proposta refere-se a um programa constituído por três categorias, à semelhança do modelo de Nuñez et al. (2003), porém com duas variações: a autovigilância de doenças crónicas será realizada, sobretudo, pela ESF em articulação com o enfermeiro de reabilitação, dinamizador do programa, e as sessões incluídas na categoria de promoção da saúde, constituídas por atividades físicas e classes de movimento, são adequadas às necessidades de cada género, detetadas no presente estudo.

Na categoria de educação para a saúde, as sessões possuem diferentes conteúdos e cada grupo de idosos deverá assistir uma vez, a cada uma das sessões, perfazendo um total de seis. Por sua vez, as aulas de exercício físico em grupo realizar-se-ão 2 vezes/ semana e as classes de movimento, destinadas a melhorar a mobilidade, independência, coordenação motora e capacidade cognitiva dos idosos, tal como comprovou o estudo de Oliveira et al. (2014), serão realizadas 1x/ semana. Assim, pretende-se que ambos os sexos participem na mesma classe de movimento, favorecendo a participação simultânea dos dois elementos do casal, uma vez que a maior parte dos idosos, da amostra em estudo, possui o estado civil casado.

Ainda de referir que, relativamente às aulas de exercício físico, estas não serão exatamente iguais para os dois géneros. Uma vez que a doença músculo-esquelética e osteoarticular atinge mais o sexo feminino, propõe-se a realização de uma das duas aulas semanais na piscina municipal, em meio aquático diminuindo, assim, a dor e possibilitando

exercícios que seriam difíceis no solo. Já a segunda aula semanal, de exercício físico em grupo, do sexo feminino, englobará exercícios de Kegel e abdominais hipopressivos, que revelam bons resultados na prevenção da incontinência urinária (Berbam, 2011), sintoma/manifestação que se revelou prevalente neste género. Serão, ainda, realizados exercícios de treino de equilíbrio e controlo postural (circuito de equilíbrio), tendo em vista a prevenção de quedas, que se assumem mais frequentes no sexo feminino, como constatado neste estudo.

Por outro lado, o sexo masculino apresenta maior dificuldade em implementar, no seu estilo de vida, atividades de controlo de *stress* e exercícios físicos de flexibilidade, concentração e relaxamento. Assim, para além da classe de movimento conjunta com o sexo oposto, pretende-se que os homens frequentem, duas vezes por semana, aulas de exercício físico em grupo. Uma das aulas será baseada no método Pilates e Ioga, com benefícios conhecidos ao nível da flexibilidade, concentração e relaxamento (Cogo, et al., 2014). A segunda aula, do sexo masculino, incluirá exercícios de fortalecimento muscular, para atenuar a sarcopenia, que ocorre durante o processo de envelhecimento, e exercícios aeróbios, já que a doença endócrina e cardiovascular se apresentaram, respetivamente, como a segunda e terceira patologias mais prevalentes na amostra estudada. *“Os exercícios regulares aeróbios melhoram significativamente as adaptações metabólicas e hormonais, tanto para os indivíduos saudáveis, como nos acometidos por diabetes mellitus do tipo 2”* (Cardoso, et al., 2007). Além disso, o exercício aeróbico regular, de intensidade moderada, apresenta benefícios cardiovasculares, já que tem demonstrado ser eficiente na prevenção da aterosclerose, conseguindo restaurar a função endotelial normal e atenuar os fatores de risco (Sasaki, et al., 2006).

Desta forma, os participantes no programa realizam cerca de 3h de exercício físico moderado, por semana, em períodos de uma hora cada, uma vez que as pessoas idosas, tal como os adultos de qualquer idade, precisam de 30 a 60 minutos de atividade moderada, na maior parte dos dias da semana (FPC, 2016) (Marques, et al., 2015).

Segundo Morgado (2013), a realização de atividades físicas em grupo na terceira idade, apresenta, para além dos benefícios ao nível físico, importantes ganhos a nível social e psicológico, através dos laços criados entre os idosos que participam nestas aulas.

Assim, as três principais categorias do programa e as atividades que delas fazem parte encontram-se sumariadas no quadro 30.

Quadro 30: Planificação do programa de promoção da saúde dos idosos a implementar na UCC.

Categories	Atividades	Conteúdos	Sessões	Duração
Educação Para a Saúde Local: UCC	EPS Estilos de Vida Saudáveis Dinamizador: enfermeiro de reabilitação	-Alimentação -Atividade física -Comportamento preventivo -Comportamento relacional -Controlo de <i>stress</i>	3	45 min.
	EPS Segurança/ Prevenção de Quedas Dinamizador: enfermeiro de reabilitação	-Fatores de risco extrínsecos -Fatores de risco intrínsecos -Procedimento em caso de queda - Referenciação para rastreios visuais e auditivos (parceiros)	1	45 min.
	EPS Promoção de Autonomia nas AVD's Dinamizador: enfermeiro de reabilitação	-Técnicas de conservação de energia -Mecânica corporal -Recursos na comunidade (parceiros)	1	60 min.
	EPS Gestão do Regime Medicamentoso Dinamizador: enfermeiro	-Conservação e armazenamento da medicação -Riscos em saúde associados ao regime medicamentoso inadequado -Estratégias facilitadoras	1	45 min.
Autovigilância Local: USF, UCSP, Ginásio de Escola	Agendamento de consulta com ESF Monitorização do perímetro abdominal e peso Dinamizador: ESF, enfermeiro de reabilitação	-Consulta de vigilância na USF/ UCSP -Preenchimento dos valores de peso e perímetro abdominal em cartão próprio	3x/ano ou conforme necessidade	30 – 45 min.
Promoção da Saúde Local: Ginásio de Escola, Piscina Municipal, Exterior	Aulas de exercício físico em grupo Dinamizador: professor de educação física e enfermeiro de reabilitação	-Exercícios de treino de equilíbrio -Exercícios de fortalecimento muscular -Exercícios de coordenação motora -Exercícios de correção postural -Exercícios de alongamento muscular e flexibilidade -Técnicas de respiração e relaxamento -Exercícios de Kegel (sexo feminino) -Abdominais hipopressivos (sexo feminino)	2x/semana	60 min.

Categorias	Atividades	Conteúdos	Sessões	Duração
	Classes de movimento			
	Dinamizador: professor de educação física e enfermeiro de reabilitação	-Grupo de caminhadas -Grupo de dança	1x/semana	60 min.

Um número pequeno de idosos, por sessão, facilita o ensino e a aprendizagem (GNWT, 2013), embora seja controverso o número ideal de alunos por turma. Vários autores defendem existir melhor aprendizagem com turmas constituídas por 15-20 alunos (Ready, et al., 2006) (Ehrenberg, et al., 2001), pelo que os grupos do programa de promoção da saúde do idoso serão constituídos por 20 participantes. O programa terá a duração de um ano, segundo o cronograma que se encontra em anexo (Anexo III).

As aulas de exercício físico em grupo e as classes de movimento serão conduzidas por um professor de educação física e o enfermeiro de reabilitação deverá estar presente nas duas primeiras semanas, para ajustar os exercícios às necessidades e incapacidades dos idosos e posteriormente, uma vez por mês, para supervisionar a evolução dos participantes com o programa implementado. Desta forma, o enfermeiro assume o papel de *coach*, isto é, será a pessoa com a função de apoio e estimulação do grupo de idosos, através da implementação de estratégias constantes no programa, para atingir os objetivos propostos. Assim, ao enfermeiro de reabilitação cabe auscultar se as estratégias implementadas vão ao encontro do seu objetivo – tirar a pessoa do seu estado atual e levá-la ao estado desejado, de forma satisfatória. A presença do enfermeiro será, também, necessária nos momentos de avaliação, nos quais serão aplicadas as seguintes escalas:

-“Escala de Faces” para avaliação da dor, validada internacionalmente e recomendada pela DGS (DGS, 2003) (Anexo IV);

- “Índice de Tinetti” (1986), versão portuguesa de Petiz E. M., para avaliação da mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico (Apóstolo, 2012) (Anexo V);

- “Perfil de Estilo de Vida” (PEV) (Nahas, et al., 2000), para avaliação dos cinco componentes do estilo de vida (Anexo VI);

- “Questionário de Frequência Alimentar” (QFA), originalmente desenvolvido pelas nutricionistas Raquel F. Pereira e Márcia D. Hirschbruch, adaptado por Nahas (2013) (Anexo VII);

- “Escala de Lawton e Brody” de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), na versão de Sequeira (2007) (Anexo VIII).

A referenciação para ingresso no programa será realizada pela ESF e o contacto para início do programa será realizado através de chamada telefónica, uma vez que os resultados obtidos neste estudo demonstram que, apenas, uma pequena percentagem de idosos apresenta incapacidade no uso deste equipamento. Por outro lado, pretende-se desenvolver uma aplicação informática que permita ao enfermeiro de reabilitação, da UCC, gerir grupos de idosos e fazer corresponder, a cada um deles, as diversas atividades semanais, incluídas no programa. O objetivo desta aplicação será gerar notificações, através de chamada telefónica automática, para lembrar ao participante o horário da atividade, que terá de frequentar, naquele dia.

Para avaliar o grau de satisfação com o programa de promoção da saúde do idoso poderá recorrer-se, também, às funcionalidades desta aplicação informática, que através de chamada telefónica automática mensal, solicita que o participante classifique de 0 a 5, em que 0 corresponde a nada satisfeito e 5 a muito satisfeito, o seu grau de satisfação, premindo o teclado do telefone com o número correspondente à sua resposta.

