



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório Estágio

**Estratégias Comunitárias para um
Envelhecimento Ativo – Projeto de Promoção
da Saúde Mental do Idoso**

Isabel Maria Maia da Silva Bento Marques

Orientador:

Professor Coordenador João Barradas Ferreira Durão

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório Estágio

**Estratégias Comunitárias para um
Envelhecimento Ativo – Projeto de Promoção
da Saúde Mental do Idoso**

Isabel Maria Maia da Silva Bento Marques

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria**

Orientador:

Professor Coordenador João Barradas Ferreira Durão

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, e foram muitos, o meu muito obrigado!

Estamos todos em festa
Numa grande romaria
Com a enfermeira Isabel
Que ela é uma simpatia.

A primeira vez que a vi
Foi lá no centro de dia
Fiquei muito satisfeita
Com a sua companhia.

...

Estamos no Parque Ambiental
Neste sítio tão vistoso
Vivam todos em geral
Neste dia do idoso!

Escrito e oferecido pela amiga Pelela (83 anos)

07/10/2011

RESUMO

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas estabelece como estratégias de intervenção a promoção do envelhecimento ativo, valorizando a autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e manter-se ativo.

O presente relatório profissional visa descrever e refletir sobre as atividades realizadas no âmbito do projeto de promoção da saúde mental do idoso, no concelho de Redondo, Alentejo. Incluiu estratégias de educação para a saúde, a comemoração do Dia Internacional das Pessoas Idosas, a participação na criação de uma rede informal de “Voluntariado de Afetos”, o planeamento e calendarização do evento “II Feira do Idoso”, a aplicação do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) aos idosos, com análise dos dados, e avaliação da satisfação dos idosos.

Da observação efetuada e pelas expressões de satisfação registadas, observou-se que as atividades realizadas favorecem a promoção da saúde mental do idoso e contribuem para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem, envelhecimento ativo, idoso, promoção da saúde mental, saúde do idoso.

“COMMUNITY STRATEGIES FOR AN ACTIVE AGEING - PROJECT FOR THE PROMOTION OF MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY”

ABSTRACT

The National Program for the Health of Older People sets as intervention strategies the promotion of active ageing, valuing autonomy, lifelong learning and keeping active. This professional report aims to describe and reflect on the activities carried out under the project to promote the mental health of the elderly in the municipality of Redondo, Alentejo. It was included health education, the celebration of International Day of Older People, participation in the creation of an informal network of "Volunteer of Affections", the planning and scheduling of the event "II Fair for the Elderly", the implementation of the Integrated Assessment Instrument (IAI) for the elderly with data analysis and evaluation of the satisfaction of the elderly. From the performed observation and by the expressions of satisfaction recorded, it was observed that activities favor the promotion of mental health of the elderly and contribute to the development of specific skills of nurses.

Keywords: Nursing, active ageing, elderly, mental health promotion, health of the elderly.

Índice

Introdução	1
1 O Contexto: A Unidade na Comunidade de Redondo – UCC Redondo	4
1.1 Recursos materiais e humanos	5
2 A População – alvo: Idosos do Concelho de Redondo.....	5
2.1 Promoção da Saúde Mental dos Idosos.....	8
2.2 Estudos sobre programas de intervenção com idosos	10
2.3 Recrutamento da População-alvo.....	13
3 Os objectivos	14
4 A Produção de Cuidados	15
4.1 Desenvolvimento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESMP).....	19
4.2 A Educação para a Saúde (EpS) como estratégia para a mudança	21
4.3 Documentação de dados com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)	22
4.4 Produção de Indicadores de Registo no Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SAPE).....	23
5 Horizonte temporal	25
6 As intervenções Realizadas	25
6.1 Constituição de Parcerias	25
6.2 Educação para a Saúde.....	26
6.3 Comemoração do Dia Internacional das Pessoas Idosas.....	28
6.4 “Voluntariado de Afetos”	29
6.5 Feira do Idoso.....	31
7 Estudo da Caracterização dos Idosos pela aplicação do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI).....	33
7.1 Análise geral dos resultados.....	35
7.2 Estado social.....	38
7.3 Queixas de saúde.....	41
7.4 Estado de nutrição e Índice de Massa Corporal (IMC).....	47

7.5	Propensão para quedas	48
7.6	A Locomoção	49
7.7	Autonomia física	51
7.8	Autonomia instrumental.....	53
7.9	Queixas emocionais.....	55
7.10	Outras queixas emocionais	57
7.11	Estado cognitivo	58
7.12	Hábitos de exercício físico	60
7.13	Síntese.....	62
8	Satisfação dos idosos face ao projeto	63
9	Competencias mobilizadas e adquiridas.....	66
	Conclusão.....	68
	Referências Bibliográficas	71
	Anexo I - Cronograma Actividades 2011/2012.....	74
	Anexo II – Programa da II Feira do Idoso	75
	Anexo III – Instrumento de Avaliação Integral (IAI).....	79

Índice de Tabelas

Tabela 4.1 – Matriz conceptual dos Enunciados Descritivos da OE	16
Tabela 4.2 – Operacionalização de Competências do EEESMP	19
Tabela 4.3 – Core de Indicadores segundo a CIPE no SAPE.....	24
Tabela 6.1 – Sessões de Educação para a Saúde Realizadas	27
Tabela 6.2 – Intervenções Individuais com Idosos	28
Tabela 7.1 - Estrutura do IAI	35
Tabela 7.2 – Tipo de queixas músculo-esqueléticas.....	42
Tabela 7.3 – Tipo de queixas de visão.....	43
Tabela 7.4 – Tipo de queixas de audição.....	44
Tabela 7.5 – Tipo de queixas de pele.....	45
Tabela 7.6 – Tipo de queixas de outros órgãos.....	46
Tabela 7.7 – Tipo de queixas de outros sistemas.....	47

Índice de Figuras

Figura 2.1 – Proporção da população residente com 65 e mais anos de idade	7
Figura 2.2 – Índice de Envelhecimento	7
Figura 2.3 – Índice de Dependência de Idosos	8
Figura 7.1 – Distribuição por Sexo	36
Figura 7.2 - Distribuição por escalão etário e por Sexo.....	36
Figura 7.3 - Distribuição por Sexo e institucionalização	37
Figura 7.4 – Grupo etário e institucionalização	38
Figura 7.5 - Estado civil por Sexo	38
Figura 7.6 - Estado civil e institucionalização	39
Figura 7.7 – Coabitação por Sexo.....	40
Figura 7.8 – Escolaridade por Sexo	40
Figura 7.9 – Tipo de profissão por Sexo.....	41
Figura 7.10 - Queixas músculo-esqueléticas, por Sexo	42
Figura 7.11 - Queixas de visão, por Sexo	43
Figura 7.12 - Queixas de audição, por Sexo	44
Figura 7.13 - Queixas de pele, por Sexo	45
Figura 7.14 - Queixas de outros órgãos, por Sexo.....	46
Figura 7.15 - Queixas de outros sistemas, por Sexo.....	47
Figura 7.16 – Índice de Massa Corporal (IMC).....	48
Figura 7.17 – Número de quedas no último ano.....	48
Figura 7.18 - Número de quedas no último ano por Sexo	49
Figura 7.19 – Autonomia para andar na rua por Sexo	50
Figura 7.20 - Autonomia para andar na rua e institucionalização	50
Figura 7.21 - Autonomia para andar na rua e grupo etário.....	51
Figura 7.22 – Autonomia para a higiene pessoal por Sexo	52
Figura 7.23 – Autonomia para a higiene pessoal por grupo etário	52
Figura 7.24 - Autonomia para a higiene pessoal e institucionalização.....	53
Figura 7.25 – Autonomia para a gestão do dinheiro por Sexo	54
Figura 7.26 – Autonomia para a gestão do dinheiro por grupo etário	54
Figura 7.27 – Autonomia para a gestão do dinheiro e institucionalização	55
Figura 7.28 – Presença de queixas de tristeza por Sexo	56
Figura 7.29 – Presença de queixas de tristeza por grupo etário.....	56

Figura 7.30 - Presença de queixas de tristeza e institucionalização	57
Figura 7.31 – Presença de outras queixas emocionais.....	58
Figura 7.33 – Orientação no tempo: “Em que ano estamos?” por Sexo.....	59
Figura 7.33 - Orientação no tempo: “Em que ano estamos?” por grupo etário	59
Figura 7.34 - Orientação no tempo: “Em que ano estamos?” e institucionalização..	60
Figura 7.35 – Total de horas semanais de atividade física por Sexo	61
Figura 7.37 - Total de horas semanais de atividade física e institucionalização	61

Lista de Abreviaturas e Siglas

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AVD – Atividade(s) de Vida Diária
CLAS – Conselho Local de Ação Social
CMR – Câmara Municipal de Redondo
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
EpS – Educação para a Saúde
IAI – Instrumento de Avaliação Integral
INE – Instituto Nacional de Estatística
IP – Intervenção Precoce
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSO – Programa Nacional de Saúde Oral
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI – Rendimento Social de Inserção
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados
USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define Envelhecimento Ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, Abril, 2002).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas estabelece como uma das grandes estratégias de intervenção, a promoção do envelhecimento ativo, ou seja, desenvolver estratégias que contribuam para um envelhecimento saudável, valorizando a autonomia como vertente central do envelhecimento saudável, sendo necessário promover a autonomia das pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha. Estabelece ainda a aprendizagem ao longo da vida, aspeto que muito contribui para se envelhecer saudavelmente, porque contribui para que se conservem as capacidades cognitivas. E, por último, manter-se ativo mesmo após a reforma, porque uma das formas que mais concorre para a manutenção da saúde da pessoa idosa nas suas diversas componentes, física, psicológica e social (DGS, 02/07/2004).

O Livro Branco define como estratégia para um envelhecimento com saúde ações de promoção da saúde e de prevenção da doença ao longo de todo o ciclo de vida que abordem questões essenciais como a má nutrição, o exercício físico, o consumo de álcool, drogas e tabaco, os riscos ambientais, os acidentes domésticos e os rodoviários (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Redondo, criada em Junho de 2011, sendo uma unidade funcional que atua no âmbito comunitário, cuja missão é a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família. Estando a coordenação da UCC Redondo a nosso cargo, propusemos como objetivo pessoal e da equipa desenvolver um projeto com ações que contribuam para o envelhecimento saudável, numa perspetiva de promoção da saúde mental dos idosos.

A Câmara Municipal de Redondo (CMR) desde há algum tempo desenvolve um projeto de trabalho com os idosos do concelho, denominado “Dinâmica Sénior”, com as

vertentes sócio-lúdica e atividade física. Ao longo dos anos foi frequente a participação de elementos do Centro de Saúde de Redondo nessas atividades em parceria com a CMR, sobretudo associadas às Comemorações do Mês do Coração e Dia Internacional das Pessoas Idosas.

Face à problemática do envelhecimento, questiona-se que estratégias poderão ser desenvolvidas com reais contributos para o envelhecimento ativo e saudável, numa perspetiva de promoção da saúde mental dos idosos?

Baseamos a nossa proposta de trabalho no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Este Programa pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência. O referido Programa defende que a estimulação da iniciativa pessoal das pessoas idosas para a autonomia e a independência, constitui-se para os profissionais de saúde, um imperativo de natureza ética (DGS, 02/07/2004).

No âmbito da formação especializada e do aprofundar do conhecimento científico no contexto profissional da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, o presente projeto visa o desenvolvimento dos seguintes objetivos / competências:

- Compreender o processo de saúde mental e as alterações comportamentais no contexto da experiência humana de saúde, com enfoque no envelhecimento humano;
- Implementar um programa de intervenção comunitária de promoção de saúde mental dos idosos, de modo a melhorar e manter uma boa qualidade de vida para as pessoas idosas, prevenindo o isolamento e a depressão, e a promover o envelhecimento saudável e ativo através da participação na vida social e cultural.
- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade com vista à definição das necessidades em cuidados.
- Contribuir para a investigação no âmbito do envelhecimento ativo, nomeadamente refletir como motivar as pessoas para cuidarem da sua saúde e lidarem com o processo de envelhecimento de uma forma responsável, assim como que medidas de prevenção poderão contribuir para a conservação das capacidades físicas, sensoriais, cognitivas e sociais.

A população-alvo é a população idosa residente no concelho de Redondo que participa nas atividades da “Dinâmica Sénior”, de acordo com os grupos que já se encontram formados, abrangendo todas as localidades do concelho, na expectativa de aumentar esse número de grupos e o número de aderentes.

Tendo em conta o horizonte temporal do presente projeto, o qual se circunscreve a um semestre letivo, limitam-se as atividades desenvolvidas ao respetivo período, havendo atividades planeadas para além desse período, conforme o Cronograma constante no ANEXO I.

Como estratégias prevê-se:

- A constituição de parcerias com as entidades envolvidas, como o Gabinete de Ação Social da Câmara Municipal de Redondo, as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) com intervenção nos idosos e as associações de idosos do concelho, onde se incluem as Casas do Povo.

- O desenvolvimento de atividades de educação para a saúde com os grupos de idosos nas temáticas:

- Atividade física para manter a independência;
- Prevenção de acidentes domésticos com Pessoas Idosas;
- Alimentação saudável para manter a saúde e independência;
- Saúde Oral das Pessoas Idosas;
- Envelhecimento ativo e saudável.

- A realização das Comemorações do Dia Internacional das Pessoas Idosas.

- Participação na criação de uma rede informal de “Voluntariado de Afetos”

- Programação, tendo em vista a realização, da “ II Feira do Idoso”.

- Aplicação do Instrumento de Avaliação Integral (IAI) aos idosos envolvidos e análise dos dados.

O Relatório Final visa a descrição, fundamentação e análise reflexiva sobre os objetivos, as intervenções, as estratégias, o processo de avaliação e controlo e sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

Na síntese final, para além de uma análise crítica do trabalho executado, a contribuição deste na formação pessoal e profissional, será ainda apresentado um conjunto de propostas de investigação futuras.

1 O CONTEXTO: A UNIDADE NA COMUNIDADE DE REDONDO – UCC REDONDO

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) levou à criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e à transformação dos centros de saúde em unidades funcionais prestadoras de cuidados. De entre as novas unidades funcionais surge a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) determinada pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, no Artigo 11º. Esta reforma aponta ainda para uma nova dinâmica dos serviços de saúde e assenta em alguns princípios fundamentais dos quais se salienta a orientação para a comunidade, a flexibilidade organizativa, a desburocratização, o trabalho em equipa, a autonomia e a responsabilização, a melhoria contínua da qualidade, a contratualização e a avaliação.

As atividades apresentadas neste projeto decorrem do nosso trabalho desenvolvido na UCC Redondo, cuja sede é no Centro de Saúde de Redondo, o qual se integra no ACES Alentejo Central1.

A implementação da UCC assenta nos princípios da atual reforma dos CSP. Apesar de não dispormos de um diagnóstico de saúde efetivo, a nossa prática diária na prestação de cuidados na comunidade permitiu a identificação das necessidades de intervenção comunitária, a partir das quais foi delineado o plano de ação para a UCC de Redondo.

A UCC Redondo, criada a 3 de Junho de 2011, tem como objetivos, desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; assistir utentes/famílias em cuidados domiciliários integrados; assistir utentes/famílias de maior risco e vulnerabilidade, com patologia mental associada; prestar cuidados na doença em parceria com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e capacitar os cuidadores informais no processo de cuidar.

O Centro de Saúde de Redondo possui um passado de intervenção comunitária do qual se orgulha. Neste sentido, a UCC de Redondo procura dar continuidade às atividades já existentes, integrando ainda novas áreas, desenvolvendo atualmente ações nos seguintes projetos / programas:

- Interlocutor para a Referenciação para a RNCCI
- Intervenção Precoce - IP
- Saúde Escolar - PNSE
- Saúde Oral - PNSO

- Comemorações de Saúde na Comunidade
- Rede Social
- Rendimento Social de Inserção - RSI
- Conselho Local de Ação Social - CLAS
- Acompanhamento de utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade, associada a doença mental – “O doente mental e a adesão à terapêutica”, com vista à operacionalização de boas práticas em cuidados de saúde primários.
- Integração na rede de intervenção comunitária – “Dinâmica Sénior”, com vista a um envelhecimento ativo, com estratégias de promoção da saúde mental do idoso.
- Membro Dinamizador para a promoção do Plano Operacional de Controlo de Infecção do ACES Alentejo Central1.

1.1 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A equipa que integra a UCC Redondo é formada por duas Enfermeiras a tempo inteiro, uma Assistente Técnica e uma Assistente Operacional a meio tempo e um Médico (6 horas/semana). A coordenação da equipa está a cargo da mestrande.

Realizámos a proposta para a equipa ter composição mais alargada de forma a poder dar resposta ao nosso objetivo de criação de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a poder integrar outros técnicos com formação multiprofissional, que aguardamos.

A sede da UCC Redondo é no espaço do Centro de Saúde de Redondo, sendo o espaço físico e recursos materiais partilhados por ambas as unidades funcionais, UCC e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Para nos deslocarmos na comunidade foi-nos atribuída uma viatura de serviço.

2 A POPULAÇÃO IDOSA DO CONCELHO DE REDONDO

O concelho de Redondo tem uma população de 7031 habitantes, segundo os Resultados Preliminares dos Censos 2011, distribuídos por 2 freguesias: Redondo e Montoito, as quais são constituídas por treze lugares, como tal considerados para efeitos estatísticos: Aldeia da Serra; Foros do Freixo; Monte da Fazenda; Monte Branco; Monte

da Palheta; Redondo; Vinhas; Foros da Fonte Seca; Gafarinhas; Santa Suzana; Montoito; Aldeias de Montoito e Falcoeiras (INE, 2011).

O povoamento, em termos populacionais, é dominado pela sede de Concelho com 5732 habitantes, seguindo-se a sede da freguesia de Montoito com apenas 1299 habitantes respetivamente.

A acessibilidade, quanto aos meios de transporte, é realizada pela Rodoviária do Alentejo e Rede Expresso. As deslocações intra-concelho fazem-se apenas das periferias para a sede do concelho e vice-versa, com partidas e chegadas de manhã e à tarde, associadas aos horários escolares e asseguradas apenas no período escolar, não havendo autocarros nos fins de semana e feriados.

Das duas freguesias do Concelho, Montoito e Redondo, é esta última que se apresenta como a mais populosa, detendo 82,5% da população total, proporção que se aproxima da relativa à área por ela ocupada, o que significa que as densidades populacionais das duas freguesias se aproximam bastante.

Relativamente à variação da população residente por freguesia, nos últimos dez anos, registou-se um decréscimo em ambas as freguesias, sendo que a maior quebra percentual (aproximadamente – 25%) se verificou na freguesia de Montoito. O facto de, na freguesia de Redondo se localizar a sede de concelho, contribui para que o decréscimo populacional não fosse tão acentuado.

No caso da população de Redondo, há que ter em consideração que a proporção de idosos é bastante superior à média nacional, de 16,3%, com maior incidência na freguesia de Montoito, onde em cada 100 habitantes, cerca de 36 são idosos (Figura 2.1).

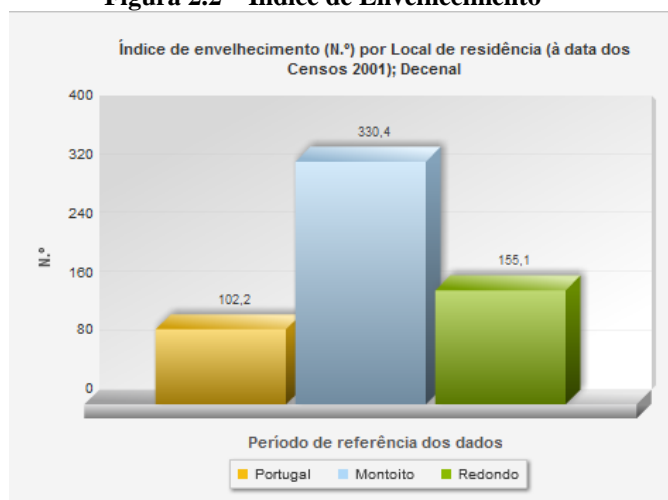
Figura 2.1 – Proporção da população residente com 65 e mais anos de idade



Fonte: INE (2011)

Da mesma forma se identifica no concelho de Redondo um Índice de Envelhecimento superior à média nacional, de 102,2, enquanto para as Freguesias de Redondo, o referido Índice é 155,1 e Montoito, 330,4, conforme mostra a Figura 2.2.

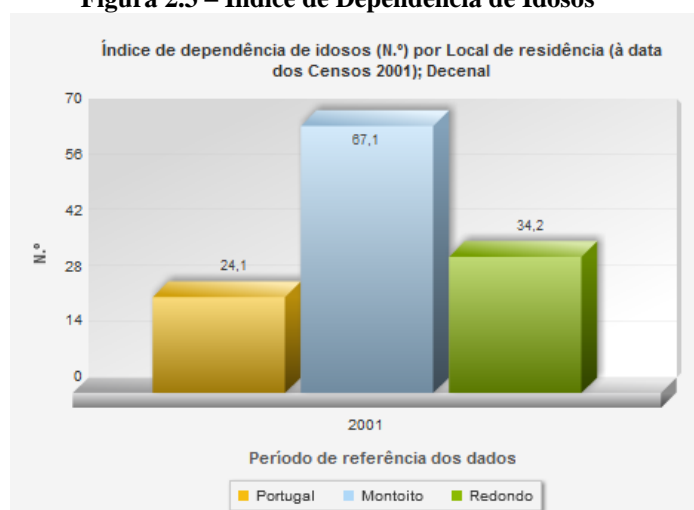
Figura 2.2 – Índice de Envelhecimento



Fonte: INE (2011)

Por último, analisando o Índice de Dependência de Idosos, enquanto a média nacional se situa em 24,1, temos na Freguesia de Redondo o valor 34,2 e em Montoito, 67,1, conforme a Figura 2.3.

Figura 2.3 – Índice de Dependência de Idosos



Fonte: INE (2011)

Na área dos equipamentos e serviços de apoio aos idosos, existem a Santa Casa da Misericórdia de Redondo, com Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário, na sede do Concelho e Centro de Dia e Apoio Domiciliário no lugar de Santa Suzana. Existem também a Obra de São José Operário com as valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário na freguesia de Montoito.

Existem vários lugares do concelho que não se encontram abrangidos por serviços de apoio aos idosos ou utentes dependentes, na área social, como Aldeia da Serra; Foros do Freixo; Monte da Fazenda; Monte Branco; Monte da Palheta; Vinhas e Foros da Fonte Seca.

Os poucos recursos existentes deixam vulnerável, sobretudo, o grupo etário dos mais idosos. Se juntarmos a dificuldade de meios de transporte e a perda progressiva de autonomia que é característica desta faixa etária, temos uma grande parte desta população com grandes dificuldades no acesso aos recursos e serviços existentes.

Todos os dados relativos ao Concelho de Redondo revelam uma grande fragilidade na população idosa. Em síntese, estamos perante uma população essencialmente idosa, que urge cuidar.

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS IDOSOS

A prevenção da doença mental, atrasando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade, é uma componente fundamental do envelhecimento saudável. Esta temática

aparece como um dos dez tópicos estabelecidos pela Comissão Europeia no Projeto “Envelhecimento Saudável e com Dignidade” onde se salientam os aspetos relacionados com a solidão, a depressão, as funções mentais e cognitivas e a sociabilidade (Conselho da União Europeia - Grupo das Questões Sociais, 26 de Outubro de 2009).

O envelhecimento saudável e ativo implica ter saúde num nível mais amplo. Implica o equilíbrio entre um bom estado de saúde física associado a sentimentos de respeito, segurança, oportunidade de estar integrado na sua comunidade e participar na sociedade em função das suas limitações e com conseqüente reconhecimento social (Rocha, et al., 2009).

