



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

A Qualidade do Sono no Idoso

Gisela Margarida Coelho Lopes

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

A Qualidade do Sono no Idoso

Gisela Margarida Coelho Lopes

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível.”

Lewis Carroll

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Professora Doutora Ana Pires pela orientação, disponibilidade e compreensão.

À Enfermeira Céu Caldes pela sua disponibilidade e momentos de aprendizagem proporcionados durante a orientação do estágio.

Aos Enfermeiros Isabel Amaro, Lúcio Silva e Elisabete Oliveira por todos os conselhos e apoio.

À Isabel, Márcia e todos os alunos da Academia Sénior de Pegões.

À Helena Guerreiro e Manuela Cruz pelas conversas de apoio e motivação.

À Matilde Fernandes e Anabela Fernandes pela sua disponibilidade.

À minha família que, estando a Km de distância, me apoiou da forma que lhe foi possível.

À Sandra Elias por toda a ajuda e por ser uma madrinha sempre presente.

Ao meu marido pela paciência.

Ao meu filho que, apesar da sua tenra idade, começou a perceber que a mãe não podia estar sempre presente.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para que a realização deste relatório fosse possível e que não se encontram aqui descritas.

Obrigada!

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em associação foi desenvolvido um estágio que visou a aquisição de competências enquanto mestre e enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Foi realizado um estudo que pretendeu identificar as necessidades de saúde de uma população. O diagnóstico de situação identificou a problemática da qualidade do sono no idoso como problema de saúde prioritário.

Os benefícios de uma boa qualidade do sono, refletem-se a nível biológico, psicológico, emocional, intelectual e social. Assim, dormir é indispensável e fundamental para homeostasia do organismo.

Criou-se e implementou-se um projeto de intervenção comunitária com o objetivo de contribuir para a capacitação do idoso no que diz respeito à importância de um ciclo de sono-vigília adequado e estratégias para o alcançar. Este projeto baseou-se na metodologia do planeamento em saúde.

A atitude crítico - reflexiva, enquanto pessoa e profissional, enquadrou a ação nas competências de mestre e enfermeiro especialista.

Palavras-chave: qualidade do sono, idoso, planeamento em saúde

ABSTRACT

In the scope of the Master's in Nursing a traineeship was developed that aimed at the acquisition of competences as a master and nurse specialist in community nursing and public health.

A study was carried out to identify the health needs of a population. The diagnosis identified the problem of sleep quality in the elderly as a priority health problem.

The benefits of good sleep quality are reflected biologically, psychologically, emotionally, intellectually and socially. Thus, sleep is important and essential for homeostasis of the body.

A community intervention project was created and implemented with the objective of contributing to the qualification of the elderly with regard to the importance of an adequate sleep-wake cycle and strategies for achieving it. This project was based on the methodology of health planning.

The critical - reflexive attitude, as a person and professional, framed the action in the skills of master and specialist nurse.

Key words: sleep quality, elderly, health planning

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Previsão de recursos	69
Quadro 2: Sessões de educação para a saúde	71
Quadro 3: Metas e indicadores para avaliação das sessões de educação para a saúde	72
Quadro 4: Metas e indicadores para avaliação do projeto de intervenção comunitária	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra.....	59
Tabela 2: Distribuição dos elementos da amostra segundo os fatores influenciadores do padrão de sono.....	60
Tabela 3: A qualidade global do sono.....	61
Tabela 4: Distribuição dos elementos da amostra segundo a frequência de perturbações do sono.....	61
Tabela 5: avaliação das sessões de educação para a saúde.....	74
Tabela 6: avaliação da implementação do projeto.....	74

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACESAR – Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho

ARSLVT- Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS- Direção Geral de Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

n – Número

nm – Nanómetro

NREM – Non-rapid Eye Movement (sono lento ou profundo)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

PRODER – Programa de desenvolvimento rural

PSQI – Índice de qualidade do sono de Pittsburgh

REM – Rapid Eye Movement (sono paradoxal)

REPE – Regulamento do exercício profissional do enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

URAP – Unidade de Recursos Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE	15
1.2 ENVELHECIMENTO	17
1.2.1 Determinantes do envelhecimento	18
1.2.2 Envelhecimento demográfico em Portugal.....	20
1.3 O SONO	22
1.3.1 Arquitetura e organização do sono.....	25
1.3.2 Ciclo Sono – Vigília.....	28
1.4 O SONO NO IDOSO	30
1.4.1 Distúrbios no sono do idoso.....	33
1.4.2 Higiene do sono.....	38
1.5 A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	40
1.5.1 As competências do Enfermeiro Especialista.....	40
1.5.2 O enfermeiro especialista na promoção da saúde do idoso.....	43
1.6 A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM	46
2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	49
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	49
2.1.1 A Unidade de Saúde	49
2.1.2 A comunidade	51
2.2 ESTÁGIO.....	54
2.2.1 Diagnóstico de situação	54
2.2.2 Determinação de Prioridades.....	63
2.2.3 Fixação de objetivos	65
2.2.4 Preparação operacional	67
2.2.5 Execução.....	69
2.2.5 Avaliação	73
3. REFLEXÃO CRÍTICA - O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	75

CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS	84
ANEXOS	XCIV
ANEXO 1: SCORING DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH.....	XCIV
ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO PSQI.....	XCIX
ANEXO 3: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARSLVT	CI
ANEXO 4: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA	CIII
ANEXO 5: AUTORIZAÇÃO POR PARTE DA ACADEMIA SÉNIOR DE PEGÕES PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	CV
APÊNDICES	CVII
APÊNDICE 1: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	CVIII
APÊNDICE 2: CONSENTIMENTO INFORMADO	CXVIII
APÊNDICE 3: FOLHETO – DORMIR BEM PARA VIVER BEM: A QUALIDADE DO SONO NO IDOSO (TAMANHO A5 – FRENTE E VERSO)	CXXI
APÊNDICE 4: PÓSTER.....	CXXIV
APÊNDICE 5: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – DORMIR BEM PARA VIVER BEM.....	CXXVI
APÊNDICE 6: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	CXXX
APÊNDICE 7: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – EXERCÍCIO FÍSICO E RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO.....	CXLII
APÊNDICE 8: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – STRESS	CLVII
APÊNDICE 9: CRONOGRAMA GERAL E DE ATIVIDADES.....	CLX
APÊNDICE 10: ARTIGO CIENTÍFICO – A QUALIDADE DO SONO NO IDOSO.....	CLXII

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, surge este documento – Relatório de Estágio, que descreve o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio realizado na UCC Montijo/Alcochete, entre os meses de maio de 2017 e janeiro de 2018.

O presente relatório tem como objetivo geral:

- Explicitar e refletir sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio da especialidade considerando as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Definimos como objetivos específicos:

- Evidenciar capacidade de reflexão sobre as práticas realizadas;
- Demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na evidência científica;
- Demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária segundo as etapas do planeamento em saúde;
- Desenvolver uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Demonstrar capacidade de liderança.

O projeto de intervenção foi realizado na comunidade/freguesia de Pegões, situada geograficamente na zona Este do concelho do Montijo e teve a orientação da enfermeira chefe Céu Caldes. Tendo em conta a vasta abrangência geográfica (472 Km²) e populacional (68 791 habitantes) da UCC Montijo/Alcochete e após discussão com os elementos da Unidade de Saúde onde foi realizado o estágio, considerou-se que a população do concelho de Alcochete e zona Oeste do Concelho do Montijo tem mais apoio de âmbito comunitário, enquanto a população da zona Este do Concelho do Montijo não usufrui em pleno desse recurso. Deste modo, justificou-se uma intervenção comunitária nesta população.

Entre os problemas da comunidade passíveis de estudo, identificados pelos informadores-chave, destacou-se a problemática da qualidade do sono no idoso. As queixas dos idosos relativamente ao seu

sono eram bastante frequentes e não existia, ainda, nenhuma abordagem a esta problemática nesta comunidade. Assim, tornou-se importante a investigação neste âmbito com o intuito de aferir se este era um problema real nesta população.

O sono é um estado que todos necessitam para sobreviver. Caracteriza-se por ser uma necessidade fisiológica, tendo como funções biológicas a restauração do organismo e a conservação da energia (Paiva & Penzel, 2011).

Os benefícios de uma boa qualidade do sono refletem-se a nível biológico, psicológico, emocional, intelectual e social. Assim, há uma maior satisfação do indivíduo, melhor rendimento laboral, nas atividades de lazer, contribuindo assim para uma boa qualidade de vida. Dormir é indispensável e fundamental para homeostasia do organismo (Paiva & Penzel, 2011).

A falta de sono dá lugar ao aumento da ansiedade, à irritabilidade, à diminuição da capacidade intelectual, à perda de memória, de reflexos e à depressão. Uma má qualidade de sono pode levar ao aumento do índice de massa corporal, desenvolvimento da obesidade e diabetes, fragilidade do sistema imunitário, aumento de doenças respiratórias ou alérgicas, cardiovasculares, aumento da sensação de estados afetivos negativos (stress, ansiedade e depressão) e menos concentração (Paiva, 2008).

O sono está diretamente relacionado com a idade cronológica das pessoas e apresenta mudanças significativas ao longo da vida. Com o avanço da idade, o sono sofre modificações próprias do processo do envelhecimento: torna-se mais fragmentado, com interrupções do tempo de sono, o que provoca sonolência excessiva ao longo do dia, diminuição no estado de alerta e aumenta a necessidade de dormir durante o dia. Ocorre também uma diminuição da quantidade total de horas do sono no período de 24 horas devido à diminuição nas fases 3 e 4 do sono NREM e, posteriormente, do sono REM (Geib et al., 2003).

De uma maneira geral, os idosos referem insatisfação com o seu sono. A dificuldade em adormecer, os despertares noturnos frequentes e o despertar matinal cedo de mais, são as queixas mais frequentes. Consequentemente, sentem-se sonolentos e cansados durante o dia (Geib, et al., 2003).

Torna-se então importante esclarecer as pessoas sobre a importância de ter um sono de qualidade e de como o conseguir. Deste modo decidimos realizar o projeto de intervenção comunitária “Dormir Bem para Viver Bem: A Qualidade do Sono no Idoso”. Este foi construído e desenvolvido com base na

metodologia do planeamento em saúde e teve como finalidade promover a literacia em saúde da população alvo, dotando-a de conhecimento sobre a importância do ciclo sono-vigília no estado de saúde do indivíduo.

O projeto de intervenção foi concebido e desenvolvido para dar resposta aos seguintes objetivos de estágio:

- Conceber e planear projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado,
- Coordenar, dinamizar e participar em projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos,
- Avaliar projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

Este relatório está dividido em três capítulos, a saber:

1. Enquadramento teórico – é apresentada, enquanto suporte conceptual do trabalho realizado, uma abordagem teórica da metodologia do planeamento em saúde, um desenvolvimento do papel do enfermeiro especialista na promoção da saúde no idoso, uma caracterização do fenómeno do envelhecimento em Portugal e seus determinantes e das características do sono no idoso. Foi também abordada a teoria do défice do autocuidado em enfermagem, de Dorothea Orem, que sustentou a intervenção comunitária realizada.
2. Enquadramento pratico- é apresentada a descrição do projeto de intervenção comunitária em todas as suas fases do seu desenvolvimento (diagnóstico de situação, definição das prioridades, fixação de objetivos, preparação operacional, execução e avaliação).
3. Reflexão crítica sobre o estágio e a aquisição de competências: é feita uma reflexão sobre as competências adquiridas enquanto Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo como base o estágio realizado, assim como todos os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado.

O relatório finaliza com a conclusão e a bibliografia que serviu de suporte à elaboração do mesmo.

De referir ainda que este trabalho se apresenta de acordo com as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, utilizando

a norma para a referência bibliográfica APA - 6ª edição (American Psychological Association) e respeita o Acordo Ortográfico instituído em Portugal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Planeamento em Saúde

Planeamento é um conjunto de técnicas, uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica. É um processo de intervenção no contexto social e económico podendo, também, aplicar-se em outras vertentes como por exemplo a saúde (Silva, 1993).

O Planeamento em Saúde é, segundo o mesmo autor (p. 3), “um esforço coletivo em que intervêm os vários sujeitos (agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar”. Este não pode ficar reservado apenas aos serviços de saúde sendo importante o envolvimento de outros agentes da sociedade, assim como os cidadãos enquanto utentes dos serviços e elementos de uma comunidade a quem importa um bom estado de saúde.

O planeamento em saúde procura “um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...)” (Tavares, 1990 p. 37). Este é um processo contínuo que se subdivide em várias etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação permite identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes dos mesmos. Na determinação de prioridades faz-se a hierarquização dos problemas de saúde a serem resolvidos recorrendo para esse fim a critérios de seleção (magnitude, transcendência, vulnerabilidade). A fixação dos objetivos visa o resultado desejável relativamente ao problema que se está a tratar, alterando a tendência da sua evolução. Na seleção de estratégias escolhem-se as técnicas, que devem ser organizadas e coerentes, com o fim de alcançar os objetivos determinados. Na preparação operacional especificam-se vários aspetos como a responsabilidade da execução das várias atividades, os calendários de execução e cronogramas e o/os responsável/responsáveis no acompanhamento da implementação das atividades. Por último, a etapa da avaliação, permite determinar o grau de sucesso na consecução dos

objetivos, através da utilização de indicadores de estrutura, processo e resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

1.2 Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno cujo conceito tem sofrido variações ao longo dos tempos, evoluindo conforme as atitudes, cultura, crenças, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010). Na sociedade portuguesa, este conceito encontra-se associado a uma fase específica do ciclo de vida, a idade de reforma (65 anos), sendo esta percecionada como o anúncio do início da velhice (Squire, 2002). É um fenómeno biológico e psicológico com influência a nível familiar e social que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas [PNSPI], 2006). Envolve todos os seres vivos e está ligado à perda de capacidades, ao modo de vida no passado, à genética e às modificações psicoemocionais. É um processo multidimensional e multidirecional em que os ganhos e perdas divergem de pessoa para pessoa e de grupo para grupo (Franchi & Junior, 2005).

A nível biológico, ocorre um conjunto de transformações orgânicas, morfológicas e funcionais (Sequeira, 2010), que resultam na perda gradual da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas, verificando-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbilidades. Estas alterações nem sempre se convertem em incapacidades e a intensidade com que ocorrem variam de pessoa para pessoa (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). O envelhecimento psicológico manifesta-se através das perdas de memória e maior dificuldade no raciocínio (Squire, 2002; INE, 2002). A nível social, os papéis desempenhados no seio familiar e laboral, resultam várias vezes numa diminuição na participação social ou até mesmo no isolamento (INE, 2002; Sequeira, 2010).

O envelhecimento não deve ser considerado um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e de múltiplos setores, nomeadamente “(...) a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura (...)” (PNSPI, 2006, p. 5).

Segundo o PNSPI (2006, p. 5), “envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico do país”.

Sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a toda a sociedade, implica necessariamente todos os setores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas, assim como o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados (PNSPI, 2006). Este facto “representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população” (PNSPI, 2006, p.5)

1.2.1 Determinantes do envelhecimento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017, p.1), o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) integra:

conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and the wider set of forces and systems shaping the conditions of daily life. These forces and systems include economic policies and systems, development agendas, social norms, social policies and political systems¹ (World Health Organization [WHO], 2017, p.1)

Os determinantes de saúde afetam a saúde das populações e, neste sentido, a sua relação com o indivíduo conduzirá alterações no seu estado de saúde (George, 2011).

No modelo de Dahlgren e Whitehead, os determinantes de saúde surgem estratificados. O indivíduo aparece na sua base com as características individuais de idade, género e fatores genéticos que exercem influência sobre o seu potencial e condições de saúde. À sua volta surgem como determinantes os estilos de vida e os comportamentos seguindo-se as redes sociais e comunitárias. Este estrato está situado entre os fatores individuais e os DSS, tendo em conta que:

(...) os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como

¹ Cf.- as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária. Essas forças e sistemas incluem políticas económicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos

informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (...) a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social (...), é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo (Buss & Filho, 2007, p.84).

Os mesmos autores referem que a coesão social, assim como as relações de confiança e solidariedade entre pessoas são muito importantes na promoção e proteção da saúde individual e coletiva. A coesão social baseia-se em redes de apoio que promovam a participação das pessoas/comunidades em ações de melhoria das suas condições de vida e bem-estar, e que estes sejam participantes ativos socialmente.

Num outro estrato surgem as condições de vida e trabalho (disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, habitação, saneamento, desemprego) (Buss & Filho, 2007).

As condições económicas, culturais e ambientais (macro-determinantes) assumem o último nível neste modelo. Estes DSS são atualmente influenciados pelo fenómeno da globalização, sendo que a atuação ao nível dos macro-determinantes, através de políticas macroeconómicas e de mercado de trabalho, de promoção de uma cultura de paz e solidariedade e proteção ambiental devem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e económicas, a violência, a degradação ambiental e os seus efeitos sobre a sociedade (Filho, 2006).

Segundo George (2011), os determinantes da saúde agrupam-se nas seguintes categorias:

- fixos ou biológicos (idade, género, fatores genéticos),
- sociais e económicos (pobreza, emprego, situação socioeconómica, exclusão social),
- ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social),
- estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual),
- acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

No caso do envelhecimento, o indivíduo encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes que interagem entre si, sendo capazes de afetar a qualidade do mesmo. Os fatores biológicos, individuais, genéticos, psicológicos e comportamentais influenciam todo o processo de envelhecimento. É importante não esquecer a influência que poderão ter os fatores de ordem social, que conduzem a situações de isolamento, solidão e depressão, podendo condicionar o processo de envelhecimento (PNSPI, 2006).

1.2.2 Envelhecimento demográfico em Portugal

Assiste-se hoje em dia, a um envelhecimento populacional a nível mundial, muito significativo nos países desenvolvidos. Este fenómeno resulta de três fatores: aumento da esperança média de vida, diminuição da taxa de natalidade e o saldo migratório (INE, 2011).

A maioria dos países mais envelhecidos do mundo são europeus, constituindo um grupo no qual Portugal se inclui. A par de países como a Itália, a Grécia, a Alemanha ou a Áustria, Portugal tem uma das populações mais envelhecidas, estando a aumentar a um ritmo quase vertiginoso (Aboim, 2013).

A tendência demográfica portuguesa é caracterizada pelo aumento da esperança média de vida, pela queda da natalidade e pelo aumento do envelhecimento da população (INE, 2015).

A composição etária da população residente em Portugal e do conjunto da União Europeia (UE) são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Portugal apresenta, no conjunto dos 28 Estados Membros, o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento (INE, 2015).

Em Portugal, com base nos Censos de 2011, existiam 2 023 milhões de pessoas idosas, representando cerca de 19% da população total. O índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos. Segundo o INE (2017), e de acordo com o cenário central de projeções, prevê-se que entre 2015 e 2080, o número de idosos passe de 2,1 milhões para 2,8 milhões. O índice de envelhecimento duplicará, passando assim de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens.

Nesta conjuntura é importante pensar no envelhecimento ao longo da vida, adotando uma atitude mais preventiva e promotora de saúde e autonomia (PNSPI, 2006).

De acordo com o PNSPI (2006, p. 15), capacitar e incentivar o idoso para a autonomia e independência é:

um imperativo de natureza ética, revelador da concepção humanista em que assenta uma sociedade, da responsabilidade solidária do Estado e da consciencialização, de cada cidadão, do sentimento de pertença a uma comunidade, através da sua participação e empenhamento generosos a favor da saúde dos mais frágeis.

O envelhecimento ativo é, entre outras, uma estratégia que promove a capacitação do idoso para o exercício físico moderado, a estimulação cognitiva, a gestão do ciclo sono-vigília, a nutrição, hidratação, de forma a possibilitar a manutenção da autonomia na pessoa idosa (PNSPI, 2006).

1.3 O Sono

O sono “é uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autônomas” (Gomes, Quinhones & Engelhardt, 2010, p.6).

Para Thorpy & Ager (2001) o sono ocorre no momento em que a atividade cerebral abranda, mantendo um ritmo sincronizado e coordenado. É um estado comportamental caracterizado por descanso, imobilidade e percepção reduzida a estímulos externos, no qual a cognição e a consciência entram em suspensão.

É uma necessidade fisiológica essencial para uma vida saudável, que permite a recuperação física, psicológica e protege do desgaste natural das horas em que o indivíduo permanece acordado. (Stores, 2001).

Durante séculos, o sono foi considerado uma simples necessidade fisiológica, destinada unicamente a recuperar as energias gastas durante o dia, mas o estudo e a experimentação científica levaram a um conhecimento mais adequado e completo do sono (Soares, 2010).

Ao contrário do que se pensava, sabe-se agora que o cérebro trabalha arduamente durante o sono criando as vias necessárias para a aprendizagem, as condições para a retenção e fixação de recordações arquivando na memória as experiências vividas (depois de devidamente catalogadas) e estabelece novas perspectivas das vivências previamente adquiridas. Um sono de qualidade, com todas as suas características de profundidade e durabilidade, que termina num acordar sereno, tranquilo e natural, é altamente responsável por uma memória bem estruturada, bem codificada e adequadamente armazenada (Soares, 2010).

O sono é um estado multifuncional capaz de exercer várias funções, nomeadamente na manutenção da vigília, conservação de energia, promoção de processos anabólicos, termorregulação central, aumento da atividade do sistema imunológico, desenvolvimento e maturação do cérebro, plasticidade do

cérebro, formação e consolidação da memória, regulação de diversos processos metabólicos e funciona como substrato para a produção de sonhos (Paiva & Penzel, 2011).

O sono permite que o cérebro cuide de si próprio. Neste contexto, alguns circuitos cerebrais desligam, o que permite ao cérebro descansar, apagar informação irrelevante e reforçar aquela que é importante. Possibilita a consolidação de memórias e aprendizagens, integrando-as em novos esquemas associativos podendo mostrar ao indivíduo novas perspectivas ou direções. A qualidade do sono é influenciada pelas situações de stress, emoções positivas e negativas que ocorrem no dia-a-dia. Os eventos positivos melhoram o sono, enquanto os negativos podem levar ao ponto de o inibir (Paiva, 2008).

No último século a sociedade desenvolveu novos hábitos de vida e de trabalho. O desenvolvimento industrial e tecnológico conduziu a sociedade a uma atividade contínua, primeiro vinte e quatro horas por dia e depois sete dias por semana. Neste contexto, o sono deixou de ser considerado essencial e passou a ser visto como empecilho para o trabalho, produtividade e interesses económicos (Paiva, 2008; Paiva & Penzel, 2011).

Segundo Silva (2008), uma das queixas mais frequentes das pessoas que recorrem ao médico de família são as perturbações do sono.

Das necessidades básicas do ser humano, o sono é a única cuja privação não pode ser mantida mais do que cinco ou seis dias. Nesta conjuntura, surgem alterações a nível fisiológico e comportamental que podem colocar a vida em risco (Silva, 2008; Paiva & Penzel, 2011).

Um padrão de sono alterado pode estar relacionado com fatores de ordem psicocomportamental, psicossocial ou emocional; fatores de ordem química, como alimentos, medicamentos, hábitos ou vícios; fatores ambientais, como a temperatura do quarto, humidade, luminosidade ou ruído; fatores ligados à saúde e ao bem-estar, como dores, problemas cardíacos, renais, gastrointestinais, respiratórios e outros (Soares, 2010).

A diminuição do desempenho psicomotor, falhas de atenção e concentração, diminuição da memória recente, tempos de reação prolongados, mau humor, fadiga irritabilidade e estados de confusão, podem resultar da privação do sono (Silva, 2008).

Falta de sono, perda de sono, sono insuficiente ou deficiente ou privação do sono são expressões que se definem como restrição da duração do sono, que pode ser aguda ou crônica, tendo consequências visíveis no indivíduo. Entre as mais comuns, destaca-se a perda cognitiva por ser uma consequência inevitável e a mais rápida da privação do sono. Produz uma diminuição do estado de alerta, da atenção e da concentração, do raciocínio e da memória de trabalho, e ainda das aptidões de resolução de problemas. As consequências de dormir pouco e/ou mal manifestam-se também a nível do comportamento. Há uma diminuição da motivação e aumento da ansiedade e irritabilidade (Clemente, s/d).

Paiva & Penzel (2011) fazem referência a estudos que afirmam que uma noite de total privação de sono diminui o desempenho comportamental e torna-o semelhante ao de um indivíduo com uma alcoolémia de 0,8 g/l. Consequentemente, há um elevado número de acidentes de trabalho e rodoviários que estão diretamente relacionados com as perturbações do sono.

Dormir pouco aumenta o risco de obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo II, acidentes, cancro, depressão, insónia e morte precoce. Além destes riscos, há ainda os que atingem diretamente o cérebro como a diminuição da memória, a aprendizagem, a criatividade, resolução de problemas e alteração da estabilidade emocional (Paiva,2008).

A privação do sono afeta as capacidades cognitivas, as funções executivas e as capacidades emocionais (Paiva 2008).