Assim, é possível diminuir o absentismo ao programa, por esquecimento das atividades planeadas, e, por outro lado, o enfermeiro não necessita de despender de tanto tempo, quanto o que seria necessário para realizar as chamadas individualmente, o que se traduz numa diminuição de custos. Após ser colocado o nome e contacto de cada participante, fazendo-o corresponder a cada grupo de atividades, em determinadas datas e horários, o programa gere as notificações de forma automática, sem necessitar da intervenção do enfermeiro.

Através do programa de promoção da saúde do idoso, anteriormente descrito, os exercícios realizados são direcionados às reais necessidades, da população a que se destinam apresentando, desta forma, menos riscos e uma maior efetividade. Por outro lado, as educações para a saúde, incluídas no programa proposto, vão aumentar a literacia em saúde potenciando, a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A inclusão da ESF no programa desenhado, ao invés da sua substituição, no que respeita a autovigilância das doenças crónicas, também se apresenta como uma mais-valia, dado que possuem um melhor conhecimento do utente e poderão dar continuidade à monitorização efetuada, mesmo após o término do programa.

Outra peculiaridade do programa de promoção da saúde do idoso proposto é a inclusão de utentes a partir dos 50 anos, ou seja, antes de serem considerados idosos, pois o envelhecimento deve ser preparado antes das alterações fisiológicas, decorrentes do processo de envelhecimento, se instalarem e gerarem perdas funcionais e dependência física.

Para o programa “Três Pilares para Viver Mais e Melhor” propõem-se como indicadores, a verificar no grupo de idosos a que se destina:

- Satisfação: 90% de respostas entre 4 e 5;
- Dor: diminuir a dor em 80% dos participantes;
- Equilíbrio: melhorar o equilíbrio corporal em 70% dos participantes;
- Perfil do Estilo de Vida: melhorar o PEV em 50% dos participantes;
- Alimentação: melhorar a frequência alimentar em 60% dos participantes;
- Autonomia: melhorar a dependência nas AVD em 50% dos participantes.

No que respeita os idosos da quarta idade, caso estes consigam deslocar-se às instalações onde irá decorrer o programa, serão integrados no grupo de participantes, uma vez que revelaram necessitar de melhorar a participação social e as atividades que serão realizados no programa são benéficas para as patologias (musculoesquelética, cerebrovascular e respiratória) e manifestações/ sintomas (incontinência urinária, alterações de memória, dificuldades no andar, diminuição da acuidade visual e auditiva) que se mostraram mais significativas nesta faixa etária. Contudo, como este grupo de idosos se revelou, também, mais dependente, com maior dificuldade no andar e com menor acuidade visual, poderá não ser viável a deslocação às instalações onde decorrerá o programa “Três Pilares para Viver Bem e Melhor”. Assim sendo, para os idosos que apresentem esta limitação será realizada uma visita domiciliária para avaliar o potencial de recuperação e em caso afirmativo, contactada a ESF para possível referência para ECCI. Caso contrário, serão realizadas visitas domiciliárias, uma vez por semana, durante um mês para ensino, instrução e treino de exercícios destinados a prevenir as complicações da imobilidade.

CONCLUSÃO

Os progressos científicos e sociais, que permitiram melhorar as condições de vida da população, vieram aumentar a longevidade e a esperança de vida, particularmente nos países mais desenvolvidos, assistindo-se, paralelamente, ao aumento de doenças crónicas e de incapacidades. A pirâmide etária que, outrora, apresentava uma base alargada, com um elevado número de elementos jovens, sofreu inversão com o aumento da esperança média de vida, associada a uma diminuição da taxa de natalidade.

Atendendo a que os idosos assumem, cada vez mais, um lugar expressivo na população portuguesa revela-se essencial que os profissionais da saúde conheçam a sua população idosa para poderem intervir preventivamente, de forma assertiva, no combate às incapacidades e co morbilidades que as patologias, decorrentes do envelhecimento, associadas a estilos de vida inadequados produzem.

A realização de estudos como este, que têm como alvo a população idosa, revestem-se de particular interesse na identificação do perfil dos idosos portugueses e na caracterização das condições de saúde e estilos de vida destes, detetando os riscos em saúde a eles associados.

Tendo por base a questão de partida: “Será que existem características e percepções dos idosos que são determinantes para a criação de um programa de promoção da saúde por uma UCC?”, conclui-se que existem dados suficientes para delinear um programa, que terá de ser validado após a sua aplicação, pelo período de um ano. Desenvolveu-se um percurso lógico e ordenado, pela utilização de uma metodologia quantitativa, de cariz descritivo e exploratório, sustentada nos objetivos traçados na fase de planeamento.

Dos resultados obtidos, é possível traçar o perfil sociodemográfico dos idosos estudados. Conclui-se, assim, que a população idosa é maioritariamente feminina, com uma idade média de 73,5 anos, com estado civil casado, dois filhos e a viver com o cônjuge, ou com o cônjuge e filhos. O nível de escolaridade é baixo, sobretudo nos idosos acima dos 80 anos, tendo a maioria concluído apenas o 1º ciclo, ou nem sequer frequentado a escola. A maioria dos idosos apresenta já uma dependência moderada nas AVD, constituindo o uso do telefone a AIVD com menor número de idosos incapazes de a realizar e, em oposição, a lavagem de roupa a AIVD com um maior número de idosos totalmente dependentes.

A percentagem de idosos sem patologias é baixa, mas a sua perceção do estado de saúde é boa deduzindo-se, desta forma, que o desempenho dos papéis sociais e das funções familiares influencia mais a perceção do estado de saúde dos idosos, do que a presença de doença.

Ainda, no que respeita a condição de saúde dos idosos, verifica-se que a patologia com figuração mais expressiva é a doença músculo-esquelética e osteoarticular, seguindo-se a doença endócrina e a cardiovascular. Por sua vez, os sintomas/ manifestações, mais comumente referidos pelos idosos, foram a diminuição da acuidade visual e auditiva e a dor músculo-esquelética e osteoarticular. Também, as quedas assumem lugar de destaque, com mais de um quarto dos idosos a referir ter tido pelo menos uma queda, nos seis meses prévios à aplicação do questionário, dos quais mais de metade sofreram lesões.

Atualmente, sabe-se que a forma como envelhecemos, em muito se deve aos estilos de vida adotados desde cedo, nomeadamente, no que respeita a alimentação, a atividade física, o comportamento preventivo, relacional e o controlo do *stress*. Assim se explica, que pessoas com uma idade cronológica maior possam apresentar melhor condição de saúde e qualidade de vida, em comparação com outras mais novas, mas que adotaram estilos de vida inadequados e negativos, ao longo da vida.

Conclui-se, assim, que conhecer e intervir nos estilos de vida dos idosos é o veículo para a obtenção de um envelhecimento mais saudável e ativo, tendo este estudo constatado que os idosos necessitam de melhorar muito a este nível, sobretudo no que respeita a atividade física e a alimentação. Também, o comportamento relacional e a participação social dos idosos assume importante função, havendo estudos que indicam um aumento na qualidade de vida e longevidade em idosos, com uma vida social intensa. Porém, esta componente do estilo de vida, também se mostrou afetada no presente estudo, uma vez que pouco mais de metade da amostra não participa em atividades sociais.

Ainda pertinente, as diferenças de género encontradas, sugerindo que idosos do sexo feminino e masculino apresentam algumas divergências, no que às necessidades em saúde diz respeito. Ao passo que as mulheres se revelaram mais autónomas nas atividades relacionadas com as lides domésticas, os homens apresentaram maior autonomia no que à gestão financeira, uso de transportes e compras diz respeito.

A evidência deste estudo mostra-nos, ainda, desigualdades, relativamente às patologias de que os idosos padecem, face ao género. A doença músculo-esquelética e osteoarticular e a doença psiquiátrica demonstraram ser, significativamente, superiores no sexo feminino,

não se verificando diferenças estatisticamente relevantes nas restantes patologias estudadas. Também, no que respeita os sintomas/ manifestações, o sexo feminino apresentou em todos maior prevalência, com exceção da acuidade auditiva e visual, nas quais não se obtiveram diferenças relevantes, entre os dois géneros. Ao analisar as cinco componentes do estilo de vida, verifica-se, também, que o sexo masculino obteve melhores resultados, relativamente à componente “alimentação”, enquanto o sexo feminino demonstrou resultados superiores na componente “controlo de *stress*”.

Face às necessidades identificadas nos idosos, com as particularidades de cada género, propõe-se a realização de um programa de promoção da saúde dos idosos pela UCC, recorrendo, para isso, ao estabelecimento de parcerias na comunidade e à articulação com a ESF, de cada idoso. É necessário promover a autonomia e a independência, assim como, estilos de vida saudáveis, para que os idosos apresentem um envelhecimento bem sucedido, começando a atuar antes dos 65 anos.

Face ao tamanho da amostra e, embora esteja limitado a uma UCC, pode-se afirmar que o estudo contribui para uma visão mais global da intervenção local, bem como para a orientação de novos projetos no campo em estudo podendo, ainda, servir para a reflexão em processos formativos dos enfermeiros e dos enfermeiros de reabilitação, em particular.

Finalizando este estudo, fica a convicção, de que a elaboração desta dissertação contribuiu para aprofundar conhecimentos, sobre um grupo etário em franco crescimento na nossa população, e dar início a um percurso no desenvolvimento de respostas ajustadas às necessidades reais dos idosos.