Estudos revelam que o idoso tende a avaliar a saúde em função, não da doença, mas da autonomia no exercício de competências funcionais, como a capacidade de responder às obrigações familiares e desempenhar o seu papel social. Está presente no idoso a necessidade de manter um lugar na sociedade e manter a integridade da sua identidade, mesmo na presença das mudanças decorrentes do envelhecimento (Fonseca, Firmo, Filho, & Uchôa, 2010).

A DGS (02/07/2004) recomenda o uso de estratégias para um envelhecimento activo, como seja:

- Para combater a solidão: a promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais áreas de intervenção a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. A qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil quer aos familiares quer à comunidade.

As pessoas idosas devem participar em atividades de grupo, de preferência intergeracionais, atividades de aprendizagem e de conhecimento de novos lugares.

É também indispensável participar em grupos de suporte para pessoas isoladas, viúvas/os, pessoas idosas com deficiência, motora, cognitiva ou outra e, em certos casos, procurar o aconselhamento por profissionais de saúde mental, serviço social ou terapeutas ocupacionais.

- Para combater a depressão: a depressão é uma das afeções mais comuns das pessoas idosas com grande influência no seu bem-estar. Acompanham este problema a tristeza e o isolamento.

Numa perspectiva de promoção da saúde mental, a depressão pode ser evitada ou pode melhorar com as atividades de ar livre e de grupo que podem ser uma das formas principais de terapia para a depressão das pessoas idosas.

- Para manter e melhorar as funções mentais e cognitivas: as funções mentais e cognitivas têm uma enorme importância na autonomia da pessoa idosa. A diminuição destas capacidades leva à perda de autonomia e de funcionalidade.

Em especial, são promotoras das capacidades cognitivas, a leitura, os treinos da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, as atividades com as mãos, o convívio com outras pessoas, de preferência de várias gerações.

- Por último, para melhorar a Sociabilidade: a interação social é fundamental para a prevenção de diversos problemas das pessoas idosas e para a promoção do envelhecimento saudável.

O trabalho voluntário pode ser um instrumento essencial para a promoção da sociabilidade, porque desenvolve o sentido de pertença a uma comunidade, o sentimento de ajuda e de se sentir útil, com efeitos positivos na autoestima e na saúde, sendo uma excelente forma de promover o envelhecimento saudável.

Todas as estratégias que sejam possíveis de desenvolver e que promovam o convívio e a sociabilidade são de grande valia para as pessoas idosas, tendo consequências na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar (Conselho da União Europeia - Grupo das Questões Sociais, 26 de Outubro de 2009).

2.2 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM IDOSOS

Tendo em conta que o nosso projeto decorre com idosos, na sua maioria, residentes em meio rural, há o risco de se criarem estereótipos acerca da vida em ambiente rural. Um estudo de Manthorpe, Malin, & Stubbs (2004) em três pequenas aldeias da região central de Inglaterra, revelou que se pode encontrar em ambiente rural os mesmo problemas que em ambiente urbano e suburbano, tanto ao nível do isolamento como das dificuldades de acessibilidade aos serviços, pelo que os enfermeiros não devem alimentar mitos rurais sem um bom levantamento da realidade local e dos recursos disponíveis. Uma das vantagens da vida rural apresentada no estudo citado, é a maior disponibilidade dos idosos para o exercício físico ao ar livre, no campo, assim como a criação de redes informais de voluntariado na ajuda às pessoas mais velhas. O contexto

é mais favorável se houver a presença de casais mais novos, inclusive enfermeiros a residir na região, que sejam promotores eficazes no apoio aos idosos.

Os enfermeiros de CSP podem encontrar nas associações de voluntariado locais, nas Casas do Povo e nas associações de idosos um recurso e bons parceiros para um profundo entendimento das comunidades locais, de forma a construir imagens de saúde mais reais (Manthorpe, Malin, & Stubbs, 2004).

Para combater a depressão do idoso, os estudos apontam para estratégias que permitam respostas holísticas às necessidades dos idosos. O trabalho em grupo, na comunidade, envolvendo equipas multiprofissionais, com enfermeiros, enfermeiros psiquiátricos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, e médicos, aparece como uma boa prática em muitos países. (Bright, 2006).

Bright (2006) refere o programa desenvolvido na Escócia como uma boa prática de saúde mental, com opções para idosos com depressão. Sugere que equipas multiprofissionais trabalhem com grupos de idosos, através de financiamento de diversas fontes. Com as organizações locais podem ser criados projetos de jardinagem, casas de chá e bares, numa rede de utilizadores e fornecedores, o que podem ser alternativas à medicação para a depressão e para os problemas de sono. Conclui que a prevenção é muitas vezes o resultado de colocar as pessoas juntas, a fazerem coisas juntas e em contato umas com as outras para processo de autoajuda.

A terapia comunitária para idosos é uma estratégia que tem sido usada em vários países na promoção da saúde mental do idoso. É uma estratégia que consiste em reunir idosos em grupos pequenos, onde diversos temas são trabalhados, de forma a ir ao encontro das necessidades sentidas e a estreitar vínculos entre as pessoas. É composta por cinco fases, inicia com o acolhimento, segue-se a escolha do tema, a sua contextualização e problematização, finalizando com o encerramento, onde podem ocorrer rituais de agregação diversos (Andrade, et al., 2010).

Um estudo de tipo exploratório, realizado por Andrade, et al. (2010), com 19 idosos, numa unidade de saúde familiar no Estado do Rio Grande do Norte, sobre as contribuições da terapia comunitária para idosos, reforçou o papel desta estratégia como ferramenta para melhorar a autoestima do idoso. É particularmente valorizado nesse estudo a partilha de situações de sofrimento que podem afetar a saúde mental, onde a verbalização dos sentimentos e das emoções escondidas têm uma forte ação na redução

do sofrimento emocional, o desenvolvimento de *empowrment* e a mudança de comportamentos.

Ao constituir-se um espaço de escuta ativa, a terapia comunitária permite a construção de sentimentos de pertença, a melhoria das relações interpessoais, a melhoria da autoestima, da saúde, da expressão emocional e da qualidade de vida em geral (Andrade, et al., 2010).

Um estudo realizado no município brasileiro João Pessoa, no estado de Paraíba, visou analisar o trabalho realizado nos grupos de terapia comunitária com idosos nesse município, identificando os principais temas apresentados pelos idosos nesses encontros, assim como as estratégias utilizadas para enfrentar as dificuldades. Através da análise dos registos, numa abordagem qualitativa, foi identificado o perfil dos utentes, sendo idosos na maioria do sexo feminino, residentes em comunidades carentes e de difícil acesso a centros que desenvolvam atividades para idosos. Os temas registados como relatados com maior frequência pelos idosos durante os encontros de terapia comunitária, foram, em primeiro lugar, o stress, associado ao medo, à angústia, à insónia, à ansiedade, à mágoa e ao desprezo, logo seguido pelos problemas de saúde, seja a saúde do próprio, do esposo, de um filho ou outros familiares. Da análise dos registos resultaram 232 estratégias para enfrentar as dificuldades, que foram agrupadas por semelhanças, as quais se priorizam: espiritualidade, diálogo, apoio familiar, grupos de apoio, apoio de amigos, perdão, resignação, procurar serviços públicos da comunidade, determinação, lazer, bricolagem, procurar a ajuda de serviços médicos especializados, cultivar a autoestima e amar. Esta investigação permite conhecer melhor o perfil dos idosos e reconhecer a importância da terapia comunitária na intervenção junto e com os idosos (Rocha, et al., 2009).

A dimensão coletiva do cuidar aparece relatada por Victor, Vasconcelos, Araújo, Ximenes, & Araújo (2007). Formado um grupo de 124 idosos, foram desenvolvidas atividades como caminhadas, oficinas, passeios e terapia comunitária. Apesar do projeto ser realizado por enfermeiras, houve a participação de outros profissionais de saúde, como um médico, um fisioterapeuta, um educador físico e um agente de saúde. Estas atividades contribuíram para melhorias no aspeto biológico, desde maior flexibilidade, melhor mobilidade articular e aumento das interações sociais.

O contributo da enfermagem no envelhecimento ativo difere nos vários contextos. Na Austrália, o papel do enfermeiro avançado ou especialista nos cuidados ao idoso está a ser implementado numa variedade de configurações de cuidados de saúde e caracteriza-se pela prática “estendida”, que envolve a prescrição de medicamentos, pedidos de exames auxiliares de diagnóstico, encaminhamento para médicos especialistas e decisão na admissão de utentes para internamento hospitalar. Um estudo de Allen & Fabri (2005) através da realização de entrevistas semiestruturadas individuais a idosos em programa e a profissionais de saúde, permitiu concluir que estes cuidados contribuem positivamente para uma boa gestão de sintomas físicos e psicológicos que afetam os idosos, melhorando a sua qualidade de vida, ao mesmo tempo que se desenvolve um programa de educação para a saúde dirigido às suas necessidades. Para tal concorre a criação de protocolos oficiais e o financiamento específico, sem os quais este tipo de cuidados não se concretiza.

Apesar da riqueza das experiências relatadas, a necessidade da promoção do envelhecimento ativo, incluído a promoção da atividade física, parece não ser sentida de igual modo por todos os enfermeiros em CSP. Um estudo realizado por Goodman, Davies, Dinan, Tai, & Iliffe (2011) para identificar o envolvimento dos enfermeiros em CSP, em Londres, onde participaram 54% (391) do total de 521 enfermeiros de cinco organizações de CSP de determinada área da cidade, revelou constrangimentos organizacionais, como a falta de tempo, e individuais, nesta área. Concluíram que se exigem esforços no sentido do desenvolvimento de estratégias mais adequadas às necessidades dos idosos, assim como o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas por parte dos profissionais de saúde.

2.3 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

O recrutamento da população-alvo é feito a partir da população residente no Concelho de Redondo, com 65 e mais anos, que participa nas atividades da “Dinâmica Sénior”, desenvolvidas pelos técnicos das atividades sociais e lúdicas, de acordo com os sete grupos formados, havendo cerca de trezentos idosos inscritos nas referidas atividades.

Existe uma calendarização semanal para trabalho com cada grupo, nomeadamente, as manhãs de segunda-feira, com o grupo do Freixo, as manhãs de terça-feira com o grupo

de Aldeias de Montoito e as tardes com o grupo de Redondo, as manhãs de quarta feira com o grupo de Santa Suzana, as manhãs de quinta feira com o grupo da Serra Dossa e as tardes com os idosos da IPSS de Redondo. Por último, as manhãs de sexta-feira como os idosos da IPSS de Montoito.

3 OS OBJECTIVOS

Os objetivos já apresentados na Introdução do presente Relatório entrosam os objetivos de intervenção profissional com os objetivos a atingir com a população-alvo.

Ao nível da intervenção profissional: no âmbito da formação especializada e do aprofundar do conhecimento científico no contexto profissional da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, o presente projeto visa o desenvolvimento dos seguintes objetivos / competências:

- Compreender o processo de saúde mental e as alterações comportamentais no contexto da experiência humana de saúde, com enfoque no envelhecimento humano;
- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade local com vista à definição das necessidades em cuidados.
- Contribuir para a investigação no âmbito do envelhecimento ativo, nomeadamente refletir como motivar as pessoas para cuidarem da sua saúde e lidarem com o processo de envelhecimento de uma forma responsável, assim como que medidas de prevenção poderão contribuir para a conservação das capacidades físicas, sensoriais, cognitivas e sociais.

Ao nível da população-alvo, propomos implementar um programa de intervenção comunitária de promoção de saúde mental dos idosos, de modo a contribuir para a melhoria e manutenção de uma boa qualidade de vida para as pessoas idosas, prevenindo o isolamento, a depressão e a promover o envelhecimento saudável e ativo através da participação na vida social e cultural.

Para atingir os objetivos delineiam-se as estratégias:

- A constituição de parcerias com as entidades envolvidas, como o Gabinete de Ação Social da Câmara Municipal de Redondo e as IPSS locais;
- O desenvolvimento de atividades de educação para a saúde com os grupos de idosos nas temáticas: Atividade física para manter a independência;

Prevenção de acidentes domésticos com Pessoas Idosas; Alimentação saudável para manter a saúde e independência; Saúde Oral das Pessoas Idosas e Envelhecimento ativo e saudável.

- A realização das Comemorações do Dia Internacional das Pessoas Idosas.
- A criação de uma rede informal de “Voluntariado de Afetos”
- A realização da “Feira do Idoso”.
- Aplicação do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) a uma amostra dos idosos envolvidos e análise dos dados para caracterização da população-alvo.
- Por último, a avaliação qualitativa da satisfação dos idosos envolvidos no projeto.

4 A PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Pretende-se que a causa da prestação dos cuidados de enfermagem deixe de ser a doença propriamente dita, passando a ser a resposta do indivíduo aos processos de saúde e de vida, tal como as transições vivenciadas pelo indivíduo, família e grupos ao longo do ciclo vital, conforme mostram os resultados da investigação que levaram à construção de uma teoria sobre o fenómeno das transições no âmbito da disciplina de enfermagem (Meleis, 2010).

Na perspetiva das transições, segundo Meleis (2010), são valorizados os factos da vida quotidiana. Transição é definida como a passagem entre dois períodos de tempo estáveis, neste percurso a pessoa movimenta-se de uma fase, situação ou estado de vida, para outra. Durante essa fase a pessoa experimenta e vivencia mudanças profundas no seu mundo externo e na forma como as percebe. Estas mudanças têm repercussões importantes na vida e na saúde da pessoa e dos que a rodeiam.

As transições levam a mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente. Que relações podem ser estabelecidas com a enfermagem? As transições entram no domínio da enfermagem quando interferem com a saúde ou a doença, ou quando a resposta à transição se manifesta em comportamentos relacionados com a saúde. As pessoas que passam por transições são mais vulneráveis a riscos que afetam a saúde. O conhecimento das transições permitirá manter, apoiar e aumentar o bem-estar físico, psíquico e social, o autocuidado e a qualidade de vida da pessoa que vivencia as transições, para o que se exigem novos conhecimentos para mudar comportamentos. Cabe ao enfermeiro identificar o tipo e os padrões de transição, no qual o utente ou a

família se encontra e facilitar esse processo de aprendizagem de novas capacidades, tendo em conta as mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença na vida diária (Meleis, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define como um dos Eixos Prioritários de Investigação a Educação para a Saúde na aprendizagem de capacidades. Considera prioritário o desenvolvimento de estudos na área da Educação para a Saúde e aprendizagem de capacidades que promovam programas de intervenção em áreas consideradas prioritárias, ou seja, aspetos de saúde das populações relacionados com a dependência para o autocuidado e a necessidade de cuidados continuados, estilos de vida, qualidade de vida e ambiente (OE, 2006).

Os cuidados de enfermagem procuram a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procuram a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, sobretudo com o recurso a processos de aprendizagem do cliente (OE, 2002).

Para averiguar se o presente projeto se inclui no enquadramento conceptual e enunciados descritivos da enfermagem, partimos da premissa que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas. Neste caso é preocupação acrescida precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes sobretudo nos enunciados descritivos aqui espelhados, como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, o bem-estar e o autocuidado e a organização dos cuidados de enfermagem (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 – Matriz conceptual dos Enunciados Descritivos da OE

ENUNCIADOS DESCRITIVOS	ASPETOS A CONSIDERAR:	ASPETOS A CONSIDERAR PARA A ENFERMAGEM ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL:
<p>A satisfação do cliente Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.</p>	<p>O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; A procura constante da empatia nas interações com o cliente; O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de</p>	<p>O respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejo do cliente; O estabelecimento de relação de confiança e de parceria com o cliente no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados em saúde mental; A utilização de abordagens construtivas na gestão das diferenças manifestadas pelos clientes; A promoção da melhoria das estruturas organizacionais, especificamente no que respeita ao ambiente, de forma a promover a satisfação dos clientes; A avaliação da satisfação dos clientes</p>

ENUNCIADOS DESCRITIVOS	ASPETOS A CONSIDERAR:	ASPETOS A CONSIDERAR PARA A ENFERMAGEM ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL:
	ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.	
<p>A promoção da saúde Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.</p>	<p>A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.</p>	<p>O diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente; O reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental; A participação na conceção e implementação de políticas públicas inclusivas para a diversidade humana (educativas, de habitação e transporte, laborais e de lazer, ...) A participação na construção de ambientes (físicos, comunitários, económicos e socioculturais) saudáveis, promotores da saúde mental; A participação no reforço de redes comunitárias de suporte ao desenvolvimento saudável, com particular atenção para as primeiras fases do ciclo vital (parentalidade, infância e adolescência); A promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais, fortuitas; A identificação e fortalecimento dos fatores de proteção / resiliência e de vulnerabilidade / risco para a saúde mental do cliente; A promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade de lidar com os stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância; A promoção da literacia em Saúde Mental.</p>
<p>O bem-estar e o autocuidado Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e</p>	<p>A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;</p>	<p>A identificação precoce das necessidades em saúde mental do cliente, realizando uma avaliação global que explicita a respetiva história de saúde mental; A elaboração e implementação com o cliente e/ou prestadores de cuidados de um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar e/ou manter o bem-estar e complementar as</p>

ENUNCIADOS DESCRITIVOS	ASPETOS A CONSIDERAR:	ASPETOS A CONSIDERAR PARA A ENFERMAGEM ESPECIALIZADA DE SAÚDE MENTAL:
<p>suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.</p>	<p>A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde; A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega.</p>	<p>atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; A realização de um plano global que integre a avaliação e valorização do potencial de cada cliente no autocuidado; A manutenção e promoção das redes de solidariedade (familiar, escolar, laboral e comunitária) e a integração social plena das pessoas com problemas de saúde mental; O compromisso no trabalho em rede, desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem articula nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se pelos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental; A implementação de intervenções potenciadoras da autonomia.</p>
<p>A organização dos cuidados de enfermagem</p> <p>Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.</p>	<p>A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.</p>	<p>A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem especializada em saúde mental; A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde mental; A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem especializados em saúde mental do cliente, as intervenções próprias de enfermagem especializada em saúde mental e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializada obtidos pelo cliente; A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional especializado; A dotação de enfermeiros especialistas em saúde mental, face à necessidade de cuidados de enfermagem de saúde mental; A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados especializados; A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, promotoras da qualidade.</p>

Fonte: Adaptado de OE (2002); (OE - Assembléia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2011b)

4.1 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL (EESMP)

A Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica define como as competências específicas para o EESMP, desdobrando-as em unidades de competência e identificando os conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas (OE - Assembléia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2011a).

Com a concretização do presente projeto pretende-se desenvolver as competências apresentadas na Tabela 4.2.

Tabela 4.2 – Operacionalização de Competências do EESMP

COMPETÊNCIA	UNIDADE DE COMPETÊNCIA	CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATTITUDES
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.	Demonstra tomada de consciência de “si-mesmo” durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	Teorias de comunicação terapêutica Processos de autoconhecimento e consciencialização de si, enquanto pessoa e enfermeiro.	Uso de si mesmo como instrumento terapêutico Autoconhecimento Aplicar estratégias de comunicação terapêutica Fornecer, receber e analisar o feedback na relação,	Aceitação e respeito pelo outro, na sua diversidade Reconhecer as suas limitações profissionais. Ajuda efetiva em relação aos pares e clientes Monitorizar o seu desempenho e refletir sobre as suas práticas.
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidades na otimização da saúde mental.	Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	Determinantes estruturais de saúde mental, sobretudo as experiências das pessoas idosas.	Documentar os dados usando a linguagem classificada para a prática de enfermagem CIPE.	Demonstrar o reconhecimento da importância para a saúde mental da combinação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais Respeito pela singularidade do cliente incluindo os aspetos individuais, familiares, estatuto económico, estilo de vida, crenças religiosas e políticas Responsabilidade quanto ao juízo e tomada de

COMPETÊNCIA	UNIDADE DE COMPETÊNCIA	CONHECIMENTOS	HABILIDADES	ATTITUDES
				decisão.
	Coordena implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental, prevenção da doença mental na comunidade e grupo.	Promoção da saúde mental e do bem-estar da população Orientações técnicas, legislação e políticas relativas a pessoas, grupos e comunidades vulneráveis Gestão de projetos, coordenação de grupos e liderança Criação e manutenção de redes Gestão de processos de marketing e informação social.	Estabelecimento de prioridades nas medidas de prevenção da perturbação mental e de promoção e proteção da saúde mental nomeadamente nos grupos vulneráveis Processos de comunicação e transmissão de informação, utilização racional e eficaz dos meios comunitários disponíveis, para a promoção das questões de saúde mental Articulação com os vários serviços comunitários e criação de redes Implementação de programas de intervenção comunitária de promoção de saúde mental dos idosos e seus cuidadores, de modo a melhorar e manter uma boa qualidade de vida para as pessoas de idade, prevenindo o isolamento, a depressão os maus tratos e a promover o envelhecimento saudável e ativo através da participação na vida social e cultural.	Valorização da capacitação das pessoas, grupos e comunidade Considerar os idosos grupos alvo de base, para a promoção do bem-estar psíquico, proteção dos seus direitos e promoção da coesão da sociedade Disponibilidade e iniciativa profissional.

Fonte:: Adaptado de OE - Assembléia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, (2011a)

4.2 A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (EPs) COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA

A EpS é uma área que privilegia na promoção de estilos de vida saudáveis, permitindo aos profissionais melhorar as suas competências comunicacionais e pedagógicas associadas a todo o processo.

A EpS tem por objetivo a mudança de comportamento através do conhecimento. Mas a construção do comportamento individual faz-se com base na afetividade, ou seja, vai depender das emoções que se estabelecem entre as pessoas. Daqui ressalta a importância da relação entre educadores e educandos. A EpS é dirigida a todas as dimensões da pessoa, “constituindo uma interação holística” (p.20). Qualquer programa de EpS que não tenha por base a análise das crenças e experiências da população-alvo, corre o risco do insucesso (Carvalho & Carvalho, 2006).

EpS é toda a atividade intencional que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença. Produz mudanças no conhecimento, na compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, mudanças de convicções e atitudes, pode facilitar a aquisição de competências, pode conduzir a mudanças de comportamento e estilos de vida. Segundo Carvalho & Carvalho (2006) para a EpS influencie as tomadas de decisão é necessário que, para além da transmissão de conhecimentos, haja também mudança de atitudes, trabalhando as convicções pessoais, as crenças e os valores da cada pessoa. Para que tal ocorra exigem-se estratégias específicas.

Para haver mudança de comportamentos exige-se aprendizagem. A aprendizagem pode ser definida como a interação entre a informação e todas as dimensões da pessoa, sendo os sentimentos e as emoções os principais responsáveis por esta interação. Para haver aprendizagem exigem-se estratégias de desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Face ao exposto, o processo de ensino-aprendizagem, em EpS, deve decorrer num cenário de comunicação interpessoal (Carvalho & Carvalho, 2006).

Os enfermeiros têm uma posição privilegiada na EpS, sobretudo nos CSP, pela sua proximidade com a comunidade. No seu papel de educador para a saúde, torna-se necessário o desenvolvimento das competências:

- Escutar as pessoas e identificar quais as suas convicções acerca da saúde;
- Criar uma relação de ajuda;
- Criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar das pessoas;
- Participar com as pessoas na aprendizagem da tomada de decisões;
- Ajudar a tornar claras as escolhas possíveis;

- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Conferir autoridade quer a si próprio quer às pessoas e tomar em linha de conta as influências sociais e obstáculos à saúde;
- E conseguir que as pessoas respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontram (Carvalho & Carvalho, 2006).

O enfermeiro, como educador, necessita estabelecer vias e processos comunicativos relacionais e oferecer pontos de referência, para que cada um assuma a responsabilidade na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida. Educar para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem e saberem o porquê das coisas.

4.3 DOCUMENTAÇÃO DE DADOS COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE)

A Ordem do Enfermeiros define orientações sobre o “Resumo Mínimo de Dados e Core Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde” (OE, 2007).

Com base nessas orientações, os focos definidos para os Idosos / Dependentes, no âmbito das Unidades Funcionais dos Centros de Saúde que, direta ou indiretamente, estão presentes neste projeto são a aceitação do estado de saúde; a adesão ao regime dietético; o autocuidado: alimentar-se; andar; cuidar da higiene pessoal; transferir-se; o uso do sanitário; vestir-se e despir-se e, por último, cair / queda.