Segundo Soares (2010, p. 35) os sinais comuns da privação de sono são:

- “Cansaço,
- Irritabilidade,
- Pouca resistência ao stress,
- Problemas de atenção e/ou concentração,
- Alterações comportamentais,
- Dificuldades de aprendizagem,
- Problemas sociais,
- Infeções frequentes,
- Visão turva,
- Mal-estar indefinido,

- Alterações do apetite,
- Intolerância a qualquer atividade física e mental”.

A associação entre o sono e a saúde leva a que a qualidade do sono seja considerada, em alguns países, como os Estados Unidos da América, como um determinante de saúde, figurando nos objetivos de saúde até 2020, segundo o qual se pretende atingir uma proporção de cerca de 70,8% de adultos que dormem pelo menos 8h na faixa etária dos 18-21 anos e pelo menos 7h nos indivíduos com idade igual ou superior a 22 anos (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2014).

1.3.1 Arquitetura e organização do sono

O sono noturno consiste numa sequência de estados e fases do sono. Distinguem-se dois estados, o sono lento ou profundo (NREM) e o sono paradoxal (REM), que apresentam mecanismos fisiológicos diferentes (Paiva & Penzel, 2011).

As fases do sono são o sono NREM 1,2 e 3 e o sono REM (Paiva & Penzel, 2011).

Sono NREM

Neste estado, a ativação parassimpática é dominante, com miose intensa, diminuição da sudção, diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial. A temperatura corporal decresce, o tónus muscular diminui e o cérebro consome menos oxigénio (Paiva & Penzel, 2011).

Neste estado a atividade cognitiva mantém-se, o conteúdo dos sonhos é do tipo lógico, incidindo sobre aspetos do quotidiano, sendo estes facilmente esquecidos (Paiva & Penzel, 2011).

O sono NREM divide-se nas fases N1, N2 e N3. As duas primeiras correspondem ao sono superficial e a última ao sono profundo (Paiva, 2008; Paiva & Penzel, 2011).

- Fase N1

É a fase de sono mais leve e breve, constituindo uma transição entre o estado de acordado e sono mais profundo (Rente & Pimentel, 2004; Littlehales, 2016). O indivíduo é facilmente despertado e quando isto acontece a pessoa refere que acordou em sobressalto, mencionando várias vezes sensação de queda (Littlehales, 2016). Os movimentos oculares lentos são característicos nesta fase de sono (Paiva & Penzel, 2011).

- Fase N2

As frequências cardíaca e respiratória diminuem, a temperatura corporal baixa e os movimentos oculares lentos diminuem. Os despertares por estimulação táctil, ou por movimentos corporais são mais difíceis do que na fase anterior. Esta fase ocupa cerca de 50% de toda a noite de sono (Paiva, 2008; Paiva & Penzel, 2011; Littlehales, 2016).

- Fase N3 (antigamente subdividida nas fases 3 e 4 do sono lento)

Nesta fase acentua-se a diminuição das frequências cardíaca e respiratória, diminui o tônus muscular e a temperatura corporal baixa significativamente. Os sonhos são raros e com memórias muito reduzidas. A primeira metade do sono é dominada por esta fase, ocupando cerca de 20 % de toda a noite de sono (Paiva, 2008; Paiva & Penzel, 2011). Esta fase do sono é essencial, dado que é aqui que são exercidas algumas funções essenciais, designadamente as que têm a ver com a homeostase. É aqui que se colhem os maiores benefícios restauradores do sono (Paiva, 2008; Soares, 2010; Littlehales, 2016).

Sono REM

O mais característico desta fase são os movimentos oculares rápidos e descoordenados. Persistem ao longo da fase REM, embora com uma frequência mais elevada no seu início que no final (Paiva, 2008).

A frequência cardíaca acelera e desacelera, a respiração é irregular e a temperatura do corpo deixa de ser controlada, ficando-se sujeito à temperatura ambiente. A musculatura profunda fica paralisada, na musculatura periférica, nomeadamente extremidades e face, podem ocorrer contrações (Paiva, 2008).

Os sonhos mais elaborados dão-se nesta fase existindo maior recordação dos mesmos (Paiva, 2008).

A fase de sono REM tem funções essenciais na aprendizagem, organização da memória e estabilidade psicoafectiva (Paiva, 2008; Soares, 2010).

Este termina com um despertar ou com uma passagem gradual para a fase N1, ou mais frequentemente para a fase N2 (Paiva, 2008; Littlehales, 2016).

Organização do sono

Após o adormecimento (fase N1) o sono torna-se cada vez mais profundo, passando pelas fases N2 e N3. Há uma transição lenta desde o estado de vigília a um estado de sono profundo. Uma vez na fase N3, em que as funções vitais estão reduzidas ao mínimo, o processo é invertido, passando-se da fase N3 para a N2 (já não há regresso à fase 1 do sono, a não ser após um acordar noturno). Cerca de 90 minutos após o início do sono surge o primeiro episódio REM, durando apenas alguns minutos (cerca de 5 minutos). Após este primeiro episódio REM, a passagem para o sono NREM começa pela fase N2 passando mais uma vez para a fase N3, num crescente de profundidade, tornando depois o processo a inverter-se, ocorrendo o segundo episódio REM, com duração superior ao primeiro (cerca de 10 minutos). Ao longo de uma noite de sono assiste-se a uma alternância permanente entre sono NREM e REM, designando-se cada conjunto NREM/REM por ciclo de sono. A duração média de um ciclo de sono aproxima-se dos 90 minutos, de modo a que 8 horas de sono compreendem cerca de 4-5 ciclos (Paiva & Penzel, 2011; Littlehales, 2016).

1.3.2 Ciclo Sono – Vigília

O sono depende dos ritmos biológicos, que por sua vez, estão sincronizados com o dia e a noite, determinados pela rotação da terra. O conjunto de fenômenos que segue esse ritmo é chamado de relógio biológico tendo um papel importante para o equilíbrio homeostático, controlando a maioria das funções fisiológicas e comportamentais do corpo e do cérebro (Guyton, 1997).

São conhecidos três ritmos biológicos, nomeadamente o ritmo circadiano (ritmo de frequência média e com uma periodicidade aproximada de 24 horas) como o sono-vigília; ritmo ultradiano (ritmo de frequência rápida e com periodicidade inferior a 20 horas) como a frequência cardíaca; e o ritmo infradiano (ritmo de baixa frequência com periodicidade superior a 28 horas) como o ciclo menstrual. Dentro dos três tipos de ritmo apresentados, o ritmo circadiano é o mais estudado e onde se inclui o ciclo sono-vigília (Cruz, 2005).

Os ritmos biológicos são controlados pelo hipotálamo. Este está no centro dos mecanismos de sono e defesas imunitárias, transmitindo ao organismo um conjunto de estímulos que conduzem aos estados de sono ou vigília (Soares, 2010).

O ciclo sono-vigília determina uma necessidade absoluta e fisiológica de dormir um bom sono, em períodos sucessivos dentro das 24h diárias (Soares, 2010).

A qualidade do sono é regulada pelo ciclo sono-vigília e pela hormona do sono – melatonina. A melatonina produz-se fundamentalmente durante a noite, na escuridão e varia ao longo do ano, sendo maior o seu nível no Inverno. A sua função principal é a indução do sono, mas também lhe são reconhecidas funções rejuvenescedoras e antioxidantes, bem como, influências no sistema imunitário, na resposta ao stress e na prevenção de determinados tipos de cancro (Manzano, Vilar, & Calado, s/d; Littlehales, 2016).

As ondas luminosas de 200 a 300 nm (luz azul), influenciam os fotorreceptores não-visuais que determinam a quantidade da hormona produzida. Por isso, a necessidade de períodos noturnos (horas), para a normal secreção da melatonina, varia em função dos meses do ano e da latitude (Manzano, Vilar, & Calado, s/d; Littlehales, 2016).

O ciclo sono-vigília humano, além de ser ajustado diariamente aos ciclos ambientais, pelo processo conhecido como arrastamento, é também suscetível a mudanças mais rápidas e menos duradouras resultantes de alterações imediatas do ambiente, processo conhecido como mascaramento. Por exemplo, um indivíduo muda-se para uma cidade com três horas de diferença de fuso horário em relação à cidade de origem, o seu ciclo sono-vigília demora alguns dias até se ajustar aos novos horários. Este é um processo de arrastamento. Por outro lado, se um indivíduo precisar de passar uma noite em claro, para terminar um trabalho, conseguirá fazê-lo sem que esta alteração se transforme em rotina para os dias seguintes, considerando-se este um processo de mascaramento (Mugeiro, 2011).

A propensão que o indivíduo tem para dormir num momento durante as 24 horas diárias é designado de cronótipo. Este é um padrão circadiano que difere de pessoa para pessoa (Paiva & Penzel, 2011). O cronótipo permite classificar os indivíduos em matutinos ou vespertinos. Os matutinos acordam mais cedo e sentem-se mais eficientes de manhã. No extremo oposto, os vespertinos tendem a acordar mais tarde e a sentir-se mais eficientes no final do dia ou mesmo noite dentro (Silva, 2000; Littlehales, 2016).

Contudo existe ainda outro grupo, o intermédio, que se situa entre estes dois. Muitos são genuinamente intermédios, mas grande parte da população (matutina ou vespertina) é conduzida na sua rotina diária a viver como Intermédio, mascarando o verdadeiro cronótipo (Silva, 2000; Littlehales, 2016).

1.4 O sono no idoso

A duração e os padrões do sono mostram um considerável número de alterações no decurso da ontogenia humana, estando documentado que a estrutura cíclica e a distribuição das diferentes fases do sono variam com a idade. Alcançam os seus valores máximos na primeira infância e a partir da puberdade inicia-se um ligeiro declínio nos valores destes parâmetros que se prolongam até á velhice (Duarte, 2008).

Neto (1994) refere que o envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade (Geib, et al., 2003).

A influência da idade (envelhecimento patológico ou não) sobre o sono altera-o profundamente tanto na sua estrutura como na sua quantidade, sobretudo no que diz respeito ao sono NREM (Geib, et al., 2003; Soares, 2010).

Nos adultos, o tempo total de sono, eficiência do sono, percentagem de sono NREM e REM e a latência de REM diminuem significativamente com a idade. Contudo, apenas a eficiência do sono continua a diminuir após os 60 anos. A latência do sono e a percentagem da fase N1 e N2, assim como a vigília aumentam com a idade (Ohayon, et al., 2004), o que significa que os idosos têm mais dificuldade em adormecer, o sono NREM não é tão restaurador (percentagem da fase N3 diminui) e as horas de sono necessárias diminuem. No entanto, estas alterações do sono são mais significativas no caso de existir doença, patologias do sono ou problemas psiquiátricos (Ohayon, et al., 2004).

Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias:

- “Dor ou desconforto físico,
- Fatores ambientais (luminosidade, o ruído, a atividade física, as refeições),
- Desconfortos emocionais,
- Alterações no padrão do sono” (Geib, et al., 2003, p. 453).

Nesta última categoria, incluem-se as queixas referentes ao tempo gasto na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono após um despertar noturno, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar matinal mais cedo do que o desejado (Geib, et al., 2003, p. 453).

As queixas mais frequentes referem-se ao tempo de início do sono e a sua manutenção ao longo da noite, resultando num sono insuficiente. Estas alterações no sono podem ter consequências como por exemplo as quedas. O risco de queda está aumentado, principalmente, durante os momentos em que os idosos se levantam para ir à casa de banho ou enquanto deambulam pela casa. Surgem também, dificuldades de concentração e memória. Consequentemente, há uma diminuição da qualidade de vida (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008).

Uma revisão da literatura realizada por Ohayon (2002), citado por Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman (2008), refere que entre 15%-45% dos idosos têm dificuldades em adormecer, 20% - 65% refere despertares noturnos, 10% queixa-se de um sono não restabelecedor e 15%- 54% acordam muito cedo.

A organização intrínseca do sono descrita anteriormente sofre as seguintes modificações com o envelhecimento:

- “Diminuição da duração das fases NREM (componente restaurativo do sono),
- Diminuição do limiar do despertar devido a ruído (mais pronunciado na mulher);
- Aumento do período de latência para o início do sono (> 30 min em cerca de 32% das mulheres e 15% dos homens)
- Redução tanto da duração total do sono REM, quanto do intervalo de tempo entre o início do sono e o sono REM (período de latência REM),
- Maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília;
- Aumento dos problemas respiratórios durante o sono,
- Aumento da atividade mioclonica noturna”. (Geib, et al., 2003, p. 455)

Com o envelhecimento o ritmo circadiano altera-se e perde alguma capacidade de resposta a estímulos externos (alternância luz-escuridão, o ruído exterior, a atividade física, as refeições e a interação social), tornando-se menos sincronizado (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008).

No que diz respeito aos fatores internos, consideram-se como principais guias do ritmo circadiano a temperatura corporal e a secreção de melatonina. O sono inicia-se, geralmente, com o aumento da secreção de melatonina e com a diminuição da temperatura corporal (Rente & Pimentel, 2004).

Os fatores que contribuem para essa dessincronização são a insuficiência qualitativa e quantitativa desses estímulos, a diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos (recetores dos estímulos ambientais)

e a dificuldade do sistema de temporização circadiana em ajustar os ritmos de acordo com os estímulos sociais. (Geib, et al., 2003)

As alterações na sincronização do ritmo circadiano levam ao:

- aumento da fragmentação do sono;
- aumento da frequência de adormecimentos diurnos (maior entre os homens e entre os mais velhos);
- mudanças de fase do sono, com o avanço de uma hora mais cedo por dia (tendência deitar cedo e a levantar cedo);
- maior fadiga diurna;
- alteração nos sincronizadores sociais (rotinas de alimentação, sono, atividade física e outras) com tendência à escolha de horários mais precoces de dormir e acordar (Rente & Pimentel, 2004).

Além das alterações do ritmo circadiano, outros fatores são associados às queixas relacionadas com o sono nos idosos. As comorbilidades, a terapêutica utilizada para o seu tratamento, problemas sociais e os distúrbios do sono podem estar também associados (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008).

Os transtornos ambientais, tais como higiene inadequada de sono, o consumo de substâncias psicoativas, luminosidade, ruídos, ingestão de alimentos e líquidos antes de deitar, modificações do ambiente social, redução da atividade física e da exposição à luz solar são fatores que interferem no padrão normal do sono (Geib, et al., 2003).

O sono pode ser alterado pelo consumo de bebidas que contenham cafeína. O efeito estimulante desta substância pode durar entre 8 a 14 horas (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008).

O consumo de álcool é utilizado por alguns indivíduos como ajuda na estimulação do sono, mas, este altera o padrão de sono e pode causar despertares noturnos. Este facto relaciona-se com a estimulação do sistema parassimpático devido à descida dos níveis de álcool no sangue. Os idosos parecem ter mais suscetibilidade aos efeitos do consumo de substâncias que contenham álcool e cafeína, especialmente se houver uma diminuição da função hepática (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008).

A prática de exercício físico regular é defendida, por alguns autores, como um importante contributo para a qualidade do sono (Lira, et al., 2011; Khawaja, et al., 2014; Idzikowski, 2016). Alguns estudos

revelam que a prática de exercício físico tem fator protetor na conciliação do sono, pela redução de insônia e stress (Brandão & Matsudo, 1990; Hua, et al., 2014). Crê-se, ainda, que o exercício físico tem efeito na redução da latência do sono, aumento da duração do sono e estado de vigília diurno (Silva & Lima, 2001). Segundo vários autores, proporciona a melhoria da eficiência e qualidade do sono pelo efeito de sincronização do ciclo circadiano (Boscolo, et al., 2007).

Os indivíduos com fraca qualidade de sono apresentam baixa qualidade de vida. Apresentam também, com mais frequência, sintomas de depressão e ansiedade (Ancoli-Israel, Ayalon, & Salzman, 2008).

Segundo Geib, et al (2003), embora os idosos relatem queixas relacionadas com o sono, muitos não o fazem por não as conceber como disfunções, mas entendendo-as como eventos normais do processo de senescência.

As queixas do sono no idoso não devem ser consideradas normais. É importante identificar as causas subjacentes e direcionar a intervenção de forma a promover um sono satisfatório (Luca, et al., 2015).

1.4.1 Distúrbios no sono do idoso

Os estudos epidemiológicos têm exposto a elevada prevalência dos transtornos do sono. Estima-se que cerca de um terço da população mundial apresenta algum tipo de disfunção do sono durante a sua vida. (Baéz, Gonzalez & Horrisberger, 2005)

Os distúrbios de sono tendem a ser mais frequentes no género feminino do que no género masculino. Alguns estudos justificam este facto com as alterações hormonais relacionadas com a menopausa (Wolkove, et al., 2007).

Nesta faixa etária, os distúrbios do sono mais frequentes são os que a seguir se apresentam.

Insónia

A insónia é considerada a dificuldade de iniciar e /ou manter o sono (Geib, et al., 2003; Wolkove, et al., 2007).

A insónia é uma queixa particularmente comum após os 65 anos de idade, podendo atingir entre 12% a 40% dos indivíduos (Geib, et al., 2003).

Para Sousa e Reimão (2004), está associada tanto com o comprometimento do sono noturno como da vigília, resultando em prejuízo na eficiência do sono. Existe um prejuízo na quantidade e qualidade do sono. Estas alterações nos idosos conduzem à falta de energia, doenças mentais e físicas, propensão para quedas, aumento potencial para a morbilidade e mortalidade e diminuição da qualidade de vida (Mugeiro, 2011, p.51).

Geralmente a insónia pode ser originada por um problema de vida, podendo arrastar-se independentemente dos problemas, sendo esta situação mais frequente nos idosos e principalmente nas mulheres (Wolkove, et al., 2007; Paiva, 2008).

Para Col (2004), a insónia pode também ser secundária a causas situacionais como processos de institucionalização, internamento hospitalar, viagens ou locais estranhos, onde o idoso, nessas situações, pode ter grande dificuldade de adaptação inicial (Mugeiro, 2011, p. 51).

Segundo Caballo, Navarro e Sierra (2002), a diminuição da qualidade de vida, aumento da frequência de problemas de concentração e memória, menor satisfação com relacionamentos pessoais, prejuízo no desempenho diário e maior suscetibilidade à ocorrência de acidentes (ocorrem devido á sonolência diurna), podem ser consequências da insónia. Indivíduos com insónia também utilizam mais os serviços de saúde, apresentam um aumento da mortalidade e da morbilidade geral, incluindo transtornos mentais (como depressão e ansiedade), uso/abuso de substâncias (álcool e drogas) e aumento no uso de medicamentos sem prescrição médica.

Narcolepsia

A narcolepsia é uma doença que se caracteriza por uma sonolência diurna excessiva, muitas vezes incontrolável, que provoca episódios de sono súbito. Estes episódios podem ocorrer frequentemente e em alturas inapropriadas, por exemplo, quando uma pessoa está a falar, a comer ou a conduzir, sendo mais comuns durante os períodos de inatividade ou de atividade monótona e repetitiva (Wolkove, et al., 2007).

O sintoma mais precoce de narcolepsia é geralmente a sonolência durante o dia, que pode ser extrema. No entanto, podem ser necessários anos para que a doença seja diagnosticada, uma vez que a sonolência durante o dia é frequentemente atribuída a outras causas mais comuns (Wolkove, et al., 2007).

A narcolepsia apresenta quatro manifestações principais, nomeadamente a sonolência excessiva durante o dia, cataplexia (perda súbita e temporária do tónus muscular), paralisia do sono (incapacidade temporária do doente se mover quando adormece ou acorda) e alucinações hipnagógicas e hipnopômicas (ouvir sons e ter sensações tácteis durante o estado de vigília) (Wolkove, et al., 2007).

Síndrome de apneia obstrutiva do sono

A apneia do sono caracteriza-se por sonolência diurna, perturbações cardiorrespiratórias e neurocognitivas, secundárias a episódios recorrentes de obstrução temporária da via aérea superior, durante o sono (Paiva, 2008). Este distúrbio é mais frequente em homens acima de 60 anos (Geib, et al., 2003) e em indivíduos obesos (Wolkove, et al., 2007).

A interrupção da respiração é acompanhada por ronco intenso e contínuo, mais acentuada na posição supina, melhorando com a lateralização (Geib, et al., 2003; Paiva, 2008).

A resolução do episódio de apneia faz-se com um despertar transitório, que se associa a um ressonar. Em resultado de múltiplos despertares, o sono torna-se fragmentado e superficial. Este é um problema que pode trazer consequências prejudiciais para a saúde, tendo efetivamente riscos cardiovasculares (Paiva, 2008).

Bárbara (2003) refere que existem fatores dependentes da idade que podem explicar o aumento da prevalência da síndrome de apneia obstrutiva do sono no idoso. Entre eles, o mais conhecido e importante é a tendência de colapso das vias aéreas superiores, por um enfraquecimento da musculatura da faringe e esófago. Isto explica o próprio ronco e, a partir de certo grau, a apneia. Outros fatores são a diminuição da capacidade vital respiratória (fazendo com que os episódios de apneia obstrutiva sejam mais graves), a diminuição da função tiroidea, o aumento de peso e a redução do controlo respiratório (Mugeiro, 2011, p. 53).

O tratamento da síndrome de apneia do sono trás benefícios tanto à qualidade de vida como na redução da mortalidade. Para que se institua o tratamento deve-se levantar a hipótese e conduzir a uma investigação, incluindo uma abordagem ao diagnóstico diferencial (Geib, et al., 2003; Paiva, 2008).

Movimentos periódicos do sono

Os movimentos periódicos do sono são um importante distúrbio de sono no idoso, caracterizado por movimentos repetidos das pernas, com a duração de 0.5 a 5 segundos e periodicidade de 20 a 40 segundos, que aparece especialmente nas fases N1 e N2 do sono. Os movimentos são repetitivos, estereotipados, ocorrendo de forma súbita numa ou nas duas pernas, causando despertares frequentes. Esta perturbação do sono é mais frequente em indivíduos com mais de 65 anos de idade (Wolkove, et al., 2007; Paiva & Penzel, 2011).

Síndrome das pernas inquietas

A síndrome das pernas inquietas caracteriza-se por um formigueiro, comichão, impulso, sensação desconfortável nas pernas com a vontade intensa de as movimentar. Estas sensações podem atrasar o início do sono do idoso. Em geral, resulta de um não relaxamento impedindo o sono e o descanso. A prevalência deste distúrbio aumenta nos idosos e é mais frequente nas mulheres (Wolkove, et al., 2007; Paiva & Penzel, 2011).

Parassonias

As parassonias são alterações comportamentais ou fisiológicas que ocorrem em fases específicas do sono ou em transições do sono-vigília. Estas alterações estão relacionadas com a ativação do sistema nervoso autónomo, do sistema motor ou de processos cognitivos e apresentam-se como queixas de comportamento incomum durante o sono (Geib, et al., 2003; Paiva & Penzel, 2011).

As parassonias subdividem-se em:

- Distúrbios do despertar (sonambulismo, o terror noturno e o despertar confusional),
- Distúrbios da transição sono-vigília (desordem rítmica do movimento e o sonilóquio),
- Outras parassonias (bruxismo, a enurese noturna e o ronco primário),
- Parassonias do sono REM (movimentos complexos, vigorosos e agressivos) (Geib, et al., 2003; Paiva & Penzel, 2011).

Muitos destes distúrbios incluem confusão noturna, enurese e descompensação de doenças cardiovasculares. As parassonias do sono REM são mais frequentes neste grupo etário (Geib, et al., 2003; Paiva & Penzel, 2011).

Transtornos do Sono Clínico-psiquiátricos

Estes transtornos relacionados com problemas clínicos e psiquiátricos assumem uma variedade alargada de problemas causando distúrbios do sono nos idosos (Geib, et al., 2003).

Alcoolismo, doença de Alzheimer, artrite, cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, refluxo gastroesofágico, apneia obstrutiva do sono, doença de Parkinson, úlcera péptica, síndrome das pernas inquietas, doença renal e procedimentos cirúrgicos são alguns dos problemas clínicos causadores de problemas de sono nos idosos (Geib, et al., 2003).

Relativamente aos problemas psiquiátricos causadores de distúrbios de sono ressaltam a depressão e as demências (Geib, et al., 2003).

1.4.2 Higiene do sono

No que diz respeito ao sono dos idosos, é possível associar o envelhecimento a uma diminuição ou modificação do seu sono. Assim é necessário tomar medidas preventivas de forma a atenuar este processo para que se tenha melhor qualidade do sono, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (Paiva, 2008; Littlehales, 2016).

O sono é uma fase muito complexa da vida diária de cada um. Esta complexidade confere-lhe grande suscetibilidade a agentes intrínsecos e extrínsecos (Soares, 2010).

Há uma série de conselhos práticos, destinados a obter um sono reparador ao minimizar fatores que, por provocarem um efeito sobre o sono, possam ser controlados voluntariamente (Soares, 2010).