Salienta-se, porém, a fragilidade imputável às limitações de um estudo de cariz meramente descritivo e exploratório realizado, apenas, num município. Para pesquisas futuras, seria importante comparar os idosos de vários municípios de Portugal e os idosos abrangidos pelo programa de promoção da saúde sugerido, com os que não sofreram intervenção. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento e implementação da aplicação informática, idealizada no presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIGHI, José M., PIRES, Andréa L. R. Efeitos dos Estrogénios Sobre a Cognição, o Humor e as Doenças Cerebrais Degenerativas. *Revista da Associação Médica Brasileira* [Em linha]. 2001, 47(2), pp.87-87. [Consult. 25 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200002.

APÓSTOLO, João Luís Alves. Instrumentos para Avaliação em Geriatria. *Documento de Apoio*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

ARAÚJO, Larissa F., et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Em linha]. 2011, 30(1), pp. 80-86. [Consult. 25 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011000700012&script=sci_arttext.

ASCENSÃO, Mónica C. de Aguiar. *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso: Implementação de um Programa de Intervenção*. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011. Dissertação de Mestrado.

BALDAÇARA, Leonardo, et al. Emergências psiquiátricas nos idosos. Estudo epidemiológico. *Arquivos Médicos dos Hospitais da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* [Em linha]. 2012, 57(1), pp.11-18. [Consult. 14 Maio 2016]. Disponível em: http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2012/57_1/03-Artigo%20Original%2032.pdf.

BANERJEE, Ananya T., et al. Factors Facilitating the Implementation of Church-Based Heart Health Promotion Programs for Older Adults: A Qualitative Study Guided by the Precede-Proceed Model. *American Journal of Health Promotion*. [Em linha]. 2015, 29(6), pp. 365-373. [Consult. 14 Janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.ajhpcontents.com/doi/full/10.4278/ajhp.130820-QUAL-438>.

BASSUK, Shari S., GLASS, Thomas A., BERKMAN, Lisa F. Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons. *Annals of Internal Medicine* [Em linha]. 3, 1999, Vol. 131(3), pp. 165-173. [Consult. 14 Janeiro 2016]. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=712853>.

BERBAM, Laura Wuttig. *Exercícios de Kegel e Ginástica Hipopressiva como Estratégia de Atendimento Domiciliar no Tratamento da Incontinência Urinária Feminina: Relato de Caso*. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso.

BORIM, Flávia S. A., BARROS, Marilisa B. A., BOTEGA Neury J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas. *Cadernos de Saúde Pública*[Em linha]. 2013, 29 (7), pp. 1415-1426.[Consult. 28 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000700015&script=sci_abstract&tlng=pt

BOTH, Jorge, et al. Validação da Escala "Perfil do Estilo de Vida Individual". *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Em linha]. 2008, 13(1), pp. 900-912. [Consult. 12 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a10v16n4.pdf>

BRITO, Maria Alice Correia. *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2012. Tese de Doutoramento.

BUIS, Rosanne, et al. Promoting Participation: Evaluation of a Health Promotion Program for Low Income Seniors. *Journal of Community Health Nursing* [Em linha]. 2003, 20(2), pp. 93-107. [Consult. 9 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12738576>.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva* [Em linha]. 2000, 5(1), pp. 163-177. [Consult. 10 Março 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&tlng=pt.

CANADÁ. Government of the Northwest Territories. *Elders in Schools Handbook Territorial Pilot 2013-14*. Canadá: GNWT, 2013.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. *O Processo de Envelhecimento*. Universidade Lusíada, Porto, 2007. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciada em Psicologia.

CARDOSO, Leda M., et al. Aspetos Importantes na Prescrição do Exercício Físico para Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício* [Em linha]. 2007, 1(6), pp. 59-69. [Consult. 10 Junho 2016]. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/58>.

CARVALHO, Maria Helena R., et al. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Em linha]. 2014, 23(2), pp. 347-354. [Consult. 11 Junho 2016]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200016.

CHEIK, Nadia C., et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* [Em linha]. 2003, 11(3), pp. 45-52. [Consult. 22 Junho 2016]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Efeitos_do_exercicio_fisico_e_da_atividade_fisica_na_depressao_e_ansiedade_em_individuos_idosos_/362.

CLEMENTE, Daniela F. Francisco, FRAZÃO, António A., MÓNICO, Lisete dos Santos M. 2012. Bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados e não institucionalizados. In: **POCINHO, Ricardo, et al.** *Envelhecer em tempo de crise: respostas sociais*. Porto : Legis Editora, 2012. ISBN 978-989-730-017-2. p. 39-49.

COGO, Tadia C., PIZZATO, Schirlei R. C., VARGAS, Alessandra C. O Método Pilates como recurso no aumento de flexibilidade e da resistência muscular: pesquisa bibliográfica. *EFDeportes.com, Revista Digital* [Em linha]. 2014, 19(193). [Consult. 3 Julho 2016]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd193/o-metodo-pilates-flexibilidade-e-resistencia.htm>.

CONTREIRAS, Teresa, RODRIGUES, Emanuel, NUNES, Baltazar. *Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada*. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010.

COSTA, Maria Fernanda B. N. A., CIOSAK, Suely Itsuko. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Em linha]. 2010, 44(2), pp. 437-444 [Consult. 1 Junho 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028.

COSTA, S. *Polimedicção na população idosa portuguesa*. Lisboa : CEFAR (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde), 2009.

COSTA-JÚNIOR, Florêncio M., MAIA, Ana C. B. Concepções de Homens Hospitalizados Sobre a Relação entre Gênero e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Em linha]. 2009, 25(1), pp. 55-

63. [Consult. 1 Junho 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>.

COURA, Aleksandro Silva. *Validação de Conteúdo do Instrumento para Consulta de Enfermagem na Visita Domiciliar às Pessoas com Lesão Medular: um enfoque no autocuidado.* Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Tese de Doutorado.

EHRENBERG, Ronald G., et al. Class Size and Student Achievement. *Psychological Science in the Public Interest* [Em linha]. 2001, 2(1), pp. 1-30. [Consult. 29 Junho 2016]. Disponível em: https://www.psychologicalscience.org/journals/pspi/pdf/pspi2_1.pdf?origin=p.

ELSAWY, B., HIGGINS, K. E. Physical activity guidelines for older adults. *American Family Physician* [Em linha]. 2010, 81(1), pp. 55-59. [Consult. 10 Junho 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20052963>.

ESQUENAZI, Danuza, SILVA, Sandra R. B., GUIMARÃES, Marco A. M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* [Em linha]. 2014, 13(1), pp. 11-20. [Consult. 29 Junho 2016]. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=467.

EUROFOUND, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Overview: Work, care and inclusion of older people. [Online] 5 de 8 de 2015. [Citação: 21 de 4 de 2016.] <http://www.eurofound.europa.eu/news/spotlight-on/olderpeople/overview-work-care-and-inclusion-of-older-people>.

FABRÍCIO, Suzele C. C., RODRIGUES, Rosalina A. P., JÚNIOR, Moacyr L. C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista Saúde Pública* [Em linha]. 2004, 38(1), pp. 93-99. [Consult. 30 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Desporto* [Em linha]. 2002, 8(4), pp. 129-138. [Consult. 1 Julho 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922002000400001.

FERREIRA, Joana Filipa Santos. *Autonomia e Funções Cognitivas numa amostra de Idosos de Coimbra sob resposta social.* Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2011. Dissertação de Mestrado.

FERREIRA, José Luís Simão. *Educación na Terceira Idade - Estudio do Colectivo de Pessoas Majores no Contexto Comunitário de Vila Nova De Gaia.* Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, 2007. Tese de Doutorado.

FERREIRA, Olívia G. L., et al. Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. *Texto & Contexto Enfermagem* [Em linha]. 2012, 21(3), pp. 513-518. [Consult. 19 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300004&script=sci_abstract&tlng=pt.

FERREIRA, Zélia. *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada.* Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011. Dissertação de Mestrado.

FHON, Jack R. S., et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana Enfermagem* [Em linha]. 2012, 20(5), pp. 927-924. [Consult. 10 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500015&script=sci_arttext&tlng=pt.

FONSECA, Maria das Graças U. P., et al. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista Saúde Pública* [Em linha]. 2010, 44(1), pp. 159-165. [Consult. 5 Março 2016].

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100017.

FORTIN, M. F. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. 5ª ed.* Loures : Lusodidata, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (FPC). Pela Sua Saúde Cuide de Si. *Fundação Portuguesa de Cardiologia.* [Online] 2016. [Citação: 2 de Maio de 2016.] <http://www.fpcardiologia.pt/pela-sua-saude-cuide-de-si/faca-exercicio-regularmente/>.

FREITAS, Patrícia da Conceição Barbosa de. *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social.* Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2011. Dissertação de Mestrado.

FRIES, Aline Tais, PEREIRA, Daniela Cristina. Teorias do Envelhecimento Humano. *Revista Contexto e Saúde* [Em linha]. 2011, 10(20), pp. 507-514. [Consult. 5 Julho 2016]. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1571/1324>.

GASPAROTTO, Livia P. R., FALSARELLA, Gláucia R., COIMBRA, Arlete M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Em linha]. 2014, 17(1), pp. 201-209. [Consult. 3 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000100201&script=sci_abstract&tlng=pt.

GOMES, Bárbara, et al. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados* [Em linha]. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. [consult. 14 Mai. 2016]. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf.