Tendo em conta os objetivos definidos para o presente projeto e recorrendo à linguagem CIPE, importa operacionalizar ou definir os focos em análise, que conduzem aos diagnósticos de enfermagem e nos orientam nas intervenções. Para simplificação dos registos no SAPE, definem-se os seguintes focos: aceitação; aceitação do estado de saúde; adesão; autocuidado; cair; queda; conhecimento; conhecimento sobre saúde; conhecimento sobre: regime dietético, higiene oral, regime de exercício físico, medidas de segurança e prevenção da queda e autoconhecimento.

4.4 PRODUÇÃO DE INDICADORES DE REGISTO NO SISTEMA DE APOIO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (SAPE)

Utiliza-se como referência a lista de indicadores que constam na proposta de indicadores de desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade, passíveis de serem calculados de imediato a partir do SAPE e dos restantes registos realizados em suporte de papel (Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Março 2010).

Os indicadores passíveis de serem calculados de imediato a partir do SAPE têm uma breve descrição dos passos corretos para a documentação / registo, necessários a um adequado cálculo dos indicadores.

Os procedimentos de registo no SAPE permitem calcular a percentagem de pessoas abrangidas por cuidados de enfermagem por programa / projeto, com os passos:

- Ativar um contacto para o utente / família / comunidade;
- Associar o programa / projeto ao utente / família / comunidade;
- Documentar um diagnóstico de enfermagem;
- Planear uma intervenção de enfermagem;
- Registrar pelo menos uma intervenção de enfermagem no plano de trabalho.

Face a esta lógica, definem-se os seguintes indicadores:

- Número de Intervenções Individuais de Promoção da Saúde realizadas com os idosos da “Dinâmica Sénior” no âmbito da Saúde do Idoso;
- Número de Sessões de Educação para a Saúde realizadas com os idosos da “Dinâmica Sénior” no âmbito da Comunidade “Dinâmica Sénior”;
- N° de reuniões participadas/n° total de reuniões x100;
- Percentagem (%) Idosos abrangidos por cuidados de enfermagem no Projeto “Dinâmica Sénior”: (Numerador: N° de idosos com pelo menos uma intervenção de enfermagem documentada no período, no projeto e Denominador: N° de idosos admitidos no projeto, no período em análise - Extração imediata do SAPE).

- Satisfação dos utentes da população-alvo, através de análise qualitativa de respostas

Para atingir os indicadores apresentados exige-se, por um lado uma parametrização do SAPE que inclua fenómenos e intervenções atribuídas às “comunidades”, seguindo-se a realização dos registos de forma sistemática, como indica a Tabela 4.3.

Tabela 4.3 – Core de Indicadores segundo a CIPE no SAPE

Core de Indicadores				
Foco	Diagnóstico	Tema da EPS	Intervenções	Fórmula Numerador / Denominador
Conhecimento sobre o regime dietético	Défice de conhecimentos sobre o regime dietético Conhecimento sobre o regime dietético adequado	Alimentação saudável para manter a saúde e independência;	Avaliar a disponibilidade para aprender Avaliar a resposta ao ensino Ensinar sobre a nutrição	(Nº de utentes com ganhos de conhecimento / nº total de utentes com défice) X100
Conhecimento sobre saúde: higiene oral	Défice de conhecimentos sobre saúde oral Conhecimento sobre saúde oral adequado	Saúde Oral das Pessoas Idosas;	Avaliar a disponibilidade para aprender Avaliar a resposta ao ensino Ensinar sobre saúde oral	(Nº de utentes com ganhos de conhecimento / nº total de utentes com défice) X100
Conhecimento sobre o regime de exercício	Défice de conhecimentos sobre o exercício Conhecimento sobre o regime de exercício adequado	Atividade física para manter a independência;	Ensinar sobre o exercício Avaliar a disponibilidade para aprender Avaliar a resposta ao ensino	(Nº de utentes com ganhos de conhecimento / nº total de utentes com défice) X100
Conhecimento sobre medidas de segurança Conhecimentos para a prevenção da queda	Défice de conhecimento sobre medidas de segurança Défice de conhecimentos para a prevenção da queda Conhecimento sobre medidas de segurança Conhecimentos para a prevenção da queda	Prevenção de acidentes domésticos com Pessoas Idosas;	Ensinar sobre a prevenção de quedas Ensinar medidas de segurança Avaliar a disponibilidade para aprender Avaliar a resposta ao ensino	(Nº de utentes com ganhos de conhecimento / nº total de utentes com défice) X100
Conhecimento sobre saúde Autoconhecimento	Défice de conhecimento Disponibilidade para conhecimento	Envelhecimento ativo e saudável;	Promover o autocuidado Avaliar a aceitação do estado de saúde Avaliar a disponibilidade para aprender Avaliar a resposta ao ensino	(Nº de utentes com ganhos de conhecimento / nº total de utentes com défice) X100

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Março 2010)

5 HORIZONTE TEMPORAL

Este projeto acompanha o Plano de Ação da UCC Redondo, tendo um horizonte temporal de três anos, com elaboração de planos de ação e avaliação anuais, com início em Setembro 2011 e término em Julho 2012, contudo face ao período destinado ao estágio em curso, é apresentado o ponto da situação de todas as atividades desenvolvidas no projeto, desde o seu início e até ao final de Janeiro 2012 (UCC Redondo, 2011).

6 AS INTERVENÇÕES REALIZADAS

Foi possível realizar todas as intervenções planeadas face ao cronograma realizado. De referir que este projeto, no terreno, começou pouco antes do tempo a que se refere o presente Relatório mas vai continuar para além dele.

6.1 CONSTITUIÇÃO DE PARCERIAS

Para trabalharmos numa comunidade temos que fazer parte dela, temos que a conhecer, que a caracterizar, conhecer os seus recursos e saber quais os contributos que os seus parceiros podem dar.

Deste modo é fundamental que exista articulação entre os serviços de saúde, nomeadamente entre as unidades funcionais e os parceiros da comunidade para que a comunicação seja veiculada atempadamente com vista a uma intervenção precoce e para a constituição da rede social.

Estando a mestrandia integrada na UCC Redondo, fruto do histórico de intervenção na comunidade, tem a experiência de estabelecer parcerias com as várias instituições sociais e de educação do concelho, importantes para a concretização dos projetos a dinamizar. Está acordado por todas as instituições, sejam elas públicas, privadas ou de solidariedade social, uma parceria transversal, que funciona sempre que disso haja necessidade.

No caso do projeto de promoção da saúde mental do idoso no concelho de Redondo, salientamos que esta articulação entre a UCC Redondo e os parceiros sociais funciona

de forma informal não havendo ainda protocolos escritos, mas conhecendo-se o que cada um pode dar, segundo a sua área de intervenção.

Apresentam-se algumas datas relativas às reuniões formais realizadas, designadamente, em Julho de 2011, para definição dos objetivos e estratégias do presente projeto em articulação com o trabalho a desenvolver com os outros parceiros, reunião realizada na Biblioteca Municipal de Redondo. Em Setembro 2011, igualmente na Biblioteca Municipal de Redondo, para programação e calendarização de atividades.

Em Outubro de 2011 realizou-se a formalização do projeto de “Voluntariado de Afetos” com o Gabinete de Ação Social do Município de Redondo, no Centro Cultural Redondo. Este projeto foi lançado em reunião formal, em Novembro de 2011, no Centro Reformados de Redondo.

Ainda em Novembro de 2011, no Centro Cultural de Redondo, houve início às reuniões para a programação e calendarização da “Feira do Idoso 2012”, tendo ficado concluído o programa final em Janeiro de 2012.

6.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Pretende-se que até ao final de 2012, pelo menos 75% dos idosos da “Dinâmica Sénior” tenham assistido a uma sessão de EpS de cada uma das seguintes temáticas:

- Atividade física e exercício;
- Prevenção de acidentes domésticos e rodoviários;
- Alimentação saudável;
- Saúde Oral do Idoso;
- Envelhecimento ativo.

Até ao presente foram realizadas 24 sessões, identificadas na Tabela 6.1, pelo que as temáticas previstas ainda não foram todas trabalhadas em grupo. Contudo salienta-se que está a ser cumprido o cronograma para o ano em curso. No total foram contabilizadas 609 presenças de idosos, onde, na sua maioria, cada um deles esteve presente em mais de uma sessão.

Tabela 6.1 – Sessões de Educação para a Saúde Realizadas

DATA	N.º DE SESSÕES	TEMA	LOCAL	DURAÇÃO (HORAS)	GRUPO ALVO	N.º DE PARTICIPANTES
12/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	Freixo	3	Idosos	15
15/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	Serra D'Ossa	3	Idosos	11
15/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	IPSS - Redondo	3	Idosos	17
16/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	IPSS - Montoito	3	Idosos	11
20/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	Aldeias de Montoito	3	Idosos	18
20/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	Redondo	3	Idosos	28
21/09/2011	1	"Estratégias de envelhecimento ativo"	Santa Susana	3	Idosos	19
26/09/2011	1	"Alimentação saudável do Idoso"	Freixo	3	Idosos	20
07/10/2011	1	"Despiste Diabetes"	Parque Ambiental	7	Idosos	74
13/10/2011	1	"Alimentação Saudável do Idoso"	Serra D'Ossa	3	Idosos	18
18/10/2011	1	"Alimentação Saudável do Idoso"	Aldeias de Montoito	3	Idosos	18
10/11/2011	1	"Alimentação Saudável do Idoso"	IPSS - Redondo	3	Idosos / Funcionários	44
16/11/2011	1	"Alimentação Saudável do Idoso"	Santa Susana	3	Idosos	17
25/11/2011	1	"Alimentação Saudável do Idoso"	IPSS - Montoito	3	Idosos / Funcionários	38
28/11/2011	1	"Violência no Idoso"	Freixo	3	Idosos	23
05/12/2011	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	Freixo	3	Idosos	26
07/12/2011	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	Santa Susana	3	Idosos	10
09/12/2011	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	IPSS - Montoito	3	Idosos	28

DATA	N.º DE SESSÕES	TEMA	LOCAL	DURAÇÃO (HORAS)	GRUPO ALVO	N.º DE PARTICIPANTES
15/12/2011	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	IPSS - Redondo	3	Idosos	30
03/01/2012	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	Aldeias de Montoito	3	Idosos	12
03/01/2012	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	Redondo	3	Idosos	40
05/01/2012	1	"Saúde Oral das Pessoas Idosas"	Serra D'Ossa	3	Idosos	10
12/01/2012	1	"Prevenção das Quedas no Idoso"	IPSS - Redondo	3	Idosos	40
17/01/2012	1	"Prevenção das Quedas no Idoso"	Redondo	3	Idosos	42
Total	24 Sessões de Educação para a Saúde			76 Horas	609 Presenças de Idosos	

Para além das sessões de EpS, desenvolvem-se intervenções individuais com os idosos, o que envolveu até ao presente 362 idosos, como mostra a Tabela 6.2. O mesmo idoso pode ser alvo de mais de uma intervenção.

Tabela 6.2 – Intervenções Individuais com Idosos

DATA	TIPO DE INTERVENÇÃO	Nº DE IDOSOS
Setembro / Novembro 2011	Cálculo do IMC	175
Julho / Dezembro 2011	Entrega de Cheques - Dentista a Idosos com Complemento Solidário para Idosos (CSI)	48
Outubro 2011	Sensibilização individual para a prevenção da Diabetes	74
Janeiro 2012	Aplicação do IAI e entrevista	65
Total		362 presenças de Idosos

6.3 COMEMORAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL DAS PESSOAS IDOSAS

Em muitos países, incluindo Portugal, as pessoas idosas são um enorme recurso das famílias e da sociedade, nos cuidados aos netos, a pessoas doentes e a pessoas com dependência, no trabalho voluntário e na transmissão da sua experiência, mas os

contributos das pessoas idosas para o desenvolvimento só podem ser assegurados se elas tiverem níveis adequados de saúde.

A Assembléia-Geral das Nações Unidas designou o dia 1 de Outubro como o Dia Internacional das Pessoas Idosas, pela Resolução 45/106, de 14 de Dezembro de 1990 (Assembléia-Geral das Nações Unidas, 14 de Dezembro de 1990).

O Dia Internacional das Pessoas Idosas tem como objetivo reconhecer os contributos dos cidadãos mais idosos para o desenvolvimento económico, promover uma sociedade para todas as idades, e chamar a atenção para as oportunidades e desafios do envelhecimento demográfico global.

Deu-se cumprimento à programação realizada em reunião de parceiros para a comemoração do Dia Internacional das Pessoas Idosas, que decorreu no dia 07 de Outubro de 2011, no espaço livre do Parque Ambiental, em Redondo, entre as dez e as dezassete horas.

Estivemos presentes ao longo de todas as atividades associadas à Comemoração, a qual incluiu atividades lúdicas com os monitores da Dinâmica Sénior, como os jogos tradicionais, atividade física, com os monitores de Ginástica Recreativa e de Manutenção do Município de Redondo, jogos desportivos e dança. Simultaneamente realizámos uma sensibilização individual ou em grupo de duas pessoas (casal de idosos ou parceiros) sobre a importância da alimentação saudável e da atividade física, com despiste individual da diabetes, o que incluiu a picagem para a pesquisa da glicémia capilar a 74 idosos.

6.4 “VOLUNTARIADO DE AFETOS”

Projetou o Município de Redondo criar um Banco Local de Voluntariado com o nome “Voluntariado de Afetos”, convidando oficialmente a UCC Redondo como parceira na promoção e implementação do projeto.

“Este projeto foi pensado para a população idosa, ou para pessoas sem ocupação, ou para qualquer pessoa do nosso concelho que se mostre interessada, uma vez que o crescente envelhecimento da população exige medidas que vão de encontro às necessidades e potencialidades dos mesmos. Deste modo, pensámos ser importante proporcionar aos nossos idosos um maior conforto e bem-estar, integrando-os socialmente no nosso concelho” (Município de Redondo, 2012).

Trata-se de um projeto, em primeira linha, de idosos para idosos, havendo alargamento a qualquer pessoa interessada em participar.

Face ao convite formulado pelo Município de Redondo para integrarmos o projeto, apresentamos parte da resposta que formulámos e devolvemos na ocasião:

“A principal finalidade deste projeto é combater o isolamento social/ solidão dos idosos e/ou dependentes do concelho de Redondo, bem como proporcionar-lhes um serviço de apoio gratuito, passível de satisfazer algumas das suas necessidades básicas.

O projeto tem toda a pertinência e vem completamente ao encontro do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, apresentado na Circular Normativa Nº 13/DGCG, de 02/07/2004, que estabelece como uma das grandes estratégias de intervenção, a promoção do envelhecimento ativo. Ou seja, desenvolver estratégias que contribuam para um envelhecimento saudável (DGS, 02/07/2004).

Que mais acrescentar? Que esta temática vai ao encontro da filosofia de trabalho desenvolvida pela UCC Redondo, ao nível do trabalho com idosos e com pessoas mais vulneráveis, de que nos sentimos totalmente investidos.

Pareceu-nos um bom exemplo de voluntariado a experiência da Associação do Coração Amarelo, de que podemos seguir exemplo. As atividades desenvolvidas pela Associação são exercidas por voluntários devidamente selecionados e formados para estarem disponíveis para minimizar o isolamento e a solidão e para contribuir para a autonomia da pessoa idosa melhorando a sua qualidade de vida. Os voluntários têm como missão essencial acompanhar os beneficiários da Associação do Coração Amarelo, quer no seu domicílio, quer no exterior.

Que atividades desenvolvem? No domicílio: lendo, escrevendo cartas, preenchendo documentos e outras atividades que lhe possam ser úteis e lhes deem prazer realizar em companhia. No exterior: acompanhando ao correio, à igreja, ao banco, ao médico, ao hospital, ao jardim, ao museu, ao cinema, ao teatro, a casa de familiares ou amigos.

Estes exemplos de ações levadas a cabo pela Associação do Coração Amarelo inserem-se na procura da prática de uma nova cidadania, no reforço das redes de solidariedade intergeracional e no estabelecimento de parcerias e são um exemplo que nós podemos seguir.

As situações aplicáveis às questões de saúde, serão as que nos movem a colaborar no vosso projeto como parceiros. Damos como exemplos de áreas de intervenção, no âmbito da saúde, a proposta do acompanhamento a consultas ou análises clínicas e da

organização da medicação” – assim demos por concluído o nosso parecer e demonstrámos a nossa disponibilidade em colaborar.

Estivemos na elaboração do projeto, no lançamento oficial junto da comunidade local de idosos e na divulgação junto dos alunos mais velhos da comunidade educativa local, a fim de angariar maior número de candidatos a voluntários e avançar para o voluntariado numa perspetiva intergeracional.

Atualmente o projeto “Voluntariado de Afetos” já começou a concretizar-se e já se encontra disponível no site do Município de Redondo informação sobre o projeto e ficha de inscrição (Município de Redondo, 2012).

6.5 FEIRA DO IDOSO

A Feira do Idoso é um evento que tem como propósito apresentar as atividades e valências direcionadas à população idosa por instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e instituições públicas, entre as quais, as entidades parceiras. A importância desta iniciativa decorre ainda da necessidade de divulgar a crescente motivação das entidades envolvidas em melhorar a qualidade de vida dos idosos, bem como a sua integração em atividades que promovam autonomia e bem-estar.

Tem também a finalidade de contribuir para o reforço da solidariedade e coesão social através do convívio intergeracional e da reflexão acerca dos principais problemas que afetam os idosos.

Estivemos presentes em todas as reuniões onde foi realizada a programação e calendarização das atividades a decorrerem no evento. Neste ano 2012, o evento vai decorrer de 21 a 23 de Março, no recinto do Pavilhão Multiusos do município de Redondo.

Apresentámos e fundamentámos como propostas para o evento as seguintes:

- Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, os nutrientes (que constituem os alimentos), promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, e fornecem energia ao corpo. Uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias.

- Fazer uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças (como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, tensão alta, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas.

- A qualidade de vida não se traduz apenas por ausência de doença mas também pela manutenção da independência, da mobilidade, das funções cognitivas, de um estado psicológico adequado, das relações sociais e das redes de apoio.

- Tendo em conta as recomendações especialmente importantes para as pessoas idosas, a Sopa aparece como uma excelente forma de consumir produtos hortícolas (hortaliças e legumes), incluindo a redução do consumo de sal (substituindo-o por ervas aromáticas, especiarias, alho, louro, limão...) e evitando alimentos ricos em sal (caldos instantâneos ou “cubos de carne”),

Período pré-feira:

- Recolha de Receitas de Sopas Tradicionais ao longo dos meses de Novembro, Dezembro e Janeiro;

- Elaboração de “livro” de receitas com a digitalização das receitas escritas pelos autores e o texto em Word das receitas para uma melhor leitura, respeitando a linguagem usada e os termos (nós asseguraremos esta parte);

- Impressão do “livro” pela Junta de Freguesia local;

- Convite aos grupos da Dinâmica Sénior para realizarem a “Feira Gastronómica da SOPA” na Feira do Idoso;

- Decisão dos grupos a participar e da sopa a confeccionar por cada grupo em cada dia da Feira com os técnicos do Município de Redondo;

- Decisões relacionadas com questões financeiras e logísticas a cargo do Município.

Durante a Feira:

Pretendemos que haja um reforço das recomendações especialmente importantes para as pessoas idosas, nomeadamente:

- O aumento dos conhecimentos da população idosa sobre alimentação pois estes ajudam a manter-se saudável;

- O controlar do peso de forma a manter um estado nutricional equilibrado.

A que dão resposta as atividades:

- Realização da “feira gastronómica da SOPA”, mediante um valor simbólico por sopa, acompanhada de uma peça de fruta e bebidas a gosto;

- *Stands* técnicos: *Stand* da UCC Redondo com a Roda dos Alimentos gigante, e rastreios da Obesidade, dando continuidade ao trabalho iniciado em todos os grupos, de cálculo de IMC, com entrega de folheto alusivo à Feira do Idoso com a temática da Alimentação Saudável;

- Rastreios da Obesidade a realizar durante as manhãs e as tardes no decurso da feira, pelas Enfermeiras da UCC Redondo;

- Distribuição / entrega do “livro” de receitas de sopas tradicionais pelos presentes na feira gratuitamente;

- Tendo em conta que outra das recomendações é manter uma vida ativa, com níveis moderados de atividade física diária, propõe-se a realização de momentos musicais diários para serem acompanhados com danças tradicionais;

- Projeção de um filme alusivo à saúde mental do idoso, no Centro Cultural, para idosos, de que damos exemplo, *Driving Miss Daisy* (1989), de Bruce Beresford, (neste filme a personagem principal é uma excêntrica senhora que, nos últimos anos de vida, estabelece novas e surpreendentes amizades), com eventual discussão sobre a temática no final da projeção – esta proposta não foi aceite pela indisponibilidade da Sala de Cinema nas datas do evento.

Das propostas que realizámos uma parte foi aprovada, pelo que resultou o Programa que se encontra no ANEXO II.

A Feira termina no dia 23 de Março com uma Tertúlia a realizar na Assembleia Municipal de Redondo, para partilha de experiências entre parceiros, cujo programa integra o ANEXO II. Nesta Tertúlia, a parte da tarde vai ser dedicada aos nossos projetos e vão ser apresentados os resultados da avaliação dos idosos, ou seja o estudo da caracterização dos idosos com o IAI que se apresenta no capítulo que se segue.

7 ESTUDO DA CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS PELA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADO (IAI)

Estudos sobre a funcionalidade dos idosos mostram que as atividades de vida diária (AVD) são as últimas a ser comprometidas no processo de envelhecimento. Numa hierarquia de complexidade, as atividades mais complexas tendem a ser comprometidas em primeiro lugar, seguidas da autonomia instrumental e por último as AVD. Estes resultados induzem à necessidade da utilização de instrumentos que avaliem os

diferentes níveis de complexidade das atividades, tendo em vista um diagnóstico e intervenção precoces. Só é possível intervir no que se conhece.

Sposito, Diogo, Neri, Guariento, & De Sousa (2010) realizaram avaliações a 125 idosos de um serviço de ambulatório de geriatria, com o objectivo de verificar a relação entre o bem-estar subjetivo, a independência funcional e o desempenho dos membros inferiores. Concluíram que o bom desempenho físico é a variável de relevância para melhor saúde percebida. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções de recuperação e manutenção da independência funcional, mesmo pequenas ou mínimas, as quais promovem nos idosos ganhos na saúde percebida, o que fundamenta o nosso objetivo de avaliar os idosos do projeto.

Os idosos da população-alvo encontram-se organizados em sete grupos, contudo ressalta uma característica de entre os grupos que cria assimetrias entre eles. Dois dos grupos são idosos institucionalizados, integrados em lar ou em regime de centro de dia, em IPSS, em Redondo e em Montoito, sendo as atividades realizadas dentro das respetivas instituições. E os restantes cinco grupos são idosos que vivem no seu domicílio e se deslocam para participar nas atividades planeadas, em espaços cedidos pela CMR ou pelas associações de idosos e casas do povo.

Pretendeu-se realizar o perfil biopsicossocial dos idosos e analisar estatisticamente os resultados obtidos, tendo em vista o planeamento e desenvolvimento de estratégias futuras.

A escolha do instrumento para colheita de dados tendo em vista o estudo da população envolvida recaiu sobre o Instrumento de Avaliação Integrado (IAI), dado ser o instrumento usado por rotina na equipa da UCC Redondo para avaliação de utentes em situação de dependência e idosos frágeis, constante no ANEXO III.

O IAI é utilizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI). Trata-se de um instrumento oficial, testado e adaptado à realidade nacional e constitui-se num instrumento de avaliação biopsicossocial, tendo como âmbito de ação:

- A abordagem diagnóstica de identificação e monitorização longitudinal de pessoas em situação de dependência, delineada com base em instrumentos internacionais validados;

- A contribuição para um plano individual de intervenção cuja ênfase é posta na manutenção e recuperação de capacidades, tendo em vista uma vivência independente;

- A identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida;
- A monitorização da informação biopsicossocial, de forma uniformizada e passível de ser informatizada (UMCCI, 2011).