As medidas de higiene do sono são um conjunto de regras que tem por objetivo eliminar maus hábitos na hora de dormir e estabelecer rotinas saudáveis. Uma má higiene do sono interfere no número de horas que o indivíduo necessita de dormir diariamente para que o seu organismo mantenha níveis adequados de saúde e funcionalidade (Paiva & Penzel, 2011).

Aconselham-se medidas que incluem:

- Estabelecer horários e rotinas para deitar e para dormir,
- Evitar a permanência na cama quando acordado,
- Dormir o número de horas suficiente para sentir-se restabelecido,
- Usar a cama somente para dormir (quando sentir sono),
- Manter o mínimo de “sestas” durante o dia com a duração de 10 a 15 minutos nos momentos de maior sonolência diurna,
- Manter rotina diária bem estruturada,
- Tomar a medicação rigorosamente como prescrita,
- Evitar o consumo de bebidas com cafeína (chá, café, refrigerantes, chocolate) após o almoço e antes de deitar,
- Evitar o tabaco e o álcool,
- Restringir ingestão hídrica antes de deitar,

- Fazer uma refeição ligeira ao jantar,
- Atividades regulares e adequadas às condições de saúde do idoso (exercícios de leve a moderada intensidade) pela manhã e ou 6 horas antes de adormecer,
- Equilibrar atividades diárias de repouso,
- Manter temperatura confortável, nível de ruído baixo e luminosidade do quarto adequada para facilitar o sono (iluminação indireta e baixa intensidade para evitar acidentes durante os despertares noturnos),
- Roupas na cama macias e esticadas para evitar maceração da pele,
- Cama e colchão em bom estado de conservação,
- Manter a interação social,
- Evitar stress,
- Expor-se à luz solar durante o dia e sair por períodos de meia hora,
- Estimulação aumentada durante o dia e diminuída à noite,
- Realizar exercício de relaxamento muscular progressivo imediatamente antes de deitar,
- Manter rituais de dormir como preparar a cama, ter roupa adequada, tomar um banho morno, fazer o esvaziamento vesical, orar ou tomar a medicação,
- Aquecer os pés e mãos,
- Treinar o controlo de pensamentos perturbadores que ocorrem ao deitar (Paiva, 2008; Soares, 2010; Littlehales, 2016).

1.5 A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

As alterações a nível demográfico, nos indicadores de morbilidade e o aumento da frequência de doenças crónicas demonstram as novas necessidades de saúde. Os cuidados de saúde primários têm tido, nos últimos anos, um papel relevante na resposta e solução de problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel importante nas repostas aos processos de saúde e doença respondendo de forma adequada às necessidades da pessoa/grupo/ comunidade, mostrando ganhos em saúde (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2010).

1.5.1 As competências do Enfermeiro Especialista

Em Portugal, todos os profissionais de enfermagem devem enquadrar o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). O desígnio fundamental da OE é o de “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (Artigo 3º do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, p. 1741).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) abrange todos os enfermeiros que exerçam a sua atividade no território nacional. Este, refere a enfermagem como:

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Estatuto e REPE, 2015, p. 99).

O profissional de enfermagem deve ter competências que lhe permitam adequar, a vários contextos, a sua prática profissional.

Relativamente ao enfermeiro especialista este:

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010, p.2).

As suas competências comuns estão descritas e regulamentadas pela OE. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010, p.3) preconiza que estas competências são:

partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

As competências comuns do enfermeiro especialista estão agrupadas em quatro domínios²: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal contém as seguintes competências:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção,
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O domínio da melhoria contínua da qualidade inclui como competências comuns:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica,
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade,
- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

² O domínio de competência define-se como “uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento nº 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros em Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril de 2015 p. 10087)

No domínio da gestão de cuidados:

- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional,
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Relativamente ao domínio das aprendizagens profissionais:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade,
- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Além das competências comuns do enfermeiro especialista, cada área de especialização tem competências específicas.

A OE define competências específicas do enfermeiro especialista como:

as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2010, p.3).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve possuir competências que lhe permitam avaliar os problemas de saúde pública, participar nos processos de tomada de decisão e desenvolvimento de programas e projetos de intervenção no sentido de capacitar e empoderar a comunidade na consecução dos projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Este profissional evidencia-se nas atividades de educação para a saúde, coordenação, manutenção, restabelecimento, gestão e avaliação dos cuidados prestados às pessoas, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. Assume responsabilidade na identificação das necessidades dos grupos de determinada zona geográfica e assegura a continuidade de cuidados, estabelecendo as parcerias necessárias, desenvolvendo uma prática complementar à de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários em determinado contexto económico, político e social (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2010).

Segundo a OE (2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

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

O perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública junto com o das competências comuns do enfermeiro especialista, formam o conjunto de competências clínicas especializadas que tem como objetivo o enquadramento regulador da certificação das competências e a comunicação aos cidadãos das mesmas (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2010).

1.5.2 O enfermeiro especialista na promoção da saúde do idoso

A Promoção da Saúde tem vindo a ser discutida ao longo dos anos e começou a ser abordada na Declaração de Alma-Ata em 1978. Neste documento, a saúde é concebida como uma produção social, apontando para a cooperação entre os vários setores da comunidade e para o estímulo à participação social (Stanhope & Lancaster, 2011). É também realçada a importância da promoção e proteção da saúde como pontos indispensáveis para o desenvolvimento económico e social (OMS: Declaração de Alma Ata, 1978).

Apesar de essencial, a Conferência de Alma-Ata não focou na íntegra os aspetos relacionados com a promoção da saúde, servindo assim de pretexto para a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde de onde resultou a Carta de Ottawa. Este documento define a promoção da saúde como:

o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o

indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS: Carta de Ottawa, 1986, p. 1)

Foram realizadas várias conferências para a promoção da saúde ao longo dos anos. Estas focaram as recomendações sobre as políticas de Saúde Pública, os ambientes favoráveis à saúde, a expansão de parcerias em prol da saúde, a diminuição das desigualdades e os determinantes de saúde. A última conferência foi realizada na Finlândia, em 2013 onde se salientou a importância da saúde em todas as políticas como sendo:

uma abordagem para as políticas públicas em todos os setores, que leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias, e evita impactos prejudiciais, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. Aumenta a atribuição de responsabilidade das decisões políticas para os impactos na saúde em todos os níveis decisórios. Inclui a ênfase sobre as consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e bem-estar. Objetiva um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre saúde (OMS: Declaração de Helsínquia, 2013, p.1).

As atividades de promoção da saúde envolvem comportamentos que afetam positivamente o estado de saúde dos indivíduos, através da adoção de hábitos saudáveis, mudanças no estilo de vida, visando a cidadania e inserção social. Melhorar a saúde da comunidade é o principal objetivo da intervenção de enfermagem na medida em que, a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo (Stanhope & Lancaster, 2011).

A enfermagem comunitária e de saúde pública é definida como “a prática da promoção e proteção da saúde das populações utilizando conhecimento das ciências de enfermagem, sociais e de saúde pública” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.200).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.4), a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática centrada na comunidade e intervém em “projectos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.”

O foco dos enfermeiros comunitários é a promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, tendo como finalidade a melhoria da saúde dos indivíduos e da comunidade com a colaboração dos outros membros da equipa de cuidados (Stanhope & Lancaster, 2011).

Desta forma, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública (ECSP) são profissionais fundamentais nas equipas de cuidados de saúde primários. Estes asseguram a prevenção primária dos problemas de saúde e desenvolvem programas de promoção da saúde para a população.

A promoção da saúde deve ter em conta o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pelo seu conhecimento profundo e contacto permanente com a comunidade, tem a oportunidade única de assumir a liderança na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2010).

No que respeita à promoção da saúde nos idosos, o objetivo deve ser direcionado para o bom funcionamento físico, mental e social, assim como à prevenção das doenças e incapacidades (PNSPI, 2006).

O PNSPI (2006) pretende demonstrar a preocupação do setor da saúde em desmistificar estereótipos negativos ligados ao envelhecimento e contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida. Considera que a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida, ajudando desta forma a racionalizar os recursos da sociedade.

Assegurar uma abordagem preventiva nos cuidados aos idosos levanta questões importantes para os enfermeiros que trabalham em de cuidados de saúde primários e na comunidade. Nesse sentido, a enfermagem deve priorizar a autonomia dos idosos, o atendimento das necessidades biológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais, estimulando o autocuidado, autodeterminação e a independência, de modo a manter sua capacidade e qualidade de vida (Freitas, et al., 2010).

1.6 A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

O enquadramento da prática de enfermagem é complexo e a quantidade de informação que o profissional de enfermagem tem de processar é imensa. Uma perspetiva teórica ajuda o profissional de enfermagem a organizar, compreender e analisar os dados, tomar decisões, planear as intervenções, prever e avaliar os resultados (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorotea Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, é uma das teorias mais referenciadas (Queirós, Vidinha & Filho, 2014). Esta é uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do défice de autocuidado e Teoria dos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria do autocuidado explica como e porquê os indivíduos cuidam de si próprios. A teoria do défice de autocuidado descreve como os indivíduos podem ser ajudados através da enfermagem. A teoria dos sistemas de enfermagem mostra as relações que têm de ser produzidas e mantidas para que se produza a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Orem (1993) define a atividade do autocuidado como uma capacidade desenvolvida, que permite aos adultos identificar os fatores que devem ser controlados ou tratados para regular o seu funcionamento e desenvolvimento. Encara a pessoa como o agente de cuidados, que possui potencial de aprendizagem para melhorar o seu estado de saúde, surgindo a enfermagem como um fator de equilíbrio nas necessidades de autocuidado ao mesmo tempo que as ajuda a desenvolver.

Tomey & Alligood (2004, p.23) referem que:

Orem explicou o auto-cuidado como uma necessidade humana e a enfermagem como um serviço humano; enfatizou a preocupação especial da enfermagem pela necessidade que o ser humano tem de ter ações de auto-cuidado continuamente para manter a vida e a saúde ou para recuperar da doença ou lesões.

O ser humano necessita diariamente do autocuidado e este pode ser modificado pelo estado de saúde, pelas condições ambientais ou por outros fatores, sendo uma habilidade aprendida pelos indivíduos e orientada para um objetivo (Orem, 1993).

A autora conceptualiza três tipos de sistemas de enfermagem que correspondem aos modos de agir do enfermeiro:

- Totalmente compensatório (fazer pelo indivíduo),
- Parcialmente compensatório (ajudar o indivíduo a fazer por si próprio),
- Apoio-educação (ajudar o indivíduo a aprender a fazer por si) (Tomey & Alligood, 2004).

No sistema totalmente compensatório, a enfermagem executa totalmente a ação, concretizando o autocuidado terapêutico e compensando a incapacidade do indivíduo em executar o autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

No que diz respeito ao sistema parcialmente compensatório, há uma ação do enfermeiro em que este executa algumas medidas de autocuidado, compensa limitações e apoia o indivíduo no que for necessário. Ao mesmo tempo, o indivíduo, executa as medidas de autocuidado possíveis (tendo em conta as suas limitações), regula a atividade do autocuidado e aceita o cuidado da enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

No sistema de enfermagem de apoio-educação, em que o indivíduo é autónomo, Orem (2001) considera que todos os indivíduos têm potencial para aprender e adquirir conhecimentos e capacidades para efetuar as medidas de autocuidado terapêutico, necessitando do apoio da enfermagem, uma vez que o preenchimento dessas mesmas necessidades é um comportamento aprendido.

Neste contexto de apoio-educação, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel relevante.

O enfermeiro especialista tem uma perceção profunda “sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2010, p.1).

Como referido anteriormente, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tem como uma das competências específicas a contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades, estando habilitado a participar e desenvolver programas e projetos de intervenção neste âmbito. Evidencia-se assim a educação para a saúde, sendo esta uma atividade que visa a promoção da saúde, em que a manutenção e o restabelecimento da mesma, exige que as pessoas tenham conhecimento em determinadas áreas. A informação permite aos indivíduos tomar decisões de forma fundamentada, assumir a responsabilidade pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações de saúde e estilos de vida (Stanhope & Lancaster, 2011).

2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

2.1 Caracterização do local de estágio

O estágio, no âmbito da área de especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Montijo/Alcochete, entre os meses de maio de 2017 e janeiro de 2018. Foi orientado pela enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária Céu Caldes (Coordenadora da UCC Montijo/Alcochete).

2.1.1 A Unidade de Saúde

O Decreto-Lei n.º 28/2008 no seu artigo 11.º de 22 de fevereiro, define Unidade de Cuidados na Comunidade como a que presta:

cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...)

A missão desta unidade funcional passa pela contribuição na melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que se integra (Artigo 3.º do Despacho n.º 10143/2009).

A sede da Unidade de Cuidados na Comunidade Montijo/Alcochete localiza-se no Centro de Saúde de Alcochete. Tem uma abrangência geográfica de 472 Km² e uma população de 68 791 habitantes, residentes nos concelhos de Alcochete e Montijo.

Esta unidade pertence ao grupo de unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho (ACESAR), integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

É constituída por 11 enfermeiros e partilha recursos humanos com a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), nomeadamente técnicos de serviço social (Montijo e Alcochete), psicologia, nutrição e saúde pública (Montijo e Alcochete). A técnica de higiene oral é partilhada com USF do Afonsoeiro. O apoio clínico é solicitado aos médicos de família dos utentes sempre que necessário.

Esta Unidade intervém a nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), apresentando duas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) - ECCI Montijo e ECCI Alcochete, com um total de 45 vagas.

Desenvolve atividade em programas como a Saúde Escolar, Preparação para a parentalidade, Visitação domiciliária a recém-nascidos e puérperas de risco, Visitação domiciliária a crianças/famílias de risco, apoio à toxicoddependência (Projeto STOP), Serviço de Intervenção precoce “Pé de Feijão” Montijo e Alcochete, Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ). Intervém também no projeto “Cidade dos Afetos”, que tem como objetivo a promoção dos afetos como mecanismo fundamental de desenvolvimento da comunidade.

Estão em desenvolvimento novos projetos nomeadamente o projeto de intervenção comunitária “Literacia em Saúde”, Visita domiciliária em Saúde Mental, Visita domiciliária de luto, cinesioterapia no recém-nascido e Curso de exercícios para prevenção da incontinência urinária, a serem implementados num futuro próximo.

A UCC Montijo/Alcochete é representante da saúde na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Montijo e Alcochete, Núcleo de Crianças e Jovens em Risco do ACESAR, Núcleo Local de Inserção do Montijo e Alcochete, Conselho Local de Ação Social e Saúde Montijo e Alcochete e Intervenção precoce Montijo/Alcochete.

Além das entidades referidas anteriormente estabelece parcerias na comunidade que visam obter ganhos em saúde para a população. Estas são estabelecidas a nível municipal (Câmara Municipal), Juntas de Freguesia da área de abrangência, Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, Instituições Particulares de Solidariedade Social, a União Mutualista Nossa Senhora da Conceição, Santa Casa da Misericórdia do

Montijo, Santa Casa da Misericórdia de Alcochete, Santa Casa da Misericórdia de Canha, Centro Social S. Pedro de Afonsoeiro, Centro de Convívio de Reformados, Pensionistas e Idosos do Montijo, Parque escolar de Alcochete, Parque escolar - Agrupamentos Montijo e Afonsoeiro, Parque escolar de Pegões, Canha e Santo Isidro, e com instituições privadas, sempre que solicitado.

2.1.2 A comunidade

Tendo em conta a área geográfica da UCC Montijo-Alcochete, que como referimos anteriormente é de 472 Km², abrangendo uma população de 68 791 habitantes, decidimos, de acordo com os elementos da Unidade de Saúde, limitar a área, para o desenvolvimento do projeto de intervenção. Consideramos que a população do concelho de Alcochete e zona Oeste do Concelho do Montijo têm mais apoio de âmbito comunitário, enquanto a população da zona Este do Concelho do Montijo não usufrui em pleno desse recurso. Desta forma, o local escolhido para desenvolver o projeto de intervenção foi a comunidade pertencente à localidade de Pegões.

Esta é uma localidade pertencente ao concelho do Montijo, com 28,09 km² de área total (Câmara Municipal do Montijo, 2017) e uma densidade populacional de 97,8 hab/km² (INE, 2011). Está localizada, geograficamente, na zona Este do Concelho sendo caracterizada como uma zona rural (PRODER, s/d).

De acordo com os Censos 2011, Pegões apresenta uma população residente de 2375 habitantes, tendo um aumento populacional de 13% relativamente ao ano 2001 (INE, 2011).

A nível demográfico, segue a tendência nacional de envelhecimento populacional, sofrendo um aumento de 36% no grupo etário com 65 e mais anos de idade, relativamente ao ano 2001. Em termos de aumento populacional, de todas as faixas etárias, o grupo de 65 e mais anos foi o que evidenciou o maior crescimento (INE, 2011). Comparativamente às restantes localidades do concelho, esta foi a que registou o maior aumento de população idosa.

Pegões fica na interceção da EN4 e EN10, sendo ponto de passagem a nível viário nas rotas Évora-Lisboa e Setúbal-Vila Franca de Xira. Apresenta também acesso à autoestrada (A13).

É servida por uma estação ferroviária, com duas linhas férreas, uma para transporte de passageiros e outra para mercadorias.

A nível rodoviário, é feita ligação às várias freguesias do concelho do Montijo, mas com horários de transporte limitados.

As atividades económicas características desta população foram, durante anos, a transformação e preparação de cortiça, produção hortícola, vinícola e a floricultura. Este cenário sofreu alterações após a inauguração da Ponte Vasco da Gama. O concelho do Montijo ficou no centro do principal corredor rodoviário nacional, permitindo um acesso facilitado às principais cidades do país, às principais infraestruturas portuárias e aeroportuárias. Este aspeto mostrou-se determinante na captação de novos investimentos e de novos projetos, dando lugar a uma reconfiguração do tecido empresarial local, cada vez mais ligado a atividades comerciais e de serviços (Câmara Municipal do Montijo, 2017). Ao nível dos setores de atividade económica, em Pegões, os dados relativos ao ano de 2011 mostram que 17,1% da população ativa desenvolve atividade no setor primário, 26,5% no setor secundário e 56,4% no setor terciário, acompanhando a tendência do território Oeste do concelho do Montijo (INE, 2011).

A maioria da população vive dispersa, maioritariamente em quintas. Existe um pequeno aglomerado habitacional no centro da localidade, onde se localizam, também, os serviços de saúde, escolas, correios, junta de freguesia, biblioteca, museu e instituições bancárias.

Em termos de cuidados de saúde, esta comunidade é servida pela UCSP Montijo Rural - Unidade de Saúde de Pegões e UCC Montijo-Alcochete (com instalações físicas na Unidade de Pegões, dada a distância em relação à sede ser grande). A UCC tem um elemento da equipa de enfermagem a servir esta comunidade, assim como um elemento partilhado com a UCSP com um horário de 7 horas semanais para a UCC (apoio na visita domiciliária).

Dos 2791 utentes inscritos na Unidade de Saúde, apenas 508 têm médico de família. Os restantes utentes são servidos por médicos de outras Unidades de Saúde existentes no concelho do Montijo, nomeadamente Unidade de Santo Isidro de Pegões, Unidade de Canha e USF do Afonsoeiro.

A nível de recursos de enfermagem, a comunidade de Pegões dispõe de um elemento afeto a Unidade de Cuidados Personalizados Montijo Rural - Unidade de Pegões, partilhando outros dois elementos com

as Unidades de Santo Isidro de Pegões e Canha, o que demonstra a carência de profissionais nesta unidade de saúde.

Existe, também, um elemento de enfermagem da UCC Montijo/Alcochete que desenvolve a sua atividade exclusivamente nesta comunidade.

Em termos de cuidados diferenciados, esta comunidade tem como referência o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo e o Centro Hospitalar de S. Bernardo – Setúbal (por proximidade geográfica).

2.2 Estágio

2.2.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa do processo de planeamento em saúde e deverá corresponder à identificação das necessidades de saúde da comunidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades vai determinar a pertinência do plano de intervenção. Este funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a identificação dos problemas da comunidade de Pegões realizamos uma pesquisa de consenso, que consiste em perceber junto de um grupo conhecedor da população quais os problemas que a afetam (Tavares, 1990). Utilizamos a técnica de informadores-chave, que consiste numa entrevista pessoal aos elementos considerados conhecedores dos problemas da comunidade (Tavares, 1990).

A entrevista foi realizada ao elemento da UCC Montijo/Alcochete afeto a esta comunidade e aos elementos da UCSP Montijo-Rural – Unidade de Pegões.

Entre os possíveis problemas da comunidade, identificados pelos informadores-chave, destacou-se a problemática da qualidade do sono no idoso. As queixas dos idosos relativamente ao seu sono eram bastante frequentes e esta problemática ainda não tinha sido abordada nesta comunidade. Assim, tornou-se importante a investigação neste âmbito com o intuito de aferir se este era um problema real nesta população.

Metodologia

A metodologia contém o conjunto de meios e atividades próprias para responder às questões de investigação formuladas na fase conceptual. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

Depois de selecionada a área de intervenção, tornou-se necessário perceber quais as reais necessidades da comunidade em estudo. Iniciaram-se, assim, os procedimentos para a elaboração do diagnóstico de situação.

Para compreender a qualidade do sono e fatores potencialmente influenciadores do mesmo tornou-se necessária a realização de um estudo na comunidade de Pegões. Damos início a um estudo descritivo não experimental, através da aplicação de um instrumento de recolha de dados aos indivíduos pertencentes à amostra.

População, população alvo e participantes

Uma população consiste num conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

Dentro da abrangência da UCC Montijo/Alcochete a população escolhida para o estudo foi a população de Pegões.

Tendo em conta o problema relacionado com a qualidade do sono nos idosos, detetado na fase inicial do diagnóstico de situação, foram selecionados para o estudo os elementos da população com 65 anos ou mais ficando assim definida a população alvo. Segundo os Censos 2011, esta faixa etária era constituída por um total de 525 indivíduos.

Nem sempre é possível estudar a população alvo na sua totalidade. Neste cenário examina-se a população acessível que deve ser tanto quanto possível representativa da população alvo. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

A amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo. As características conhecidas da população devem estar presentes nos elementos da amostra. A sua constituição varia segundo o objetivo

procurado, os constrangimentos no terreno e a capacidade de acesso à população estudada. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

A amostra define-se por critérios de inclusão em que estes correspondem às características essenciais da população. Paralelamente, os critérios de exclusão servem para determinar os elementos que não farão parte da amostra. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

O grupo de participantes foi constituído através da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, foi constituída por indivíduos da população facilmente acessíveis e que responderam a critérios de inclusão e exclusão precisos. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

Desta forma, definiu-se como população alvo os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos residentes na área geográfica de Pegões (n= 525), como população acessível os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e inscritos nos ateliers da Academia Sénior de Pegões (n=80).

A amostra foi constituída segundo os critérios de inclusão – idade igual ou superior a 65 anos, indivíduos inscritos nos ateliers da Academia Sénior de Pegões, participação voluntária, consentimento informado assinado e residir na zona de Pegões. Como critério de exclusão consideramos os indivíduos que não estivessem presentes no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados. Após a aplicação destes critérios, consideraram-se 19 participantes que constituíram a amostra do estudo.

Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin, Côté, & Filion (2009), os conceitos pelos quais o investigador se interessa devem tomar a forma de variáveis para ser possível a sua medição.

Neste sentido consideraram-se como variáveis de estudo a qualidade do sono dos idosos e os seus estilos de vida, tendo como suporte a revisão da literatura realizada anteriormente.

O método e colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo de variável e dos instrumentos disponíveis. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

Nos estudos descritivos são aplicados, entre outros, os questionários, que exigem do participante respostas escritas a um conjunto de questões. (Fortin, Côté, & Filion, 2009)

Neste sentido, criamos um questionário para recolha de informação sociodemográfica e estilos de vida dos idosos, associado a uma escala pré-existente – Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (Buysse, et al., 1989) e adaptada à população portuguesa (Ramalho, 2008), que permite avaliar a qualidade do sono no idoso (Apêndice 1).

O instrumento de recolha de dados divide -se em três partes:

- Parte I: Esta secção é composta por 6 questões que permitem caracterizar o perfil da população no que diz respeito à idade, género, estado civil, escolaridade, coabitação e situação profissional.
- Parte II: Esta parte do questionário engloba 13 questões relacionadas com os estilos de vida. Aqui pretende-se conhecer a ocupação dos tempos livres, prática de atividade física, o tipo de alimentação, consumo de álcool à noite, consumo de café à noite, hábitos higiénicos, hábitos de leitura, exposição à luz solar e atividades de entretenimento à noite dos participantes no estudo.
- Parte III: Índice da Qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) de Buysse,D.J, et al (1989), versão adaptada à população portuguesa (Ramalho, 2008).