GOMES, Sérgio Francisco da Costa. *Gerontologia e Psicossociologia do Envelhecimento: Intervenção Social na Terceira Idade.* Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2007. Dissertação de Mestrado.

GORJÃO, Sara. *Envelhecimento activo: o papel da participação social construção e validação de um instrumento.* Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2011. Dissertação de mestrado.

GUIOMAR, Vânia C. R. Vidigueira. *Diferenças de género no viver o envelhecimento.* Instituto Politécnico de Beja, Beja, 2010. Trabalho de curso no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde.

HÉBERT, Réjean, et al. Efficacy of a nurse - led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age and Ageing* [Em linha]. 2001, 30(2), pp. 147-153. [Consult. 4 de Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11395345>.

HOLT-LUNSTAD, Julianne, SMITH, Timothy B., LAYTON, J. Bradley. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med.* [Em linha]. 2010, 7(7). [Consult. 14 Maio 2016]. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>.

HUANG, Lian-Huan, et al. The Effectiveness of Health Promotion Education Programs for Community Elderly. *Journal of Nursing Research* [Em linha]. 2002, 10(4), pp.261-270. [Consult. 4 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12522739>.

HUSS, Anke, et al. Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Gerontology* [Em linha]. 2008, 63(3) , pp. 298-307. [Consult. 4 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18375879>.

IMAGINÁRIO, C. *O idoso dependente em contexto familiar - Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra : Formasau, 2004. ISBN 9789728485382.

IMAMURA, Emiko. Amy's Chat Room: Health promotion programmes for community dwelling elderly adults. *International Journal of Nursing Practice* [Em linha]. 2002, 8, pp. 61-64. [Consult. 9 Fevereiro 2016]. Disponível em: <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/amy-s-chat-room-health-promotion-programmes-for-community-dwelling-LEcvHxaPzi>.

JAQUES, M. E. Ser idoso: abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. *Sinais Vitais*. 2004, Vol. 55, PP. 34-37.

KADAR, K.S., MCKENNA, L., FRANCIS, K. Scoping the context of programs and services for maintaining wellness of older people in rural areas of Indonesia. *International Nursing Review* [Em linha]. 2014, 61(3), pp. 310-317. [Consult. 9 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12105/abstract>.

KONO, Ayumi, et al. Effects of a Preventive Home Visit Program in Ambulatory Frail Older People: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology* [Em linha]. 2012, 67(3), pp. 302–309. [Consult. 9 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22016361>.

LEBRÃO, Maria L., LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Em linha]. 2005, 8(2), pp. 127-141. [Consult. 10 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005.

LEDO, Ana. *O Apoio ao Domicílio, na Perspetiva do Público Sénior: um Estudo de Caso*. Universidade Portucalense, Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.

LINS, Ana Paula Machado, et al. 2013. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 2013, 18(2), pp. 357-366. [Consult. 1 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200007&script=sci_abstract&tlng=pt.

LOURENÇO, Roberto A. A Síndrome de Fragilidade no Idoso: Marcadores Clínicos e Biológicos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* [Em linha]. 2008, 7(1), pp. 21-29 [Consult. 9 Abril 2016]. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=187.

MALTA, Maíra B., PAPINI, Silvia J., CORRENTE, José E. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 2013, 18(2), pp. 377-384 [Consult. 9 Abril 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000200009&script=sci_abstract&tlng=pt.

MARQUES, Sérgio, et al. *Prescrição de Exercício Físico em Adultos Saudáveis*. Almada e Seixal : Grupo de Internos de Medicina Geral e Familiar de Almada e Seixal (GIMGAS), 2015.

MATSUO, Renata F., et al. Imagem Corporal de Idosas e Atividade Física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte* [Em linha]. 2007, 6(1), pp. 37-43. [Consult. 1 Junho 2016]. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Educacao_Fisica/REMEFE-6-1-2007/art03_edfis6n1.pdf.

MELEIS, Afaf Ibrahim, et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* [Em linha]. 2000, 23(1), pp. 12-28. [Consult. 10 Abril 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>.

MELEIS, Afaf, et al. *Transição para a Reforma: Um programa a implementar em Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. 1ª Edição. Coimbra : Candeias, Artes Gráficas, Lda., 2015. [Consult. 1 Março 2016]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ana_Pedreiro/publication/283667090_Transicao_para_a_Reforma_Um_programa_a_implementar_em_Cuidados_de_Saude_Primarios/links/56430e0908aeacfd8938a906.pdf?origin=publication_list.

MENDONÇA, Reginaldo T., et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade* [Em linha]. 2008, 17(2), pp. 95-106. [Consult. 1 Abril 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010.

MENEZES, Meiryelle Paixão. A Discriminação de Género na Escola. *Itabaiana: Gepiadde* [Em linha]. 2013, 13(7). [Consult. 1 Março 2016]. Disponível em: http://200.17.141.110/periodicos/revista_forum_identidades/revistas/ARQ_FORUM_IND_13/FORUM_V13_11.pdf.

MENEZES, Ruth Losada de e Bachion, Maria Márcia. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Oftalmologia* [Em linha]. 2012, 71(1), pp. 23-27. [Consult. 10 Fevereiro 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802012000100005.

MIRANDA, Fernando. *Investigação por questionário: Teoria e Prática*. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011. Síntese das Aulas do Mestrado em Educação.

MORAES, Edgar N., MORAES, Flávia L., LIMA, Simone P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais* [Em linha]. 2010, 20(1), pp. 67-73. [Consult. 1 Julho 2016]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf.

MORGADO, António Ricardo de Amarante. *Atividade Física na Terceira Idade*. Universidade do Porto, Porto, 2013. Relatório de Estágio Profissionalizante.

NAHAS, M. V., BARROS, M. V. G., FRANCALACCI, V. L. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Em linha]. 2000, 5(2), pp. 48-59. [Consult. 10 Janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd148/aplicacao-do-pentaculo-do-bem-estar-em-atividade-fisica.htm>.

NAHAS, Markus Vinicius. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável*. 6ª edição. Londrina : Midiograf, 2013.

NERI, Anita, TEIXEIRA, Ilka. Envelhecimento Bem Sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP* [Em linha]. 2008, 19(1), pp. 91-94. [Consult. 15 Fevereiro 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642008000100010.

NERI, Anita Liberalesso. *Desenvolvimento e Envelhecimento* [Em linha]. 3ª edição. São Paulo: Papirus Editora, 2001. [Consult. 17 Março 2016]. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=08UVJhcuRdkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

NETTO, Matheus Papaléo, KIRADAI, Fábio Takashi. *A Quarta Idade - O Desafio da Longevidade*. São Paulo : Atheneu , 2015. ISBN: 9788538806646.

NOVAES, Artur José. *Estilo de Vida Relacionado à Saúde e Hábitos Comportamentais em Escolares do Ensino Médio do Município de Blumenau*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Dissertação de Mestrado.

NUNES, Luís, MENEZES, Odete. *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos.* Lisboa : Editorial Caminho, 2014. ISBN: 9789722126717

NUNES, Sofia Raquel Teixeira. *Novos Horizontes da Gerontologia: Promoção da Esperança.* Porto : Sofia Nunes, 2010.

NUÑEZ, Diane E., et al. Community-Based Senior Health Promotion Program Using a Collaborative Practice Model: The Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing* [Em linha]. 2003, 20(1), pp. 25–32. [Consult. 9 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12492822>.

OLIVEIRA, Sónia M. S., PINHEIRA, Vítor. Efeito de uma Classe de Movimento com Exercícios Ritmados na Coordenação de Pessoas Idosas. *Revista de Psicologia* [Em linha]. 2014, 1(2), pp. 113-118. [Consult. 17 Março 2016]. Disponível em: http://www.infad.eu/RevistaNFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_113.pdf.

OREM, Dorothea E. *Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica.* Barcelona: Masson, 1993. ISBN 9788445800928.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Active Ageing, A Policy Framework.* Espanha: OMS, 2002.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Good Health Adds Life to Years. Global Brief for World Health Day 2012.* Geneva : OMS, 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Healthy Diet.* 2015a. Fact sheet N°394.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Mental health and older adults.* 2015 b. Fact sheet N°381.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *The Ottawa charter for health promotion.* Geneve: OMS, 1986.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *World Report on Ageing and Health.* Luxemburgo: OMS, 2015c.

PALMA, Cidália Santos. *Quedas nos idosos: do risco à prevenção.* Instituto Politécnico de Beja, Beja, 2012. Dissertação de Mestrado.

PASCOAL, Sérgio Márcio Pacheco. *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião.* Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Dissertação de Mestrado.

PAÚL, Constança. Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* [Em linha]. 2005, 25, pp. 275-287. [Consult. 17 Junho 2016]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4265/426540419011.pdf>.

PEREIRA, M. G., SILVA, N. S. Escala de Adesão aos Medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos.* 1999, 6, pp. 347-351.

PEREIRA, Maria Teresa. *Queixas osteoarticulares nos cuidados de saúde primários: prevalência, caracterização e terapêuticas prescritas.* Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009. Dissertação de Mestrado.

PERRACINI, Monica R., RAMOS, Luiz R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista Saúde Pública* [Em linha]. 2002, 36(6), pp. 709-716. [Consult. 1 Maio 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700008.

PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo. [Online] Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015. [Citação: 17 de Abril de 2016.] <http://www.pordata.pt>.

PORTES, Leslie Andrews. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *Lifestyle Journal* [Em linha]. 2011, 1(1), pp. 8-10. [Consult. 17 Junho 2016]. Disponível em: https://issuu.com/ljournal/docs/lifestyle_journal_1_1_2011.