O IAI apresenta três áreas subdivididas em doze domínios como mostra a Tabela 7.1.

Tabela 7.1 - Estrutura do IAI

ÁREA	DOMÍNIO
"Bio"	Sexo
	Idade (faixas etárias)
	Queixas de saúde
	Estado de nutrição
	Quedas
	Locomoção
	Autonomia física (Katz)
	Autonomia instrumental (Lawton)
"Psico"	Queixas emocionais
	Estado cognitivo (excerto de MMS de Folstein)
"Social"	Estado social
	Hábitos

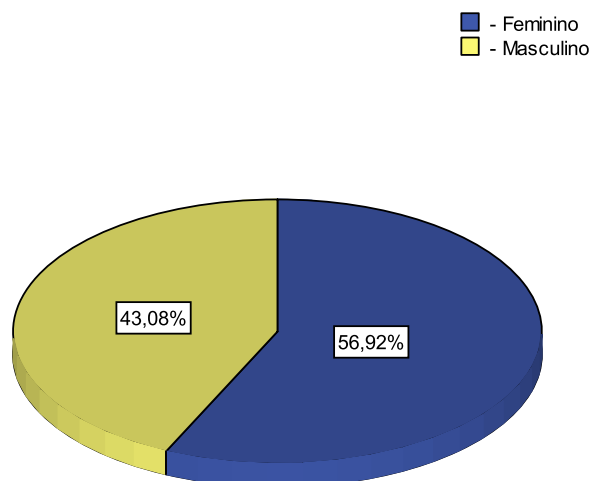
Fonte: Adaptado de UMCCI, (2011)

O IAI apresenta questões fechadas. A metodologia de análise de dados previu a utilização de técnicas de estatística descritiva, sem recurso a análises mais complexas, dada a limitação temporal. Foram utilizados como meios informáticos os Softwares Estatísticos SPSS e Excel. Para simplificação dos resultados, só uma parte dos resultados obtidos pela aplicação do IAI foi analisada.

7.1 ANÁLISE GERAL DOS RESULTADOS

A amostra utilizada foi de conveniência e é constituída por 65 utentes idosos, sendo composta com ligeiro predomínio de mulheres, sendo 56,92% mulheres contra 43,08% de homens (Figura 7.1).

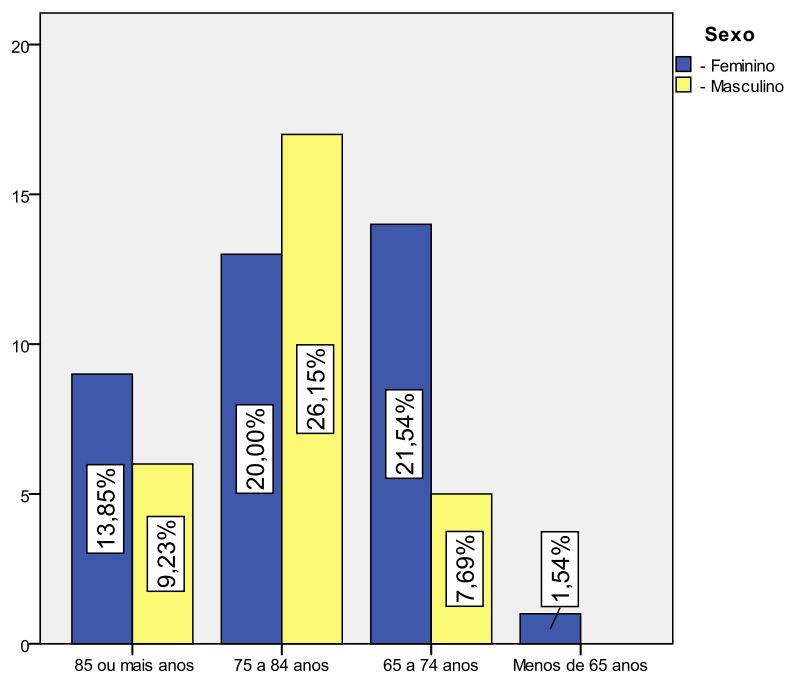
Figura 7.1 – Distribuição por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A distribuição das idades em função do sexo apresenta alguma proporcionalidade, à exceção do grupo etário dos 75 aos 84 anos, onde a maioria é de idosos do sexo masculino (Figura 7.2).

Figura 7.2 - Distribuição por escalão etário e por Sexo

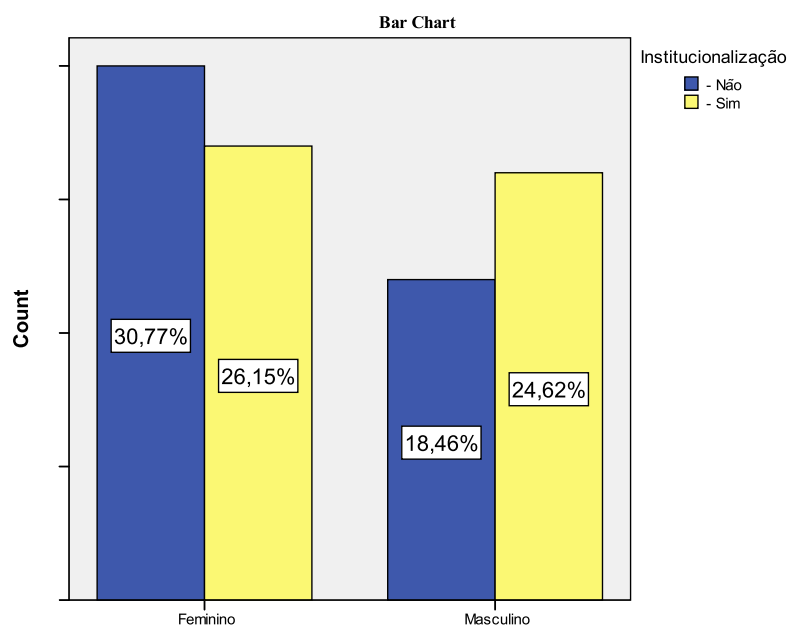


Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A institucionalização é uma variável importante na presente caracterização, havendo algumas assimetrias na representatividade entre sexos por escalão etário (Figura 7.3).

Na seleção da amostra houve aplicação do IAI a idosos dos vários grupos da comunidade, aleatoriamente, e a utentes institucionalizados de ambas as IPSS, em proporções semelhantes para poder haver lugar a comparações entre grupos.

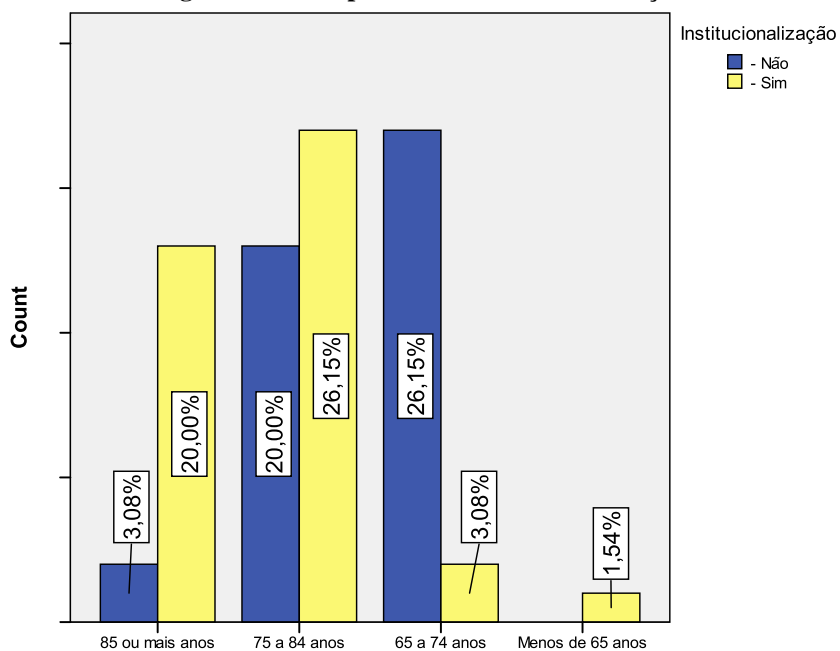
Figura 7.3 - Distribuição por Sexo e institucionalização



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Salienta-se a relevância da idade dos utentes institucionalizados, ou seja, quanto maior a idade maior a presença da variável institucionalização. Regista-se que 1,54% dos utentes apresentam menos de 65 anos. Integramos no projeto utentes com menos de 65 anos, os quais se encontram institucionalizados com dependência física e funcional mas que participam igualmente nas atividades (Figura 7.4).

Figura 7.4 – Grupo etário e institucionalização

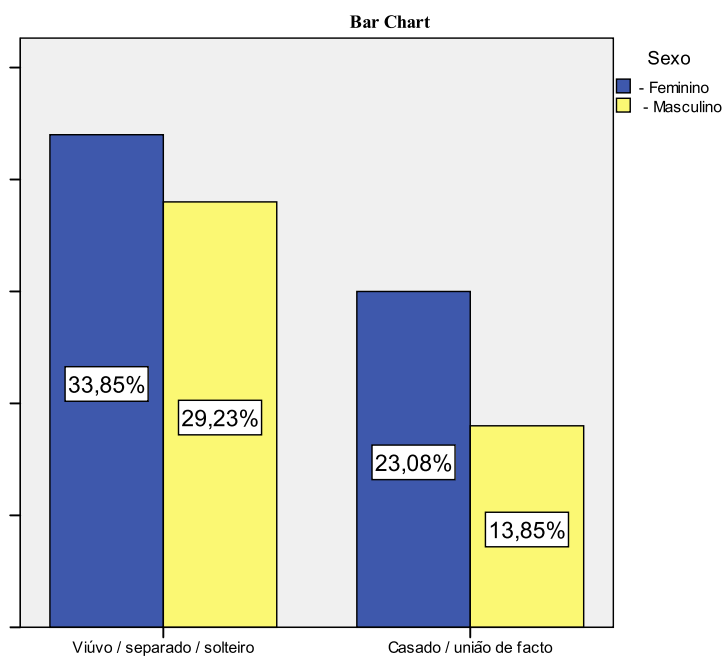


Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.2 ESTADO SOCIAL

A maioria dos idosos encontra-se viúvo, separado ou solteiro, com maior percentagem de idosas neste estado (33,85%), seguidos dos idosos do sexo masculino, com 29,23% (Figura 7.5).

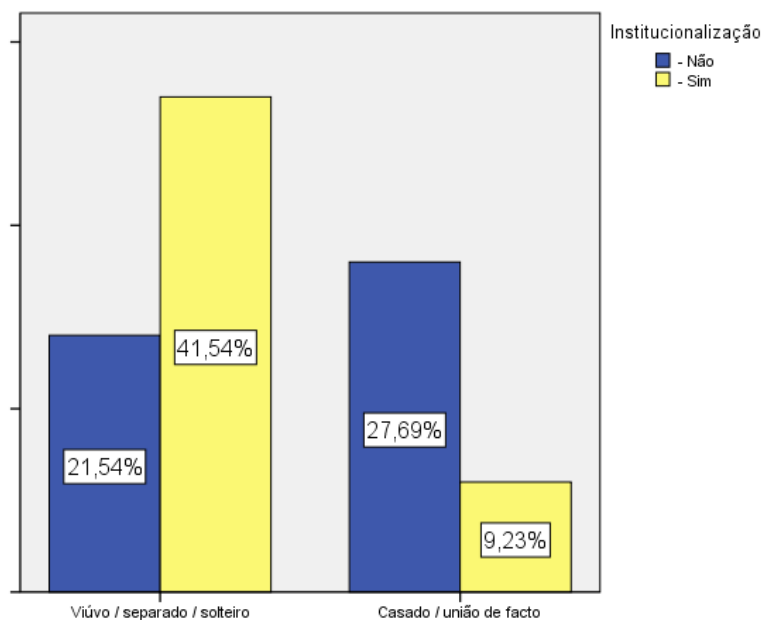
Figura 7.5 - Estado civil por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Da Figura 7.6 realça que a maioria dos idosos institucionalizados (41,54%) se encontram viúvos, separados ou solteiros.

Figura 7.6 - Estado civil e institucionalização



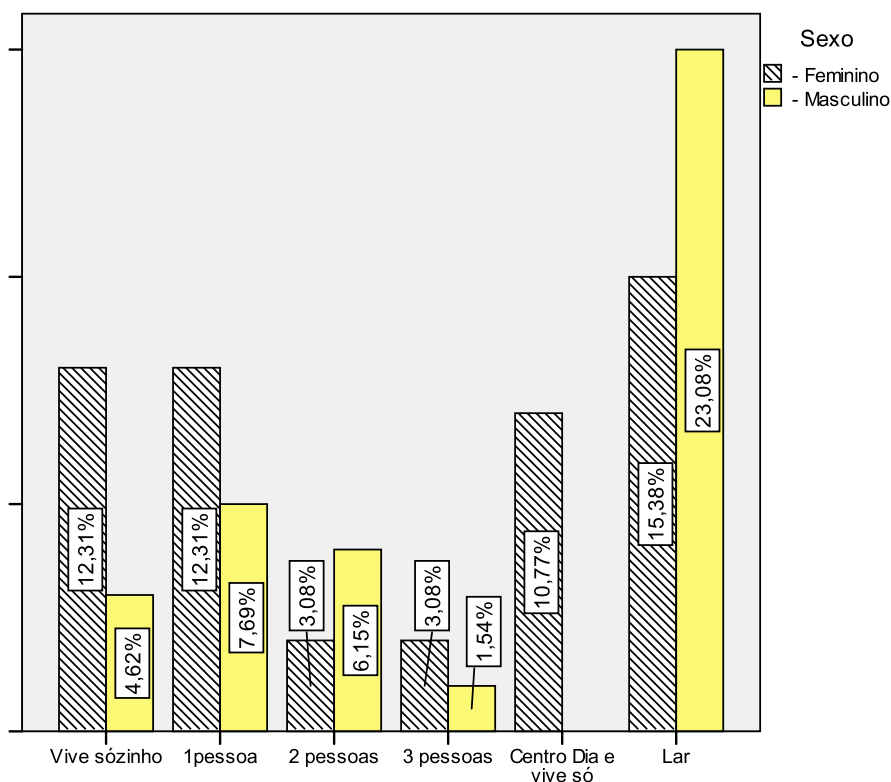
Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Com o objetivo de identificar as situações de isolamento social, o IAI questiona o número de coabitantes na residência do idoso.

Tendo em conta que a população institucionalizada pode usufruir da medida viver em lar ou em regime de centro de dia, ressalta que há mais homens (23,08%) que mulheres (15,38%) em situação de lar, havendo situação oposta no regime de centro de dia, onde se verifica haver apenas mulheres (10,77%) as quais voltam para casa à noite, onde dormem sozinhas.

O isolamento social é um problema identificado, havendo 12,31% de mulheres e 4,62% de homens a viverem sós (Figura 7.7).

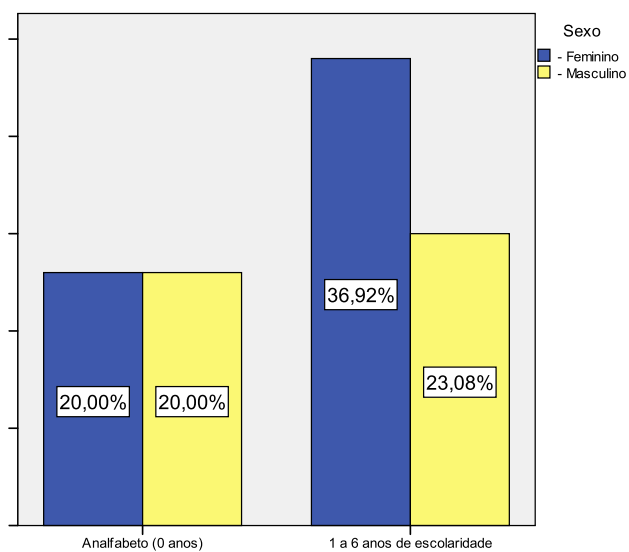
Figura 7.7 – Coabitação por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Quanto à escolaridade, cerca de 40% dos idosos de ambos os sexos não frequentaram a escola contra cerca de 60% que a frequentaram entre um a seis anos completos. Há maior percentagem de escolarizados entre as mulheres (36,92%) que entre os homens (23,08%) (Figura 7.8).

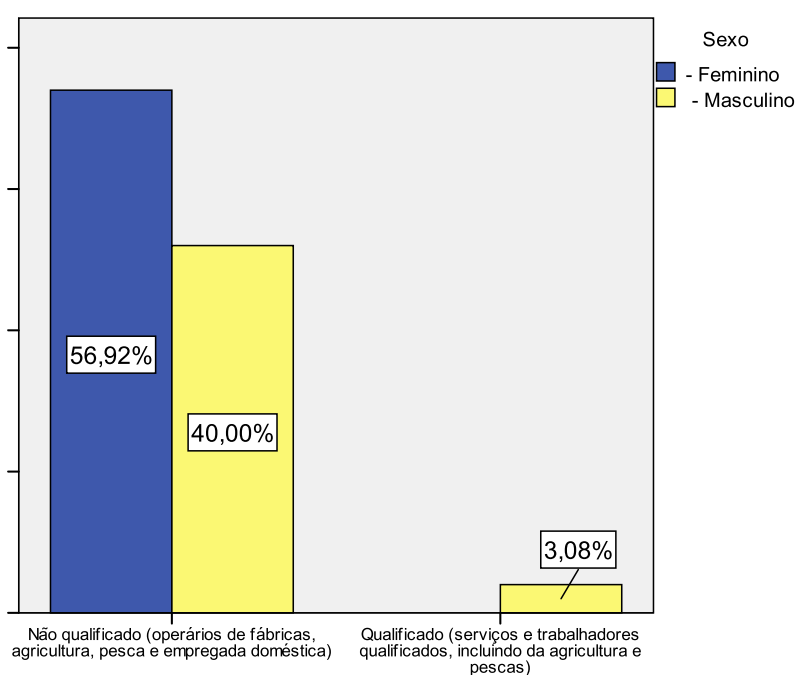
Figura 7.8 – Escolaridade por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Associada à elevada percentagem de analfabetismo ocorre a profissão, onde a totalidade das mulheres (56,92%) respondeu que foi operária não qualificada, trabalhadora rural ou doméstica, ou a tempo inteiro ou parte do ano, ao longo das suas vidas. Sucedendo algo semelhante com os homens, onde apenas em 3,08% das situações houve profissões qualificadas. Não ocorreram quadros médios nem a especialistas (Figura 7.9).

Figura 7.9 – Tipo de profissão por Sexo

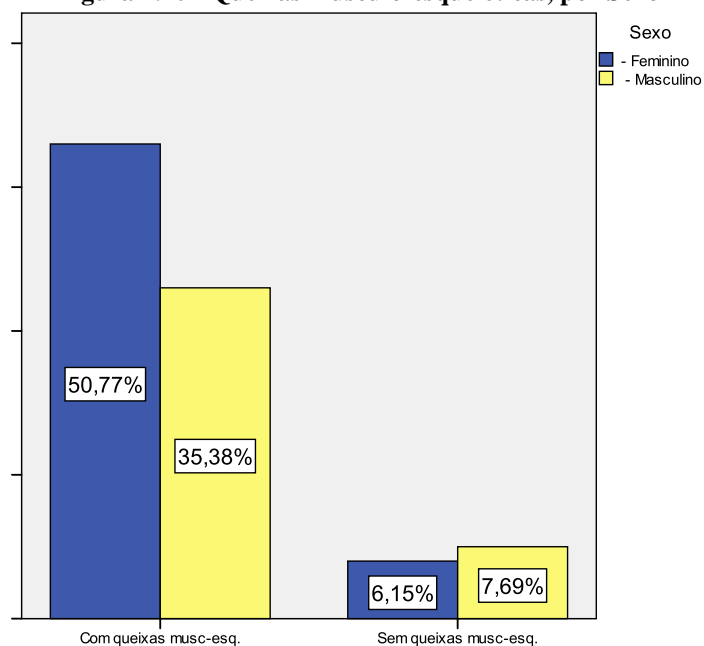


Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.3 QUEIXAS DE SAÚDE

As queixas mais salientes são as queixas músculo-esqueléticas, onde 50,77% de mulheres e 35,38% de homens afirmam ter (Figura 7.10).

Figura 7.10 - Queixas músculo-esqueléticas, por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

As queixas músculo-esqueléticas mais frequentes estão associadas aos joelhos, da leitura da Tabela 7.2, com 26,2% de todas as respostas obtidas.

Tabela 7.2 – Tipo de queixas músculo-esqueléticas

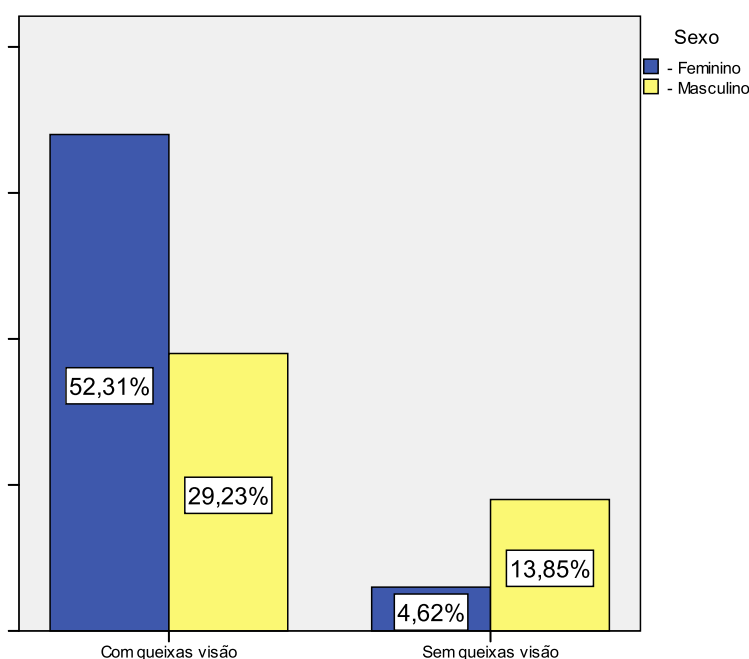
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - Dores musculares	1	1,5	1,5	1,5
0 - Limitação funcionalidade / incapacidade	7	10,8	10,8	12,3
0 - Sinais / sintomas da anca	1	1,5	1,5	13,8
0 - Sinais / sintomas da perna / coxa	8	12,3	12,3	26,2
0 - Sinais / sintomas da região dorsal	3	4,6	4,6	30,8
0 - Sinais / sintomas da região lombar	10	15,4	15,4	46,2
0 - Sinais / sintomas do joelho	17	26,2	26,2	72,3
0 - Sinais / sintomas do pé / dedos dos pés	2	3,1	3,1	75,4
0 - Sinais / sintomas do pescoço	1	1,5	1,5	76,9
0 - Sinais / sintomas do tórax	1	1,5	1,5	78,5
0 - Sinais / sintomas dos braços	3	4,6	4,6	83,1
0 - Sinais / sintomas musculares não especificados	2	3,1	3,1	86,2
3 - Sem queixas	9	13,8	13,8	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração própria (SPSS)

As queixas relacionadas com a visão também prevalecem com 52,31% de idosas e 29,23% de idosos do sexo masculino a apresentarem queixas. A queixa mais frequente

vem associada à limitação da funcionalidade, sentida em 40,0% de todas as respostas (Figura 7.11 e Tabela 7.3).