Esta escala foi utilizada em vários trabalhos de investigação e pode ser aplicada em vários grupos etários (6 aos 90 anos) em contexto clínico e não clínico (Duarte, 2008). O Índice da Qualidade do sono de Pittsburgh tem 19 questões autoaplicadas. Os 19 itens analisam os diferentes fatores da qualidade do sono que se agrupam para formar sete componentes, nomeadamente, a latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação que oscila entre 0 a 3 pontos. Uma pontuação de 0 pontos indica que não existe dificuldade, enquanto uma pontuação de 3 indica uma severa dificuldade em manter um sono reparador. Os sete componentes somam-se para obter uma pontuação global, que oscila entre zero (0) (não existe dificuldade) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). Os autores da escala propõem um valor limite de cinco (5) pontos. Para índices iguais ou superiores a cinco encontram-se os sujeitos com fraca qualidade de sono (Buysse, et al., 1989). As instruções de administração, referências e pontuação do PSQI são apresentadas em anexo (Anexo 1).

Foi obtida autorização para a utilização do PSQI (versão adaptada à população portuguesa) (Anexo 2) .

As questões que integram a Parte I e II deste instrumento de recolha de dados foram elaboradas com base na pesquisa bibliográfica realizada anteriormente. Foi necessário realizar um pré-teste por forma a perceber se as questões são claras e compreensíveis, por forma a adequar o questionário à população estudada. Por sugestão dos participantes no pré-teste foram feitas alterações a algumas questões para que estas se tornassem de mais fácil compreensão. As alterações foram apenas a nível visual, adicionando alguns símbolos que permitissem orientar os inquiridos na sequência das questões.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado no período de 5 a 9 de junho de 2017 aos idosos inscritos nos ateliers da Academia Sénior de Pegões. Aos idosos que referiram ter dificuldades na leitura (não terem os óculos consigo no momento) ou não possuir habilitações literárias que lhes permitisse responder ao mesmo, foi aplicado o instrumento de colheita de dados na forma de questionário-entrevista.

Os dados obtidos foram organizados e analisados, recorrendo à estatística descritiva e utilizando o software IBM SPSS versão 24.0 (Statistical Package for Social Science).

Apresentação e discussão dos resultados

Depois de recolhidos e processados os dados obtidos, através da aplicação do instrumento de recolha de dados, obtiveram-se os resultados que passamos a descrever.

A idade média dos participantes é de 71 anos, sendo que a amostra compreende indivíduos com idades entre os 65 e 84 anos. Caracteriza-se na sua totalidade por indivíduos reformados, maioritariamente do sexo feminino, casados e escolarizados.

Tabela 1: Caracterização da amostra

		n
Idade (intervalos)	[65-69]	7
	[70-74]	8
	[75-79]	3
	[80-84]	1
Gênero	Masculino	7
	Feminino	12
Estado civil	Casado	12
	Viúvo	6
	Outro	1
Situação profissional	Reformado	19
Escolaridade	Sabe ler e escrever	1
	1º ciclo	11
	2º ciclo	5
	Secundário	2
Coabitação	Cônjuge/Outro	13
	Sozinho	6

A maioria (n=14) ocupa os tempos livres com jardinagem, o cultivo da horta, jogos de computador, bordados e croché. Apenas 7 inquiridos referiram praticar atividade física todos os dias. A maioria (n= 18) não ingere substâncias estimulantes (álcool, café e tabaco) à noite e as refeições ao jantar são constituídas maioritariamente por sopa e fruta (n= 10).

A totalidade da amostra tem como hábito ver televisão antes dormir. Dos inquiridos, 14 dormem acompanhados.

Foi estudada, também, a possibilidade de situações causadoras de ansiedade, em que aproximadamente metade (n=9) da amostra referiu encontrar-se em situação causadora de ansiedade (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos elementos da amostra segundo os fatores influenciadores do padrão de sono

		n
Ocupação dos tempos livres	Leitura	2
	Trabalhos manuais	1
	Televisão	2
	Outros	14*
Exposição à luz solar	Sim	17
	Não	2
Atividade física (frequência semanal)	Uma vez	10
	Duas vezes	2
	Três vezes	1
	Cinco vezes	1
	Todos os dias	7
Refeição (jantar)	Sopa	1
	Sopa e fruta	10
	Sopa e segundo prato	1
	Outro	7**
Ingestão de substâncias estimulantes (álcool, café, tabaco)	Sim	1***
	Não	18
Hábitos antes de dormir	Leitura	2
	Televisão	19****
	Banho	5
Partilha da cama	Sozinho	5
	Acompanhado	14
Estado de ansiedade	Sim	9
	Não	10

* jardinagem, cultivo da horta, jogos de computador, bordados e croché

** torradas e chá, comida que sobra do almoço

*** durante a refeição

**** local habitual mais frequente para ver televisão é a sala

A qualidade global do sono, avaliada através do PSQI revelou que a maioria (n= 16) tem uma fraca qualidade global de sono (Tabela 3). Esta foi avaliada tendo em conta os sete componentes do sono, já descritos anteriormente. Foi no componente – alterações do sono, que se verificaram mais variações. Através deste componente do sono pretende-se perceber se os indivíduos apresentam dificuldade em

adormecer, se acordam a meio da noite/madrugada, as idas à casa de banho, dificuldades em respirar, tossir ou rressonar muito alto, sensação de frio, sensação de calor, pesadelos e dores. Este estudo demonstrou que acordar de madrugada (n= 13), ir à casa de banho (n= 9) e a dor (n= 11) são os fatores que mais perturbam o sono dos inquiridos (Tabela 4).

Tabela 3: A qualidade global do sono

		n
Qualidade do sono (PSQI) *	Boa	3
	Fraca	16

* a qualidade global do sono é avaliada tendo em conta sete componentes do sono (qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, perturbações do sono, uso de medicação indutora de sono e disfunção diurna)

Tabela 4: Distribuição dos elementos da amostra segundo a frequência de perturbações do sono

	Nenhuma das vezes	Menos de uma vez por semana	Uma ou duas vezes por semana	Três vezes ou mais por semana
	n	N	n	n
Dificuldade em adormecer	6	6	2	5
Acordar a meio da noite/madrugada	4	2	-	13
Ida à casa de banho	4	4	2	9
Dificuldade em respirar	14	2	-	3
Tossir ou rressonar muito alto	11	3	1	4
Sensação de frio	13	2	1	3
Sensação de calor	6	3	4	6
Pesadelos	7	7	3	2
Dor	6	1	1	11
Outras razões	-	1	1	1

Descritos os resultados, foi necessário analisar e relacionar os dados tendo como base o suporte teórico apresentado no capítulo 1.

Verificou-se uma fraca qualidade global do sono (avaliada através da aplicação PSQI). Esta situação poderá estar relacionada com a prática de exercício físico diminuída, tendo em conta que a atividade física é considerada um contributo importante para a qualidade do sono.

A ansiedade, classificada também como um fator de perturbação do sono e presente em quase metade dos participantes do estudo, pode estar a afetar a qualidade do sono destes indivíduos.

Os despertares noturnos, a ida à casa de banho e a presença de dor (referido pela maioria dos participantes) tem também influência no sono. A fragmentação do sono causada por estes fatores afetando a continuidade dos ciclos de sono altera profundamente a qualidade do sono. Por outro lado, a deambulação noturna potenciada pelos despertares noturnos e a ida à casa de banho, associados a possível presença de barreiras (móveis, tapetes) e a baixa luminosidade podem aumentar o risco de queda no idoso.

A alimentação (em quantidade e qualidade) tem também características influenciadoras no que diz respeito ao sono e sua qualidade. Ainda que consideremos que este aspeto necessita de um estudo mais aprofundado, visto se terem apurado apenas dados relativos ao jantar, verificou-se que esta refeição (na maioria dos participantes da amostra) pode não estar a ser a mais adequada.

Assim, os dados obtidos permitiram identificar os problemas que a seguir enumeramos:

- Fraca qualidade do sono,
- Risco de queda,
- Prática diminuída de exercício físico,
- Estado de ansiedade.
- Possível alteração do padrão alimentar.

Considerações éticas

Na construção de um projeto, onde profissionais e instituições estão envolvidas, existem aspetos éticos que todos devem respeitar. Fortin, Côté, & Filion (2009, p. 186), citam os seguintes princípios éticos no respeito pela dignidade humana:

- 1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens.

Deste modo foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Anexo 3) assim como à Comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo 4) para a realização do estudo. Ambas, após análise do projeto de investigação, deram parecer favorável à realização do estudo. Foi também obtida autorização da direção da Academia Sénior de Pegões para a aplicação do instrumento de recolha de dados e para o desenvolvimento das atividades planeadas (Anexo 5). Foi obtida autorização para a utilização do Índice da Qualidade do sono de Pittsburgh e solicitado o consentimento livre e esclarecido aos inquiridos (Apêndice 2).

2.2.2 Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades é entendida como a etapa do planeamento em saúde correspondente à hierarquização dos problemas. Nesta etapa devem seleccionar-se os problemas de saúde a ser solucionados em primeiro lugar (Imperatori & Giraldes, 1993).

É uma etapa importante no planeamento em saúde, visto que, determina a fixação dos objetivos, permite a implementação de planos pertinentes e possibilita a melhor utilização dos recursos disponíveis. Na organização das prioridades deve ter-se em conta o horizonte temporal e a área de programação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para hierarquizar os problemas detetados recorre-se a critérios de seleção.

A magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade, são considerados como critérios clássicos na seleção dos problemas prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

O critério magnitude, caracteriza o problema pela sua dimensão. A transcendência está relacionada com a importância do problema por grupos etários. A vulnerabilidade corresponde à possibilidade de prevenção do problema (Imperatori & Giraldes, 1993).

Além destes critérios, existem vários critérios passíveis de aplicar na determinação de prioridades. Como exemplos, temos a evolução do problema, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população, fatores económicos, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993). Seria incomportável a utilização de todos os critérios existentes, sendo importante a seleção de três ou quatro. Esta seleção deverá ser consensual entre os investigadores de determinada problemática, possibilitando assim uma base objetiva para a consecução desta etapa do planeamento (Tavares, 1990).

Na análise desta comunidade, o estudo foi direcionado no sentido de averiguar a qualidade do sono da população com 65 anos ou mais e alguns aspetos da rotina diária que poderiam influenciar a qualidade do sono.

Tendo ficado comprovada a fraca qualidade do sono deste grupo de indivíduos perceberam-se também alterações a nível do exercício físico (no que diz respeito à frequência), alterações alimentares (nomeadamente ao jantar) e estados de ansiedade, que segundo a literatura consultada podem influenciar a qualidade do sono. Por outro lado, a pessoa com fraca qualidade de sono está mais propensa a quedas, tendo em conta que os despertares noturnos e consequentes deambulações pela habitação sob baixa luminosidade podem potenciar este aspeto.

A par das relações verificadas, mas tendo sido este estudo direcionado à qualidade do sono no idoso, este encara-se como sendo o problema prioritário.

Avaliando-o através dos três critérios clássicos, verifica-se que a sua magnitude é elevada. Este facto justifica-se através da literatura consultada em que, segundo a Associação Portuguesa do Sono (2016), a fraca qualidade do sono afeta uma percentagem considerável da população portuguesa, sendo que 20% apresentam dificuldades em adormecer e 60% tem problemas de sono.

Por outro lado, o estudo feito nesta população alvo, da comunidade de Pegões confirmou que a maioria tem problemas com o sono.

O Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2006) refere, também, nas suas estratégias de intervenção, a promoção do envelhecimento ativo. Essa estratégia tem como recomendações para a ação, entre outras, a gestão adequada do ciclo sono-vigília.

Em termos de transcendência, avaliando o problema em termos de grupo etário, a literatura confirma que um sono adequado é importante em todo o ciclo vital (Idzikowski, 2000). Sendo esta uma comunidade maioritariamente envelhecida, torna-se importante intervir nesta faixa etária.

Relativamente à vulnerabilidade do problema, está provado que há forma de ter um sono adequado, alterando rotinas e comportamentos através da utilização de estratégias de higiene do sono (Paiva & Penzel, 2011).

A importância deste problema poderia também ser avaliada pelo critério económico, tendo em conta que uma má qualidade de sono potencia o agravamento de problemas de saúde como a Diabetes, HTA, Obesidade, alterações a nível psicológico, entre outros (Paiva & Penzel, 2011).

Neste sentido foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária – “Dormir Bem para Viver Bem” direcionado para a problemática da qualidade do sono no idoso. Este foi desenvolvido tendo como base o Planeamento em Saúde e enquadrado em todas as suas etapas.

2.2.3 Fixação de objetivos

O projeto de intervenção teve como finalidade promover a literacia em saúde da população alvo, dotando-a de conhecimento sobre a importância do ciclo sono-vigília no estado de saúde do indivíduo.

O objetivo é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 45).

A sua correta definição, permite orientar as estratégias dirigidas aos resultados esperados e avaliar os obtidos após o cumprimento do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para que a formulação dos objetivos possa ser clara é necessário que os problemas sejam descritos de forma sucinta, delimitando o problema que o projeto visa resolver. A definição rigorosa e exata dos objetivos, permite evitar problemas no momento da sua avaliação, assim como orientar os esforços necessários e meios disponibilizados para a sua consecução (Nogueira, 2005).

Os objetivos devem ser interdependentes e hierarquizados. A formulação dos objetivos gerais e dos objetivos específicos depende de uma boa hierarquização (Tavares,1990).

Segundo o mesmo autor, na formulação de um objetivo devem estar contidos cinco elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou fracasso, a população alvo, a zona de aplicação e o tempo em que deverá ser atingido.

O objetivo geral, refere-se à situação que se pretende atingir, sendo formulado de uma maneira genérica. O objetivo específico detalha ou particulariza os aspetos da situação (Tavares, 1990).

Assim, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

✓ **Objetivo geral**

Contribuir para a melhoria do ciclo sono-vigília dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos da comunidade de Pegões.

✓ **Objetivos específicos**

- Potenciar o conhecimento, no que diz respeito à importância para a saúde e bem estar, de um ciclo sono-vigília adequado, nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos da comunidade de Pegões.
- Potenciar o conhecimento sobre estratégias favoráveis à melhoria do ciclo sono-vigília, dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos da comunidade de Pegões.
- Desenvolver atividades de educação para a saúde, no âmbito do ciclo sono-vigília adequado, dirigidas aos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos da comunidade de Pegões.

2.2.4 Preparação operacional

A preparação operacional corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1993).

De forma a que o projeto de intervenção comunitária pudesse ser desenvolvido teriam de ser estabelecidas parcerias. O primeiro passo seria a divulgação dos resultados e apresentação do projeto aos parceiros (Direção da Academia Sénior de Pegões, responsáveis e profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Pegões), com o intuito de obter a sua colaboração.

Estratégias

Estratégia, define-se como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos propostos (Imperatori & Giraldes, 1993).

A estratégia selecionada para a intervenção comunitária fundamentou-se no referencial teórico de Orem - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, que baseia a sua teoria na promoção e manutenção da saúde, considerando os aspetos do cuidado de enfermagem e a responsabilidade da pessoa em relação ao processo do cuidar. A pessoa, como o agente de cuidados, possui potencial de aprendizagem para melhorar o seu estado de saúde, sendo a enfermagem o fator de equilíbrio nas necessidades de autocuidado ao mesmo tempo que as ajuda a desenvolver (Orem, 1993).

O projeto de intervenção foi direcionado no sentido da capacitação do idoso (agente de cuidados) para importância do ciclo sono-vigília e estratégias para a manutenção do mesmo através do sistema de enfermagem de apoio-educação. Segundo Orem (1993), este sistema consiste em ajudar o indivíduo a aprender a autocuidar-se. Para isso, é necessário dotar a pessoa de conhecimentos em determinada área, aqui dirigida para a problemática da qualidade do sono. Entramos assim, no campo da educação para a saúde. Alguns autores definem educação para a saúde como uma das atividades realizadas pelos profissionais com o objetivo de promover a saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). Os mesmos referem que a promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde, exigem que as pessoas recebam informação

clara e de fácil compreensão. A informação que os enfermeiros proporcionam capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde. A informação permite aos indivíduos tomar decisões, relacionadas com a saúde, de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações da sua saúde e estilos de vida.

Neste sentido selecionamos como estratégia fundamental a educação para a saúde como forma de atingir os objetivos fixados.

No âmbito da educação para a saúde, planeamos várias atividades:

- Sessões de educação para a saúde em grupo. Cada sessão com tema distinto - A importância do sono, alimentação saudável, exercício físico e relaxamento muscular, stress.
- Construção de brochuras (abordando o tema da qualidade do sono no idoso),
- Construção de um póster.

As sessões de educação para a saúde planearam-se de forma a serem desenvolvidas com o grupo de idosos da Academia Sénior de Pegões. De forma a que a informação não fosse apenas transmitida ao grupo de idosos referido anteriormente, o folheto e o póster foram pensados no sentido de se colocarem nas instalações da Unidade de Saúde de Pegões de forma a permitir que a restante população alvo tivesse acesso à informação relativa à problemática tratada.

Recursos

A determinação do tipo de recursos necessários, nomeadamente a pessoa, equipamentos e materiais necessários, são os meios utilizados na realização das atividades propostas. (Miguel, 2006)

Para a execução e desenvolvimento das estratégias foi necessária uma previsão dos recursos, que a seguir apresentamos no Quadro 1.

Quadro 1: Previsão de recursos

Recursos Humanos	Espaço para realização das sessões	Equipamentos	Recursos materiais
Profissionais de Enfermagem, colaboradores da Academia Sénior de Pegões	Sala polivalente da Academia Sénior de Pegões	Material para formação (PC/Data Show)	Material para execução de folheto e póster

2.2.5 Execução

Foi realizada uma reunião com os elementos da direção da Academia Sénior de Pegões com a finalidade de dar a conhecer os resultados do estudo realizado anteriormente e que permitiu o diagnóstico de situação. Foi apresentado o projeto de intervenção comunitária “Dormir Bem para Viver Bem” e proposta uma parceria com a Academia Sénior, no sentido de disponibilizar horário e espaço físico a fim de proceder à realização de atividades, com os indivíduos inscritos na academia.

Foram também dados a conhecer, aos elementos da UCSP Montijo Rural, os resultados de estudo e o projeto de intervenção comunitária. Foi pedida colaboração no sentido de afixar um póster na Unidade de Saúde, assim como a colocação de folhetos nas suas instalações de forma que os seus utentes pudessem ter acesso aos mesmos.

Atividades

Foi contruído um folheto intitulado “Dormir Bem para Viver Bem: A Qualidade do sono no idoso”. Aqui focou-se a importância do sono, os fatores que o influenciam e as estratégias para melhorar a sua qualidade (Apêndice 3). Uma brochura ou folheto constitui-se como um meio eficaz de apresentação de informação sobre diversos assuntos, sendo a saúde uma área onde se recorre muito a este formato de difusão da informação (Cerqueira, et al, 2014). A brochura em comunicação em saúde é destinada a divulgar informação sobre saúde e bem-estar, serviços, tratamentos, doenças a clientes de forma

individual, a grupos-alvo ou populações específicas. No âmbito da promoção da saúde, surge como uma estratégia de educação para a saúde promotora do empoderamento do cliente, estando direcionada para a ação. (Pennisi, et al, 2011)

Foi também criado um poster – “A Qualidade do sono no Idoso”, com teor informativo semelhante (Apêndice 4). Assim como uma brochura, este formato é também muito utilizado na área da saúde. Um póster constitui um meio eficaz de apresentação de informação científica, sendo uma alternativa às comunicações orais (Cerqueira, et al, 2014). Esta é mais uma forma de fazer chegar a informação à comunidade.

O folheto e o póster foram criados a par das sessões de educação para a saúde e foram colocados na Unidade de Saúde de Pegões, em local acessível aos utentes.

Realizaram-se quatro sessões de educação para a saúde, com os idosos inscritos na Academia Sénior de Pegões (Apêndices 5,6,7,8).

Uma das maneiras de promover o envelhecimento com maior qualidade de vida dá-se através de ações de educação para a saúde, sobretudo aquelas realizadas em grupos. (Mendonça, et al, 2017)

Tendo em conta que a qualidade do sono é influenciada pelas atividades que são desenvolvidas no quotidiano de cada um, optamos por realizar sessões de educação com temas distintos (Quadro 2). A primeira sessão enquadrava a problemática principal – a qualidade do sono e a sua importância. Nas seguintes sessões foram abordados os temas exercício físico e relaxamento muscular, alimentação saudável e stress. Assim, e pelo facto de durante o estudo e na análise de dados se verificar que a frequência do exercício físico era baixa, que o padrão alimentar poderia estar alterado e que a existência de estados de ansiedade apresentava alguma relevância nos indivíduos que constituíram a amostra, decidimos abordar estes temas separadamente e demonstrar a sua relação com a qualidade do sono.

Quadro 2: Sessões de educação para a saúde

Sessões	Tema	Conteúdos	Métodos utilizados	Duração	Data	Apresentação
Sessão 1	Dormir Bem para viver Bem	Importância do sono na saúde, higiene do sono e suas estratégias	Expositivo e interativo	60 min	06/11/2017	Mestranda
Sessão 2	Alimentação saudável	Dieta mediterrânica e sua importância, refeições nutricionalmente completas e saudáveis, alimentação e o sono	Expositivo, interativo e distribuição de material informativo	60 min	20/11/2017	Mestranda
Sessão 3	O exercício físico no idoso e relaxamento muscular progressivo	Aula de ginástica e aula de exercícios de relaxamento muscular progressivo	Interativo e distribuição de material informativo	60 min	27/11/2017	Mestrada e um colaborador da Academia Sénior de Pegões
Sessão 4	Stress	Definição de stress e Estratégias para lidar com o stress	Expositivo e interativo	60 min	08/01/2018	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (UCC Montijo/Alcochete)

No decorrer da implementação do projeto de intervenção, as atividades seguiram o plano previsto no cronograma de atividades (Apêndice 9).

Indicadores

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceptual fundamental que permite compreender a avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado.

O indicador de estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para o desenvolvimento da intervenção. O indicador de processo está relacionado com atividades realizadas pelos profissionais de saúde e utente/família/comunidade. Finalmente, o indicador de resultado é o produto final da intervenção realizada (Donabedian, 1980).

Para cada sessão de educação para a saúde definimos indicadores de estrutura e processo, que permitiram uma avaliação contínua ao longo da execução de projeto (Quadro 3).

Quadro 3: Metas e indicadores para avaliação das sessões de educação para a saúde

	Meta	Indicador	Data
Avaliação das sessões de educação para a saúde	70% dos inscritos na sessão devem estar presentes	Nº de indivíduos presentes na sessão/Nº de inscritos na sessão X 100	No dia da realização da sessão
	80% dos participantes nas sessões devem considerar os temas apresentados pertinentes	Nº de participantes que consideram o tema pertinente/Nº de participantes na sessão X 100	
	70% dos participantes consideram os recursos (humanos, materiais e logísticos) adequados	Nº de indivíduos que consideram os recursos adequados/Nº de Indivíduos presentes na sessão X 100	

Para avaliar o projeto de intervenção foram estabelecidos indicadores/metasp tendo em conta os objetivos estabelecidos inicialmente (Quadro 4).

Quadro 4: Metas e indicadores para avaliação do projeto de intervenção comunitária

	Meta	Indicador	Data
Avaliação do projeto	80% dos participantes devem reconhecer um ou mais benefícios, para a saúde, de um ciclo de sono-vigília adequado	Nº participantes que reconhecem um ou mais benefícios, para a saúde, de um ciclo de sono-vigília adequado/Nº de participantes na sessão X100	No final da sessão
	80% dos participantes devem reconhecer uma ou mais estratégias favoráveis à melhoria do ciclo sono-vigília	Nº participantes que reconhecem uma ou mais estratégias favoráveis à melhoria do ciclo de sono-vigília/Nº de participantes na sessãoX100	No final da sessão
	80 % das sessões de educação para a saúde planeadas devem ser realizadas	Nº sessões realizadas/Nº sessões planeadas x100	Janeiro 2018
	80% das atividades planeadas devem ser realizadas	Nº de atividades realizadas/Nº atividades planeadas	Janeiro 2018

2.2.5 Avaliação

Avaliar é sempre comparar alguma coisa com um padrão ou com um modelo previamente estabelecido, pretendendo-se com a avaliação corrigir ou melhorar. Desta forma deve entender-se como finalidade da avaliação, o melhorar e orientar para o futuro a partir das informações colhidas através da avaliação e não apenas o simples justificar das atividades já realizadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

As metas estabelecidas para as sessões de educação para a saúde consideram-se alcançadas.

As sessões foram avaliadas com recurso à aplicação de questionários.

Tabela 5: avaliação das sessões de educação para a saúde

Metas	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4
70% dos inscritos na sessão devem estar presentes	78,5%	89%	85%	68%
80% dos participantes nas sessões devem considerar os temas apresentados pertinentes	100%	100%	100%	100%
70% dos indivíduos consideram os recursos (humanos, materiais e logísticos) adequados	100%	100%	92%	100%

No que diz respeito ao projeto de intervenção comunitária, os resultados obtidos foram bastante satisfatórios, tendo em conta que foram atingidos os objetivos fixados inicialmente.