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Documento de suporte à implementação da UCC*. Lisboa : ACSS, 2009.

PORTUGAL. Associação Portuguesa de Dietistas (APD). índice de Massa Corporal. *APDietistas*. [Online] 2016. [Citação: 15 de Março de 2016.] <http://www.apdietistas.pt/nutricao-saude/avalie-o-seu-estado-nutricional/parametros-antropometricos/62-indice-de-massa-corporal>.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. Lisboa: INE, 2011.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. *Dia Mundial da População*. Lisboa: INE, 2014.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *A Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº09/DGCG*. Lisboa : DGS, 2003.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : DGS, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas. Dia Internacional das Pessoas Idosas*. Lisboa : DGS, 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS, 2012.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. Lisboa: MS, 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Portugal: Idade Maior em Números. A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa : DGS, 2014 a.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Processo Assistencial Integrado da Pré-Obesidade no Adulto*. Lisboa : DGS, 2014 b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: DGS, 2015.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa-. OE, 2005.

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE, 2010.

QUEIRÓS, Paulo J. P., VIDINHA, Telma S. S., FILHO, António J. A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. 2014, 4(3), pp. 157-164. [Consult. 6 Junho 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a18.pdf>.

READY, Douglas D., LEE, Valerrie E. Optimal Context Size in Elementary Schools: Disentangling the Effects of Class Size and School Size. *Project MUSE: Scholarly Journals Online* [Em linha]. 2006, pp. 99-135. [Consult. 6 Junho 2016]. Disponível em: http://www.classsizematters.org/wp-content/uploads/2011/04/ready_and_lee.pdf.

ROBICHAUD, Line, et al. A preventive program for community-dwelling elderly at risk of functional decline: a pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Em linha]. 2000,

30(1), pp. 73-84. [Consult. 9 Fevereiro 2016]. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/15374051>.

ROCHA, Laura Maria Brenner Ceia Ramos Mariano. *Autopercepção do Envelhecimento, Autoimagem Corporal, Autopercepção de Saúde e Morbidades Prevalentes em Idosos.* Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação.

SASAKI, Jeffer E., SANTOS, Maria G. O papel do exercício aeróbico sobre a função endotelial e sobre os fatores de risco cardiovasculares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Em linha]. 2006, 87(5), pp. 226-231. [Consult. 10 Junho 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001800036.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Quarta idade: o desafio de se ser longo vivo no Brasil. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. [Online] 17 de Novembro de 2015. [Citação: 8 de Julho de 2016.] <http://sbgg.org.br/quarta-idade-o-desafio-de-se-ser-longo-vivo-no-brasil/>.

SCHOUTEN, Maria Johanna. *Tempo e tecnologia: uma abordagem de género para o contexto português.* Universidade da Beira Interior, Minho, 2012. Relatório Final do Projeto.

SCOTT, Anne Hiller, et al. Occupational Therapy as a Means to Wellness with the Elderly. *The Haworth Press* [Em linha]. 2001, 18(4), pp. 3-22. [Consult. 10 Junho 2016]. Disponível em: <http://lifeforretirement.wikispaces.com/file/view/occupational+therapy+as+a+means+to+wellness+with+the+elderly.pdf>.

SEQUEIRA, Carlos. *Cuidar de idosos dependentes.* Coimbra : Quarteto Editora, 2007.

SILVA, Alanna S. D., LIMA, Alisson P. Os benefícios da reabilitação aquática para grupos especiais. *EFDeportes.com Revista Digital* [Em linha]. 2011, 16(160). [Consult. 10 Maio 2016]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd160/os-beneficios-da-reabilitacao-aquatica.htm>.

SILVA, Tatiana A. A., et al. Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia* [Em linha]. 2006, 46(6), pp. 391-397. [Consult. 10 Maio 2016]. Disponível em: <HTTP://WWW.SCIELO.BR/PDF/RBR/V46N6/06.PDF>.

SILVA, Wallison Junio M., FERRARI, Carlos K. B. Metabolismo Mitocondrial, Radicais Livres e Envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Em linha]. 2011, 14(3), pp. 441-451. [Consult. 9 Junho 2016]. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/8015/S1809-98232011000300005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

SILVEIRA, Michele Marinho da, et al. Envelhecimento Humano e as Alterações na Postura Corporal do Idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* [Em linha]. 2010, 8(26), p. 52-58. [Consult. 1 Maio 2016]. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/1081/876.

SLATER, Betzabeth, et al. Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas. *Revista Brasileira Epidemiologia* [Em linha]. 2003, 6(3), pp. 200-208. [Consult. 10 Janeiro 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000300003.

SOEIRO, Maria Dos Anjos Santos. *Envelhecimento Português Desafios Contemporâneos - Políticas e Programas Sociais.* Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado.

STEPTOE, Andrew, et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [Em linha]. 2013, 110(15), pp. 5797-5801. [Consult. 3 Março 2016]. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.full.pdf>.

TEIXEIRA, José Tiago Pereira. *Polimedicação no Idoso*. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Trabalho Final do 6º Ano Médico com Vista à Atribuição do Grau de Mestre.

TEIXEIRA, Paulo. Envelhecendo Passo a Passo. *O Portal dos Psicólogos*. [Online] 2006. [Citação: 5 de Julho de 2016.] <http://www.psicologia.com.pt>.

VICENTE, Adriana Natália da Cruz, et al. Aplicabilidade do Pentágulo do Bem-estar. *Revista Digital* [Em linha]. 2009, 13(129). [Consult. 3 Janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd129/aplicabilidade-do-pentaculo-do-bem-estar.htm>.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. 1999, 7(3), pp. 25-32. [Consult. 15 Março 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

ANEXOS

Anexo I – Quadro da análise dos artigos pesquisados

Imamura, Emiko (2002)	Metodologia	Tipo de estudo: descritivo, exploratório
		Local: USA
		Amostra: 143 pessoas com idade \geq 65 anos, habitantes de um bairro social do Nordeste de Ohio.
		Instrumentos: - questionário baseado no Neuman's Systems Model; - questionário de satisfação.
Intervenção	Objetivos: - identificar as necessidades em saúde dos idosos; - promover a compreensão das doenças crónicas; - fornecer informações sobre nutrição adequada e o seu impacto na saúde; - realizar exercícios específicos para idosos; - facilitar relações de apoio entre os idosos.	
	Programa Amy's Chat Room utilizando o modelo PRECEDE-PROCEED.	
	Três sessões, com diferentes temas (necessidades identificadas): <ul style="list-style-type: none"> • doenças crónicas e a sua prevenção; • impacto dos hábitos alimentares na saúde; • hábitos de exercício físico. No programa foi fomentada a interação entre os idosos.	
Resultados	Aumento de conhecimento e consciencialização, relativa à necessidade de modificar os seus estilos de vida, bem como, do seu impacto na prevenção das doenças crónicas.	
Nuñez, Diane E., et al. (2003)	Metodologia	Tipo de estudo: descritivo, exploratório
		Local: USA
		Amostra: 135 pessoas com idade \geq 50 anos, clientes do <i>Escalante Senior Center</i> .
		Instrumentos: - escala SF-36; - "Senior Health Risk Appraisal" (Senior HRA)
		Objetivos: - identificar as necessidades em saúde dos idosos; - responder às necessidades de saúde identificadas nos membros de uma comunidade, com alto risco de ter ou desenvolver patologias crónicas.

	Intervenção	<p>Programa com 3 categorias principais:</p> <p><u>Promoção da saúde</u>: aulas de exercício físico em grupo, treino individualizado de levantamento de pesos, atividades de prevenção de quedas, constituídas por exercícios de equilíbrio e aumento do tónus muscular, exercícios específicos para a artrite – PACE®, aulas de Tai Chi e grupos de caminhadas diárias.</p> <p><u>Educação do idoso</u>: EPS's mensais sobre nutrição, primeiros socorros, segurança, gestão do regime medicamentoso, promoção da saúde e prevenção de doenças.</p> <p><u>Autovigilância de doenças crónicas</u>: rastreios de HTA 2x/mês, de diabetes e hipercolesterolemia, semestralmente, consultas de enfermagem de <i>follow-up</i>, sobre estilos de vida saudáveis e gestão medicamentosa, quando necessário.</p> <p>Disponibilizada consulta de podologia, de 2 em 2 meses, por valor simbólico e rastreios gratuitos de depressão, audição, visão, glaucoma, cancro e massagem.</p>	
	Resultados	<p>Aumentou o desempenho funcional, a participação social e a auto-vigilância de doenças crónicas, manteve a independência funcional e elevou a qualidade de vida.</p> <p>Participantes do programa: média de 4,2 visitas médicas por ano (média nacional 7,1) e número de dias de internamento hospitalar de 1,6 dias (média nacional 2,1).</p>	
Kono, Ayumi, et al. (2012)	Metodologia	<p>Tipo de estudo: aleatório controlado, duplamente cego.</p> <p>Local: Japão</p> <p>Amostra: 323 pessoas (161 do grupo experimental e 162 do grupo controlo), com idade ≥ 65 anos, de 3 municípios suburbanos de Osaka, a viver em contexto domiciliário e certificadas como nível 1 ou 2 na LTCI (japanese public long-term care insurance system).</p> <p>Instrumentos: - Questionário postal para avaliar parâmetros funcionais e psicossociais; - Índice de Barthel; - Índice de Competência do Instituto Metropolitano de Gerontologia de Tokyo; - Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida; - Escala de Suporte Social de Noguchi.</p> <p>Objetivo: Examinar os efeitos de um programa preventivo de visitas domiciliárias, nos parâmetros funcionais, psicossociais e na utilização de cuidados de longa duração, nos idosos a viver em contexto domiciliário.</p>	
	Intervenção	<p>Entrevista inicial com avaliação de 5 elementos-chave: locomoção, atividades diárias, contatos sociais, condições de saúde e sinais de abuso.</p> <p>VD's semestrais, durante 2 anos, realizadas por enfermeiros comunitários ou assistentes sociais, conforme resultado da entrevista inicial.</p> <p>Recomendações, adequadas a cada caso individual, de acordo com 5 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autocuidado; • atenção por parte da comunidade, vizinhos ou membros da família; • consulta com profissionais de saúde comunitária; • encaminhamento para serviços da comunidade; • cuidados urgentes. 	
	Resultados	<p>40 idosos com problemas de saúde, problemas psicossociais ou outras dificuldades.</p> <p>Grupo experimental utilizou, significativamente, mais serviços comunitários e cuidados institucionais, de longo prazo, no período de 7 a 15 meses, após o início da intervenção.</p> <p>Programa de VD's com avaliação multidimensional estruturada, assente em recomendações, não melhorou o <i>status</i> funcional e psicossocial dos idosos, a viver em contexto domiciliário, mas diminuiu, significativamente, o grau de dependência nas AVD's e nas AIVD's e melhorou o estado depressivo.</p>	