Figura 7.11 - Queixas de visão, por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

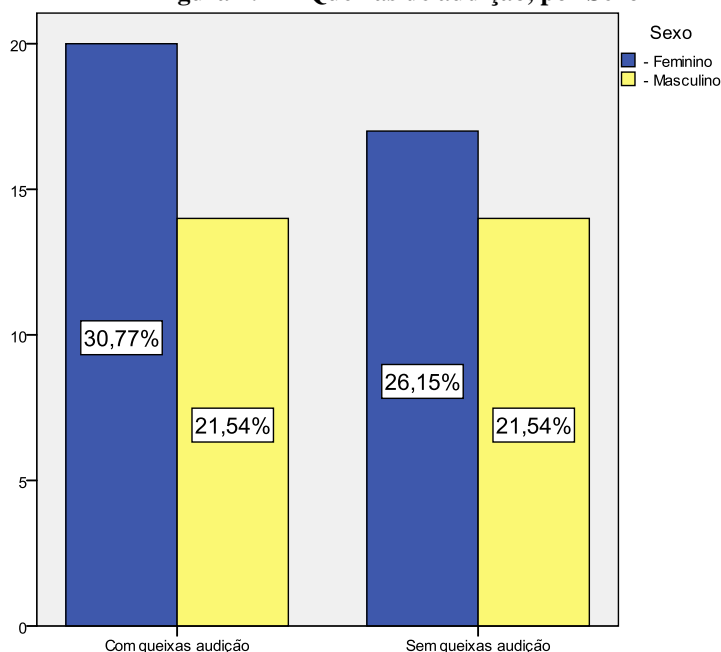
Tabela 7.3 – Tipo de queixas de visão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - Limitação funcional / incapacidade	26	40,0	40,0	40,0
0 - Medo de doença ocular	1	1,5	1,5	41,5
0 - Movimentos oculares anormais	1	1,5	1,5	43,1
0 - Olho vermelho	2	3,1	3,1	46,2
0 - Outras perturbações visuais	3	4,6	4,6	50,8
0 - Outros sinais / sintomas oculares	7	10,8	10,8	61,5
0 - Sinais / sintomas relacionados com óculos	13	20,0	20,0	81,5
3 - Sem queixas	12	18,5	18,5	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração própria (SPSS)

As queixas associadas à audição aparecem referidas em cerca de metade dos idosos de ambos os sexos. Tal como com a visão, as queixas mais frequentes são a limitação funcional ou incapacidade sentida pelo próprio idoso, em 26,2% de todas as respostas (Figura 7.12 e Tabela 7.4).

Figura 7.12 - Queixas de audição, por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

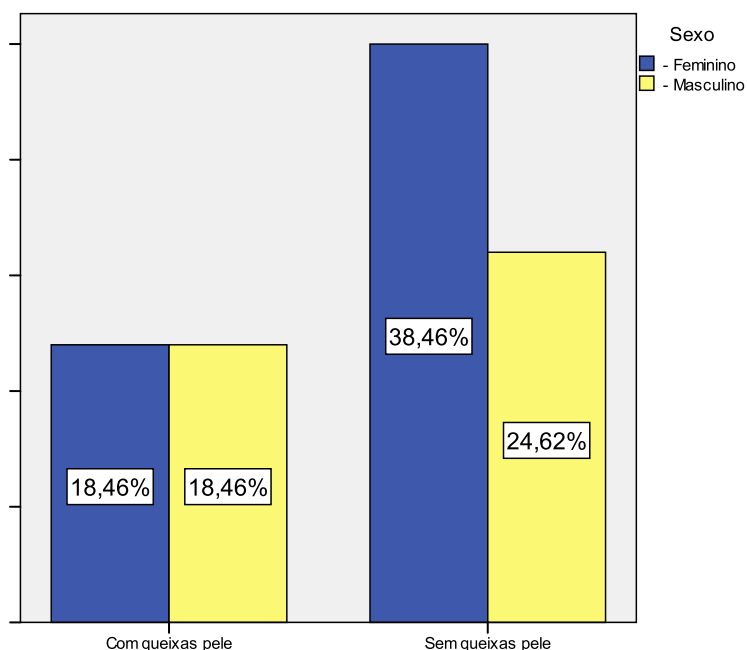
Tabela 7.4 – Tipo de queixas de audição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - Acufeno / zumbido / ruído / assobio	6	9,2	9,2	9,2
0 - Dores de ouvidos	2	3,1	3,1	12,3
0 - Limitação funcional / incapacidade	17	26,2	26,2	38,5
0 - Outros sinais / sintomas do ouvido	4	6,2	6,2	44,6
0 - Secreção do ouvido	1	1,5	1,5	46,2
0 - Sensação de ouvido tapado	4	6,2	6,2	52,3
3 - Sem queixas	31	47,7	47,7	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração própria (SPSS)

As queixas de pele aparecem em menor proporção de idosos, relativamente às queixas analisadas anteriormente, onde 38,46% das idosas acrescido de 24,62% de idosos do sexo masculino afirmam não ter queixas. Das queixas referidas, a mais saliente é “Outros sinais / sintomas da pele” em 24,6% dos casos (Figura 7.13 e Tabela 7.5).

Figura 7.13 - Queixas de pele, por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

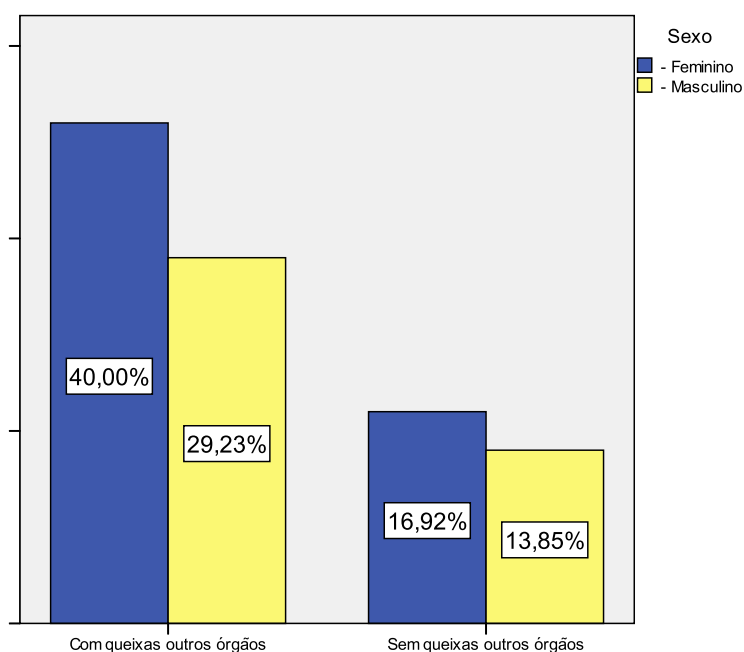
Tabela 7.5 – Tipo de queixas de pele

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - Calos / calosidades	2	3,1	3,1	3,1
0 - Medo de cancro da pele	1	1,5	1,5	4,6
0 - Medo de outra doença da pele	1	1,5	1,5	6,2
0 - Outra lesão cutânea	1	1,5	1,5	7,7
0 - Outros sinais / sintomas da pele	16	24,6	24,6	32,3
0 - Prurido	3	4,6	4,6	36,9
3 - Sem queixas	41	63,1	63,1	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A maioria dos idosos apresenta outras queixas (40,00% das mulheres e 29,23% dos homens), sendo a queixa mais frequente a debilidade e cansaço geral em 20% do total de respostas, seguida da limitação da funcionalidade ou incapacidade com 16,9% de todas as respostas (Figura 7.14 e Tabela 7.6).

Figura 7.14 - Queixas de outros órgãos, por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

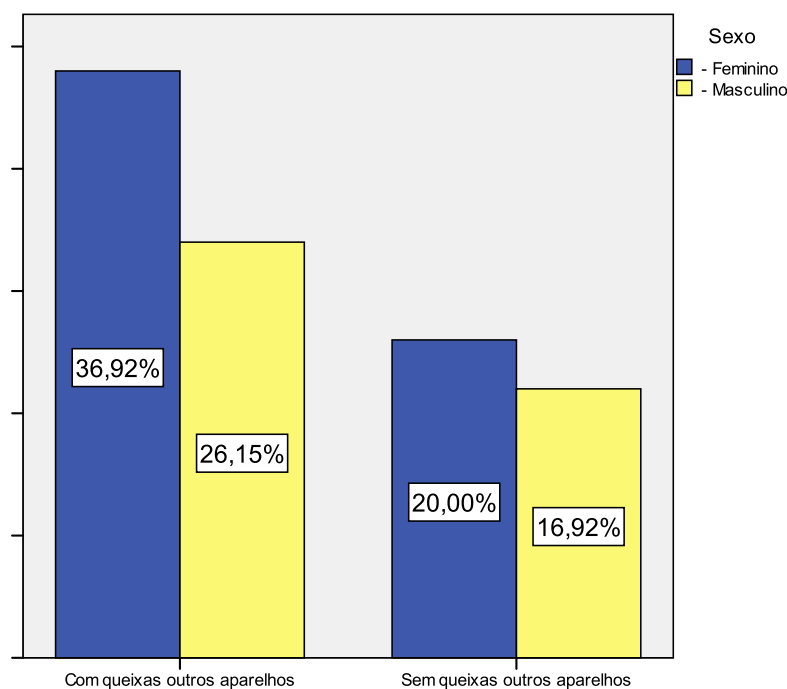
Tabela 7.6 – Tipo de queixas de outros órgãos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - Debilidade / cansaço geral	13	20,0	20,0	20,0
0 - Dor generalizada / múltipla	4	6,2	6,2	26,2
0 - Dores torácicas não especificadas	1	1,5	1,5	27,7
0 - Fator de risco de malignidade	4	6,2	6,2	33,8
0 - Inchaço / edema	2	3,1	3,1	36,9
0 - Limitação da funcionalidade / incapacidade	11	16,9	16,9	53,8
0 - Medo de cancro não especificado	1	1,5	1,5	55,4
0 - Medo de outra doença não especificado	6	9,2	9,2	64,6
0 - Preocupações com a aparência	1	1,5	1,5	66,2
0 - Receio / medo do tratamento	1	1,5	1,5	67,7
0 - Sentir-se doente	1	1,5	1,5	69,2
3 - Sem queixas	20	30,8	30,8	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração própria (SPSS)

As queixas dos outros sistemas são referidas em 36,92% de mulheres acrescido de 26,15% de homens, sendo as queixas com maior prevalência as associadas aos aparelhos circulatório e respiratório em 18,5% cada do total das respostas, seguidos do aparelho digestivo, com 16,9% do total das respostas (Figura 7.15 e Tabela 7.7).

Figura 7.15 - Queixas de outros sistemas, por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Tabela 7.7 – Tipo de queixas de outros sistemas

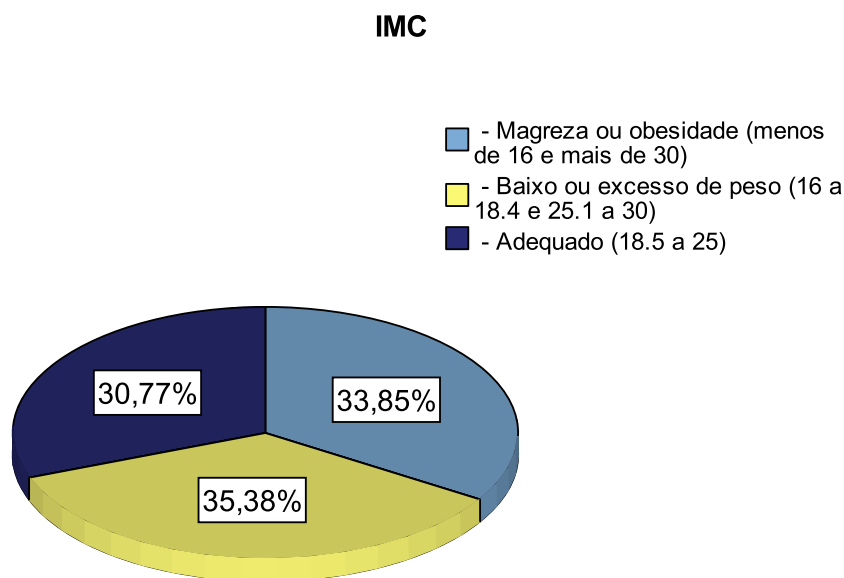
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0 - Queixas aparelho circulatório	12	18,5	18,5	18,5
0 - Queixas aparelho digestivo	11	16,9	16,9	35,4
0 - Queixas aparelho respiratório	12	18,5	18,5	53,8
0 - Queixas aparelho urinário	2	3,1	3,1	56,9
0 - Queixas endócrinas / metabólicas e nutricional	3	4,6	4,6	61,5
0 - Queixas sistema neurológico	1	1,5	1,5	63,1
3 - Sem queixas	24	36,9	36,9	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.4 ESTADO DE NUTRIÇÃO E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Quanto ao estado de nutrição dos idosos, os dados disponíveis revelam que somente 30,77% dos idosos apresenta um estado considerado adequado, com um IMC entre 18,5 e 25. Salienta-se que 33,85% dos idosos apresentam situações consideradas extremas, de magreza ou obesidade (Figura 7.16).

Figura 7.16 – Índice de Massa Corporal (IMC)

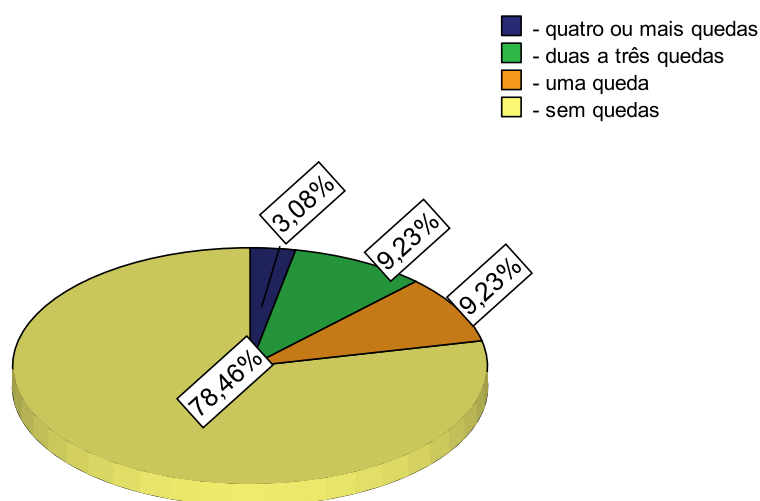


Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.5 PROPENSÃO PARA QUEDAS

Relativamente a quedas, cerca de um quinto dos idosos tem uma avaliação má ou insatisfatória, pelo seu histórico de quedas no último ano. O gráfico circular da Figura 7.17 mostra 78,46% dos idosos sem histórico de quedas no último ano.

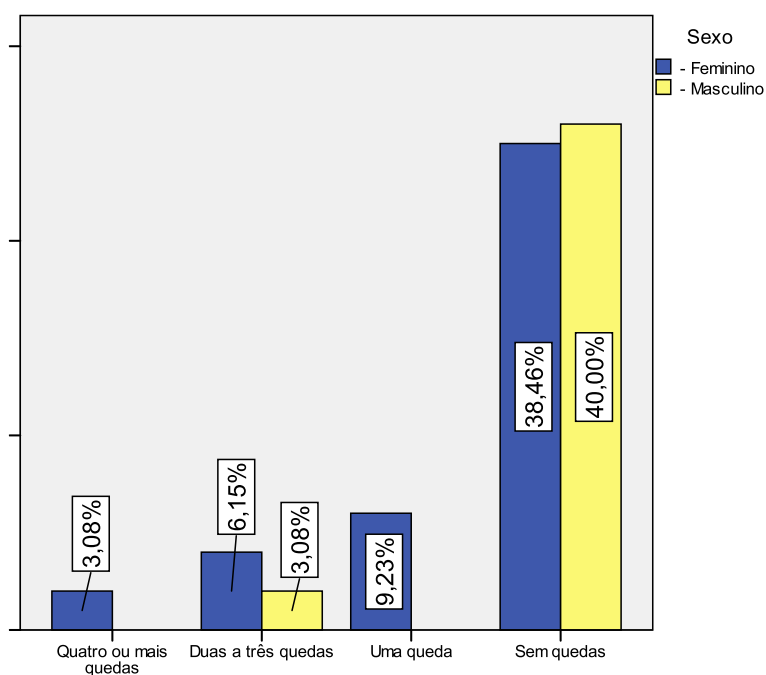
Figura 7.17 – Número de quedas no último ano



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Foram observadas diferenças significativas entre homens e mulheres, sendo estas as que apresentaram maior percentagem de quedas, pela Figura 7.18. Não se registaram diferenças significativas em função quer da idade, quer da variável institucionalização.

Figura 7.18 - Número de quedas no último ano por Sexo



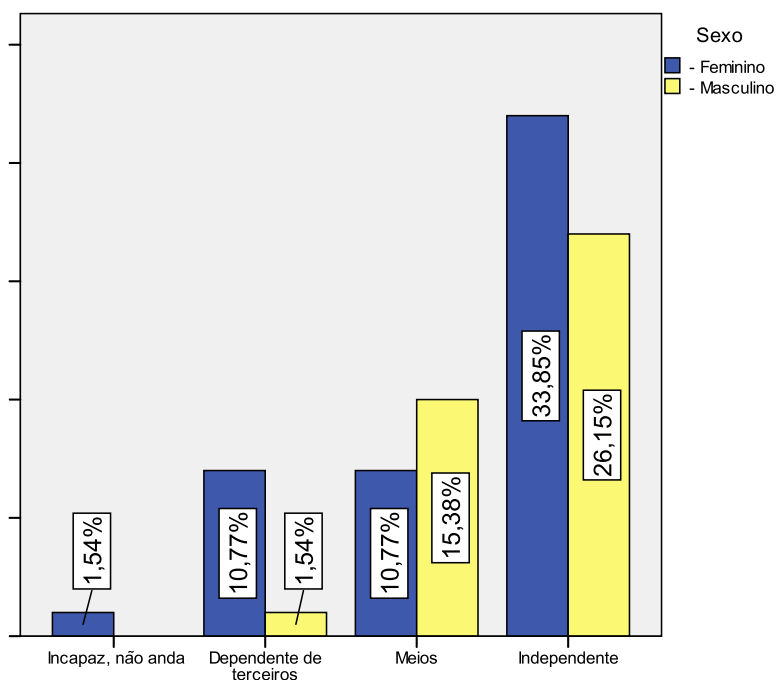
Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.6 A LOCOMOÇÃO

A locomoção constitui-se um problema para muitos idosos. O IAI permite avaliar a autonomia em diferentes contextos, como andar em casa, dentro de edifícios, andar em escadas, andar na rua e o recurso a meios para a visão e audição face à locomoção.

Da análise da Figura 7.19, conclui-se que 33,85% de idosas acrescido de 26,15 % de idosos do sexo masculino apresentam-se independentes com autonomia para se deslocarem sozinhos na rua.

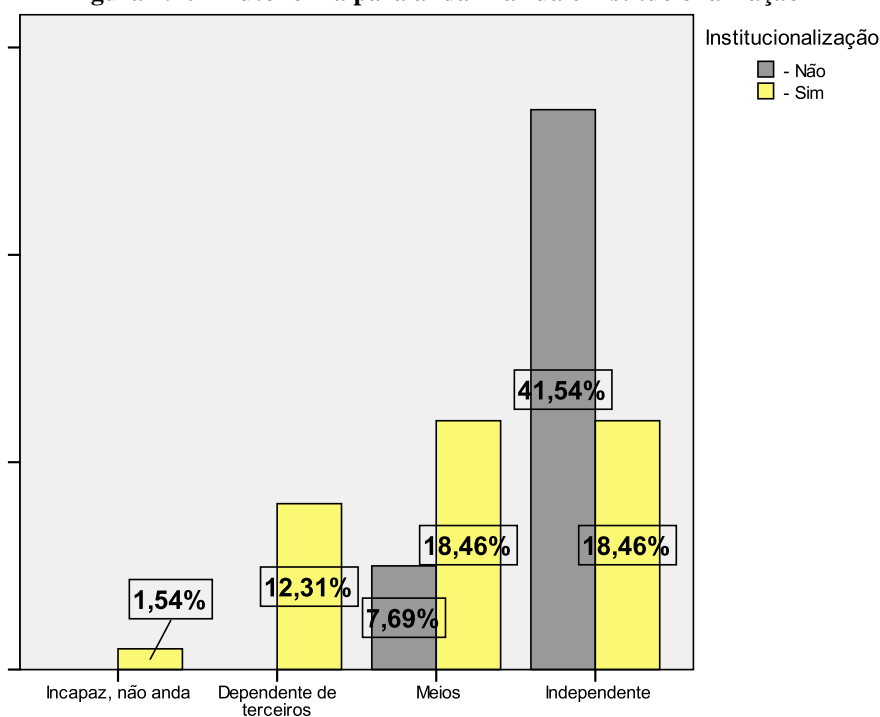
Figura 7.19 – Autonomia para andar na rua por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Os idosos institucionalizados apresentam maior percentagem de dependência, verificando-se que apenas 18,46% são independentes para se deslocarem na rua sozinhos, contra 41,54% de idosos não institucionalizados (Figura 7.20).

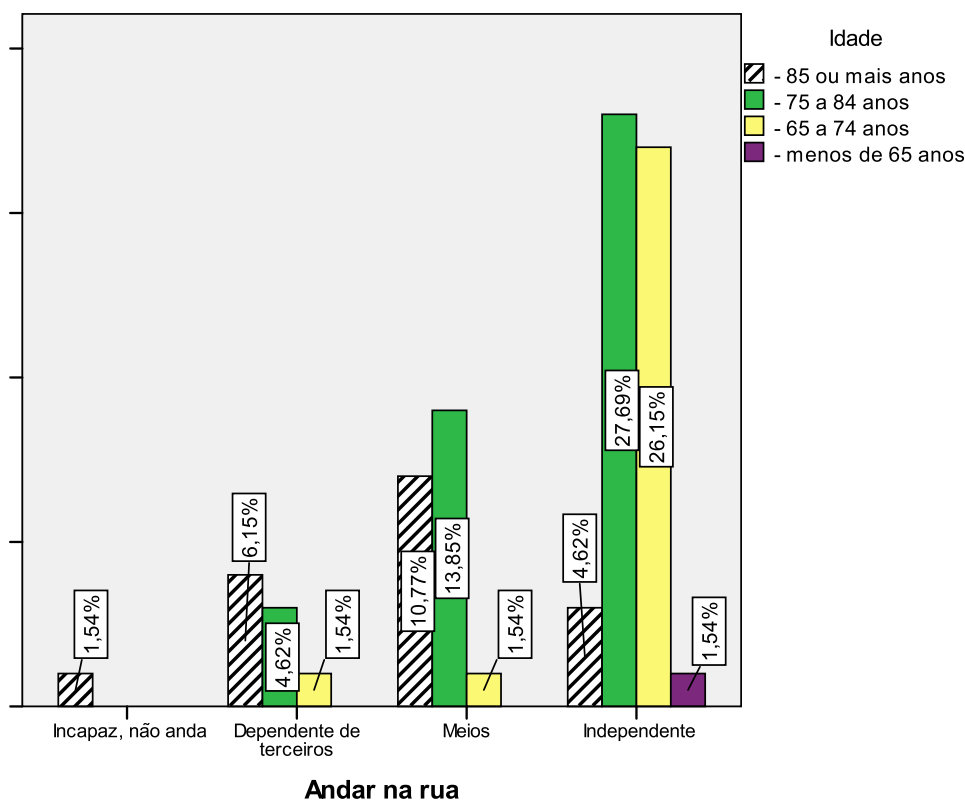
Figura 7.20 - Autonomia para andar na rua e institucionalização



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A autonomia para andar na rua parece agravar-se com a idade. Salieta na Figura 7.21 que as pessoas com 85 ou mais anos com maiores percentagens de recurso a meios (10,77%), dependentes de terceiros (6,15%) e incapazes de andar (1,54%).