Após a análise dos dados verificamos que as metas propostas foram atingidas, demonstrando o sucesso das atividades desenvolvidas.

Tabela 6: avaliação da implementação do projeto

Metas	Resultados
80% dos participantes devem reconhecer um ou mais benefícios, para a saúde, de um ciclo de sono-vigília adequado	95%
80% dos participantes devem reconhecer uma ou mais estratégias favoráveis à melhoria do ciclo sono-vigília	93%
80 % das sessões de educação para a saúde planeadas devem ser realizadas	100%
80% das atividades planeadas devem ser realizadas	100%

3. REFLEXÃO CRÍTICA - O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi desenvolvido o estágio, dividido em dois momentos – Estágio I e Estágio final, com o objetivo de permitir ao aluno adquirir e consolidar os conhecimentos e competências de especialista e o aperfeiçoamento da capacidade de raciocínio e resolução de problemas (Guia Orientador do Estágio Final, Ano letivo 2017-2018).

Para Vasconcelos (1992, p. 28) “(...) os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessário”. Martin (1991) refere que o estágio permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, apreender na sua própria forma de aprendizagem ou a lançar o suporte necessário à construção dos seus conhecimentos profissionais.

A formação dos enfermeiros deve:

cada vez mais, caminhar no sentido de formar profissionais detentores de competências alicerçadas em sólidos conhecimentos capazes de inovar, de trabalhar em equipa, com sentido crítico e reflexivo, de forma a gerir a incerteza e a complexidade inerente à prestação de cuidados de enfermagem (...) é durante o desenvolvimento de competências em estágio, que os estudantes consolidam a sua identidade profissional” (Guia Orientador do Estágio Final, Ano letivo 2017-2018, p. 1-2).

Reflexão crítica sobre a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

No primeiro semestre, e como está contemplado no plano de estudos deste Mestrado, foram lecionados conteúdos que permitiram a aquisição de conhecimentos nomeadamente na área de Ética, Deontologia, Direito, Políticas de Saúde, Gestão em Saúde e Investigação. A mobilização, em contexto prático (Estágio), destes conhecimentos permitiu a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é possível assumir que estas foram adquiridas, atingindo deste modo os objetivos de aprendizagem preconizados para o Estágio.

Com base na metodologia do planeamento em saúde, elaborou-se um diagnóstico de situação da comunidade, estabeleceram-se prioridades em saúde, formularam-se objetivos e estratégias face a priorização das necessidades em saúde. Foi elaborado um projeto de intervenção comunitária, implementado e avaliados os resultados. Estes procedimentos enquadram-se na primeira competência específica estabelecida no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Através da implementação das atividades planeadas foi possível promover a capacitação em saúde do grupo e estendê-la à comunidade, respondendo assim à segunda competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido, enquadra-se nas estratégias definidas no PNSPI, que por sua vez conduz à consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, dando resposta à terceira competência específica.

No que diz respeito à quarta competência, está virada para a vigilância epidemiológica e não foi totalmente desenvolvida em contexto prático. É importante realçar que os momentos de aprendizagem (aulas teóricas) permitiram adquirir conhecimentos que possibilitem, no futuro e em contexto profissional, consolidar a aquisição desta competência específica.

O projeto de intervenção comunitária “Dormir Bem para Viver Bem” foi a atividade principal no decorrer deste estágio. No entanto, colaborei com a equipa da UCC Montijo/Alcochete na visita domiciliária aos utentes e cuidadores, da comunidade de Pegões, Santo Isidro de Pegões e Canha, integrados na ECCL do Montijo.

Neste contexto, o enfermeiro consegue ter perceção das vivências da pessoa doente e dos seus familiares/cuidadores. É possível verificar as condições ambientais e físicas em que estes se inserem, fatores socioeconómicos, espirituais, culturais, recursos disponíveis, condições de higiene, segurança e dinâmica familiar. Desta forma, a informação recolhida permite intervir de forma mais direcionada. Assim, esta intervenção - visita domiciliária foi realizada com os objetivos de fomentar estratégias para capacitar o cuidador/familiar, do doente dependente, tendo em consideração todos os problemas detetados, assim como dar resposta aos utentes dependentes na fase de doença aguda.

Como referido anteriormente, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. Assim, a colaboração nesta atividade foi também um contributo na aquisição das competências de enfermeiro especialista nesta área de especialização.

Todo o trabalho desenvolvido produziu um enriquecimento a nível pessoal e profissional. No que diz respeito ao campo pessoal é possível dizer que houve um aperfeiçoamento do autoconhecimento que conduziu a uma nova forma de estar perante o(s) outro(s) (indivíduo/grupo/comunidade). A expectativa foi superada tornando todo o trabalho desenvolvido agradável e mostrou que a escolha da área de especialização foi acertada. O processo formativo é inerente ao desenvolvimento profissional sendo que as oportunidades de aperfeiçoamento da ação comunitária estiveram presentes em todo o curso de mestrado (teórico e prático). O facto de estar perante os outros, adotando uma postura de disponibilidade, partilha e aprendizagem, permitiu o crescimento enquanto pessoa e enfermeira e exigiu a utilização de um conjunto de saberes, adquiridos ao longo de todo o percurso académico associados aos que posteriormente já tinham sido conseguidos a nível profissional. Esta foi uma experiência verdadeiramente enriquecedora.

Reflexão crítica sobre a aquisição de competências como Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

De modo a dar resposta às competências definidas, tanto de mestre como de enfermeiro especialista, foram definidos para este ciclo de estudos os seguintes objetivos (Planeamento geral: área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública, Ano letivo 2016/2017, p.3):

- Demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem;
- Iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Ter capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- Realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- Evidenciar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Todo o trabalho realizado permitiu simultaneamente adquirir e desenvolver competências no âmbito do ramo de especialidade e enquanto mestre em enfermagem.

O aporte teórico de base do mestrado foi enquadrado na prática, permitindo a tomada de decisão e gestão das situações que se apresentaram, respeitando sempre o campo ético e social.

No âmbito da execução das atividades previstas para a consecução do projeto de intervenção foi necessária a atualização e aquisição de novos conhecimentos. Para isso foram realizadas pesquisas nas bases de dados reconhecidas cientificamente, assim como o estudo e leitura de documentos com informação atual e de grau de evidência elevado, fornecidos pelas entidades de saúde nacionais (DGS).

A realização do estudo dos problemas de saúde numa comunidade e a criação e desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade permitiu demonstrar competências na área da conceção,

prestação, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem. No caso da gestão e supervisão verificou-se no momento em que foram estabelecidas parcerias e distribuídas as respetivas atividades, que no seu conjunto levariam a consecução do projeto de intervenção.

O estudo realizado contribuiu também para a disseminação da investigação promotora de uma enfermagem baseada na evidência científica, através da conceção de um artigo científico (Apêndice 10).

Para que as ações comunitárias sejam eficazes, não é de todo possível agir de forma completamente autónoma. Como referido anteriormente, a coesão social é fundamental na promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Assim, a relação de parceria estabelecida com outra entidade social, nomeadamente a Academia Sénior de Pegões (muito reconhecida naquela comunidade) permitiu que as ações realizadas chegassem facilmente à população alvo. Esta Academia Sénior integra um projeto social – “Projeto junto de si”, resultante de parcerias entre a Câmara Municipal do Montijo, a Associação para a Formação e Desenvolvimento do Montijo – Escola Profissional e a Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo do Montijo, tendo sido alvo de financiamento por parte do PRODER (Programa de Desenvolvimento Rural). Este projeto visa o desenvolvimento de atividades lúdicas e formativas dirigidas à população sénior das freguesias rurais do concelho, com o objetivo de quebrar o isolamento e incrementar o convívio intergeracional (Câmara Municipal do Montijo, 2017). Assim, foi demonstrada uma participação proativa em outros projetos já implementados.

Sendo cada vez mais importante a formação em contexto profissional, o enfermeiro formador tem grande responsabilidade no processo de formação e supervisão. Este profissional de enfermagem torna-se um vetor de aprendizagem assumindo maior responsabilidade pelos atos realizados. A partilha de experiências e a consequente reflexão permite crescer enquanto profissional e melhorar a prestação de cuidados. O espírito de reflexão, autoconhecimento, inovação e colaboração deve estar presente nas equipas para fomentar uma melhor prática profissional. Desta forma, e enquanto enfermeira responsável pela transmissão de conhecimentos, no que diz respeito à qualidade do sono no idoso, foi feita uma apresentação do estudo realizado, assim como a base teórica de sustentação da problemática, aos elementos da UCC Montijo/Alcochete. Foi assim demonstrada a importância da atuação da enfermagem nesta área. É importante acrescentar que é prática usual, ainda que implícita, uma pequena reflexão no final do período laboral, em conjunto com alguns elementos da equipa, para que haja aprendizagem e com isso uma melhoria do exercício de enfermagem.

Como já referido anteriormente, as competências enquanto enfermeiro especialista foram adquiridas e demonstradas. Todo o trabalho desenvolvido foi enquadrado no que está preconizado nos regulamentos das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Para responder aos objetivos deste mestrado, foi necessário desenvolver um trabalho contínuo por forma a adquirir os conhecimentos e competências estabelecidas.

CONCLUSÃO

De modo a dar cumprimento aos objetivos inicialmente definidos para este relatório de estágio - evidenciar capacidade de reflexão sobre as práticas; demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na evidência científica; demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas do planeamento em saúde; desenvolver uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária e de saúde pública e demonstrar capacidade de liderança, organizámos este relatório em 3 partes.

Na parte 1 realizámos o enquadramento teórico onde abordamos os seguintes temas: metodologia do planeamento em saúde, do enfermeiro especialista na promoção da saúde no idoso, do envelhecimento em Portugal e seus determinantes e do sono no idoso. Foi também abordada a Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem, de Dorothea Orem, que sustentou a intervenção comunitária.

Na parte 2 descrevemos o projeto de intervenção comunitária em todas as suas fases de desenvolvimento (diagnóstico de situação, definição das prioridades, fixação de objetivos, preparação operacional, execução e avaliação).

Na parte 3 realizámos uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas enquanto Mestre e Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo como base o estágio realizado, assim como todos os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado.

O projeto de intervenção comunitária “Dormir Bem para Viver Bem: A Qualidade do Sono no Idoso”, elaborado em contexto académico (estágio), abordou a temática da qualidade do sono no idoso, focando a importância de um padrão de sono adequado e a higiene do sono.

O sono é uma necessidade fisiológica fundamental. É única cuja privação não pode ser mantida mais do que cinco ou seis dias sem que alterações comportamentais e fisiológicas surjam, colocando em risco a própria vida. É caracterizado por uma estrutura própria, que executa um papel primordial sobre a recuperação da energia do organismo e a sua restauração, promovendo o desenvolvimento físico e mental. É um estado que, quando de qualidade, oferece ao indivíduo uma sensação de bem-estar,

descanso físico e mental, possibilitando-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte.

Dormir pouco aumenta o risco de obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo II, acidentes, cancro, depressão, insónia e morte precoce. Além destes riscos, há ainda os que atingem diretamente a função cognitiva como a diminuição da memória, a aprendizagem, a criatividade, resolução de problemas e alteração da estabilidade emocional.

À medida que a pessoa envelhece, o sono sofre modificações. Torna-se mais fragmentado, com interrupções do tempo de sono, o que provoca sonolência excessiva ao longo do dia, diminuição no estado de alerta e aumenta a necessidade de dormir durante o dia. A dificuldade em adormecer, os despertares noturnos frequentes e o despertar matinal cedo de mais, são as queixas mais frequentes da pessoa idosa no que diz respeito a esta problemática.

Assim é necessário tomar medidas preventivas de forma a atenuar este processo para que se tenha melhor qualidade do sono, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida. Há uma série de conselhos práticos, destinados a obter um sono reparador ao minimizar fatores que, por provocarem um efeito sobre o sono, possam ser controlados voluntariamente. As medidas de higiene do sono são um conjunto de regras que tem por objetivo eliminar maus hábitos na hora de dormir e estabelecer rotinas saudáveis.

Este projeto foi construído e desenvolvido com base na metodologia do Planeamento em Saúde, seguindo todas as suas etapas – diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, reparação operacional, execução e avaliação. A intervenção de âmbito comunitário foi realizada na população idosa da comunidade de Pegões.

Foram executadas várias atividades de enfermagem que se basearam no referencial teórico de Orem – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. A abordagem foi feita de acordo com o sistema de enfermagem apoio-educação. A capacitação do idoso para a importância do ciclo sono-vigília e estratégias para a manutenção do mesmo, foi feita através de atividades de educação para a saúde, nomeadamente sessões de educação para a saúde e materiais informativos para exposição na Unidade de Saúde desta comunidade.

Na avaliação do projeto de intervenção comunitária foram obtidos resultados bastante satisfatórios levando a concretização dos objetivos fixados inicialmente. Assim, foi possível contribuir para a melhoria do ciclo sono-vigília da população alvo. Esta contribuição manifestou-se através da realização de ações que visaram potenciar o conhecimento, no que diz respeito à importância para a saúde e bem-estar, de um sono de qualidade e das estratégias para a sua consecução.

O projeto de intervenção desenvolvido deu resposta aos seguintes objetivos de estágio:

- Conceber e planejar projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado,
- Coordenar, dinamizar e participar em projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos,
- Avaliar projetos de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

Este foi um contributo para uma das estratégias de atuação do PNSPI – envelhecimento ativo, que tem como intuito, entre outros, a capacitação do idoso no que diz respeito à gestão e manutenção do ciclo sono-vigília.

O Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública teve como objetivo a aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências de mestre e especialista através dos conteúdos lecionados no período teórico e da realização do estágio. Assim, e neste contexto, foram desenvolvidas novas competências, atitudes e saberes que permitiram atingir os objetivos traçados. O desenvolvimento do estágio conduziu a uma atitude crítico - reflexiva, enquanto pessoa e profissional, levando à reflexão sobre a ação, enquadrando-a nas competências que um mestre e um enfermeiro especialista devem possuir.

Ser competente é um processo complexo que se desenvolve ao longo do tempo, pelo que a consolidação das competências irá continuar em contexto profissional. Pretende-se no futuro continuar a ampliar e aplicar os conhecimentos adquiridos no campo profissional, contribuindo sempre para a melhoria dos cuidados e para uma prática de cuidados pela excelência que contribua para efetivos ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS

- Aboim, S. (2013). Ser velho: percepções e dimensões do envelhecimento. In Silva, P., Silva, F. (orgs). Ciências sociais: vocação e profissão. Homenagem a Manuel Villaverde Cabral (p. 589-613). Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais.
- Ancoli-Israel, S., Ayalon, L., & Salzman, C. (2008). Sleep in the Elderly: Normal Variations and Common Sleep Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, p. 279-284. DOI: 10.1080/10673220802432210.
- Associação Portuguesa de Sono (2016). Acesso em outubro de 2017. Disponível em: <http://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/aps-nas-noticias/43-dia-mundial-do-sono-pelo-menos-20-dos-portugueses-tem-dificuldade-em-adormecer>.
- Baéz, G., Gonzalez, T., & Horrisberger, H. (2005). Calidad del sueño en estudiantes de Medicina. *Revista de Posgrado de la VIA Cátedra de Medicina*, Nº 141, 14-17.
- Boscolo, R.; Sacco, I.; Antunes, H.; Mello, M.; Tufik, S. (2007). Avaliação do padrão do sono : exercício físico e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Revista Portuguesa de Ciência e Desporto*. Vol. 7 (1). p. 18-25. Acesso em janeiro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232007000100003
- Brandão, M., Matsudo, V. (1990). Stresse, emoção e exercício. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. Vol. 4. p. 95-99. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: https://scholar.google.pt/scholar?cluster=11763584875348075054&hl=pt-PT&as_sdt=0,5&as_vis=1
- Buss, P.; Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1). p. 77-93, 2007. Acesso em fevereiro de 2018. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/mestrado-profissional/busspm_2007.pdf

Buyse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28, p. 193-213. Acesso em: maio de 2017. Disponível em: <http://www.psychiatry.pitt.edu/node/8240>.

Caballo, V., Navarro, J., Sierra, J. (2002) Tratamento comportamental dos transtornos do sono. In: Carlson, N. R. *Fisiologia do comportamento*. 7ª Edição. São Paulo: Manole.

Câmara Municipal do Montijo. (2017). Distribuição da população, estrutura demográfica, setores de atividade. Acesso em: 4 de maio de 2017. Disponível em: <https://www.mun-montijo.pt/pages/913>.

Câmara Municipal do Montijo. (2017). Projeto Junto de si. Acesso em maio de 2017. Disponível em: <https://www.mun-montijo.pt/pages/662>.

Cerqueira, A.; Gomes, F.; Leal, P.; Nunes, L. (2014). *Didática em enfermagem*. Setúbal. Departamento de Enfermagem ESS/IPS.

Clemente, V. (s/d). Estudar à Noite e efeitos na saúde. Associação Portuguesa de Sono. Acesso em: maio de 2017. Disponível em: <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/89-estudar-a-noite-e-efeitos-na-saude>.

Cruz, A. (2005). *Cronotipo. Exercício físico e Imunidade*. Coimbra: Formasau.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* N.º 38, Série I (2008-02-22) 1182 – 1189.

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. *Diário da República* I Série-A, Nº 93 (21-4-1998) 1739-1757.

Despacho nº. 10143/2009. Aprovação do regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade. *Diário da República*, N.º 74, Série II— 16/04/2009) 15438-15440

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. - Lisboa: DGS. Acesso em: maio de 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring)*, vol. 1 . Ann Arbor: Health Administration Press.

Duarte, G. M. (2008). *A qualidade do sono, o aproveitamento escolar e o stress em adolescentes que permanecem em frente ao computador durante a noite. (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/311897/1/Duarte_GemaGalganideMequita_M.pdf

Duarte, J. (2008). *Privação do sono e rendimento escolar e equilíbrio psicoafetivo na adolescência (Tese de Doutoramento)*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: ICBAS. Porto. Acesso em maio de 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/19371>.

Filho, A. (2006). Compromisso com a ação. *Radis*, n. 47, p.12-14. Acesso em fevereiro de 2018. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_47.pdf

Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franchi, K., & Junior, R. (2005). Actividade física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Bras Saúde*, Vol. 18 (3). p. 52-156. Acesso em junho de 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/928/2103>.

Freitas, C., Silva, M., Vieira, N., Ximenes, L., Brito, M., Gubert, F. (2010). Evidências de acções de enfermagem em Promoção da Saúde para um envelhecimento ativo. *Revisão Integrativa. Revista Envelhecer*. Vol. 15 (2). p. 265-277. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/12836

Geib, L., Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. (2003). Sono e envelhecimento. Revista de Psiquiatria. Vol. 25(3). p. 453-465. Acesso em junho de 2017. Disponível em: [http://cac-
php.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI_23.pdf](http://cac.php.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI_23.pdf).

George, F. (2011). Determinantes em Saúde. Direção Geral de Saúde. Acesso em maio de 2017. Disponível em: [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-
sobre-determinantes-da-saude.aspx](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude.aspx).

Gomes, M.; Quinhones, M.; Engelhardt, E. (2010) Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. Rev Bras Neurol.;46(1). p.5-15. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>

Guia Orientador de Estágio Final – Ano letivo 2017-2018.

Guyton, M. (1997). Estados da Actividade cerebral-sono, ondas cerbrais, epilepsia e psicoses. Em M. Guyton, Tratado de Fisiologia Médica (675-684). Rio de Janeiro: Guanabara Koogam S.A.

Hua, T.; Ren-Jing, H.; Ching-Hsiang, L.; Shen-Wen, C.; Ai-Hui, C.; Teng-Yao, K.; Ching-Haur, C.; Tung-Sheng, S.; Shin-Da, L. (2014.) Evaluation of candidate measures for home-based screening of sleep disordered breathing in Taiwanese bus drivers. Sensors. Vol. 14 (5.) p. 8126–8149. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: www.mdpi.com/1424-8220/14/5/8126/pd

Idzikowski, C. (2016). Dormir profundamente: Guia especializado para dormir bem. Lisboa: Plátano Editora.

Idzkowski, C.(2000). Aprenda a dormir bem. Lisboa. Plátano Editora

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Intituto Nacional de Estatística (INE). (2002). “O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas”. Revista de Estudos Demográficos, 32, p. 185- 208. Acesso em maio de 2017. Disponível em:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

Intituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Censos 2011. Alojamentos familiares de residência habitual cujos residentes são apenas pessoas com 65 ou mais anos de idade segundo o número de residentes. Acesso em 5 de maio de 2017. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros.

Intituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Censos 2011. População residente em 2001 e 2011, segundo grupos etários e a sua evolução entre 2001 e 2011. Acesso em 5 de maio de 2017. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros.

Intituto Nacional de Estatística (INE). (2011). Censos 2011. População residente, população presente, famílias, núcleos familiares, alojamentos e edifícios. Acesso em 5 de maio de 2017. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros.

Intituto Nacional de Estatística (INE). (2015). O envelhecimento da população em Portugal e na União Europeia. Acesso em: 4 de maio de 2017. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Intituto Nacional de Estatística (INE). (2017). Projeções de População Residente. Acesso em maio de 2017. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

Khawaja. I., Hashmi. A., Aftab. M., Westermeyer. J., Hurwitz. T. (2014). The effect of low and moderate intensity aerobic exercises on sleep quality in elderly adult males. Pakistan Journal Of Medical Sciences. Vol. 30 (2). p. 417-421. Acesso em: janeiro de 2018. Disponível em: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3da9h%26AN%3d108758744%26lang%3dptbr%26site%3dedslive%26scope%3dsite>.

Lira, F., Pimentel, G., Santos, R., Oyama, L., Damaso, A., Nascimento, C., Viana, V., Boscolo, R., Grassmann, V., Snatana, M., Esteves, A., Tufik, S., Mello, M., (2011). Exercise training improves sleep pattern and metabolic profile in elderly people in a time-dependent manner. *Lipids In Health And Disease*. p. 101-106. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21733182&lang=pt-br&site=ehost-live>

Littlehales, N. (2016). *Sono*. Lisboa: Arena.

Luca, G., Rubio, J., Andries, D., Tobback, N., Vollenweider, P., Waeber, G., Vidal, P.; Preisig, M.; Heinzer, R.; Tafti, M. (2015). Age and gender variations of sleep in subjects without sleep disorders. *Annals of Medicine*, Vol. 47 (6). p. 482-491. DOI: 10.3109/07853890.2015.1074271

Manzano, M., Vilar, G., & Calado, L. (s/d). A higiene do sono. Acesso em: maio de 2017. Disponível em: http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Educacao_para_a_saude/Cartaz_Higiene_do_Sono.pdf.

Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris. LEP.

Mendonça, F.; Santos, A.; Buso, A.; Malaquias, B. (2017) Health education with older adults: action research with primary care professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 70 (4). p. 792-799. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0349>.

Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projetos: Melhores técnicas e práticas*. 2ª Edição, Lousã, FCA

Mugeiro, M. (2011). *Qualidade do sono nos idosos (Dissertação de Mestrado)*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1658>.

Nogueira, N. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e actores*. Tatuapé. Editora Érica.

Office of Disease prevention and health promotion. (2014) *Healthy People 2020*. USA. Acesso em: janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/sleep-health/objectives>.

Ohayon, M.; Carskadon. M.; Guilleminault. C.; Vittiello. M. (2004). Meta-analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individual: Developing Normative Sleep Value across the human life span. *Sleep*. 27(7). p. 1255-1273. Acesso em junho de 2017. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.859.7346&rep=rep1&type=pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acesso em junho de 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acesso em junho de 2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE. Acesso em fevereiro de 2018. Disponível em: file:///C:/Users/pc/Desktop/DOCUMENTOS%20INSTITUCIONAIS/REPE_29102015_VF_site.pdf

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem – Conceptos de Enfermeria en la Pratica*. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas.

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6ª ed. St. Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (1978). *Alma Ata: Cuidados primários de saúde*. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=A8B9A3472A79BA7D10FE51A79273B76D?sequence=5

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

- Organização Mundial de Saúde. (2013). Declaração de Helsínquia sobre Saúde em Todas as Políticas. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%AAncia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>
- Paiva, T. (2008). Bom Sono, Boa Vida. Alfragide: Oficina do Livro.
- Paiva, T.; Penzel, T. (2011). Centro de Medicina do Sono. Lisboa: Lidel.
- Pennisi, L.; Guanawan, Y.; Major A.; Winder, A. (2011). How to Create an Effective Brochure. Lincoln: University of Nebraska. Acesso em: outubro de 2017. Obtido de <http://extensionpublications.unl.edu/assets/pdf/g2028.pdf>.
- Planeamento geral: área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública. Ano letivo 2016/2017
- Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. Vol. 4 (3). p. 157-164. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>
- Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República N.º 79, Série II (2015-04-23). 10087 – 10090.
- Rente, P.; Pimentel, P. (2004). A patologia do sono. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2010) Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.
- Silva, C. (2000). Distúrbios do sono do trabalho por turnos: factores psicológicos e cronobiológicos. Centro de estudos em educação e psicologia da Universidade do Minho: Braga
- Silva, C., Lima, W. (2001). Exercício físico na melhora da qualidade de vida de um indivíduo com insónia. Movimento. Vol. 7 (14). p. 49 – 56. Acesso em janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2607/1240>

Silva, L. (2008). Prefácio. Em T. Paiva, Bom Sono, Boa Vida (9-12). Alfragide: Oficina do Livro.