Hébert, Réjean, et al. (2001)	Metodologia	Tipo de estudo: aleatório controlado
		Local: Canadá
		Amostra: 494 pessoas (245 do grupo experimental e 249 do grupo controlo), com idade \geq 75 anos, a residir em contexto domiciliário e em risco de declínio funcional.
		Instrumentos: - Functional Autonomy Measurement System (SMAF); - Dupuy's General Well-being Schedule; - Social Provisions Scale.
	Intervenção	Objetivo: Verificar a eficácia de um programa multidimensional, na prevenção do declínio funcional, dos idosos.
		Avaliação inicial de 12 dimensões: medicação, função cognitiva, depressão, equilíbrio ou risco de queda, hipotensão ortostática, riscos ambientais, suporte social, nutrição, HTA, acuidade visual, acuidade auditiva e incontinência.
		Resultados da avaliação comunicados ao médico de família e, se necessário, referenciação para recursos especializados (programa de reabilitação, terapia ocupacional, nutrição e avaliação auditiva).
		Fornecidas recomendações específicas, constantes de um protocolo estruturado, que faz corresponder a cada necessidade um tipo específico de intervenção. Durante um ano, a enfermeira contactou os participantes, mensalmente, para vigilância do cumprimento das recomendações efetuadas.
	Resultados	Dos 245 participantes do grupo experimental, 48 apresentaram declínio funcional. Dos 249 participantes do grupo controlo, 49 apresentaram declínio funcional.
		Sem diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos, na pontuação obtida nas 3 escalas aplicadas.
Banerjee, Ananya Tina, et al. (2015)	Metodologia	Tipo de estudo: qualitativo
		Local: Canadá
		Amostra: 12 pastores e 21 paroquianos.
		Instrumentos: - Entrevista semi-estruturada (aos 12 pastores); - <i>Focus group</i> (com os 21 paroquianos).
	Intervenção	Objetivo: Descrever os fatores que facilitam a implementação de programas de promoção da saúde cardiovascular, destinados a idosos das igrejas anglicana, unida e católica.
		Entrevistas gravadas e conteúdo do <i>focus group</i> transcrito por profissional contratado. Análise de conteúdo com recurso ao programa NVivo 8, para identificar fatores facilitadores da implementação de programas de prevenção de doenças cardiovasculares, em igrejas. Resumo com os temas e subtemas principais, de acordo com a fase três, do modelo PRECEDE-PROCEED: fatores de predisposição, fatores de habilitação e fatores de reforço.

	Resultados	<p>Fatores de predisposição: valores de saúde associados aos religiosos (ensinos bíblicos incutem a responsabilização da pessoa pelo corpo e pela saúde); grupos de idosos da igreja, já previamente estabelecidos; público-alvo (paroquianos) previamente sensibilizado e motivado para a promoção da sua saúde; a igreja como infraestrutura sólida; boa acessibilidade aos programas realizados pela igreja.</p> <p>Fatores de habilitação: os pastores como líderes efetivos na promoção da saúde espiritual e física; a existência de enfermeiros paroquianos que desenvolvem atividades, fazendo a ligação entre a fé e a promoção da saúde; apoio monetário fornecido pelo governo; programas de promoção da saúde com componente religiosa.</p> <p>Fatores de reforço: acesso gratuito ou de baixo custo às instalações da igreja, destinadas à promoção da saúde; envolvimento dos pastores com os problemas de saúde da comunidade; suporte social obtido pelo contacto com outros idosos, que frequentam os programas de promoção da saúde.</p> <p>Resultados relevantes, na medida em que sugerem fatores importantes a considerar na projeção de programas de prevenção de doenças cardiovasculares, destinado a idosos, utilizando a instituição da igreja como veículo.</p>	
Huang, Lian-Huan, et al. (2002)	Metodologia	Tipo de estudo: quasi-experimental	
		Local: Taiwan	
		Amostra: 140 pessoas, de 4 centros de dia, da cidade de Taipei, com idade ≥ 60 anos.	
		Instrumentos: Questionário (para avaliar o conhecimento sobre promoção da saúde).	
Objetivo: Examinar a eficácia de um programa de promoção da saúde num grupo de idosos, a residir em contexto comunitário.			
Robichaud, Line, et al. (2000)	Intervenção	<p>Programa desenvolvido por: enfermeiros, nutricionistas e professores de educação física.</p> <p>Cada EPS teve a duração de 2h e, cada semana do programa foi subordinada a um tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-estilos de vida saudáveis; 2-prevenção de doenças crónicas; 3-nutrição; 4-exercício; 5-medicação. <p>Foram, também, distribuídos folhetos informativos sobre as temáticas abordadas.</p>	
		Resultados	Aquisição de conhecimentos sobre promoção da saúde e adoção de comportamentos saudáveis, por parte dos idosos.
			Resultados obtidos, ao nível do conhecimento, superiores nos idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, com mais habilitações literárias, casados e a viver em contexto familiar.
Robichaud, Line, et al. (2000)	Metodologia	Tipo de estudo: aleatório controlado	
		Local: Canadá	
		<p>Amostra: 99 idosos (50 do grupo controlo e 49 do grupo experimental), com idade > 75 anos, residentes na comunidade e identificados em risco de declínio de autonomia funcional, através de um questionário postal (2 ou mais respostas positivas às 6 questões colocadas).</p>	
		<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Sherbrooke Postal Questionnaire (tria idosos em risco de declínio funcional); - SMAF (escala da autonomia funcional); - Perceived well-being scale (Reker and Wong, 1984); - OARS (questionário de avaliação multi-funcional); 	

- Perceived social support scale (Procidano and Heller, 1983).	
	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliar a viabilidade e aceitação de um programa preventivo, destinado a indivíduos com mais de 75 anos, identificados em risco de declínio funcional, através de um questionário postal; - explorar os efeitos do programa no que respeita: os fatores de risco, o nível de autonomia funcional, o bem-estar, o estado de saúde percebido, o apoio social percebido e a utilização e custo dos serviços de saúde.
Intervenção	<p>VD realizada por enfermeira, para avaliação e gestão de 12 fatores de risco: dificuldades com gestão do regime medicamentoso, humor depressivo, transtorno cognitivo, diminuição da acuidade visual e da acuidade auditiva, HTA, marcha e problemas de equilíbrio, hipotensão ortostática, risco de queda, desnutrição, incontinência urinária, apoio social insuficiente.</p> <p>Envio do resultado da avaliação, ao médico de família, numa tabela, com 5 colunas: fatores de risco, avaliação do idoso, critérios para resultados alterados, intervenções sugeridas, profissional de referência.</p> <p>Entrevista telefónica, bimestral, de <i>follow-up</i>.</p>
Resultados	<p>Programa viável e aceite pelos idosos e profissionais da saúde envolvidos.</p> <p>Após 6 meses, grupo experimental sem perda de autonomia funcional e grupo controlo com declínio significativo da autonomia.</p> <p>Obtidos ganhos na autonomia funcional, no bem-estar geral e no apoio social percebido. Sem efeito significativo na utilização de cuidados de saúde.</p>
Kadar, K.S., McKenna, L. e Francis, K. (2014)	Metodologia
	Tipo de estudo: misto
	Local: Indonésia
	Amostra: 25 responsáveis por organizações distritais de saúde e 23 profissionais da saúde responsáveis por desenvolver programas com os idosos.
	Instrumentos: - Entrevista semi-estruturada; - Questionário.
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - explorar os programas e serviços de promoção do bem-estar dos idosos de uma área rural; - descrever os papéis e as práticas dos profissionais da saúde, responsáveis pela prestação de cuidados aos idosos.
Intervenção	<p>Envio de questionário, por correio, para 23 profissionais da saúde, responsáveis por desenvolver programas com idosos, para identificar o tipo de intervenções realizadas.</p> <p>Entrevistas semi-estruturadas aos responsáveis por organizações distritais de saúde, com 4 questões sobre: estrutura organizacional, papel na prestação de cuidados de saúde comunitários, programas e serviços disponibilizados no geral e programas e serviços específicos para idosos.</p>
Resultados	<p>Atividades dos programas de saúde para idosos limitadas pelo orçamento e instalações disponíveis.</p> <p>Profissionais da saúde que desenvolvem programas com os idosos, na comunidade, ainda, muito focados no tratamento, ao invés de priorizar a prevenção.</p>
Huss, Anke, et al. (2008)	Metodologia
	Tipo de estudo: revisão sistemática da literatura e meta-análise
	Local: Reino Unido
	Amostra: 21 ensaios clínicos
Objetivo:	comparar os resultados obtidos no grupo experimental e no grupo controlo de programas preventivos de visitas domiciliárias para idosos.