Figura 7.21 - Autonomia para andar na rua e grupo etário



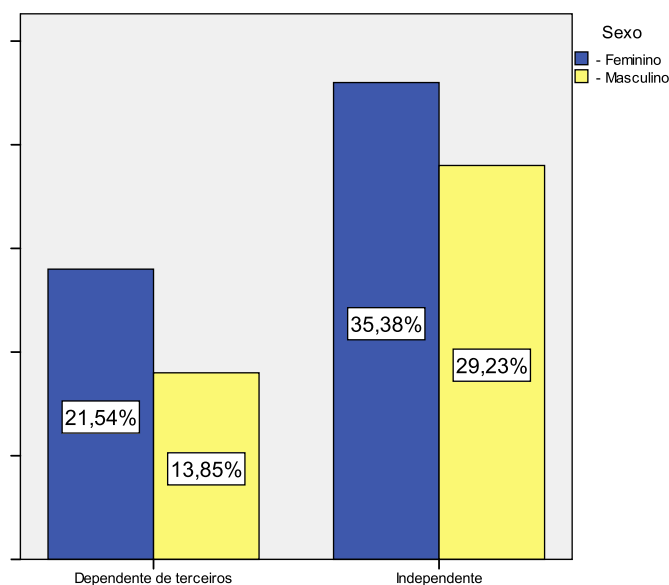
Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.7 AUTONOMIA FÍSICA

A autonomia física é avaliada pela adaptação do *Katz*. O IAI permite avaliar a autonomia física nas atividades de vida diária (AVD), como o lavar-se ou tomar banho, o vestir-se ou despir-se, o transferir-se da cama e de cadeiras; o uso da sanita ou bacio, o controlo da urina e fezes, o alimentar-se e o uso de meios para a visão e audição face à autonomia física.

Cerca de dois terços dos idosos apresentam autonomia física. Exemplo desta afirmação é a autonomia para a higiene pessoal, no que diz respeito a “lavar-se ou tomar banho”. Analisando essa atividade de vida diária, na Figura 7.22, 29,23% dos idosos do sexo masculino e 35,38% de idosas são independentes.

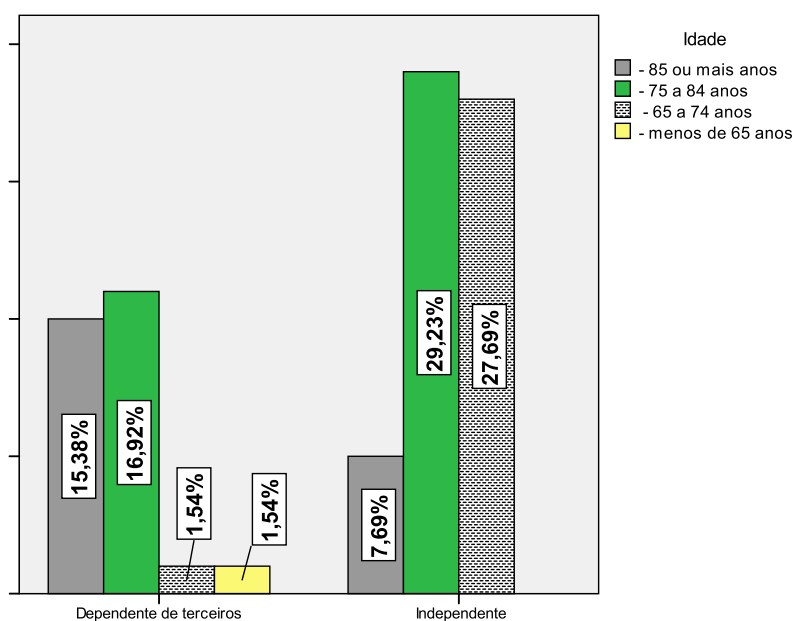
Figura 7.22 – Autonomia para a higiene pessoal por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

O aumento da idade parece influenciar diretamente a perda da autonomia. Parece haver agravamento à medida que a idade aumenta, à semelhança com a capacidade de locomoção, evidenciado na Figura 7.23. a maioria dos idosos dependentes de terceiros têm 75 a 84 anos (16,92%) e 85 ou mais anos (15,38%). Todos os utentes com menos de 65 anos (1,54%), os quais estão institucionalizados, são igualmente dependentes de terceiros nesta questão.

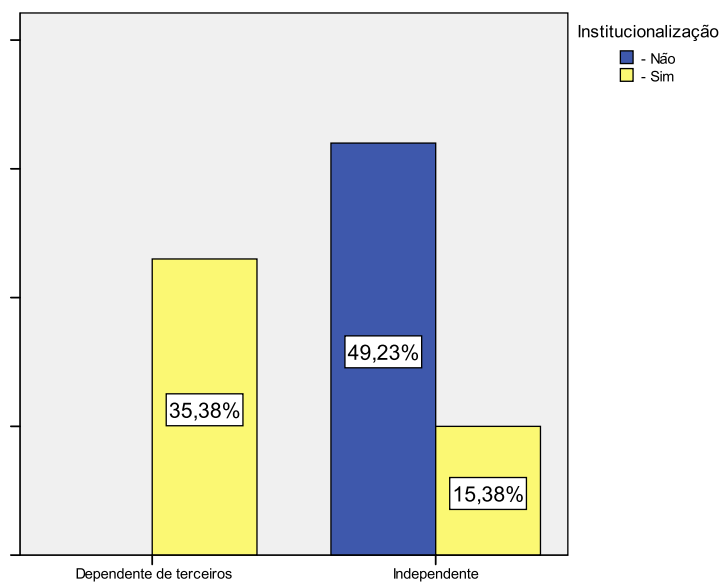
Figura 7.23 – Autonomia para a higiene pessoal por grupo etário



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Nos idosos integrados no projeto, o grupo de idosos dependentes é constituído por idosos que se encontram institucionalizados. Neste caso, os 35,38% idosos dependentes de terceiros para a higiene pessoal/lavar-se e tomar banho encontram-se em situação de institucionalização (Figura 7.24).

Figura 7.24 - Autonomia para a higiene pessoal e institucionalização



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

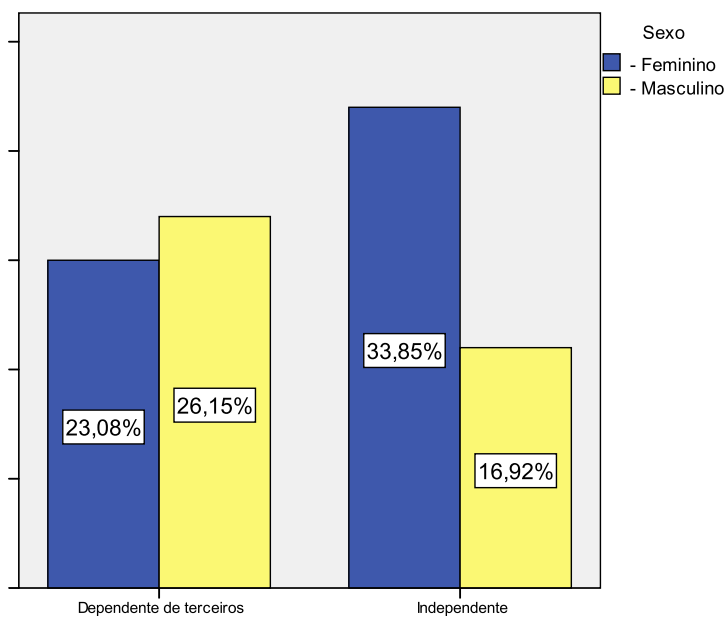
7.8 AUTONOMIA INSTRUMENTAL

A autonomia instrumental é avaliada pela adaptação do *Lawton*. O IAI permite avaliar a autonomia instrumental na capacidade para usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas de lida de casa, lavar ou tratar da sua roupa, usar transportes onde não pode ir a pé, tomar os seus medicamentos, gerir o seu dinheiro e o uso de meios para a visão e audição face à autonomia instrumental.

Opta-se pela autonomia instrumental no "gerir o seu dinheiro", pelo significado que habitualmente os idosos lhe dão como sinónimo de independência face aos outros.

As mulheres apresentam uma ligeira vantagem face aos homens na autonomia para gerir o seu dinheiro, sendo 33,85% das mulheres face a 16,92% dos homens. Salienta-se que cerca de metade dos idosos estão dependentes de terceiros na gestão do dinheiro (Figura 7.25).

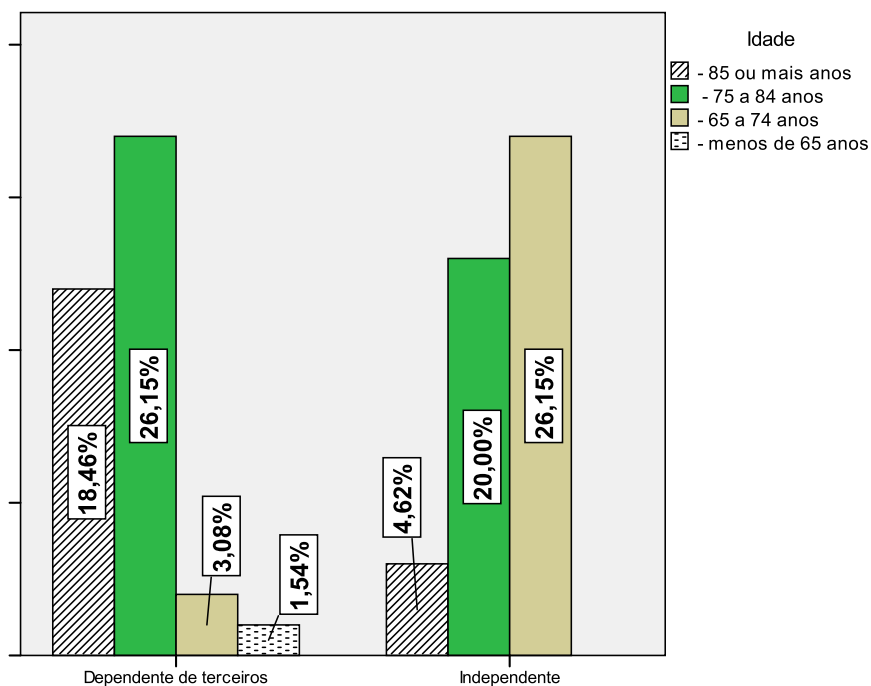
Figura 7.25 – Autonomia para a gestão do dinheiro por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Mais uma vez se verifica que a idade contribui para situações de dependência, 18,46% de idosos, os quais com 85 ou mais anos, são dependentes de terceiros na gestão do seu dinheiro, enquanto nessa faixa etária, apenas 4,62% são independentes. (ver Figura 7.26).

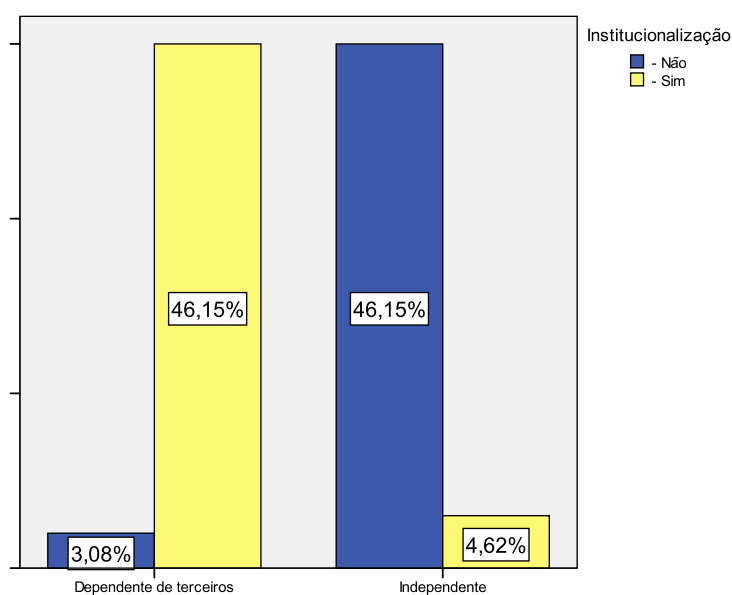
Figura 7.26 – Autonomia para a gestão do dinheiro por grupo etário



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

O facto de estar institucionalizado quase parece ser rotina para os idosos não fazerem a gestão do seu dinheiro. Esta situação verifica-se na maioria dos utentes institucionalizados a dependerem de terceiros, neste caso dos técnicos da instituição onde vivem, para a gestão do seu dinheiro, onde apenas 4,62% de idosos mantém a autonomia. Os dados contrastam-se tendo em conta este aspeto. Os idosos que se mantêm nas suas residências são na sua maioria independentes na gestão do seu dinheiro, havendo apenas 3,08% de idosos onde tal não ocorre (Figura 7.27).

Figura 7.27 – Autonomia para a gestão do dinheiro e institucionalização



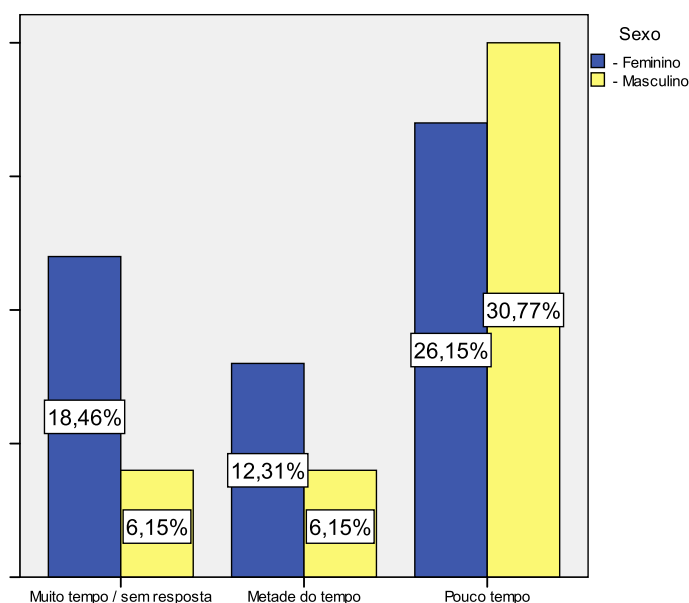
Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.9 QUEIXAS EMOCIONAIS

Esta parte do IAI permite despistar sinais de depressão, perguntando ao idoso se ultimamente se sente triste ou deprimido e por quanto tempo. Outra questão despista a existência de ansiedade, perguntando ao idoso se sente nervoso ou ansioso, com tensão, e por quanto tempo.

Apresentam-se os resultados relativos ao sentimento de tristeza. Onde se salienta que não houve respostas de “Nunca”. A tristeza está sempre presente, em pouco tempo do dia na maioria dos idosos do sexo masculino (30,77%) e das idosas (26,15%). Contudo, em 18,46% de idosas e 6,15% de idosos do sexo masculino, a tristeza estende-se ao longo do dia, dado estes idosos referirem que estão tristes muito tempo e sem resposta, ou seja, na linguagem que usaram repetidas vezes, “sempre” (Figura 7.28).

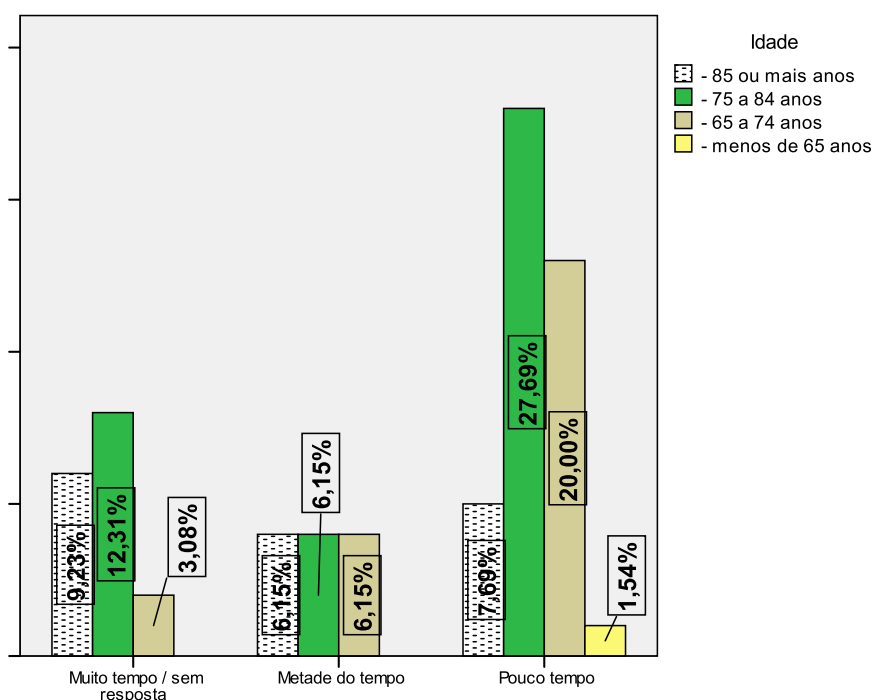
Figura 7.28 – Presença de queixas de tristeza por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A idade parece influenciar a presença da tristeza. Os idosos com menos de 75 anos referem estar tristes pouco tempo (68,4%), registando-se apenas 10,5% desses idosos com tristeza muito tempo ao longo do dia. Em contrapartida, 33,3% de idosos com 85 e mais anos estão tristes pouco tempo, contra 40,0% desses idosos com tristeza muito tempo e sem resposta (Figura 7.29).

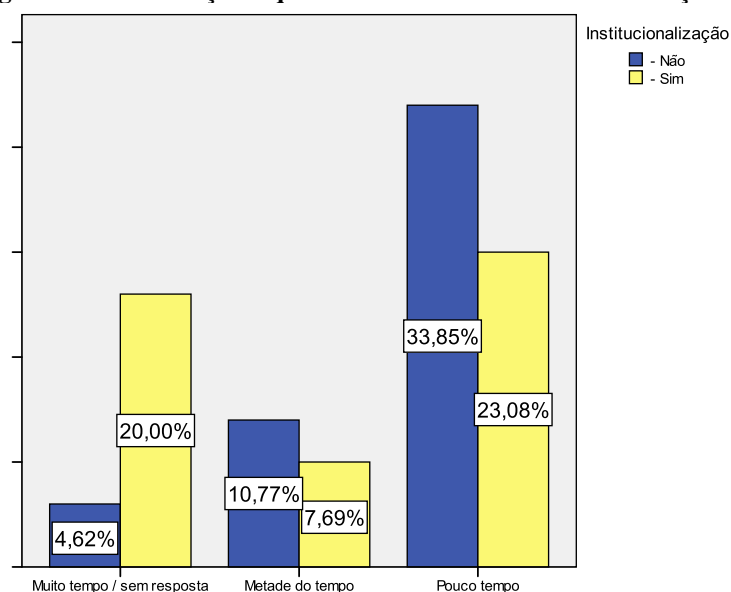
Figura 7.29 – Presença de queixas de tristeza por grupo etário



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A institucionalização também permite encontrar diferenças nos idosos. Enquanto a maioria dos idosos da comunidade refere estar tristes pouco tempo (33,85%), apenas cerca de metade dos idosos institucionalizados dão a mesma resposta. De salientar que grande parte dos idosos institucionalizados (20,00%) estão tristes muito tempo e sem resposta (Figura 7.30).

Figura 7.30 - Presença de queixas de tristeza e institucionalização

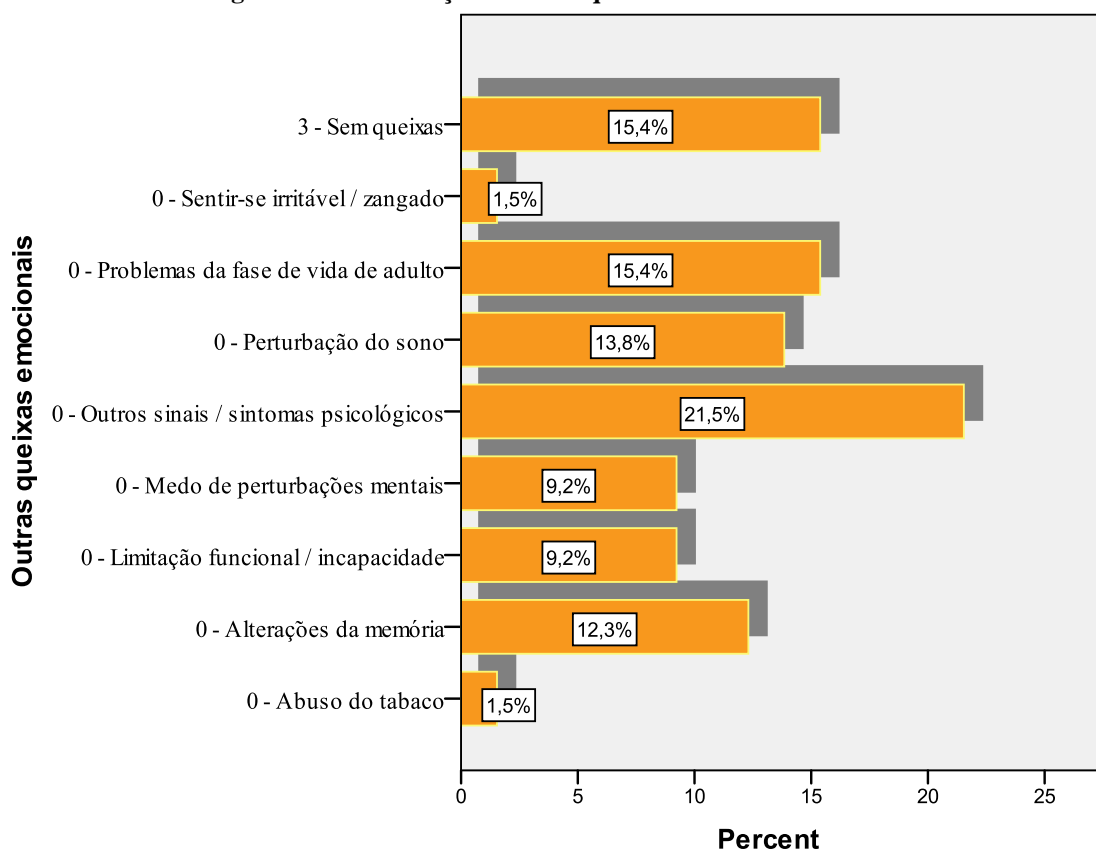


Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.10 OUTRAS QUEIXAS EMOCIONAIS

Para além da tristeza e da ansiedade são possíveis de identificar outras queixas. Dos resultados obtidos da aplicação do IAI não se identificaram diferenças significativas em função do sexo, idade ou local de residência. Da totalidade das avaliações, apenas 15,4% não apresentam outras queixas emocionais. Salientam-se as queixas associadas a outros sinais ou sintomas psicológicos, não identificados no instrumento (21,5%), seguidas das queixas decorrentes dos problemas da fase de vida da pessoa (15,4%), das perturbações do sono (13,8%) e das alterações da memória (12,3%). O medo das perturbações mentais e a apreensão face à dependência e limitação funcional também estão presentes em igual percentagem (9,2%). Ao nível individual todas as queixas são significativas por contribuírem para o diagnóstico de saúde mental (Figura 7.31).

Figura 7.31 – Presença de outras queixas emocionais



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

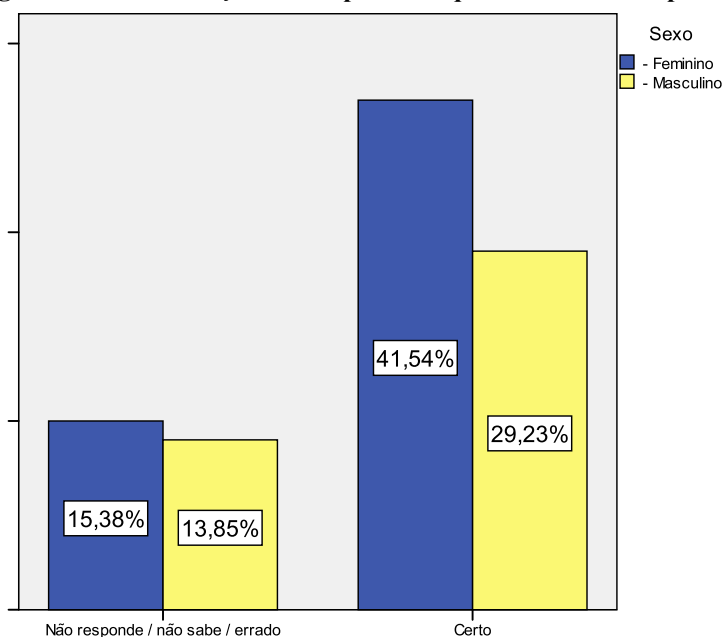
7.11 ESTADO COGNITIVO

A avaliação do estado cognitivo decorre de um excerto do *Mini Mental State* de Folstein. Avalia a orientação no tempo e no espaço.