Silva, M. (1993). Prefácio à 1ª edição. In E. Imperatori, E.; Giraldes, M. Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed. rev. e atual., 3-4). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Soares, A. (2010). O sono: Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas. Lisboa: Lidel.

Squire, A. (2002). Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos Básicos para a Prática. Loures: Lusociência.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população. Loures: Lusodidacta.

Stores, G. (2001). Normal sleep including developmental aspects. Em G. Stores, & L. Wiggs, Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: Significance and management (10-14). Cambridge: Cambridge University Press.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Thorpy, M., Ager, J. (2001). The Encyclopedia of sleep disorders. New York: Facts on File.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Vasconcelos, E. (1992). Receba bem o Estagiário. Formar. Nº7. p. 28-31.

Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., M., Palayew. (2007). Sleep and Aging: 1. Sleep disorders commonly found. Canadian Medical Association Journal. Vol. 176 (9). p.1299-1304. Acesso em: maio de 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852874/pdf/20070424s00020p1299.pdf>

World Health Organization (WHO). (2017). SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH UNIT: Department of Public Health, Environmental and Social Determinants of Health. Acesso em fevereiro de 2018. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/SDH-Brochure-May2017.pdf?ua

ANEXOS

Anexo 1: Scoring do Índice de qualidade de sono de Pittsburgh

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Form Administration Instructions, References, and Scoring

Form Administration Instructions

The range of values for questions 5 through 10 are all 0 to 3.

Questions 1 through 9 are not allowed to be missing except as noted below. If these questions are missing then any scores calculated using missing questions are also missing. Thus it is important to make sure that all questions 1 through 9 have been answered.

In the event that a range is given for an answer (for example, '30 to 60' is written as the answer to Q2, minutes to fall asleep), split the difference and enter 45.

Reference

Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28:193-213, 1989.

Scores – reportable in publications

On May 20, 2005, on the instruction of Dr. Daniel J. Buysse, the scoring of the PSQI was changed to set the score for Q5J to 0 if either the comment or the value was missing. This may reduce the DISTB score by 1 point and the PSQI Total Score by 1 point.

PSQIDURAT

DURATION OF SLEEP

IF Q4 \geq 7, THEN set value to 0

IF Q4 < 7 and \geq 6, THEN set value to 1

IF Q4 < 6 and \geq 5, THEN set value to 2

IF Q4 < 5, THEN set value to 3

Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQIDISTB

SLEEP DISTURBANCE

IF Q5b + Q5c + Q5d + Q5e + Q5f + Q5g + Q5h + Q5i + Q5j (IF Q5JCOM is null or Q5j is null, set the value of Q5j to 0) = 0, THEN set value to 0

IF $Q5b + Q5c + Q5d + Q5e + Q5f + Q5g + Q5h + Q5i + Q5j$ (IF Q5JCOM is null or Q5j is null, set the value of Q5j to 0) ≥ 1 and ≤ 9 , THEN set value to 1

IF $Q5b + Q5c + Q5d + Q5e + Q5f + Q5g + Q5h + Q5i + Q5j$ (IF Q5JCOM is null or Q5j is null, set the value of Q5j to 0) > 9 and ≤ 18 , THEN set value to 2

IF $Q5b + Q5c + Q5d + Q5e + Q5f + Q5g + Q5h + Q5i + Q5j$ (IF Q5JCOM is null or Q5j is null, set the value of Q5j to 0) > 18 , THEN set value to 3

Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQILATEN

SLEEP LATENCY

First, recode Q2 into Q2new thusly:

IF $Q2 \geq 0$ and ≤ 15 , THEN set value of Q2new to 0

IF $Q2 > 15$ and ≤ 30 , THEN set value of Q2new to 1

IF $Q2 > 30$ and ≤ 60 , THEN set value of Q2new to 2

IF $Q2 > 60$, THEN set value of Q2new to 3

Next

IF $Q5a + Q2new = 0$, THEN set value to 0

IF $Q5a + Q2new \geq 1$ and ≤ 2 , THEN set value to 1

IF $Q5a + Q2new \geq 3$ and ≤ 4 , THEN set value to 2

IF $Q5a + Q2new \geq 5$ and ≤ 6 , THEN set value to 3

Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQIDAYDYS

DAY DYSFUNCTION DUE TO SLEEPINESS

IF $Q8 + Q9 = 0$, THEN set value to 0

IF $Q8 + Q9 \geq 1$ and ≤ 2 , THEN set value to 1

IF $Q8 + Q9 \geq 3$ and ≤ 4 , THEN set value to 2

IF $Q8 + Q9 \geq 5$ and ≤ 6 , THEN set value to 3

Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQIHSE

SLEEP EFFICIENCY

Diffsec = Difference in seconds between day and time of day Q1 and day Q3

Diffhour = Absolute value of diffsec / 3600

newtib = IF diffhour > 24 , then newtib = diffhour - 24

IF diffhour ≤ 24 , THEN newtib = diffhour

(NOTE, THE ABOVE JUST CALCULATES THE HOURS BETWEEN GNT (Q1) AND GMT (Q3))

tmphse = $(Q4 / \text{newtib}) * 100$

IF tmphse ≥ 85 , THEN set value to 0

IF tmphse < 85 and ≥ 75 , THEN set value to 1

IF tmphse < 75 and ≥ 65 , THEN set value to 2

IF tmphse < 65 , THEN set value to 3

Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQISLPQUAL

OVERALL SLEEP QUALITY

Q6
Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQIMEDS

NEED MEDS TO SLEEP

Q7
Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 3 (worse)

PSQI

TOTAL

DURAT + DISTB + LATEN + DAYDYS + HSE + SLPQUAL + MEDS

Minimum Score = 0 (better); Maximum Score = 21 (worse)

Interpretation: TOTAL \leq 5 associated with good sleep quality

TOTAL $>$ 5 associated with poor sleep quality

Anexo 2: Autorização para a aplicação do PSQI

Pedido de autorização para utilização do IQSP (versão validada para a população portuguesa) Caixa de entrada x

Gisela Lopes <giselamclopes84@gmail.com>
para ramalho ▾

Eu, Gisela Lopes, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade de Évora, venho por este meio contactar o Professor Doutor Joaquim Ramalho, relativamente ao Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (IQSP).

No âmbito da realização do relatório final do mestrado, intitulado "A qualidade do sono no idoso", com o objectivo de avaliar a qualidade do sono no idoso e a sua relação com os estilos de vida, pretendo utilizar como instrumento de recolha de dados o índice de qualidade do sono de Pittsburgh.

No decurso da minha investigação verifiquei a existência de vários trabalhos que citam o Sr. Professor Joaquim Ramalho relativamente à validação do IQSP para a população portuguesa.

Desta forma, solicito autorização para a utilização do IQSP no estudo que estou a realizar.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

...

Gisela Lopes

Joaquim Ramalho
para mim ▾

Cara Gisela Lopes

Autorizo, nos moldes mencionados, a utilização do questionário.

Os meus cumprimentos e votos de bom trabalho.
Joaquim Ramalho

Sent from my smartphone BlackBerry 10.

Anexo 3: Parecer da Comissão de ética da ARSLVT



Exma. Senhora

Dr.ª Gisela Lopes

giselamclopess84@gmail.com

C/c:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		13981/CES/2017	19.12.2017

Assunto: Qualidade do sono no idoso.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 15.12.2017, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

P.^o O Conselho Directivo

Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Anexo 4: Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 7 8 7

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Qualidade do sono no idoso" da investigadora **Gisela Margarida Coelho Lopes** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ana Maria Barros Pires (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo 5: Autorização por parte da Academia Sénior de Pegões para a aplicação do instrumento de recolha de dados

Aplicação de questionários aos idosos para estudo da qualidade do sono

Caixa de entrada x



Gisela Lopes <giselamclopes84@gmail.com>

29/05 ☆



para academia.junto. ▾

Exma. Sr^a Coordenadora da Academia Sénior de Pegões

No âmbito do Mestrado em Enfermagem - ECSP da Universidade de Évora (Instituição de acolhimento do Mestrado em Associação 2016-2018), encontro-me a desenvolver um projecto de intervenção comunitária com o tema: A qualidade do sono nos idosos.

Para fazer o diagnóstico de situação, será necessário aplicar questionários aos idosos pertencentes à comunidade de Pegões.

Venho por este meio requerer autorização para proceder à aplicação de questionários, ao idosos (que desejem participar) inscritos nos ateliers da academia sénior. Este requerimento estende-se também à realização de acções de prevenção e promoção da saúde relacionadas com o tema em estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Gisela Lopes

De: Isabel Moises

Enviada: 30 de maio de 2017 09:34

Para: Maria Clara Oliveira Silva <_ ' ַ' ַ'@mun-montijo.pt>

Assunto: FW: Aplicação de questionários aos idosos para estudo da qualidade do sono

Bom dia vereadora,

Solicito autorização para aplicação dos questionários.

Obrigada,

imoises

De: Maria Clara Oliveira Silva

Enviado: terça-feira, 30 de Maio de 2017 9:53

Para: Isabel Moises

Assunto: RE: Aplicação de questionários aos idosos para estudo da qualidade do sono

Autorizado

MCSilva

APÊNDICES

Apêndice 1: Instrumento de Recolha de Dados

Questionário

A qualidade do sono é um importante indicador de saúde. Este tema tem adquirido um grande interesse por parte dos profissionais de saúde, já que se relaciona diretamente com a saúde e consequentemente com a qualidade de vida.

A qualidade do sono pode ser influenciada por vários fatores como o uso de medicamentos, ingestão de bebidas alcoólicas, alterações psicológicas, sociais, ambientais, a alimentação e a prática da atividade física.

O sono tem funções restauradoras, necessárias para a manutenção do bem-estar e saúde. Por esta razão, os profissionais de saúde consideram necessária a intervenção neste campo.

No âmbito de uma investigação sobre a qualidade do sono nos idosos, desenvolvida no contexto do Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, venho por este meio pedir a sua colaboração. Peço que preencha o questionário que lhe é fornecido.

Este questionário está dividido em três partes. A primeira parte diz respeito ao levantamento de dados sociodemográficos, a segunda parte aos estilos de vida e a última parte à qualidade do sono.

O preenchimento deste questionário demora cerca de 10 minutos, é **anónimo** e **confidencial**, sendo os resultados utilizados apenas neste estudo.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Gisela Lopes

Parte I

Dados sociodemográficos

1. Idade: _____ Localidade onde reside: _____

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Estado civil:

Casado/a

Soletiro/a

Viuvo/a

Divorciado/a

Outro, qual? _____

4. Situação profissional atual:

Reformado

Ativo

5. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e escrever

1º ciclo (escola primária)

2º ciclo (5º e 6º ano)

3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)

Secundário (10º, 11º e 12º ano)

Ensino superior

6. Vive com:

Sozinho/a

Cônjuge (marido/ esposa)

Filhos

Irmãos

Netos

Outros Especifique: _____

Parte II

Estilos de vida

1. Ocupação dos tempos livres

Leitura

Jogos

Trabalhos manuais

Televisão

Rádio

Outros Especifique: _____

2. Pratica alguma atividade física?

Sim

Não  Passe à questão nº 3

2.1 Se respondeu sim, diga qual:

Ginástica

Caminhar

Outra: Especifique: _____

2.2 Quanto tempo, por dia, ocupa na realização da atividade física?

Meia hora

Uma hora

Mais de uma hora

2.3 Quantas vezes por semana pratica atividade física? _____

3. Costuma apanhar sol?

Sim

Não

4. O que costuma comer ao jantar?

Sopa

Sopa + fruta

Sopa + segundo prato

Sopa + segundo prato + fruta

Outra: Especifique: _____

5. Consome bebidas alcoólicas à noite?

Sim

Não

6. Costuma tomar banho à noite?

Sim

Não

7. É fumador/a?

Sim

Não —> Passe à questão nº 8

7.1 Se respondeu que sim, fuma à noite?

Sim

Não

8. Costuma beber café à noite?

Sim

Não → Passe à questão nº 9

8.1 Se respondeu que sim, especifique o tipo:

Café (com cafeína)

Café de cevada

Outro: Especifique: _____

9. Costuma ver televisão antes de deitar?

Sim

Não → Passe à questão nº 10

9.1 Se respondeu sim, costuma ver televisão onde?

Quarto

Sala

Cozinha

10. Costuma ler antes de adormecer?

Sim

Não

11. Dorme:

Sozinho/a

Acompanhado/a

12. Passou ou está a passar por alguma situação que lhe cause ansiedade?

Sim

Não

13. Costuma dormir?

Sim

Não

13.1 Se respondeu sim, costuma dormir intencionalmente, ou seja, por querer?

Sim

Não

Parte III

Qualidade do Sono (Índice de qualidade do sono de Pittsburgh)

Instruções:

- 1 - As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês.
- 2 – As suas respostas devem refletir fielmente, o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês.
- 3 – Por favor, responda a todas as questões.

1. A que horas se deitou, à noite na maioria das vezes?

Horário de Deitar _____

2. Quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?

Quantos minutos demorou para adormecer _____

3. A que horas acordou de manhã, na maioria das vezes?

Horário de acordar _____

4. Quantas horas de sono dormiu por noite? (Pode ser diferente do número de horas que ficou na cama)

Horas de sono por noite _____

Para cada umas das questões seguintes escolha **uma única resposta**, que ache mais correta.

5. Quantas vezes teve problemas para dormir, devido a ...?

a) Não conseguir adormecer nos 30 minutos após se deitar

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

b) acordar no meio da noite ou de madrugada

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

c) levantar-se para ir á casa de banho

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

d) ter dificuldades para respirar

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

e) tossir ou ressonar muito alto

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

f) ter a sensação de frio

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

g) ter a sensação de calor

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

h) ter pesadelos

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

i) ter dores

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana s vezes por semana ou mais

j) Outra(s) razão(ões), (por favor descreva):

Quantas vezes, teve problemas para dormir por esta razão?

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana vezes por semana ou mais

6. Como classificaria globalmente a qualidade do seu sono?

Muito boa Muito má
Boa Má

7. Tomou algum medicamento (prescrito pelo seu médico, ou mesmo por sua conta) para conseguir adormecer?

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana
Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

Nome do medicamento _____

8. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas em se manter acordado enquanto conduzia, enquanto fazia as refeições ou enquanto participava em qualquer atividade social?

Nenhuma das vezes Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana Três vezes por semana ou mais

9. Durante o último mês, sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as atividades diárias?

Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

Indisposição e falta de entusiasmo pequenas

Indisposição e falta de entusiasmo moderadas

Muita indisposição e falta de entusiasmo

Obrigada pela colaboração

Apêndice 2: Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

O projeto de intervenção “Dormir Bem para Viver Bem: A Qualidade do Sono no Idoso” está a ser desenvolvido, no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade de Évora (edição 2016/2018), pela mestrandia Gisela Margarida Coelho Lopes (Enfermeira). Esta encontra-se sob orientação da Sra. Enfermeira Especialista Maria do Céu Clades da UCC Montijo/Alcochete e da Sra. Prof. Doutora Ana Pires da Escola Superior de Saúde de Beja (Escola associada ao Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora).

Na fase inicial deste projeto pretende-se estudar a qualidade do sono dos indivíduos com 65 anos ou mais da comunidade de Pegões.

Para a realização deste estudo será necessária a aplicação de um questionário aos indivíduos inscritos nos ateliers da Academia Sénior de Pegões, sendo que a investigadora estará presente na altura da aplicação dos mesmos.

Este encontra-se dividido em três partes. A primeira parte diz respeito ao levantamento de dados sociodemográficos, a segunda parte aos estilos de vida e a última parte à qualidade do sono. Estima-se que para o preenchimento deste sejam necessários aproximadamente 10 minutos.

A informação recolhida é confidencial. Esta será tratada e conservada de forma anónima. Os resultados apenas serão divulgados em contexto académico e científico, sem nunca revelar/divulgar a sua identidade.

A sua participação é completamente voluntária e a decisão de não participar não lhe trará qualquer prejuízo ou perda de benefícios, podendo desistir em qualquer momento.

Este documento ficará na sua posse até a data de aplicação do questionário, o que lhe permitirá ponderar a sua participação no estudo, assim como pedir aconselhamento a pessoas da sua confiança.

Agradeço desde já a sua participação

Gisela Lopes
Contato telefónico: 933369102
Email: giselaclopes84@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que:

1. Recebi o duplicado deste documento;
2. Li e compreendi a informação que consta neste documento e que fui devidamente informado/a e esclarecido/a acerca dos objetivos e das condições de participação neste projeto;
3. Tive oportunidade de realizar perguntas e de ser esclarecido/a acerca de outros aspetos;

E que, como tal, aceito participar voluntariamente neste projeto.

Data: ____/____/____

O/a participante: _____

A investigadora: _____

Gostaria de ter acesso/conhecimento dos resultados deste projeto? Sim ___ Não___

Apêndice 3: Folheto – Dormir Bem para Viver Bem: A Qualidade do Sono no Idoso (Tamanho A5 – Frente e Verso)

Verso

IMPORTÂNCIA DO SONO

Das necessidades básicas do ser humano, o sono é a única cuja privação não pode ser mantida mais do que cinco ou seis dias. Poucas horas de sono aumentam o risco de obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo II, acidentes, cancro, depressão, insónia e morte precoce.

O padrão de sono muda naturalmente com o envelhecimento, mas as queixas do sono no idoso não devem ser consideradas normais.

É importante atuar sobre os fatores que influenciam o sono, adquirindo-se hábitos e rotinas potenciadoras de um sono de qualidade.

O QUE INFLUENCIA O SONO

Ambiente

Emoções

Alimentação

Hábitos ou vícios

Medicação

Problemas de saúde



DICAS PARA DORMIR MELHOR

- Evitar o stress;
- Expor-se à luz solar durante o dia e sair por períodos de meia hora;
- Realizar exercício físico, adequado às condições de saúde de cada um, evitando a sua prática próximo da hora de deitar;
- Evitar ingerir bebidas estimulantes (álcool e cafeína) após as 18 horas;
- Fazer uma refeição ligeira ao jantar e aguardar entre duas a três horas antes de deitar;
- Depois do jantar procurar atividades relaxantes;
- Estabelecer um horário regular para deitar e acordar;
- Usar a cama somente para dormir (quando sentir sono);
- Deitar apenas na hora de dormir;
- Manter temperatura confortável, nível de ruído baixo e luminosidade do quarto adequada para facilitar o sono ;
- Aquecer os pés e as mãos

Apêndice 5: Sessão de Educação para a Saúde – Dormir Bem para Viver Bem

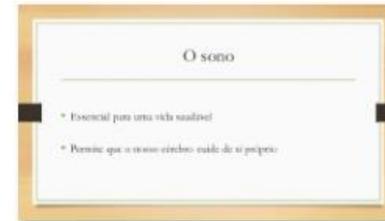
Apresentação



Diapositivo1.JPG



Diapositivo2.JPG



Diapositivo3.JPG



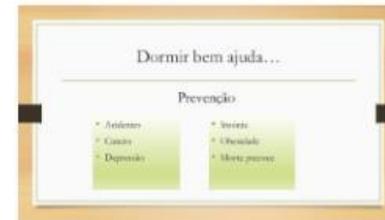
Diapositivo4.JPG



Diapositivo5.JPG



Diapositivo6.JPG



Diapositivo7.JPG



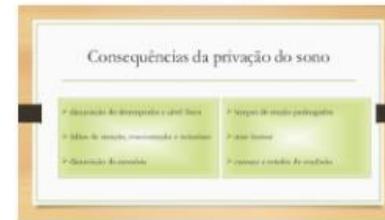
Diapositivo8.JPG



Diapositivo9.JPG



Diapositivo10.JPG

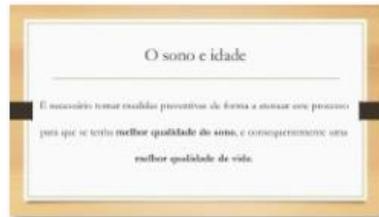


Diapositivo11.JPG



Diapositivo12.JPG

Apresentação (cont.)



Diapositivo13.JPG



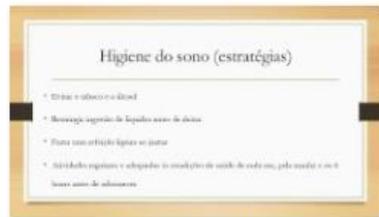
Diapositivo14.JPG



Diapositivo15.JPG



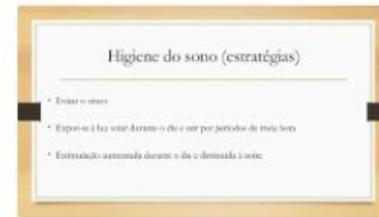
Diapositivo16.JPG



Diapositivo17.JPG



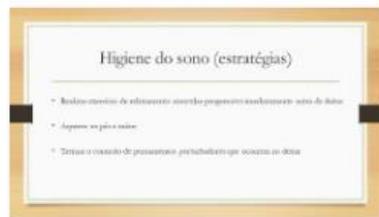
Diapositivo18.JPG



Diapositivo19.JPG



Diapositivo20.JPG



Diapositivo21.JPG



Diapositivo22.JPG



Diapositivo23.JPG



Diapositivo24.JPG

Apresentação (cont.)



Diapositivo25.JPG



Diapositivo26.JPG



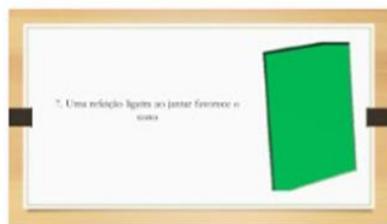
Diapositivo27.JPG



Diapositivo28.JPG



Diapositivo29.JPG



Diapositivo30.JPG



Diapositivo31.JPG



Diapositivo32.JPG



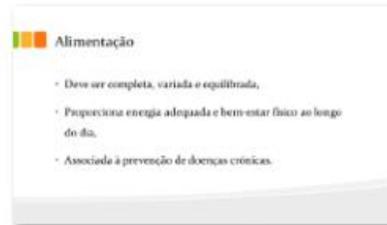
Diapositivo33.JPG

Apêndice 6: Sessão de educação para a saúde – Alimentação saudável

Apresentação



Diapositivo1.JPG



Diapositivo2.JPG



Diapositivo3.JPG



Diapositivo4.JPG



Diapositivo5.JPG



Diapositivo6.JPG



Diapositivo7.JPG



Diapositivo8.JPG



Diapositivo9.JPG



Diapositivo10.JPG



Diapositivo11.JPG



Diapositivo12.JPG

Apresentação (cont.)



Diapositivo13.JPG



Diapositivo14.JPG



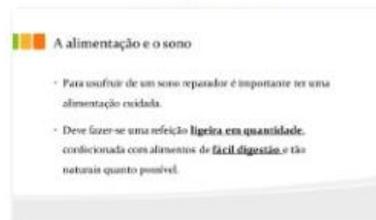
Diapositivo15.JPG



Diapositivo16.JPG



Diapositivo17.JPG



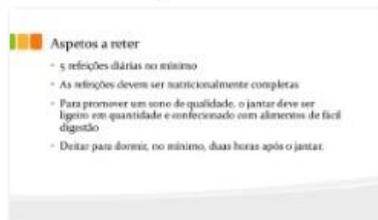
Diapositivo18.JPG



Diapositivo19.JPG



Diapositivo20.JPG



Diapositivo21.JPG



Diapositivo22.JPG



Diapositivo23.JPG

Material Informativo

Sugestões para o pequeno-almoço



250 ml de leite Meio Gordo + 1 pão com compota + 1 peça de fruta

1 iogurte + 40 g de cereais de pequeno-almoço pouco açucarados + 1 peça de fruta

1 pão com queijo + 1 sumo de fruta natural (120 ml)

1 iogurte com fruta fresca + 4 tostas

250 ml de leite batido com fruta (1 peça de fruta) + 6 bolachas Maria/Torrada

Sugestões para os lanches

Meio da manhã

1 iogurte
OU,
1 pacote de leite
OU,
1 peça de fruta e
4 bolachas de água e sal redondas
OU,
1 pão com queijo

Meio da tarde

1 copo de leite MG com 6 bolachas Maria
OU,
1 copo de leite com 1 pão com fiambre
OU,
1 pão com queijo e uma peça de fruta
OU,
1 iogurte com 6 colheres de sopa de cereais
pouco açucarados





Esparguete com Frango do Campo em Molho de Tomate

Ingredientes

- 300g brócolos
- q.b. água
- 1 (6g) colher de sobremesa de sal
- 200g esparguete
- 1 (150g) cebola
- 4 dentes de alho
- 1 (30g) talo de aipo
- 3 colheres de sopa de azeite
- 1 folha de louro
- 5 (600g) tomates
- 1 dl vinho branco
- q.b. pimenta de moinho
- q.b. manjeriço fresco
- 350g frango cozido e desfiado
- 50g azeitonas pretas



Separe os brócolos em raminhos, lave e escorra.