	Intervenção	Realizada pesquisa de ensaios clínicos aleatórios nas bases de dados: MEDLINE. EMBASE. Cochrane CENTRAL database e pesquisa bibliográfica. Critérios de pesquisa incluíram: participantes com média de idade > 70 anos, viver em contexto comunitário, intervenção preventiva ampla e não dirigida a determinado problema de saúde.
	Resultados	Programas de promoção da saúde do idoso apresentam potencial na redução de incapacidades; Resultados heterogêneos devido à variabilidade das populações estudadas, da terminologia utilizada, dos serviços de saúde disponíveis e aos diferentes tipos de estudos realizados; Programas de promoção da saúde do idoso têm de ser adaptados aos diferentes contextos regionais para serem mais eficazes.
Buijs, Rosanne, et al. (2003)	Metodologia	Tipo de estudo: misto
		Local: Canadá
		Amostra: 1ª fase - 35 idosos de 3 complexos de apartamentos sociais; 2ª fase – 90 idosos de 7 complexos de apartamentos sociais (grupo experimental) e idosos de outros 7 complexos de apartamentos sociais (grupo controlo).
		Instrumentos: - Entrevista semi-estruturada; - <i>Focus group.</i>
		Objetivos: - Descrever a avaliação qualitativa do programa ALIVE, nos idosos do grupo de intervenção; - Discutir os resultados em relação ao modelo de promoção da saúde de Pender (1996); - Sugerir estratégias para os enfermeiros incentivarem a participação de idosos em programas de promoção da saúde.
		Intervenção
Resultados	<u>Fatores condicionantes</u> da participação no programa: benefícios percebidos, incentivo fornecido, atmosfera social positiva, atividades divertidas. <u>Barreiras à participação</u> , relatadas pelos participantes: outras prioridades, deterioração do estado de saúde, esquecimento. <u>Benefícios do programa</u> : sensação de bem-estar, melhorou a saúde mental e física, aumentou a interação social, melhorou a autonomia e a qualidade de vida.	

Anexo II – Questionário do estudo “Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional”



QUESTIONÁRIO

Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional

INVESTIGADORES: MARTINS, M.M.; MARTINHO, J.; NOGUEIRA, N.; ARAÚJO, M.F.; MARQUES, P.

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.

Se necessitar de qualquer esclarecimento adicional ou tiver dúvidas no preenchimento do questionário contacte:

Manuela Martins 917254071 mmartins@esenf.pt

Júlia Martinho 933258134 julia@esenf.pt

Ana Carvalho 252320900 ext 428

familia@vilanovadefamalicao.org

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. Senão responder, por favor não assinale a resposta, deixe em branco o quizer.

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

Nº do questionário

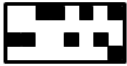
Código da freguesia:

Código do entrevistador (a)

Data da colheita da entrevista: (d/m/a)

Local da recolha: Comunidade Meio familiar

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


PARTE 1 - Características sociodemográficas e clínicas
ID 1- Sexo? Masculino Feminino2 - Idade? (anos completos) Data de nascimento: / (d/m/a)3 - Estado Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)4 - Idade Convivente/Cônjuge: (anos completos)5 - Número de filhos: 6 - Alfabetismo: Sabe ler? Sim Não
Sabe escrever? Sim Não

7- Escolaridade: (completa)

- Nenhuma
- Ensino básico – 1º ciclo (4º ano antigo)
- Ensino básico – 2º ciclo (6º ano antigo)
- Ensino básico – 3º ciclo (9º ano antigo)
- Ensino secundário – 12º ano (7º ano do liceu/ propedêutico)
- Ensino pós secundário – curso de especialização tecnológica
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

8 - Fonte de rendimento:

- Trabalho
- Reforma/pensão
- Rendimento social de inserção
- Outra Qual?

9 - Profissão (qual é ou foi a sua profissão principal)?

- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
- Profissões intelectuais e científicas
- Pessoal administrativo e similares
- Pessoal dos serviços e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca
- Operários, artífices e trabalhadores similares
- Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem
- Profissões não qualificadas
- Doméstico(a)
- Forças armadas

**PARTE 2 – Autonomia nas AIVD's**ID

--	--	--	--

11 - Assinale a afirmação que corresponde às atividades que consegue realizar neste momento:

1 - Utilização do telefone

- Utiliza o telefone por iniciativa própria.
- É capaz de marcar bem alguns números familiares.
- É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar.
- Não é capaz de usar o telefone.

2 - Fazer compras

- Realiza todas as compras necessárias independentemente.
- Realiza independentemente pequenas compras.
- Precisa de ir acompanhado(a) para fazer qualquer compra.
- É totalmente incapaz de comprar.

3 - Preparação das refeições

- Organiza, prepara e serve as refeições sozinho(a) e adequadamente.
- Prepara adequadamente as refeições se lhe fornecem os alimentos.
- Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada.
- Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições.

4 - Tarefas domésticas

- Mantém a casa sozinho(a) ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados).
- Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama.
- Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza.
- Precisa de ajuda em todas as tarefas domésticas.
- Não participa em nenhuma tarefa doméstica.

5 - Lavagem da roupa

- Lava sozinho(a) toda a sua roupa.
- Lava sozinho(a) pequenas peças de roupa.
- A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.

6 - Utilização de meios de transporte

- Viaja sozinho(a) em transporte público ou conduz o seu próprio carro.
- É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte.
- Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado(a).
- Só utiliza o táxi ou o automóvel com a ajuda de terceiros.
- Não viaja.

7 - Manejo da medicação

- É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas.
- Toma a medicação se a dose é preparada previamente.
- Não é capaz de tomar a sua medicação.



202

8 - Responsabilidade de assuntos financeiros

- Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho(a).
- Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco.
- Incapaz de manusear o dinheiro.

**PARTE 3 - Condições de Saúde**ID

--	--	--	--

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

- Muito Bom
- Bom
- Mau
- Muito mau

13 - 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, Trombos e, 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"/>

14 - 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"/>

15 - Nos, últimos 6 meses teve alguma queda?

- Nenhuma
- Uma vez
- Duas vezes
- Três ou mais vezes

ID

16 – Local de ocorrência da queda:

- Casa
- Rua
- Igreja
- Junta de freguesia
- Correio
- Supermercado / mercearia
- No campo/ horta/ jardim
- Outra Qual?

17 - Teve lesões resultantes da queda? Sim Não18 - Precisou de cuidados de saúde? Sim Não

19 - Alguma vez um profissional de saúde lhe deu alguma orientação?

	Sim	Não	Não sabe/ Não responde	Profissionais de saúde		
				Enfermeiro	Médico	Assistente Social
1. Uso de tapetes/ passadeiras/ carpetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tipo de calçado (interior/exterior)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Disposição de mobiliário em algumas divisões da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tapete na banheira/poliban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Uso de acessórios de segurança no WC (barras de apoio bilateral na sanita, na parede da banheira/poliban, outras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 - Em sua opinião tem risco de sofrer uma queda? Sim Não

21 – Leia as frases que se seguem e diga em que grau concorda ou discorda, preenchendo o círculo (●) que melhor se adapta ao seu caso.

	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
21.1 - Às vezes esqueço-me de tomar os meus medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.2 - Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.3 - Algumas pessoas esquecem-se de tomar os medicamentos. Com que frequência isso lhe acontece a si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.4 - Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**PARTE 4 – Estilos de Vida**

22 - Nas afirmações que se seguem coloque a pontuação que considera identificar o seu comportamento:

[0] Não faz parte do meu estilo de vida

[1] Por vezes corresponde ao meu comportamento

[2] Quase sempre verdadeiro no meu comportamento

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

22.1 Componente: Nutrição	0	1	2	3
a. A minha alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Evito ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, fritos) e doces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Faço 4 a 5 refeições variadas por dia, incluindo um bom pequeno-almoço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.2 Componente: Atividade Física	0	1	2	3
d. No meu tempo livre pratico atividades físicas (exercícios, desporto ou dança).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Pelo menos duas vezes por semana realizo exercícios que envolvem força e alongamento muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.3 Componente: Comportamento Preventivo	0	1	2	3
g. Conheço a minha TENSÃO ARTERIAL, os meus níveis de COLESTEROL e procuro controlá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Evito fumar e ingiro álcool com moderação (ou não bebo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Respeito as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); quando conduzo, uso sempre cinto de segurança e nunca ingiro álcool.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.4 Componente: Comportamento Relacional	0	1	2	3
j. Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com os meus relacionamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. No meu tempo livre procuro ter encontros com amigos, atividades desportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Procuro ser ativo na minha comunidade, sinto-me útil no meu ambiente social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.5 Componente: Controle do Stress	0	1	2	3
m. Reservo tempo (pelo menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Mantenho uma discussão sem me alterar, mesmo quando contrariado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Equilibro o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Para cada uma das afirmações selecione sim ou não:

ID

23 - Que atividades físicas habitualmente, desenvolve?