Opta-se por apresentar os dados obtidos apenas a uma questão relacionada com o tempo: “Em que ano estamos?”, a qual é reveladora do estado dos idosos, até porque o IAI lhes foi aplicado na primeira semana logo após a entrada no ano 2012.

Mais de um quarto dos idosos não responde adequadamente, sendo 15,38% das mulheres e 13,85% dos homens (Figura 7.33).

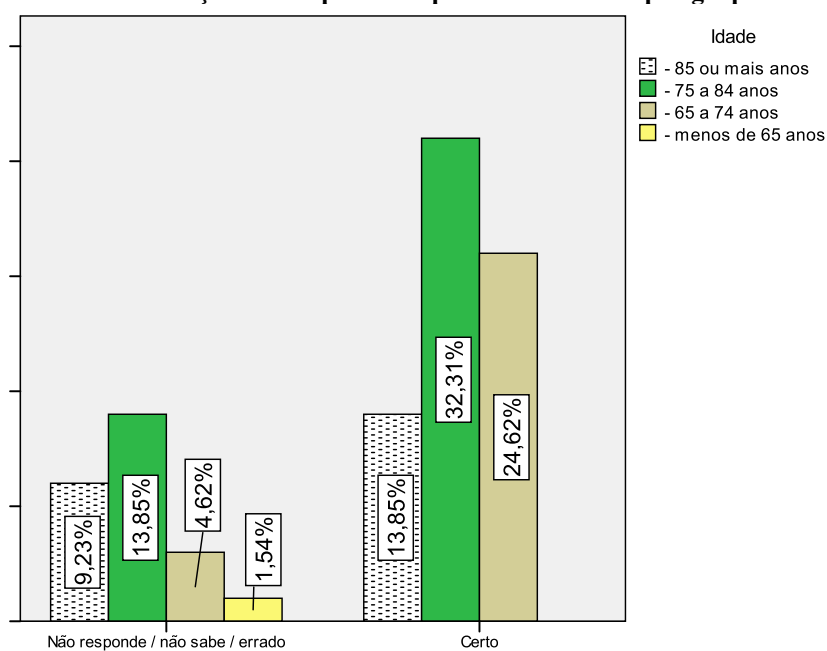
Figura 7.32 – Orientação no tempo: “Em que ano estamos?” por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

O estado cognitivo tende a piorar consideravelmente com a idade. Os idosos com 75 ou mais anos são os que apresentam maior dificuldade (13,85% de idosos com 75 a 84 anos e 9,23% de idosos com 85 e mais anos), com a exceção dos utentes com menos de 65 anos integrados no projeto mas com fragilidades de cognição associadas, daí a sua institucionalização. (Figura 7.33).

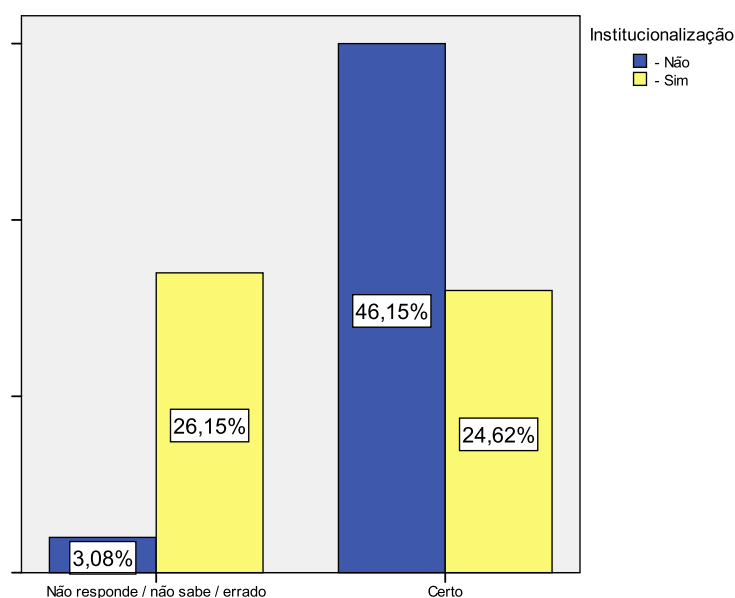
Figura 7.33 - Orientação no tempo: “Em que ano estamos?” por grupo etário



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

Os idosos institucionalizados apresentam maior percentagem de dificuldades no seu estado cognitivo que os restantes idosos. De destacar que mais de metade dos idosos institucionalizados (26,15%), não sabem “em que ano estamos”, enquanto 24,62% destes idosos respondem corretamente (Figura 7.34).

Figura 7.34 - Orientação no tempo: “Em que ano estamos?” e institucionalização



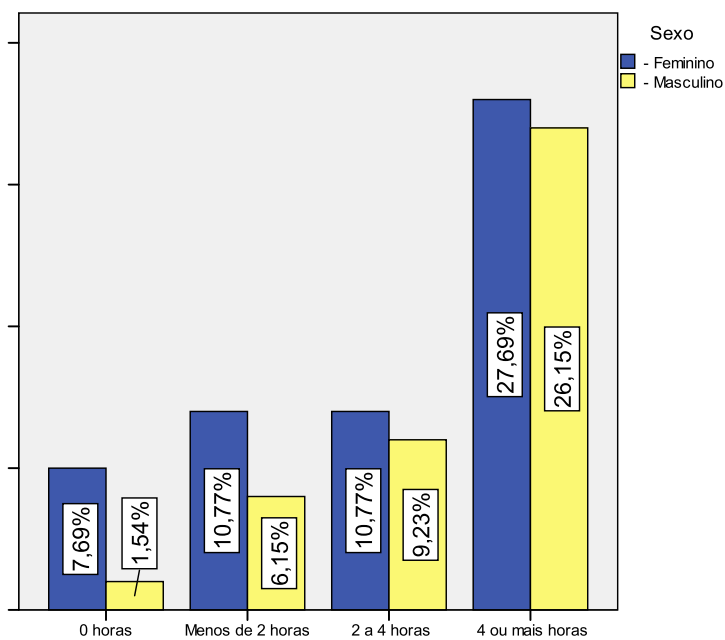
Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.12 HÁBITOS DE EXERCÍCIO FÍSICO

Os hábitos de exercício físico revelam a motivação dos indivíduos para se manterem ativos e as suas preocupações com o corpo e o bem-estar físico. Incluem-se neste item as caminhadas ao ar livre e os passeios a pé, alguns jogos tradicionais, como o “jogo da malha”, as atividades organizadas de ginástica de manutenção e recreativa e a hidroginástica, entre outros.

Ressalta que mais de metade dos idosos de ambos os sexos dedica 4 ou mais horas por semana para atividade física (Figura 7.35).

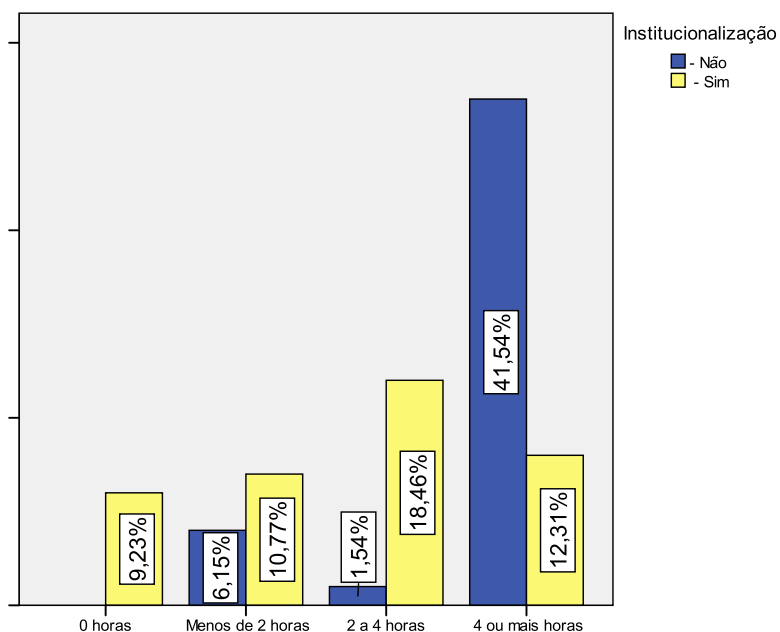
Figura 7.35 – Total de horas semanais de atividade física por Sexo



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

A institucionalização, com todas as limitações já identificadas, aparece relacionada com menor investimento dos idosos na prática de exercício físico, havendo inclusive idosos que não se deslocam e não têm nenhuma atividade (9,23%), ou que se limitam aos trajetos que percorrem a pé dentro dos edifícios, realizando menos de duas horas semanais de exercício (10,77%) (Figura 7.36).

Figura 7.36 - Total de horas semanais de atividade física e institucionalização



Fonte: Elaboração própria (SPSS)

7.13 SÍNTESE

Nesta caracterização usou-se uma amostra dos cerca de trezentos idosos que participam nas atividades desenvolvidas no projeto. A amostra é constituída por cerca de metade de idosos da comunidade e outra metade de idosos institucionalizados, de ambos os sexos e agrupados por grupos etários.

O isolamento social é um problema identificado com uma elevada percentagem de idosos a viverem sós.

Esta população apresenta um elevado índice de analfabetismo.

As queixas de saúde que aparecem em primeiro lugar são as queixas músculo-esqueléticas, seguidas das queixas de visão.

As dificuldades de locomoção e as quedas parecem acentuar-se à medida que a idade avança, com maior incidência nos idosos institucionalizados.

De salientar que os idosos que se envolvem nas atividades da “Dinâmica Sénior” e residem na comunidade, nas suas casas, são maioritariamente pessoas autónomas e sem dependência física. Em contrapartida os idosos em situação de institucionalização apresentam baixos índices de autonomia e dependência física, com necessidades de intervenção de terceiros no atendimento das suas AVD e funcionalidade em geral.

Existe uma avaliação negativa quanto às queixas emocionais, havendo diferenças a assinalar: a tristeza parece estar presente com mais intensidade atendendo à variável sexo, nas mulheres, na variável idade, nas pessoas com mais idade e quanto ao local de residência, nos idosos institucionalizados.

A tristeza é um sintoma muito presente nos idosos, assim como a presença de outras queixas emocionais, que exigem análise individualizada.

O exercício físico parece ser valorizado pela comunidade de idosos do projeto, contudo os idosos institucionalizados apresentam uma avaliação negativa.

Os resultados encontrados não diferem significativamente de resultados obtidos em estudos empíricos sobre a avaliação funcional de idosos. É o caso de um estudo feito com 148 idosos, num hospital em Porto Alegre, Brasil, com o objetivo de avaliar a ocorrência de incapacidade nos idosos e identificar a sua relação com as AVD, o qual permitiu identificar significância estatística na associação de défices auditivos e cognitivos, incontinência urinária e limitações na mobilidade dos membros inferiores e superiores, com incapacidades nas AVD. Os autores concluíram que as incapacidades

funcionais levam a perda da autonomia dos idosos, pela sua interferência nas AVD, o que significa que identificar e compensar essas limitações precocemente é de extrema importância para preservar a autonomia (Schneider, Marcolin, & Dalacorte, 2008).

8 SATISFAÇÃO DOS IDOSOS FACE AO PROJETO

Na realização da entrevista e avaliação individual dos idosos com o IAI, houve também a finalidade de avaliar o impacto das atividades do projeto na sua vida pessoal de cada idoso, através das seguintes questões de resposta aberta:

- Qual a importância destas atividades para a sua vida pessoal?
- O que representam estas atividades na promoção da sua saúde?

A maioria das respostas valoriza o **momento da distração e convívio**:

- *“Gosto. O meu marido não quer vir comigo, mas eu venho e gosto!”*
- *“Estas horas trazem alguma alegria e distrai-nos dos pensamentos negros”*
- *“Custa menos a passar o tempo”*
- *“Infelizmente sinto-me sozinha. O meu marido morreu há 10 anos. Aqui tenho convívio”*
- *“É bom. Faz sentir-me melhor”*
- *“Acho importante porque isto distrai”*
- *“Gosto porque há mais convívio”*
- *“Aqui conhecemos pessoas e conversamos. Em casa estou sozinha”*

Igualmente aparecem expressões que valorizam o **momento de aprendizagem**:

- *“É sempre bom aprender”*
- *“Além de distrair também informa”*
- *“Sou uma pessoa que não sabe uma letra mas estou com muita atenção e ouço os vossos conselhos”*
- *“É para a minha saúde. Se não fizermos é pior para nós”*
- *“Já sabia estas coisas, mas é sempre bom aprender mais”*
- *“É bom porque fico com mais conhecimentos”*
- *“Muito bom para conhecer mais coisas sobre a saúde e os cuidados a ter”*
- *“Importante para ficar a saber o que nos faz bem”*

- *“Acho tudo bom. É bom estas explicações para aprender até morrer”*
- *“Venho aqui para aprender alguma coisa. Vale a pena!”*

Várias expressões associam o **prazer de ouvir e o prazer de aprender**:

- *“Gosto de ouvir e de ver estes filmes que vocês trazem”*
- *“Gostei de ouvir, estou aqui sempre que cá vierem”*
- *“O meu maior desgosto é estarem a falar comigo e eu não compreender porque não ouço bem”*
- *“Gosto de ouvir e gosto de saber, apesar de não fazer aquilo tudo que aqui dizem. Não sou mentirosa. Em casa vou-me lembrando das nossas conversas...”*

A aprendizagem faz-se ao longo da vida:

- *“Estas coisas fazem-nos falta”*
- *“Faz bem à gente. Com esta idade aprendemos o que não sabemos”*
- *“É bom para aprender coisas novas”*
- *“Ficamos melhor informados”*
- *“É bom para ajudar a tirar dúvidas sobre a saúde”*
- *“Temos mais esclarecimento. Em mais novas não aprendemos certas coisas que nos fazem falta”*
- *“Acho bem. As pessoas de idade precisam de aprender”*
- *“Isto até nos abre mais o cérebro”*
- *“Tenho tentado fazer tudo como aqui ensinam”*

É atribuído **valor afetivo** aos nossos encontros:

- *“É bom porque nos dão atenção”*
- *“Acho bem cuidarem de nós. Saberem se estamos em condições ou não”*
- *“Dão bons conselhos, preocupam-se connosco”*
- *“As pessoas reformadas devem ser as mais vigiadas, são as que mais necessitam de ajuda”*
- *“Gosto das vossas maneiras”*
- *“A gente fala, desabafa, diz o que sente e o que se passou e as enfermeiras estão dentro dos nossos assuntos”*

- *“Tenho um bocadinho de terra e tenho lá trabalho, mas venho porque gosto de estar com vocês”*

Apresentam **sugestões de melhoria:**

- *“Deviam vir todos”*
- *“Gostava que viessem mais vezes”*
- *“Ainda devia haver mais disto”*
- *“Continuem! Adoro!”*

Contudo, encontramos diferenças nas respostas entre os dois grupos de idosos face à institucionalização. Os idosos institucionalizados apresentam um discurso mais pobre. Apesar de haver muitas expressões que se repetem, só neste grupo houve respostas de “não sei”, “não tenho opinião”, ou simplesmente “gosto”, “é bom”.

Pelos sorrisos e olhares que foram sendo captados ao longo do tempo com a nossa máquina fotográfica digital, é evidente a satisfação destes idosos, não só nas expressões verbais como nos rostos.

Esta avaliação qualitativa e informal da satisfação dos idosos face ao projeto, sobretudo dos idosos da comunidade e não institucionalizados, levou-nos a relacionar estes resultados com os obtidos num estudo empírico realizado por Silva & Lautert, (2010), num centro de lazer em Porto Alegre, Brasil.

No seu estudo, estas enfermeiras entrevistaram onze idosos com elevado nível sócio-económico e académico, com o objectivo de compreender como o senso de auto-eficácia influencia a manutenção dos comportamentos promotores de saúde. As respostas permitiram estabelecer quatro categorias, designadamente atitudes e atributos pessoais positivos, expectativa de viver melhor, expectativa de viver mais tempo e outros aspetos que favorecem a manutenção do comportamento. Apesar de se tratar de um estudo restrito, puderam concluir que a presença de tais atitudes, atributos e expectativas leva ao fortalecimento do senso de autoeficácia, sendo fatores motivacionais para determinarem a continuidade dos comportamentos de vida saudável, estando criadas condições que beneficiam o exercício do autocontrolo sobre as ações individuais (Silva & Lautert, 2010).

Conforta-nos pensar que a satisfação referida e observada nos idosos envolvidos no nosso projeto poderá contribuir para fortalecer o seu senso de autoeficácia, conduzindo

à mudança de comportamentos, tendo em vista a promoção de estilos de vida saudáveis e a saúde mental.

9 COMPETENCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Uma das competências desenvolvidas neste trabalho com idosos é a nossa tomada de consciência de quem somos e para onde vamos como pessoas, olhando a realidade à nossa volta, descobrindo-a e analisando-a. Como profissionais de saúde e no exercício da cidadania, temos de repensar qual o nosso papel para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Temos utentes idosos que já se encontram viúvos e sofrem a solidão de modo marcado, sem conseguirem sair de casa sem ser por motivos obrigatórios. Se alguém se oferecer para os acompanhar a um serviço religioso, a uma missa, seria uma forma de melhorar a sua saúde mental e combater a depressão.

A ida às consultas é sempre um problema. Temos idosos que vivem sozinhos que só saem de casa para ir às compras obrigatórias e para as consultas ou exames médicos, mas sempre com medo de cair. Seria uma promoção da autonomia e da autoestima acompanhar esses utentes a consulta no centro de saúde, onde por vezes o tempo de espera se pode arrastar, a análises ou até mesmo à farmácia, daí o nosso empenhamento em contribuir para a criação de redes de voluntariado. Até porque estes idosos sofrem para ir a uma simples consulta ao hospital a Évora, porque têm medo de se perder ou de cair.

Das nossas vivências sabemos que é fácil identificar idosos elegíveis de cuidados. Nós mesmos já temos acompanhado utentes ao hospital de Évora, para garantir que não faltam às consultas por falta de companhia.

Ninguém é feliz sozinho, hoje estamos a ajudar alguém e amanhã seremos nós a necessitar de ajuda. É muito triste vermos pessoas de várias idades a isolarem-se, por vários motivos, mas os maiores são a limitação física por um lado e a solidão e a depressão, por outro, que retiram a capacidade à pessoa de sair e conviver. Fazendo um exercício de nos pormos no lugar do outro, conseguimos perceber que é difícil quebrar a rotina, até para sair e conviver. As várias atividades que atualmente se desenvolvem seriam um momento muito agradável para essas pessoas se conseguíssemos trazê-las até nós, ir lá convidá-las e ir buscá-las de forma sistemática.

Temos consciência que o nosso projeto só abrange, ou quem vem a nós, nas várias localidades do concelho onde estão os grupos formados, ou nas IPSS onde entramos, ficando de fora todos os idosos que não saem sozinhos de casa.

Na relação com o idoso, foi essencial a observação participante, a escuta ativa e a entrevista informal, o que possibilitou apreender atitudes, olhares, interesses, de forma a conhecer melhor para melhor atuar. Conhecer o perfil dos idosos foi enriquecedor para compreender melhor as suas necessidades específicas, que necessitam ser respondidas de forma diferenciada.

Na educação para a saúde a estes grupos, mais que transmitir o conteúdo normativo dos temas, tivemos o objetivo de ser facilitadoras, de forma a contribuir para as suas vidas e para a promoção efetiva da sua saúde física e mental.

A realização de registo de forma sistemática no SAPE, com linguagem CIPE, teve um efeito organizador pra avaliação do trabalho realizado, contudo não foi possível até à presente data calcular os indicadores definidos, dado não ter havido a parametrização conveniente do aplicativo, ao nível das “comunidades”.

CONCLUSÃO

A prevenção da doença mental, atrasando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade é uma componente fundamental do envelhecimento saudável. Esta temática aparece como um dos dez tópicos estabelecidos pela Comissão Europeia no Projeto “Envelhecimento Saudável e com dignidade” onde se salientam os aspetos relacionados com a solidão, a depressão, as funções mentais e cognitivas e a sociabilidade.

Do trabalho realizado salienta-se o papel que o enfermeiro pode ter em informar e formar as pessoas idosas para promover um envelhecimento ativo, adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores.

A rede de parcerias com o desenvolvimento de projetos é um trabalho que vai para além das tradicionais tarefas dos enfermeiros. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários abre uma porta de oportunidades, com a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade, as quais podem desenvolver atividades com os idosos para a promoção de um envelhecimento ativo e com saúde mental.

As experiências de trabalho articulado em rede têm sido uma aprendizagem de cooperação interinstitucional e de trabalho em equipa. A cooperação entre os profissionais depende das suas características individuais, dos seus conhecimentos, dos seus antecedentes profissionais e da sua orientação para o trabalho, o que também exige aprendizagem de competências.

Destas parcerias resultou o convite para a entrevista na RTP1, no programa “Verão Total”, no dia 2 de Agosto de 2011, realizado a partir da Praça da República, em Redondo, aquando da “Festa das Ruas Floridas”, em Redondo, onde fizemos a representação da UCC Redondo na divulgação nacional do nosso projeto, ao lado do técnico de animação sociocultural do Município de Redondo.

Os projetos de âmbito comunitário em parceria exigem do profissional um desempenho não só de tarefa mas também contextual, no sentido de desenvolver ações que não estão diretamente relacionadas com as suas principais funções, mas que modelam o contexto organizacional, social e psicológico onde se vão desenvolver as atividades e processos de tarefa. Como desempenho contextual podemos aqui incluir atos na linha dos comportamentos de cidadania organizacional, como ajuda a colegas e

profissionais de outras instituições, defesa da reputação da organização, cortesia nos relacionamentos, perseverança e conscienciosidade e assunção de responsabilidades extra. Damos como exemplo do nosso desempenho contextual, a criação do filme “Rostos de Redondo” e de um “livro” com as receitas tradicionais de Redondo, valorizando o papel da sopa na alimentação saudável do idoso.

Juntámos as nossas fotografias às tiradas pelos parceiros que desenvolvem outras atividades com estes grupos de idosos. No total agrupámos mais de mil imagens. Com essas fotografias criámos um filme a que chamámos “Rostos de Redondo”, composto por três CDs, de duas horas cada. Essas imagens já começaram a ser divulgadas nas nossas sessões mas vamos apresentar o filme na totalidade ao longo da “II Feira do Idoso”.

Igualmente vamos criar um “livro” sobre alimentação saudável, valorizando a sopa, onde todas as receitas das sopas apresentadas serão a cópia, em alguns casos digitalizada, das receitas escritas pelos nossos idosos. Este “livro” vai ser impresso em colaboração com juntas de freguesia locais e distribuído na “II Feira do Idoso”, às pessoas que nos abordarem no *stand* da feira. Afinal o cuidar em enfermagem poderá revestir-se de outras estratégias, que contribuem para a mesma finalidade.

Desta forma é necessário o desenvolvimento de competências relevantes para a cooperação como a forte componente de identificação social, o papel desempenhado pela pessoa na organização, o sentimento de pertença, associado às características individuais. Ainda, ao nível individual também é necessário desenvolver a necessidade de ajudar os outros, respeitar o ritmo dos outros, estar atenta ao que se passa à sua volta e até dar do seu tempo à organização e aos outros, quando necessário, e neste caso foi mesmo necessário.

A implementação do presente projeto constituiu-se um forte contributo para o desenvolvimento das competências referidas, permitindo o crescimento individual e profissional da mestranda e a consolidação do seu percurso de vida e profissional.