Encha 1 tacho com água e leve ao lume. Quando a água ferver, tempere com sal e introduza os raminhos de brócolos. Deixe cozer destapados até estarem macios. Retire os brócolos com uma escumadeira e introduza na mesma água o esparguete. Deixe cozer até estar al-dente.

Descasque a cebola e pique-a finamente. Esborrache os dentes de alho e pique-os. Lave o talo de aipo, tire-lhe os fios e corte em fatias finas. Deite o azeite num tacho, leve ao lume e adicione os dentes de alho, depois a cebola picada, o aipo e a folha de louro. Deixe cozinhar sobre lume moderado, mexendo de vez em quando. Limpe o tomate de pele e sementes, pique-o em pedaços e junte ao cozinhado. Deixe o tomate cozinhar até estar macio e regue com o vinho branco. Tempere com sal e pimenta e deixe ferver um pouco até apurar. Adicione 4 a 5 folhas de manjeriço fresco, retire do lume e triture com a varinha mágica. Adicione o frango desfiado e leve de novo ao lume até levantar fervura.

Escora o esparguete e sirva-o com o frango em molho de tomate, enfeitado com as azeitonas pretas e folhas frescas de manjeriço. Acompanhe com os brócolos cozidos.

Dicas: Em vez de fazer o molho de tomate, use um frasco de molho de tomate com manjeriço.

Tempo:

25 minutos

Número de pessoas:

4 pessoas

Dificuldade





Caçarola de Legumes com Ovos Escalfados

Ingredientes

- 200g feijão-frade
- q.b. água
- 1 colher de chá de sal
- 1 couve Portuguesa
- 1 (150g) cebola
- 3 dentes de alho
- 2 talos de aipo
- 4 (600g) cenouras
- 3 colheres de sopa de azeite
- 1 dl vinho branco
- 4 ovos M
- q.b. pimenta
- q.b. salsa fresca



Demolhe o feijão-frade de véspera e coza-o em água e sal durante 1 hora e meia numa panela.

Separe as folhas da couve e lave-as, eliminando os talos.

Coza as folhas em água a ferver com sal durante 10 minutos. Escorra e reserve.

Descasque a cebola e os dentes de alho e pique-os finamente.

Lave os talos de aipo e corte-os em rodelas finas. Pele as cenouras, corte-as em meias rodelas.

Aqueça o azeite, junte os alhos, as cebolas e o aipo e quando começarem a alourar adicione a cenoura. Salpique com 1 colher de chá de sal, tape e deixe suar sobre lume brando até a cenoura começar a ficar tenra.

Pique grosseiramente as folhas e talos da couve e junte aos restantes legumes. Deixe estufar um pouco e regue com o vinho branco. Quando retomar fervura, junte o feijão-frade cozido e um pouco do caldo da cozedura. Deixe ferver suavemente durante mais 10 a 15 minutos.

Coloque um tacho ao lume com água. Forre uma taça de vidro com um quadrado de película aderente e abra um ovo para dentro da taça, tempere com uma pitada de sal e de pimenta, junte as pontas da película aderente e torça de modo a não apertar demasiado e rebentar o ovo. Ponha embrulho na água a ferver. Repita as operações com os restantes 3 ovos e coza-os durante 4 minutos.

Retire os ovos, corte cuidadosamente a película aderente e coloque-os sobre os legumes estufados. Salpique com salsa picada.

Dica: Use feijão-frade já cozido, ou cozer na panela de pressão, reduzindo o tempo de cozedura para 45 minutos.

Tempo:

140 minutos

Número de pessoas:

4 pessoas

Dificuldade



Açorda de Bacalhau



Ingredientes

- 300g bacalhau seco
- 4 ovos
- 400g pão alentejano (de véspera)
- 4 colheres de sopa de azeite
- 2 dentes de alho
- 1 raminho de coentros frescos
- 1 colher de café de sal
- 200g rábano

Coza o bacalhau previamente demolido (durante 36 horas). Retire o bacalhau e aproveite a água da cozedura (sem deixar ferver) para escalfar os ovos. Retire os ovos e reserve o caldo.

Prepare um piso, esmagando num almofariz o azeite, os alhos descascados, os coentros lavados e escolhidos e o sal. Leve o caldo da cozedura do bacalhau ao lume e junte-lhe o piso assim que levantar fervura.

Entretanto corte o pão em fatias ou pedaços e distribua-o pelos pratos.

Na altura de servir, deite o caldo sobre o pão, os ovos e o bacalhau já cortado em pedaços ou em lascas e acompanhe com rodela de rábano.

Sugestão Alternativa: Se preferir, pode acompanhar com rabanetes em vez de rábano, ou mistura de ambos.

Dica: Abra os ovos para uma concha (de sopa) antes de os colocar na água, com umas gotas de vinagre, para que não se desmanchem.

Sal: Molhe um pedaço de pão na água da cozedura do bacalhau e prove. Se estiver bem temperada rejeite não coloque sal no piso.

Tempo:

40 minutos

Número de pessoas:

4 pessoas

Dificuldade



Tintureira em Caldeirada de Azeitonas Pretas



Ingredientes

- 2 cebolas
- 5 dentes de alho
- 3 colheres de sopa de azeite
- 1 folha de louro
- 600g tomate de rama
- 1 ramo de salsa
- 1 colher de sobremesa de sal
- 600g batatas
- 1 pimento verde
- 4 (500g) tintureira em postas
- 50g azeitonas pretas em rodelas
- q.b. pimenta

Descasque as cebolas e os dentes de alho e corte-os em rodelas. Leve ao lume um tacho com o azeite e os dentes de alho, deixe aquecer bem e junte as rodelas de cebola e a folha de louro. Entretanto pele os tomates e corte em cubinhos. Quando a cebola estiver mole junte o tomate e o ramo de salsa atado. Tempere com sal, tape e deixe cozinhar suavemente durante cerca de 10 minutos.

Entretanto, descasque as batatas e corte-as em cubos ou em rodelas. Coloque as batatas no tacho, volte a tapar e deixe ferver mais 15 minutos.

Ao fim deste tempo junte ao cozinhado as postas de tintureira e o pimento, previamente lavado, limpo de sementes e cortado em tiras. Salpique com as azeitonas em rodelas e uma pitada de pimenta e deixe cozinhar tapado durante mais 10 minutos.

Na altura de servir retire o ramo de salsa e a folha de louro e salpique com folhinhas frescas de salsa.

Dica: pode substituir o tomate fresco, por lata de tomate pelado em pedaços (390 g), tendo em atenção a redução de sal na hora de temperar.

Tempo:

55 minutos

Número de pessoas:

4 pessoas

Dificuldade





Tarte de Abóbora com Requeijão e Espinafres



Ingredientes

- 1 (1kg) abóbora butternut
- 200g requeijão
- 30g farinha
- 1 colher de chá de sal
- q.b. pimenta
- q.b. noz moscada
- 3 ovos M
- 30g miolo de noz
- 1 (170g) embalagem de folhas de espinafres
- 1 (230g) placa de massa quebrada

Ligue o forno e ligue-o na função estática para os 180 ° C.

Corte a abóbora ao meio coloque num tabuleiro com a parte cortada virada para cima e deixe cozinhar durante cerca de 30 minutos.

Deite o requeijão numa tigela, junte-lhe a farinha, o sal e uma pitada de pimenta moída e de noz-moscada. Desfaça o requeijão com um garfo ao mesmo tempo que o mistura com os restantes ingredientes. Adicione os ovos e misture muito bem.

Pique grosseiramente o miolo de noz.

Retire a abóbora do forno, elimine as pevides e a casca e esmague a polpa com um garfo. Junte a polpa da abóbora à mistura de requeijão, adicione as folhas de espinafres e as nozes picadas e misture bem.

Forre uma forma de tarte com cerca de 24 cm de diâmetro e bordos altos, com a placa de massa para tarte. Pique o fundo com um garfo e recheie com a mistura de requeijão e abóbora.

Leve ao forno e deixe cozinhar durante cerca de 40 minutos.

Tempo:

 90 minutos

Número de pessoas:

 4 pessoas

Dificuldade



Sugestões

MENU

Segunda

- Sopa de grão com espinafres
- Perca à posta no forno com puré de batata-doce, acompanhado com couve lombarda salteada
- Pão de mistura
- Uma peça de fruta da época

Quarta

- Sopa de feijão-verde e hortelã
- Bacalhau à Gomes de Sá, acompanhado de salada de alface, couve roxa e tomate
- Pão de mistura
- Uma peça de fruta da época

Sexta

- Sopa Juliana
- Frango assado com legumes salteados (beringela, cenoura e courgete), com massa espiral tricolor, acompanhado de salada de pepino, rúcula e tomate
- Pão de mistura
- Uma peça de fruta da época

Terça

- Creme de couve-flor, abóbora e cenoura
- Lombo de porco assado no forno com arroz de ervilhas, acompanhado de salada de alface, tomate e milho
- Pão de mistura
- Uma peça de fruta da época

Quinta

- Creme de courgete e alho francês
- Massada de peixe, acompanhada de salada de alface, beterraba e cenoura
- Pão de mistura
- Uma peça de fruta da época

FRUTA DA ÉPOCA:
PÊSSEGO, PERA, UVA,
LARANJA, MAÇÃ, BANANA,
TANGERINA, ROMÃ,
DIOSPIRO, CASTANHA.

**A FRUTA PODE SER
SUBSTITUÍDA POR UMA
SOBREMESA DOCE,
UMA VEZ POR SEMANA**

MEIA BOLA DE
MISTURA POR
REFEIÇÃO

EMENTA FORNECIDA POR NUTRICIONISTA DO
ACESAC

Este questionário é anónimo e confidencial servindo apenas para avaliação da sessão realizada.

1. A dieta mediterrânica é uma das dietas mais saudáveis do mundo?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

2. Dos exemplos a seguir, **quais** os que representam uma refeição nutricionalmente completa?

Sopa + 2º prato + fruta + pão + água

Sopa completa (com carne ou peixe) + fruta + pão + água

Sopa + fruta + pão

Sopa + pão

2º prato + pão

<input type="checkbox"/>

3. Quantas refeições devemos fazer por dia, no mínimo?

Duas	<input type="checkbox"/>
Três	<input type="checkbox"/>
Quatro	<input type="checkbox"/>
Cinco	<input type="checkbox"/>

4. Uma alimentação cuidada contribui para um sono de qualidade?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

5. As refeições devem ser confeccionadas com alimentos de fácil digestão e tão naturais quanto possível (principalmente ao jantar)?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

6. Considera o tema “Alimentação saudável” importante?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

7. Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como lhe foram apresentados os temas?



Não estou satisfeito



Pouco satisfeito



Satisfeito



Muito satisfeito

Obrigada pela colaboração!

Apêndice 7: Sessão de Educação para a Saúde – Exercício físico e Relaxamento muscular progressivo

Material Informativo



Proposta
de
exercícios

A atividade física, a saúde e a qualidade de vida estão intimamente interligadas.

Não existe qualquer dúvida quanto ao facto de o sedentarismo ser um fator de risco para o desenvolvimento de muitas doenças crónicas.

A atividade física reduz as taxas de mortalidade por doença cardíaca, a hipertensão arterial, AVC, diabetes tipo II, cancro da mama e colorretal, depressão e quedas. Há, ainda, evidência forte para um efeito na aptidão cardiorrespiratória e muscular, no peso e composição corporal, na saúde óssea, na funcionalidade e autonomia física, e na função cognitiva. Além disso, uma vida ativa proporciona muitos outros benefícios sociais e psicológicos.

O movimento é essencial para que o idoso mantenha o equilíbrio fisiológico e psicológico que lhe permita gozar uma velhice plena e manter-se autónomo e ativo. Se possível, a pessoa idosa deve participar em, pelo menos, 30 minutos de atividade de intensidade moderada (por exemplo a caminhada), pelo menos 5 dias por semana.

Proposta de sessão de exercício físico

Deve ser realizado no início de cada sessão de exercício físico, a mobilização articular (designada frequentemente de aquecimento), de modo a prevenir o aparecimento de lesões articulares e musculares.

Pode seguir o seguinte exemplo:

- Deslocar de um extremo da sala para o outro, respirando calmamente e controlando a respiração: (inspirar calmamente, depois expirar – criando uma sequência (Repetir 5 vezes).
- Deslocar de um extremo da sala para o outro, associando movimento de braços. Quando inspira faz elevação, quando expira baixa. (Repetir 5 vezes)

Proposta de exercícios após o aquecimento

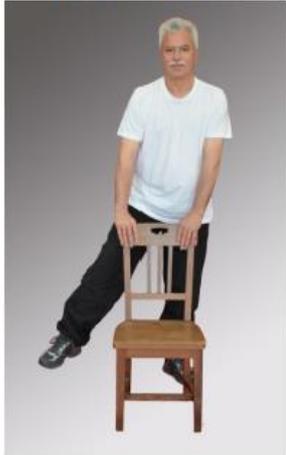
Exercício 1

	a) Posição inicial	b) Posição Final
<p>a) Segurar o bastão ao nível da cintura escapular com as palmas das mãos viradas para baixo:</p> <p>b) Elevar os membros superiores em extensão por cima da cabeça.</p>		
<p>Objectivo: Promover o movimento da cintura escapular (ombro).</p>		
<p>Organização: Individual</p>		
<p>Material: Bastão</p>		

Exercício 2

	a) Posição inicial	b) Posição Final
<p>a) Segurar a bola ao nível do peito:</p> <p>b) Lançar a bola ao ar e agarrar a mesma com as duas mãos.</p>		
<p>Objectivo: Promover a capacidade visuomotora e equilíbrio.</p>		
<p>Organização: Individual</p>		
<p>Material: Bola</p>		

Exercício 3

	a) Posição inicial	a) Posição Final
<p>a) Os idosos encontram-se em pé com os apoios à largura dos ombros e as mãos apoiadas no encosto da cadeira:</p> <p>b) Afastar lateral e alternadamente os membros inferiores.</p> <p>Nota: Realizar o movimento lentamente e sem perder o equilíbrio.</p>		
<p>Objectivo: Promover o movimento das articulações e músculos dos membros inferiores.</p>		
<p>Organização: Individual</p>		
<p>Material: Cadeira</p>		

Exercício 4

	a) Posição inicial	a) Posição final
<p>a) Sentados com o tronco imóvel.</p> <p>b) Efetuar flexão e extensão dos membros superiores.</p>		
<p>Objectivo: Promover o movimento e tonificação do bíceps braquial.</p>		
<p>Organização: Individual</p>		
<p>Material: Halteres de 1Kg</p>		

Exercício 5

	Representação gráfica
<p>Em pé: apoiam as mãos nos ombros do colega e colocam o membro inferior em extensão lateral.</p>	
<p>Objectivo: Estimular a dinâmica de grupo, coordenação motora e as relações entre pares.</p>	
<p>Organização: Dois a dois</p>	

Exercício 6

	Representação gráfica
<p>Em pé: dar as mãos ao colega e acompanhar os movimentos dos membros superiores propostos pelo seu par.</p> <p>Exemplos de exercícios: realizar círculos, flexão e extensão, elevar e baixar os membros superiores, entre outros movimentos.</p> <p>Nota: Os pares trocam de funções após 4 exercícios.</p>	
<p>Objectivo: Estimular a dinâmica de grupo, coordenação motora e as relações entre pares.</p>	
<p>Organização: Dois a dois</p>	

Outros exercícios

Jogos, canções e danças tradicionais portuguesas

Transversalmente aos exercícios apresentados, pode ser estimulada a dinâmica de grupo através dos jogos, canções e danças tradicionais portuguesas.



Retorno à calma

O retorno à calma é a parte final de uma sessão de exercício físico. Propõem-se os seguintes exercícios, onde a realização de alongamentos que permitem reduzir a tensão muscular e articular.

Exercício 1

	Representação
<p>Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos viradas à frente do corpo:</p> <p>De seguida, efetuar extensão dos membros superiores.</p>	
Organização: Individual	
Objectivo: Reduzir a tensão muscular e articular envolvida na atividade física; diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite); retornar à calma.	
Duração por alongamento: 10 a 15 segundos, podendo ir até ao máximo de 30 segundos.	

Exercício 2

	Representação
<p>Entrelaçar os dedos e colocar as palmas das mãos acima da cabeça:</p> <p>De seguida, efetuar extensão dos membros superiores.</p>	
Organização: Individual	
Objectivo: Reduzir a tensão muscular e articular envolvida na atividade física; diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite); retornar à calma.	
Duração por alongamento: 10 a 15 segundos, podendo ir até ao máximo de 30 segundos.	

Exercício 3

	Representação
<p>Apoiar a mão direita no tríceps braquial e pressionar o membro superior esquerdo em direção ao peito i.e., até a amplitude articular o permitir.</p> <p>Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro superior.</p>	
Organização: Individual	
Objectivo: Reduzir a tensão muscular e articular envolvida na actividade física; diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite); retornar à calma.	
Duração por alongamento: 10 a 15 segundos, podendo ir até ao máximo de 30 segundos.	

Exercício 4

	Representação
<p>Os idosos encontram-se em pé, com as mãos na cintura pélvica:</p> <p>Avançar o membro inferior direito e flexir o mesmo à frente do corpo;</p> <p>De seguida, colocar o outro membro inferior em extensão, com o calcanhar apoiado no solo;</p> <p>Após 10/15 segundos, efetuar o mesmo exercício com o outro membro inferior.</p> <p><i>Nota pedagógica:</i> Para os idosos que não têm capacidade ambulatoria, solicitar para se manterem sentados e efetuarem extensão do membro inferior mantendo-o à frente do corpo, i.e., até a mobilidade articular o permitir.</p>	
Organização: Individual	
Objectivo: Reduzir a tensão muscular e articular envolvida na atividade física; diminuir o risco de lesões músculo-tendinosas (tendinite); retornar à calma.	
Duração por alongamento: 10 a 15 segundos, podendo ir até ao máximo de 30 segundos.	

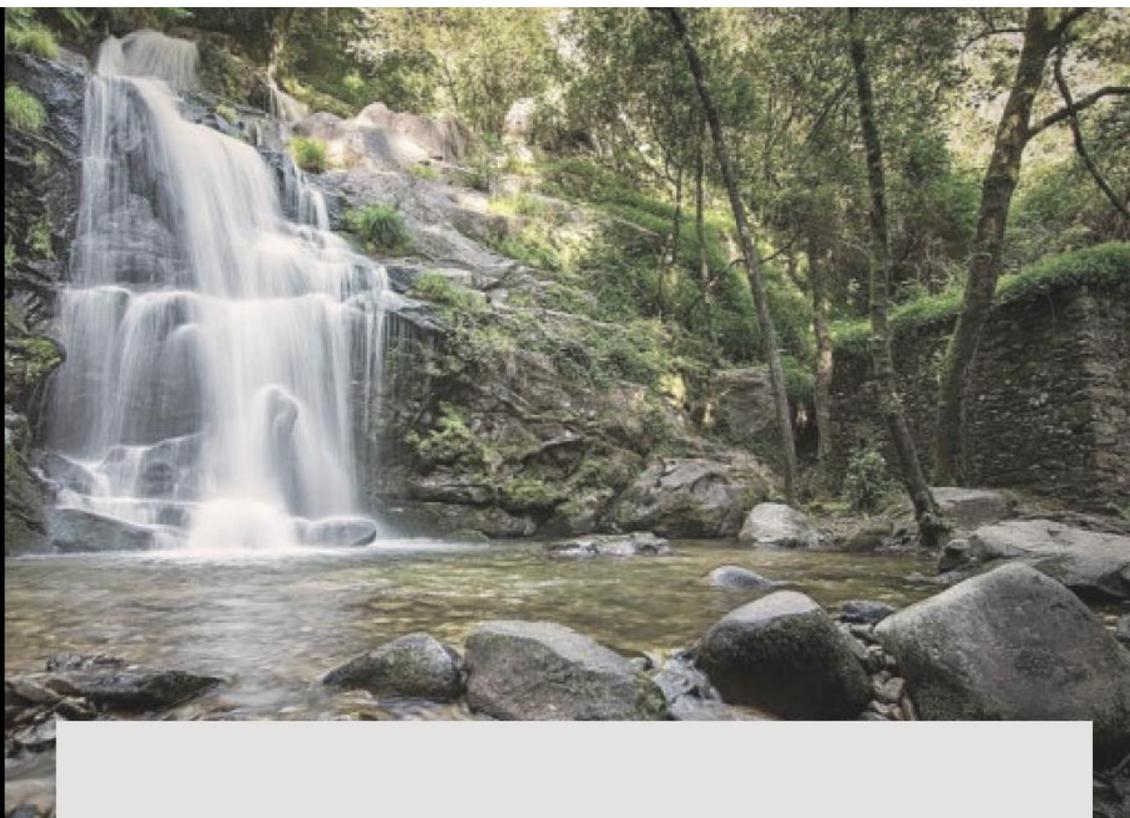
A atividade física regular pode contribuir para o envelhecimento saudável, urge usar os benefícios da prática regular de exercício físico na prevenção e controlo de doenças degenerativas, nomeadamente a diabetes e osteoporose, assim como o seu importante papel no controlo de doenças cardiovasculares.

Fontes:

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (DGS)

Dias, G.; Mendes, R.; Silva, P.; Braquinho, M.; Mendes, P. (2016) Programa de atividade física para idosos. Obtido de: www.exadrajournal.com/wp-content/uploads/2016/02/cap.9.pdf

(Frente)



Vamos Relaxar

RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Relaxar é saber parar o tempo à sua volta e arrumar as prateleiras de seu interior. Experimentar a paz desejada e saber evoluir dentro do silêncio que vem de dentro da alma.

(Verso)



Feche a mão direita com força. Sinta a tensão na mão e antebraço.
Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Empurre o cotovelo direito contra a cadeira. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Feche a mão esquerda com força. Sinta a tensão na mão e antebraço.
Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Empurre o cotovelo esquerdo contra a cadeira. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Levante as sobrancelhas e faça rugas na testa. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Feche os olhos com força e levante o nariz. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Feche os maxilares e encoste os dentes com força média. Puxe os cantos dos lábios para trás como se estivesse a rir de forma intensa. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Puxe o queixo para o peito sem deixa de tocar. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Inspire e sustenha a respiração. Puxe os ombros para trás. Expire e liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Ponha os músculos da barriga duros, como se fosse receber um murro na barriga. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Contraia os músculos da coxa direita. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Puxe os dedos do pé direito para cima de forma a que a barriga da perna fique dura. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Vire o pé direito ligeiramente para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta a tensão na parte do meio do pé. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Contraia os músculos da coxa esquerda. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Puxe os dedos do pé esquerdo para cima de forma a que a barriga da perna fique dura. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Vire o pé esquerdo ligeiramente para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta a tensão na parte do meio do pé. Liberte a tensão de forma repentina. Sinta a diferença entre o estado de tensão e relaxamento.
(Repetir 2 vezes)

Questionário de avaliação da sessão

- Este questionário é anónimo e confidencial servindo apenas para avaliação da sessão realizada.
- Para responder às questões basta sublinhar ou fazer um círculo sobre a resposta pretendida.

1. Considera que os temas abordados nesta sessão são importantes para si?



Não são importantes



São pouco importantes



São importantes



São muito importantes

2. Qual a sua satisfação em relação aos temas abordados?



Não estou satisfeito



Pouco satisfeito



Satisfeito



Muito satisfeito

3. Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como lhe foram apresentados os temas?



Não estou satisfeito



Pouco satisfeito



Satisfeito



Muito satisfeito

4. Considera que a realização de exercícios de relaxamento antes de deitar pode ajudar a dormir melhor?

Sim

Não

5. Os exercícios de relaxamento podem ajudar em situações de stress?

Sim

Não

6. Considera capaz de incluir na sua rotina diária alguns dos exercícios demonstrados durante esta sessão?

Sim

Não

Obrigada pela participação!

Apêndice 8: Sessão de educação para a saúde – Stress

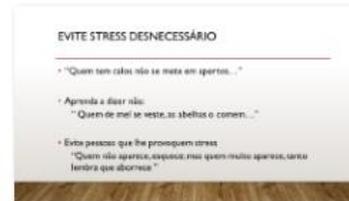
Apresentação



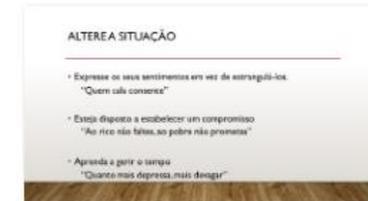
Diapositivo1.JPG



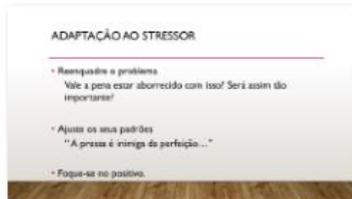
Diapositivo2.JPG



Diapositivo3.JPG



Diapositivo4.JPG



Diapositivo5.JPG



Diapositivo6.JPG



Diapositivo7.JPG



Diapositivo8.JPG



Diapositivo9.JPG



Diapositivo10.JPG

Questionário de avaliação da sessão

- Este questionário é anónimo e confidencial servindo apenas para avaliação da sessão realizada.
- Para responder às questões basta sublinhar ou fazer um círculo sobre a resposta pretendida.