23.1 - 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"/>

23.2 - As minhas atividades diárias podem ser descritas como:	Sim	Não
1. Passo a maior parte do tempo sentada 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"/>

23.3 - 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"/>

23.3.1 - 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"/>

23.3.2 - 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"/>



Nas afirmações que se seguem, preencha com a opção que melhor se adequa ao seu caso

ID

24 - Alimentação diária com que frequência:

	Diariamente	3 a 6 vezes por semana	1 a 2 vezes por semana	3 vezes por mês
1 - Consumo três ou mais porções de frutas ou sumos de fruta natural.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Consumo folhas verdes cruas ou cozidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - Consumo carnes vermelhas magras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Consumo carnes vermelhas gordas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Consumo peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico ou soja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Consumo doces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Consumo pelo menos um copo de leite, um copo de iogurte ou uma fatia de queijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Consumo pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados (exceto fritos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Consumo refrigerantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Consumo pelo menos quatro porções de pães, cereais matinais (aveia, flocos de milho), massa, arroz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Consumo mais calorias do que o meu corpo precisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Consumo fritos ou outros alimentos gordurosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - Consumo folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Consumo alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Consumo mais de duas colheres de sopa por dia de açúcar nas minhas bebidas (sumos, chá, leite ou café).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - Consumo mais de três chávenas pequenas de café.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Consumo pelo menos três a quatro refeições por dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Consumo mais do que 120 g - um bife (mulheres) ou 180 g - um bife e meio (homens) de carne, frango, peru, peixe, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Não tomo o café da manhã.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 - Consumo sanduíches em bares fast food.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 - Participa em atividades sociais?

Não se aplica Sim Não Não responde

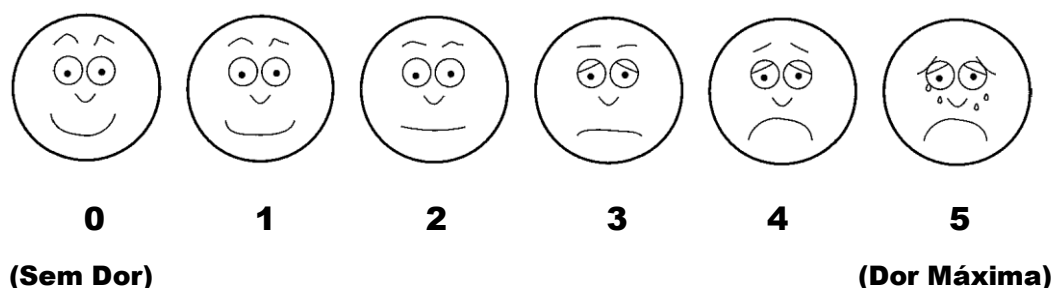
Anexo III – Cronograma do programa de promoção da saúde do idoso

CRONOGRAMA DO PROGRAMA “TRÊS PILARES PARA VIVER MAIS E MELHOR”

Atividades	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Educações Para a Saúde	Estilos de Vida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								
	Segurança/ Prevenção de Quedas				<input checked="" type="checkbox"/>							
	Promoção da Autonomia nas AVD's					<input checked="" type="checkbox"/>						
	Gestão do Regime Medicamentoso						<input checked="" type="checkbox"/>					
Autovigilância	Monitorização do peso	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
	Monitorização do perímetro abdominal	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>
Promoção da Saúde	Aula de exercício físico em solo	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀	2x/sem. ♂ 1x/sem. ♀
	Aula de exercício físico em água	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀	1x/sem. ♀
	Classe de movimento	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂	1x/sem. ♀ 1x/sem ♂

Avaliação	Escala de Faces	<input checked="" type="checkbox"/>											<input checked="" type="checkbox"/>
	Índice de Tinetti	<input checked="" type="checkbox"/>											<input checked="" type="checkbox"/>
	Perfil de Estilo de Vida	<input checked="" type="checkbox"/>											<input checked="" type="checkbox"/>
	QFA	<input checked="" type="checkbox"/>											<input checked="" type="checkbox"/>
	Escala de Lawton e Brody	<input checked="" type="checkbox"/>											<input checked="" type="checkbox"/>

Anexo IV – Escala de faces da dor



Anexo V – Teste de Tinetti

POMA I

(PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILIBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO

TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

0 – inclina – se ou desliza na cadeira

1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – estável, seguro

2. LEVANTAR –SE

0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio

1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa

2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)

1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se

2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados \geq 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILIBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

0 – instável

1 – estável

7. VOLTA DE 360° (2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar

1 – sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio

1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo

1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio

1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo

1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. SIMETRIA DO PASSO

0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico

1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. CONTINUIDADE DO PASSO

0 – pára ou dá passos descontínuos

1 – passos contínuos

17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

0 – desvia-se da linha marcada

1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha

2 – sem desvios e sem ajudas

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha

1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco
2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

0 – calcanhares muito afastados

1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: / 12

Pontuação total: / 28

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY, adaptado com permissão.

Elisa Petiz

FCDEF-UP 2001

Anexo VI – Questionário do perfil de estilo de vida

PERFIL DO ESTILO DE VIDA

O **ESTILO DE VIDA** corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

- [0] absolutamente **não** faz parte do seu estilo de vida
- [1] **às vezes** corresponde ao seu comportamento
- [2] **quase sempre** verdadeiro no seu comportamento
- [3] a afirmação é **sempre** verdadeira no seu dia a dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Alimentação

- a. Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças. []
- b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. []
- c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã. []

Componente: Atividade Física

- d. Seu lazer inclui a prática de atividades físicas (exercícios, esportes ou dança). []
- e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. []
- f. Você caminha ou pedala como meio de deslocamento e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. []

Componente: Comportamento Preventivo

- g. Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los. []
- h. Você se abstém de fumar e ingere álcool com moderação (ou não bebe). []
- i. Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); usa sempre o cinto de segurança e, se dirige, nunca ingere álcool. []

Componente: Relacionamentos

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. []
- k. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades em grupo, participação em associações ou entidades sociais. []
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

Componente: Controle do Estresse

- m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. []
- n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. []

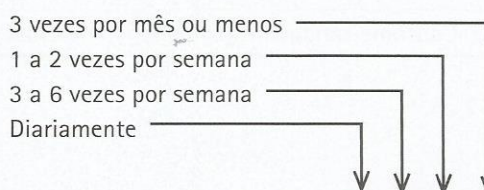
Anexo VII – Questionário de frequência alimentar

VOCÊ SE ALIMENTA CORRETAMENTE?

Em nosso mundo agitado, muitos de nós não têm tempo para se alimentar com calma, escolhendo bem os alimentos e distribuindo a ingestão calórica em pelo menos três refeições por dia. Responda ao questionário abaixo e veja se o seu padrão alimentar é saudável. Este questionário foi adaptado do original desenvolvido pelas nutricionistas Raquel F. Pereira e Márcia D.Hirschbruch, publicado em 1999.

Este instrumento tem o objetivo de informar as pessoas, não sendo validado como instrumento de pesquisa científica.

Circule o número correspondente à sua resposta e, ao final calcule o total de pontos obtidos.



Com que frequência você:

1	Consome três ou mais porções de frutas frescas ou sucos de fruta natural?	10	5	1	0
2	Consome folhas verdes cruas ou cozidas?	10	5	1	0
3	Consome carnes vermelhas magras?	2	4	8	10
4	Consome carnes vermelhas gordas?	0	0	5	10
5	Consome peito de frango, peixes, peito de peru ou refeições (sem carne) com feijão, lentilha, ervilha, grão de bico ou soja?	10	8	5	0
6	Consome doces?	0	5	7	10
7	Consome pelo menos um copo de leite, um pote de iogurte ou uma fatia de queijo?	10	5	0	0
8	Consome pelo menos duas porções de vegetais crus, cozidos ou assados (exceto fritos)?	10	5	0	0
9	Consome refrigerantes?	0	2	4	10
10	Consome pelo menos quatro porções de pães, cereais matinais (aveia, granola, flocos de milho), macarrão, arroz?	10	8	4	0
11	Consome mais calorias do que seu corpo precisa?	0	2	8	10
12	Consome frituras ou outros alimentos gordurosos?	0	0	5	10
13	Consome folhas verdes escuras, cenoura, mamão, manga, abóbora?	10	8	2	0

14	Consome alimentos integrais (arroz, outros cereais integrais, farelo de trigo, pão integral, massas integrais)?	10	8	2	0
15	Consome mais de duas colheres de sopa por dia de açúcar nas suas bebidas (sucos, chá, leite ou café) ?	0	0	5	10
16	Consome mais de três xícaras pequenas de café?	0	0	5	10
17	Consome pelo menos três a quatro refeições por dia?	10	5	2	0
18	Consome mais do que 120g – um bife (mulheres) ou 180g – um bife e meio (homens) de carne, frango, peru, peixe, etc.?	0	2	4	10
19	Pula o café da manhã?	0	2	4	10
20	Consome sanduíches em lanchonetes <i>fast food</i> ?	0	2	4	10

Total de Pontos:

Interpretação do Resultado

- Se sua soma deu **entre 160 e 200 pontos**, parabéns! Seus hábitos alimentares são excelentes.
- **Entre 120 e 159 pontos**, você está no caminho certo, mas pode melhorar.
- Escore **inferior a 120** indica que a qualidade de sua alimentação precisa melhorar bastante.

Anexo VIII – Escala de Lawton e Brody

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3