Aparecem como **limitações ao presente trabalho** a limitação temporal, a qual influenciou:

- O cumprimento do cronograma do projeto, no terreno onde se concretiza tem um horizonte temporal maior.

- Também a análise dos resultados da avaliação dos idosos com o IAI poderia ser mais exaustiva.

Apresentam-se como **propostas de investigação futuras:**

- Análise aprofundada dos resultados do IAI, com estudo da relação entre variáveis e com testes de independência, para uma melhor caracterização da população-alvo.

- Tendo em vista contribuir para a investigação no âmbito do envelhecimento ativo, sobretudo na conservação das capacidades físicas, sensoriais, cognitivas e sociais, estudar quais as estratégias com maior impacto na vida do idoso e na promoção da sua saúde, indo ao encontro das suas especificidades.

- Elaboração do levantamento das necessidades em cuidados de promoção da saúde das pessoas idosas do concelho de Redondo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, J., & Fabri, A. (2005). An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. *Journal Of Clinical Nursing* , 14 (10), pp. 1202-1209.

Andrade, F., Filha, M., Dias, M., Silva, A., Costa, I., Lima, É., et al. (Jan - Março de 2010). Promoção da Saúde Mental do Idoso na Atenção Básica: as Contribuições da Terapia Comunitária. *Texto & Contexto Enfermagem* , 19 (1), pp. 129-136.

Assembleia-Geral das Nações Unidas. (14 de Dezembro de 1990). *Resolução 45/106*.

Bright, L. (Junho de 2006). From loneliness to illness. *Nursing Older People* , 18 (5), pp. 8-9.

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde : conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência.

Comissão das Comunidades Europeias. (2007). *Livro Branco - Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

Conselho da União Europeia - Grupo das Questões Sociais. (26 de Outubro de 2009). *Envelhecimento saudável e com dignidade - Projecto de conclusões do Conselho*. Bruxelas: UE.

Decreto-lei nº 28/2008. (22/02/2008). *Cria os agrupamentos de centros de saúde e respectivas unidades funcionais* , 38 , 1182-1189. Diário República I Série.

DGS (Direção Geral da Saúde). (02/07/2004). *Circular Normativa N° 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.

Fonseca, M., Firmo, J., Filho, A., & Uchôa, E. (2010). Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública* , 44 (1), pp. 159-165.

Goodman, C., Davies, S., Dinan, S., Tai, S., & Iliffe, S. (12 de Janeiro de 2011). Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *British Journal of Community Nursing* , 16 (1), pp. 12-17.

INE (Instituto Nacional de Estatística). (2011). *Resultados Provisórios dos Censos 2011*. Obtido em 01 de Setembro de 2011, de www.ine.pt.

Manthorpe, J., Malin, N., & Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* , 13 (6b), pp. 97-104.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific, Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Ministério da Saúde - Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. (Março de 2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (Março 2010). *Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade*. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Ministério da Saúde, MCSP. (Março 2009). *Documento de suporte à implementação da UCC*. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Município de Redondo. (2012). *Ação Social e Saúde*. Obtido em 27 de Fevereiro de 2012, de www.cm-redondo.pt/.

OE - Assembléia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (16 de Julho de 2011(a)). *Proposta de Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido em 10 de Agosto de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

OE - Assembléia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (16 de Julho de 2011(b)). *Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido em 10 de Agosto de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2002). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. s/l: Ordem dos Enfermeiros.

OE (Ordem dos Enfermeiros). (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE (Ordem dos Enfermeiros). (26 de Abril de 2006). *Tomadas de Posição da Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 26 de Julho de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

Rocha, I., Braga, L., Tavares, L., Andrade, F., Filha, M., Dias, M., et al. (Set-Out de 2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (5), pp. 687-694.

Schneider, R., Marcolin, D., & Dalacorte, R. (Jan/Mar de 2008). Avaliação Funcional de Idosos. *Scientia Médica*, 18 (1), pp. 4-9.

Silva, M., & Lautert, L. (2010). O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. (R. d. USP, Ed.) *Rev. Esc. Enferm*, 44 (1), pp. 61-67.

Sposito, G., Diogo, M., Neri, F., Guariento, M., & De Sousa, M. (Jan/Fev de 2010). Relações entre o bem-estar subjectivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (1), pp. 81-89.

UCC Redondo. (2011). *Plano de Ação 2011 da Unidade de Cuidados na Comunidade de Redondo*. Centro de Saúde de Redondo - Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central 1, Redondo.

UMCCI (Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados). (Agosto de 2011). *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*. Obtido em 30 de Setembro de 2011, de www.rncci.min-saude.pt/.

Victor, J., Vasconcelos, F., Araújo, A., Ximenes, L., & Araújo, T. (2007). Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 41(4) (4), pp. 724-730.

WHO (World Health Organization). (Abril, 2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid, Spain: WHO.

ANEXO I - CRONOGRAMA ACTIVIDADES 2011/2012

Cronograma

Tarefas	2011				2012	
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV
Elaboração e entrega do Projecto						
Revisão e Pesquisa Bibliográfica						
Participação nas reuniões de parceiros						
Realização de Sessões de Educação para a Saúde						
Comemoração do Dia Internacional das Pessoas Idosas						
“Voluntariado de Afectos”						
“Feira do Idoso” (a realizar em Março 2012)						
Aplicação do IAI						
Análise estatística dos resultados						
Análise reflexiva						
Redacção e entrega do Relatório Final						

Fonte: Elaboração própria

ANEXO II – PROGRAMA DA II FEIRA DO IDOSO

II Feira do Idoso – Programa:

21 de Março de 2012

Local: Pavilhão de Exposições

Horário	Atividade	Entidades Intervenientes	Local	Tarefas
10H00	Abertura oficial da Feira	Câmara Municipal de /Santa Casa da Misericórdia / Centro de Saúde de Redondo/GNR/ Seg. Social	Pavilhão de Exposições	GAF- Convite às entidades CMR – Pequenas lembranças para as formandas de Geriatria; SOM; Data Show, Tela
Música de Câmara – José Rui do Monte				
10H30	Ateliers de Artesanato (visita dos alunos do 1º Ciclo)	Ateliers: Sr. Cláudio, Sr. Inverno, Sr. Alfredo, Sr. Espada, D. Genoveva, OSJO, D. Arminda. AVR	Pavilhão de Exposições	GAS – Levantamento do n.º de turmas (1º Ciclo) Projeto Dinâmica Sénior – Informar os responsáveis por cada atelier
10H30	Aula de Ginástica com recurso à Cinoterapia (terapia que utiliza cães como instrumento terapêutico)	Câmara Municipal de Redondo (Viver Bem e Serviço de Psicologia)	Santa Casa da Misericórdia de Redondo	
10H30 às 12H30	Prevenção das Doenças cardiovasculares – Rastreio da Hipertensão	UCC - Centro de Saúde de Redondo	Pavilhão de Exposições	
12:30H	Feira Gastronómica (venda de sopa, fruta e água)	Câmara Municipal de Redondo (DS e Viver Bem) Centro de Saúde de Redondo	Pavilhão de Exposições	CMR - Livro Gigante de Receitas SCMR – Cedência de alimentos
Das 14H30 às 17H00	Rastreio da Obesidade	UCC - Centro de Saúde de Redondo	Pavilhão de Exposições	
15H00	1ª Sessão: Os Maus Tratos no Idoso Passeio de	GNR	Pavilhão de Exposições	CMR -Transporte dos Idosos: Freixo, Santa Susana e Santa Casa

Horário	Atividade	Entidades Intervenientes	Local	Tarefas
	Charrete			da Misericórdia.
16H30	2ª Sessão: Os Maus Tratos no Idoso Passeio de Charrete	GNR	Pavilhão de Exposições	
17H30	Aula de Dança	Sónia Grazina	Pavilhão de Exposições	GAF GAS – Som (confirmado)
18H30	Fecho da Feira			

O Bazar estará a funcionar durante todo o dia.

Das 15H00 às 17H30 estará aberto o *stand* da Feira Gastronómica, com chá e bolinhos

Apresentação diária do filme “Rostos de Redondo” – resultado da parceria estabelecida entre a Câmara Municipal de Redondo e a UCC - Centro de Saúde de Redondo

II Feira do Idoso – Programa:

22 de Março de 2012

Pavilhão de Exposições

Horário	Atividade	Entidades Intervenientes	Local	Tarefas
10H00	Abertura da Feira	Expositores	Pavilhão de Exposições	
10H30	Ateliers de Artesanato (visita dos alunos do 1º Ciclo)	Ateliers: Sr. Cláudio, Sr. Inverno, Sr. Alfredo, Sr. Espada, D. Genoveva, OSJO, D. Arminda. Alunos do 1º Ciclo	Pavilhão de Exposições	
10H30 às 12H30	Prevenção das Doenças cardiovasculares – Rastreio da Hipertensão	Centro de Saúde de Redondo	Pavilhão de Exposições	
12:30H	Feira Gastronómica (venda de sopa, fruta e água)	Câmara Municipal de Redondo (DS e Viver Bem) Centro de Saúde de Redondo	Pavilhão de Exposições	CMR - Livro Gigante de Receitas SCMR – Cedência de alimentos
12:30H	Espaço Musical	José Miguel Inverno		GAS
Das 14H30 às 17H00	Rastreio da Obesidade	Centro de Saúde de Redondo	Pavilhão de Exposições	
15H00	1ª Sessão: Os Maus Tratos no Idoso	GNR	Pavilhão de Exposições	CMR - Transporte dos Idosos: Aldeias de Montoito,
16H30	2ª Sessão: Os Maus Tratos no Idoso	GNR	Pavilhão de Exposições	Montoito, Falcoeiras, OSJO, Serra D'Ossa e Foros da Fonte Seca.
17H30	Discoteca Sénior		Pavilhão de Exposições	
19H00	Fecho da Feira			

O Bazar estará a funcionar durante todo o dia.

Das 15H00 às 17H30 estará aberto o *stand* da Feira Gastronómica, com chá e bolinhos.

Apresentação diária do filme “Rostos de Redondo” – resultado da parceria estabelecida entre a Câmara Municipal de Redondo e a UCC - Centro de Saúde de Redondo.

II Feira do Idoso – Programa:

23 de Março de 2012

Tertúlia

Local: Assembleia Municipal

Horário	Tema	Entidade
10H00	Apresentação do projeto “Dinâmica Sénior”	CMR – Divisão Sociocultural
10H30	Apresentação do Projeto “Viver c/Saúde”	CMR – Secção de Desporto
11H00	<i>Coffee Break</i>	
11H15	Policiamento de Proximidade (Idosos em Segurança) Criminalidade sobre os idosos – Projeto “Rumo Seguro”	GNR
11H45	Cartão Municipal do Idoso, uma estratégia de apoio à população idosa com baixos rendimentos Apresentação do Projeto “Voluntariado de Afetos”	CMR - GAS
12H30	Almoço	
14H00	Apresentação do projeto “Alargar as Fronteiras do AD”	SCMR -GAF
14H30	Apresentação Geral dos Serviços	OSJO
15H00	<i>Coffee Break</i>	
15H15	Objetivos e projeto de trabalho da UCC Redondo – Unidade de Cuidados na Comunidade de Redondo Estratégias de promoção da saúde dos idosos de Redondo O perfil da funcionalidade e autonomia dos idosos da “Dinâmica Sénior”, com base no Instrumento de Avaliação Integrado (IAI)	UCC Redondo
16H00	Discussão Alargada	

ANEXO III – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRAL (IAI)

Avaliação integrada para idosos e utentes no âmbito da dependência física e / ou funcional, aplicado ao Projeto de Estratégias de Promoção da Saúde Mental dos Idosos do Concelho de Redondo

Nome: _____

SNS: _____

Data de nascimento: _____

Data de avaliação: _____

Idade (faixas etárias):

- 0 - 80 ou mais anos
- 1 - 65 a 79 anos
- 2 - 50 a 64 anos
- 3 - 18 a 49 anos

Institucionalização:

- Não
- Sim

QUEIXAS DE SAÚDE

Queixas músculo-esqueléticas:

- 0 - Sinais / sintomas do pescoço
- 0 - Sinais / sintomas da região dorsal
- 0 - Sinais / sintomas da região lombar
- 0 - Sinais / sintomas do tórax
- 0 - Sinais / sintomas do flanco / axila
- 0 - Sinais / sintomas da mandíbula
- 0 - Sinais / sintomas dos ombros
- 0 - Sinais / sintomas dos braços
- 0 - Sinais / sintomas do cotovelo
- 0 - Sinais / sintomas dos punhos
- 0 - Sinais / sintomas das mãos e dedos
- 0 - Sinais / sintomas da anca

- 0 - Sinais / sintomas da perna / coxa
- 0 - Sinais / sintomas do joelho
- 0 - Sinais / sintomas do tornozelo
- 0 - Sinais / sintomas do pé / dedos dos pés
- 0 - Dores musculares
- 0 - Sinais / sintomas musculares não esp.
- 0 - Sinais / sintomas articulações não esp.
- 0 - Medo de cancro do aparelho músculo-esquelético
- 0 - Medo de doença do aparelho músculo-esquelético
- 0 - Limitação funcionalidade / incapacidade
- 3 - Sem queixas

Queixas de visão:

- 0 - Dor no olho
- 0 - Olho vermelho
- 0 - Secreção ocular
- 0 - Moscas volantes / pontos luminosos / manchas
- 0 - Outras perturbações visuais

- 0 - Sinais / sintomas das pálpebras
- 0 - Sinais / sintomas relacionados com óculos
- 0 - Sinais / sintomas relacionados com lentes de contacto
- 0 - Medo de doença ocular
- 0 - Limitação funcional / incapacidade

- 0 - Sensações oculares anormais
- 0 - Movimentos oculares anormais
- 0 - Aparência anormal dos olhos

Queixas de audição:

- 0 - Dores de ouvidos
- 0 - Problemas de audição
- 0 - Acufeno / zumbido / ruído / assobio
- 0 - Secreção do ouvido
- 0 - Hemorragia do ouvido

Queixas de pele:

- 0 - Dor / sensibilidade dolorosa da pele
- 0 - Prurido
- 0 - Corpo estranho na pele
- 0 - Traumatismo / contusão
- 0 - Verrugas
- 0 - Tumor / massa localizada na pele
- 0 - Tumores / inchaços generalizados
- 0 - Erupção cutânea localizada
- 0 - Erupção cutânea generalizada
- 0 - Alterações da cor da pele
- 0 - Infecções dos dedos das mãos / pés
- 0 - Furúnculo / antraz
- 0 - Infecção pós-traumática da pele
- 0 - Picada ou mordedura de inseto

**Queixas outros Órgãos / Sistemas:
outras queixas**

- 0 - Dor generalizada / múltipla
- 0 - Arrepios
- 0 - Febre
- 0 - Debilidade / cansaço geral
- 0 - Sentir-se doente
- 0 - Desmaio / síncope

- 0 - Outros sinais / sintomas oculares
- 3 - Sem queixas

- 0 - Sensação de ouvido tapado
- 0 - Preocupação com aparência - orelhas
- 0 - Medo de doença do ouvido
- 0 - Limitação funcional / incapacidade
- 0 - Outros sinais / sintomas do ouvido
- 3 - Sem queixas

- 0 - Mordedura animal / humana
- 0 - Queimadura / escaldão
- 0 - Abrasão / arranhão / bolhas
- 0 - Laceração / corte
- 0 - Outra lesão cutânea
- 0 - Calos / calosidades
- 0 - Sinais / sintomas da textura da pele
- 0 - Sinais / sintomas das unhas
- 0 - Queda de cabelo / calvície
- 0 - Sinais / sintomas cabelo / couro cabeludo
- 0 - Medo de cancro da pele
- 0 - Medo de outra doença da pele
- 0 - Limitação funcionalidade / incapacidade
- 0 - Outros sinais / sintomas da pele
- 3 - Sem queixas

- 0 - Dores torácicas não especificadas
- 0 - Receio / medo do tratamento
- 0 - Preocupações com a aparência
- 0 - Pedido / discussão da eutanásia
- 0 - Fator de risco de malignidade
- 0 - Fator de risco não especificado
- 0 - Medo de morrer / da morte

- 0 - Coma
- 0 - Inchaço / edema
- 0 - Sudorese
- 0 - Hemorragia não especificada

Queixas outros Órgãos / Sistemas (cont.):

- 0 - Queixas de sangue / sistema hematopoético / imune
- 0 - Queixas aparelho digestivo
- 0 - Queixas aparelho circulatório
- 0 - Queixas sistema neurológico

- 0 - Medo de cancro não especificado
- 0 - Medo de outra doença não especificado
- 0 - Limitação da funcionalidade / incapacidade
- 3 - Sem queixas

- 0 - Queixas aparelho respiratório
- 0 - Queixas endócrinas / metabólicas e nutricional
- 0 - Queixas aparelho urinário
- 0 - Queixas aparelho genital feminino
- 0 - Queixas aparelho genital masculino
- 3 - Sem queixas

ESTADO DE NUTRIÇÃO

Peso (em kg, ex: 68.4):

Altura (em m, ex: 1.71):

IMC (Kg / m²):

IMC:

- 0 - Magreza ou obesidade (menos de 16 e mais de 30)
- 1 - Baixo ou excesso de peso (16 a 18.4 e 25.1 a 30)
- 3 - Adequado (18.5 a 25)

Cintura (perímetro da cintura em cm):

- 0 - Cintura - feminino: mais de 88 cm; masculino: mais de 102
- 1 - Cintura - feminino: 80 a 88 cm; masculino: 94 a 102 cm
- 3 - Cintura - feminino: inferior a 80 cm; masculino: inferior a 94 cm

QUEDAS

Na primeira avaliação tipo admissão / ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano, nas seguintes situações:

Número de quedas no último ano (especificar o número):

Momento das quedas (há quantos dias ou meses):

LOCOMOÇÃO

Andar em casa, dentro de edifícios:

- 0 - Incapaz, não anda
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios

Andar na rua:

- 0 - Incapaz, não anda
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios

3 - Independente

Andar em escadas:

- 0 - Incapaz, não usa
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios
- 3 - Independente

AUTONOMIA FÍSICA (Katz)

Transferir-se da cama e de cadeiras (deitar-se e levantar-se, mover-se, transferir-se, andar):

- 0 - Incapaz, não se transfere
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios
- 3 - Independente

Controlar a urina e fezes:

- 0 - Incapaz, não controla
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / incontinência esporádica
- 3 - Independente

Autonomia física e meios para a visão e audição:

- 2 - Meios
- 3 - Independente

AUTONOMIA INSTRUMENTAL (LAWTON)

Usar o telefone (marcar números e atender):

- 0 - Incapaz, não usa
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios
- 3 - Independente

Preparar refeições (planejar bem, preparar-se, servir-se):

- 0 - Incapaz, não faz
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / ajuda ocasional

3 - Independente

Locomoção e meios para a visão e audição:

- 2 - Meios
- 3 - Independente

Usar a sanita e / ou bacio / urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar):

- 0 - Incapaz, não usa
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios
- 3 - Independente

Alimentar-se / comer (servir-se preparar alimentos, comer):

- 0 - Incapaz, não se alimenta
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / prótese dentária
- 3 - Independente

Fazer compras (todas as compras necessárias):

- 0 - Incapaz, não faz
- 1 - Dependente de terceiros
- 3 - Independente

Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, como limpezas):

- 0 - Incapaz, não faz
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / ajuda ocasional

3 - Independente

Lavar / tratar da roupa (grande e pequena):

- 0 - Incapaz, não usa
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / ajuda ocasional
- 3 - Independente

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco):

- 0 - Incapaz, não faz
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / ajuda ocasional
- 3 - Independente

Autonomia instrumental e meios para a visão e audição:

- 2 - Meios
- 3 - Independente

QUEIXAS EMOCIONAIS

Triste / deprimido (sensação de depressão):

- 0 - Muito tempo / sem resposta
- 1 - Metade do tempo
- 2 - Pouco tempo
- 3 - Nunca

Outras queixas emocionais:

- 0 - Sentir-se irritável / zangado
- 0 - Perturbação do sono
- 0 - Diminuição da satisfação sexual
- 0 - Diminuição do desejo sexual
- 0 - Preocupação com a preferência sexual
- 0 - Gaguejar / balbuciar / tiques
- 0 - Abuso agudo do álcool
- 0 - Abuso crónico do álcool

3 - Independente

Usar transportes onde não pode ir a pé (públicos, táxi, carro, conduzir):

- 0 - Incapaz, não usa
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / ajuda ocasional
- 3 - Independente

Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos corretos):

- 0 - Incapaz, não toma
- 1 - Dependente de terceiros
- 2 - Meios / ajuda ocasional
- 3 - Independente

Nervoso / ansioso (sensação de ansiedade / nervosismo / tensão, reacção aguda ao stress):

- 0 - Muito tempo / sem resposta
- 1 - Metade do tempo
- 2 - Pouco tempo
- 3 - Nunca

- 0 - Abuso do tabaco
- 0 - Abuso de drogas
- 0 - Abuso da medicação
- 0 - Alterações da memória
- 0 - Medo de perturbações mentais
- 0 - Problemas da fase de vida de adulto
- 0 - Limitação funcional / incapacidade
- 0 - Outros sinais / sintomas psicológicos
- 3 - Sem queixas

ESTADO COGNITIVO (EXCERTO DO MMS DE FOLSTEIN)

OT - ORIENTAÇÃO NO TEMPO:

Ano: Em que ano estamos?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Mês: Em que mês estamos?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Dia do mês: Quantos são hoje?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Estação do ano: Em que estação do ano estamos?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Dia da semana: Que dia da semana é hoje?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

OE - ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO:

País: Como se chama o nosso país?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Distrito: Em que distrito vive?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Terra: Em que terra vive?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Casa: Como se chama esta casa?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

Andar: Em que andar estamos?

- 0 - Não responde / não sabe / errado
- 3 - Certo

ESTADO SOCIAL - IS - Isolamento social

Número de coabitantes na sua residência (especificar número):

Estado civil (em relação a união a outra pessoa):

- 0 - Viúvo / separado / solteiro
- 3 - Casado / união de facto

Número de coabitantes na sua residência

- 0 - Vive só
- 3 - Vive com outros

Tempo em que está só nas 24 horas:

- 0 - 8 ou mais horas
- 3 - Menos de 8 horas

Ter com quem desabafar / ter confidente (falar de assuntos pessoais):

- 0 - Não tem confidente
- 3 - Tem confidente

HL - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Escolaridade:

- 0 - Analfabeto (0 anos)
- 1 - 1 a 6 anos
- 2 - 7 a 12 anos
- 3 - 13 ou mais anos - cursos superiores

Profissão:

- 0 - Não qualificado (operários de fábricas, agricultura, pesca e empregada doméstica)
- 1 - Qualificado (serviços e trabalhadores qualificados, incluindo da agricultura e pescas)
- 2 - Intermédios (técnicos e profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo)
- 3 - Especialistas (quadros superiores, profissões intelectuais e científicas)

HÁBITOS

AF - ATIVIDADE FÍSICA / SEMANA

Andar a pé na rua Nº horas/semana:

Ginástica ou desporto Nº horas/semana:

Outra atividade física Nº horas/semana:

Total de horas / semana de atividade física:

- 0 - 0 horas
- 1 - Menos de 2 horas
- 2 - 2 a 4 horas
- 3 - 4 ou mais horas

R - Nº DE REFEIÇÕES / DIA

Refeições habituais (assinalar):

- Peq. almoço
- Meio manhã
- Almoço
- Lanche
- Jantar
- Ceia
- Outra(s)

Número total de refeições / dia:

- 0 - 0 a 2 refeições / dia
- 1 - Mais de 6 refeições / dia
- 2 - 3 refeições / dia
- 3 - 4 a 6 refeições / dia

Avaliar o impacto das atividades da “Dinâmica Sénior” na vida do idoso:

- **Qual a importância destas atividades para a sua vida pessoal?**

- **O que representam estas atividades na promoção da sua saúde?**