1. Considera que os temas abordados nesta sessão são importantes para si?



Não são importantes



São pouco importantes



São importantes



São muito importantes

2. Qual a sua satisfação em relação aos temas abordados?



Não estou satisfeito



Pouco satisfeito



Satisfeito



Muito satisfeito

3. Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como lhe foram apresentados os temas?



Não estou satisfeito



Pouco satisfeito



Satisfeito



Muito satisfeito

Obrigada pela participação!

Apêndice 9: Cronograma geral e de atividades

Cronograma Geral

	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Diagnóstico de situação	■										
Apresentação do diagnóstico de situação					■						
Elaboração do Projeto de intervenção					■						
Preparação da execução						■					
Execução						■					
Avaliação						■					
Elaboração do Relatório									■		

Estágio I

Estágio Final

Cronograma de atividades

Atividades	Espaço temporal (meses)													
	Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro				
Sessões de educação para a saúde	Sessão 1				■									
	Sessão 2					■								
	Sessão 3						■							
	Sessão 4												■	
Execução do folheto				■	■	■								
Execução do poster				■	■	■								

Apêndice 10: Artigo científico – A Qualidade do Sono no Idoso

A QUALIDADE DO SONO NO IDOSO

LA CALIDAD DEL SUEÑO EN EL IDOSO

THE QUALITY OF SLEEP IN THE ELDERLY

Gisela Lopes - Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus: Universidade de Évora. Portugal.

RESUMO

O sono é um estado que todos necessitam para sobreviver. Está diretamente relacionado com a idade cronológica das pessoas e apresenta mudanças significativas ao longo da vida. Os benefícios de uma boa qualidade do sono, refletem-se a nível biológico, psicológico, emocional, intelectual e social. Assim, há uma maior satisfação do indivíduo e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade do sono e fatores influenciadores da mesma, no idoso. **Métodos:** Estudo descritivo de natureza quantitativa, cuja população foram os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos de uma freguesia pertencente ao concelho do Montijo. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário construído pela investigadora (fatores influenciadores do sono), agregado ao Índice da Qualidade do sono de Pittsburgh. **Resultados:** A amostra revela fraca qualidade global do sono. Fatores potencialmente influenciadores do sono, como ansiedade, baixa atividade física, alterações no padrão alimentar, exposição a aparelhos eletrónicos e fatores perturbadores do sono (dor, despertares noturnos e ida à casa de banho), foram evidenciados. **Conclusões:** Este estudo evidenciou uma fraca qualidade do sono, o que pode levar a uma baixa qualidade de vida, assim como potenciar problemas físicos e psicológicos. Considera-se importante a elaboração de intervenções neste âmbito, que potenciem o conhecimento dos indivíduos por forma a prevenir problemas relacionados com o sono.

Palavras-chave: Sono, Idoso, Qualidade do sono.

RESUMEN

El sueño es un estado que todos necesitan para sobrevivir. Está directamente relacionado con la edad cronológica de las personas y presenta cambios significativos a lo largo de la vida. Los beneficios de una buena calidad del sueño, se reflejan a nivel biológico, psicológico, emocional, intelectual y social. Así, hay una mayor satisfacción del individuo y consecuentemente una mejor calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la calidad del sueño y factores influyentes del mismo, en el anciano. **Métodos:** Estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa, cuya población fueron los individuos con edad igual o superior a 65 años de una parroquia perteneciente al municipio de Montijo. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario construido por la investigadora (factores influenciadores del sueño), agregado al Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh. **Resultados:** La muestra muestra una pobre calidad global del sueño. Los factores potencialmente influenciadores del sueño, como ansiedad, baja activada física, cambios en el patrón alimentario, exposición a aparatos electrónicos y factores perturbadores del sueño (dolor, despertares nocturnos y ida al baño), fueron evidenciados. **Conclusiones:** Este estudio evidenció una mala calidad del sueño, lo que puede llevar a una baja calidad de vida, así como potenciar problemas físicos y psicológicos. Se considera importante la elaboración de intervenciones en este ámbito, que potencien el conocimiento de los individuos para prevenir problemas relacionados con el sueño.

Palabras clave: Sueño, Ancianos, Calidad del sueño.

ABSTRACT

Sleep is a state that everyone needs to survive. It is directly related to the chronological age of the people and presents significant changes throughout the life. The benefits of good sleep quality are reflected biologically, psychologically, emotionally, intellectually and socially. Thus, there is a greater satisfaction of the individual and consequently a better quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of sleep and its influencing factors in the elderly. **Methods:** Descriptive study of quantitative nature, whose population was individuals aged 65 years or over

from a parish belonging to the municipality of Montijo. To collect data, a questionnaire built by the researcher (factors influencing sleep), added to the Pittsburgh Sleep Quality Index was used. **Results:** The sample reveals poor global quality of sleep. Potentially influencing sleep factors, such as anxiety, low physical activity, changes in dietary patterns, exposure to electronic devices and disturbing sleep factors (pain, nocturnal awakenings and going to the bathroom) were evidenced. **Conclusions:** This study evidenced poor quality of sleep, which can lead to a poor quality of life, as well as potentiate physical and psychological problems. It is considered important to develop interventions in this area, which enhance the knowledge of individuals in order to prevent problems related to sleep.

Key words: Sleep, Elderly, Sleep quality.

INTRODUÇÃO

O sono é um estado que todos necessitam para sobreviver. É uma necessidade básica e tem como funções biológicas a restauração do organismo e a conservação da energia ⁽¹⁾.

A falta de sono dá lugar ao aumento da ansiedade, à irritabilidade, à diminuição da capacidade intelectual, à perda de memória e de reflexos ⁽¹⁾.

Os benefícios de uma boa qualidade do sono refletem-se a nível biológico, psicológico, emocional, intelectual e social ⁽²⁾.

O sono está diretamente relacionado com a idade cronológica das pessoas e apresenta mudanças significativas ao longo da vida ⁽³⁾.

Assiste-se, hoje em dia, a um envelhecimento populacional muito significativo nos países desenvolvidos. A composição etária da população residente em Portugal e o conjunto da União Europeia é reveladora do envelhecimento demográfico da última década ⁽⁴⁾.

Tendo em conta a importância da qualidade do sono e o crescente envelhecimento demográfico, desenvolveu-se um estudo descritivo de natureza

quantitativa com o objetivo de avaliar a qualidade do sono e fatores influenciadores da mesma nos idosos de uma localidade portuguesa.

A IMPORTÂNCIA DO SONO

O sono “é uma condição fisiológica de atividade cerebral, natural e periódica, caracterizada por modificação do estado de consciência, redução da sensibilidade aos estímulos ambientais, acompanhados por características motoras e posturais próprias, além de alterações autónomas ⁽⁵⁾.” Consiste numa sequência de estados e fases do sono. Distinguem-se dois estados, o sono lento ou profundo (NREM) e o sono paradoxal (REM), que apresentam mecanismos fisiológicos diferentes ⁽¹⁾.

É uma necessidade fisiológica essencial para uma vida saudável, que permite a recuperação física e psicológica, protegendo do desgaste natural causado pelas horas em o indivíduo está acordado ⁽⁶⁾.

Das necessidades básicas do ser humano é a única cuja privação não pode ser mantida mais do que cinco ou seis dias. Nesta conjuntura, surgem alterações a nível fisiológico e comportamental que podem colocar a vida em risco ^(1,7).

O sono é um estado multifuncional capaz de exercer várias funções, nomeadamente na manutenção da vigiância, conservação de energia, promoção de processos anabólicos, termorregulação central, aumento da atividade do sistema imunológico, desenvolvimento e maturação do cérebro, plasticidade do cérebro, formação e consolidação da memória e regulação de diversos processos metabólicos. ⁽¹⁾.

O cérebro trabalha arduamente durante o sono criando as vias necessárias para a aprendizagem, as condições para a retenção e fixação de recordações arquivando na memória as experiências vividas (depois de devidamente catalogadas) e estabelece novas perspetivas das vivências previamente adquiridas. Um sono de qualidade, com todas as suas características de profundidade e durabilidade, terminado num acordar sereno, tranquilo e natural, é altamente responsável por uma memória bem estruturada, bem codificada e adequadamente armazenada ⁽²⁾.

O sono permite que o nosso cérebro cuide de si próprio. Há uma interligação rápida de zonas cerebrais, desligando circuitos cerebrais de forma a permitir o descanso, apagando a informação irrelevante e reforçando aquela que é importante. Possibilita a consolidação de memórias e aprendizagens, integrando-as em novos esquemas associativos podendo mostrar ao indivíduo novas perspectivas ou direções. É influenciado pelas situações de stress, emoções positivas e negativas que ocorrem no dia-a-dia ⁽⁸⁾.

Dormir pouco afeta as capacidades cognitivas, as funções executivas e as capacidades emocionais. Aumenta o risco de obesidade, hipertensão arterial, diabetes tipo II, acidentes, cancro, depressão, insónia e morte precoce. Além destes riscos, há ainda os que atingem diretamente o cérebro como a diminuição da memória, a aprendizagem, a criatividade, resolução de problemas e alteração da estabilidade emocional ⁽⁶⁾.

Um padrão de sono alterado pode estar relacionado com fatores de ordem psicocomportamental, psicossocial ou emocional; fatores de ordem química, como alimentos, medicamentos, hábitos ou vícios; fatores ambientais, como a temperatura do quarto, humidade, luminosidade ou ruído; fatores ligados à saúde e ao bem-estar, como dores, problemas cardíacos, renais, gastrointestinais, respiratórios e outros ⁽²⁾.

O SONO NO IDOSO

A duração e os padrões do sono sofrem um considerável número de alterações no decurso da ontogenia humana, sendo que a estrutura cíclica e a distribuição das diferentes fases do sono variam com a idade. Alcançam os seus valores máximos na primeira infância e a partir da puberdade inicia-se um ligeiro declínio nos valores destes parâmetros que se prolongam até à velhice ⁽⁹⁾.

Alguns estudos têm revelado que a influência da idade (envelhecimento patológico ou não) sobre o sono o altera profundamente, tanto na sua estrutura como na sua quantidade, sobretudo no que diz respeito ao sono NREM ^(2, 3).

Nos adultos, o tempo total de sono, eficiência do sono, percentagem de sono NREM e REM e a latência de REM diminuem significativamente com a idade ⁽¹⁰⁾.

Contudo, apenas a eficiência do sono continua a diminuir após os 60 anos. A latência do sono e a percentagem da fase NREM, assim como a vigília aumentam com a idade ⁽¹⁾.

Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem agrupar-se nas seguintes categorias: dor ou desconforto físico, fatores ambientais, desconfortos emocionais e alterações no padrão do sono ⁽³⁾.

Nesta última categoria, incluem-se as queixas referentes ao tempo gasto na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar matinal mais cedo do que o desejado ⁽³⁾.

As queixas mais frequentes referem-se ao tempo de início do sono e a sua manutenção ao longo da noite, resultando num sono insuficiente. O risco de quedas está aumentado, principalmente durante os momentos em que os idosos se levantam para ir à casa de banho ou enquanto deambulam pela casa ⁽¹¹⁾.

A organização intrínseca do sono sofre as seguintes modificações com o envelhecimento:

- “Diminuição da duração das fases NREM (componente restaurativo do sono),
- Diminuição do limiar do despertar devido a ruído (mais pronunciado na mulher);
- Aumento do período de latência para o início do sono (> 30 min em cerca de 32% das mulheres e 15% dos homens)
- Redução tanto da duração total do sono REM, quanto do intervalo de tempo entre o início do sono e o sono REM (período de latência REM),
- Maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília;
- Aumento dos problemas respiratórios durante o sono,
- Aumento da atividade mioclonica noturna ^(3, 12).”

O sono é uma fase muito complexa da vida diária de cada um. Esta complexidade confere-lhe grande suscetibilidade a agentes intrínsecos e extrínsecos ⁽²⁾.

Os transtornos ambientais, tais como higiene inadequada de sono, o consumo de substâncias psicoativas, luminosidade, ruídos, ingestão de alimentos e líquidos antes de deitar, modificações do ambiente social, redução da atividade física e da exposição à luz solar são fatores que interferem no padrão de sono ⁽³⁾.

Embora os idosos relatem queixas relacionadas com o sono, muitos não o fazem por não as conceber como disfunções, mas entendendo-as como eventos normais do processo de senescência ⁽³⁾.

As queixas do sono no idoso não devem ser consideradas normais. É importante identificar as causas subjacentes e direcionar a intervenção de forma a promover um sono satisfatório ⁽¹³⁾. Assim é necessário tomar medidas preventivas de forma a atenuar este processo para que se tenha melhor qualidade do sono, e consequentemente uma melhor qualidade de vida ^(8, 14).

A higiene do sono

Há uma série de conselhos práticos, destinados a obter um sono reparador ao minimizar fatores que, por provocarem um efeito sobre o sono, possam ser controlados voluntariamente ⁽²⁾.

As medidas de higiene do sono são um conjunto de regras que têm por objetivo eliminar maus hábitos na hora de dormir e estabelecer rotinas saudáveis. Uma má higiene do sono interfere no número de horas que o indivíduo necessita de dormir diariamente para que o seu organismo mantenha níveis adequados de saúde e funcionalidade ⁽¹⁾.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa, através da aplicação de um questionário no período de 5 a 9 de junho de 2017.

A população é constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos residentes numa freguesia do concelho de Montijo (n= 525).

A amostra foi constituída utilizando a técnica de amostragem não probabilística de conveniência, tendo como população acessível os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e inscritos nos ateliers da Academia Sénior (n=80). Responderam ao questionário 19 indivíduos.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação do Índice da Qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) ⁽¹⁵⁾. Este contém 19 questões autoaplicadas, que analisam os diferentes fatores da qualidade de sono que se agrupam para formar sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna.

O PSQI foi agregado a um conjunto de questões elaboradas pela investigadora. Foram elaboradas seis questões que permitiram a caracterização do perfil dos participantes (idade, género, estado civil, escolaridade, coabitação e situação profissional) e 13 questões relacionadas com fatores que potencialmente afetam o padrão de sono (ocupação dos tempos livres, prática de atividade física, o tipo de alimentação, consumo de álcool à noite, consumo de café à noite, hábitos higiénicos, exposição à luz solar, atividades de entretenimento à noite, ansiedade).

Os dados recolhidos foram organizados e analisados, recorrendo à estatística descritiva e utilizando o software IBM SPSS versão 24.0 (Statstical Package for Social Science).

Todos os procedimentos éticos foram cumpridos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Parecer nº 13981/CES/2017 da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e parecer nº 18078 da Comissão de Ética

da Universidade de Évora). Foi obtida autorização para a aplicação do PSQI e solicitado o consentimento livre e esclarecido aos inquiridos.

RESULTADOS

A idade média dos participantes é de 71 anos, sendo que a amostra compreende indivíduos com idades entre os 65 e 84 anos. Caracteriza-se na sua totalidade por indivíduos reformados, maioritariamente do sexo feminino, casados e escolarizados.

A maioria (n=14) ocupa os tempos livres com jardinagem, o cultivo da horta, jogos de computador, bordados e croché. Apenas 7 inquiridos praticam atividade física todos os dias. A maioria (n= 18) não ingere substâncias estimulantes (álcool, café e tabaco) à noite e as refeições ao jantar são constituídas maioritariamente por sopa e fruta (n= 10).

A totalidade dos indivíduos que compõem a amostra têm como hábito ver televisão antes dormir. Dos inquiridos, 14 dormem acompanhados.

Foi estudada, também, a possibilidade de situações causadoras de ansiedade. Aproximadamente metade (n=9) da amostra referiu encontrar-se em situação causadora de ansiedade.

A qualidade global do sono, avaliada através do PSQI revelou que a maioria (n= 16) tem uma fraca qualidade global de sono.

A nível de perturbações do sono, verifica-se que acordar de madrugada (n= 13), a ida à casa de banho (n= 9) e a dor (n= 11) são os fatores que mais perturbam o sono dos inquiridos.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo evidenciou uma fraca qualidade do sono, o que segundo a literatura consultada, pode conduzir a uma fraca qualidade de vida, assim como a problemas de saúde.

Através da avaliação dos fatores potencialmente influenciadores do padrão de sono, foi possível identificar alguns que poderão estar a influenciar a qualidade do sono destes indivíduos.

Aproximadamente metade da amostra revela estar a passar por alguma situação causadora de ansiedade. Segundo alguns autores, este aspeto pode causar dificuldades em adormecer, despertares frequentes e vigílias noturnas ⁽¹⁶⁾.

Ao nível das perturbações de sono, verificam-se como mais frequentes, aspetos como a dor, o acordar durante a madrugada e as idas à casa de banho. Este resultado vai de encontro a estudos realizados, no que diz respeito às perturbações do sono mais frequentes ⁽¹⁷⁾.

As idas à casa de banho e os despertares noturnos potenciam a deambulação noturna pela casa, o que associado à baixa luminosidade e às barreiras arquitectónicas pode aumentar o risco de queda ⁽¹¹⁾.

Verificou-se também que a maioria da amostra dorme acompanhada, o que está documentado como sendo uma causa de perturbação do sono. Estudos sugerem que a queixa mais frequente no que diz respeito ao companheiro de cama, se prende com o facto de este ressonar ⁽¹⁸⁾.

A totalidade de amostra revelou ver televisão antes de dormir. A exposição à luz emitida por aparelhos eletrónicos (TV, computadores, telemóveis...) estimula o cérebro, inibindo o sono ⁽¹⁹⁾.

Como já referido anteriormente a alimentação influencia o padrão de sono, pelo que deve ser nutricionalmente completa. Ainda que neste estudo se tenha apenas estudado o tipo de alimentação que os indivíduos inquiridos fazem durante jantar, verificou-se que a forma como a refeição é constituída não se encontra dentro dos padrões considerados adequados ⁽²⁰⁾, visto que a maioria refere comer apenas sopa e fruta ao jantar.

As refeições devem ser confeccionadas com alimentos de fácil digestão e tão naturais quanto possível. No que diz respeito ao jantar, esta deverá ser ligeira em quantidade, mas rica em qualidade nutricional. A alimentação deve ser variada, privilegiando a dieta mediterrânica e respeitando a pirâmide alimentar ⁽²⁾.

Os dados amostrais revelam uma baixa frequência da prática de exercício físico. A evidencia científica mostra que a pratica de exercício físico regular é um importante contributo para a qualidade do sono ^(21, 22,23).

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma fraca qualidade do sono, o que pode levar a uma baixa qualidade de vida, assim como potenciar problemas físicos e psicológicos.

A fraca qualidade do sono nestes indivíduos poderá estar relacionada com as perturbações que se evidenciaram como mais frequentes, nomeadamente a dor, despertares noturnos e idas à casa de banho. Estas, por sua vez, podem aumentar o risco de queda, tendo em conta que levam o individuo a incursões noturnas pelo domicilio.

O fator ansiedade assume, nesta amostra, um papel com características influenciadoras do sono, sendo também, possivelmente um dos fatores associados a fraca qualidade de sono destes indivíduos.

Os hábitos de vida dos participantes evidenciam alguns aspetos influenciadores do padrão de sono, como sendo a prática diminuída de exercício físico, alterações no padrão alimentar (à noite) e utilização de aparelhos eletrónicos (televisão) potencialmente inibidores do sono.

Salienta-se a importância do desenvolvimento de intervenções preventivas, nomeadamente educação para a saúde, por forma a minimizar os problemas do sono na população mais idosa. Alguns autores, referem que as ações de educação para a saúde são uma forma de promover o envelhecimento com maior qualidade de vida ⁽²⁴⁾.

As queixas de sono nos idosos devem ser valorizadas e estudadas detalhadamente, por forma a intervir de forma preventiva no que diz respeito a situações de doença física e psicológica.

Seria importante a realização de mais estudos nesta faixa etária por forma consolidar os dados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Paiva T, Penzel T. Centro de medicina do sono. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2011
2. Soares A. O Sono: Efeitos da sua privação nas defesas orgânicas. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2010
3. Geib L, Neto A, Wainberg R, Nunes M. Sono e envelhecimento. R Psiquiatr RS. 2003. [acesso em 2017 mai 21]. 25(3): 453-465. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf>
4. Instituto Nacional de Estatística (INE). O envelhecimento da população em Portugal e na União Europeia.[Internet]. 2015 [Acesso em 2017 mai 4]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
5. Gomes M, Quinhones M, Engelhardt E. Neurofisiologia do sono e aspetos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. Rev Bras Neurol [Internet]. 2010 [acesso em 2018 jan 19]; 46(1):5-15. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>
6. Stores G. Normal sleep including developmental aspects. In: Stores G, Wiggs L. Sleep disturbance in children and adolescents with disorders of development: significance and management [Internet]. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 10-14. [acesso em 2017 mai 20]. Disponível em: https://books.google.pt/books?id=P4jCJs1UxJUC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
7. Silva L. Prefácio. In: Paiva T. Bom sono, Boa vida. 7ª ed. Alfragide: Oficina do Livro. 2015. p. 9-12
8. Paiva T. Bom sono, Boa vida. 7ª ed. Alfragide: Oficina do Livro; 2015

9. Duarte J. Privação do sono e rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. [Dissertação] [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2008. [acesso em 2017 mai 20]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/6/ndices.pdf>
10. Ohayon M, Carskadon M, Guilleminault C, Vittiello M. Meta-analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individual: Developing Normative Sleep Value across the human life span. Sleep. [Internet] 2004. 27(7): 1255-1273. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.859.7346&rep=rep1&type=pdf>
11. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the Elderly: Normal variations and common sleep disorders. Harv Ver Psychiatry. 2008 [acesso em 2017 mai 15]. 16(5): 279-286. Disponível em: https://journals.lww.com/hrpjournal/Citation/2008/09000/Sleep_in_the_Elderly_Normal_Variations_and_Common.2.aspx
12. Sleep and Aging. Aging Successfully. 2012, Fall 2012. 22(1): 1-8. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108084670&lang=pt-br&site=ehost-live>
13. Luca G, Rubio J, Andries D, Tobback N, Vollenwider P, Waeber G, Preisig M, Heinzer R, Tafti M. Age na gender variations of sleep in subjects without sleep disorders. Ann Med [Internet]. 2015. [acesso em 2017 mai 21]. 47 (6): 482-491. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26224201&lang=pt-br&site=ehost-live>
14. Littlehales N. Sono. 1ª ed. Lisboa: Arena. 2017
15. Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, KUPfer D. Tehe Pittsburgh sleep quality index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice. Psychiatry Res. [Internet]. 1989. [acesso em 2017 mai 15]. 28(2): 193-213. Disponível em: <http://www.psychiatry.pitt.edu/node/8240>

16. Estivill E, Averbuch M. Receitas para dormir bem. 1ª ed. Alfragide: Lua de Papel. 2008
17. The Great British Sleep Survey 2012. [Internet]. [Acesso em 2018 jan 12]. Disponível em: <https://www.sleepio.com/2012report/#respondents1>
18. The 2016 UK Sleep survey results. [Internet]. [Acesso em 2018 jan 12]. Disponível em: <https://www.dreams.co.uk/sleep-matters-club/sleep-survey-uk-2016/>
19. Rahman S, Flynn-Evans E, Aeschbach D, Brainard G, Czeisler C, Lockley S. Diurnal spectral sensitivity of the acute alerting effects of light. Sleep [Internet]. 2014 Feb 1, [Acesso em 2018 jan 16]; 37(2): 271-281. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3900613/pdf/aasm.37.2.271.pdf>
20. Direção Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Proposta de avaliação qualitativa de ementas destinadas a idosos. [Internet]. 2017. [Acesso em 2017 Out 29]. Disponível em: <http://nutri-mento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/03/Proposta-de-ferramenta-de-avaliacao-qualitativa-de-ementas-destinadas-a-idosos.pdf>
21. Idzikowski C. Dormir profundamente: Guia especializado para dormir bem. 1ª ed. Lisboa: Plátano Editora. 2016
22. Lira F, Pimentel G, Santos R, Oyama L, Damaso A, Nascimento C, Viana V, Boscolo R, Grassmann V, Snatana M, Esteves, A, Tufik S, Mello M. Exercise training improves sleep pattern and metabolic profile in elderly people in a time-dependent manner. Lipids In Health And Disease [Internet]. 2011, Jul 6. [Acesso em 2018 Jan 19]; 10:1-6. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21733182&lang=pt-br&site=ehost-live>
23. Khawaja I, Hashmi A, Aftab M, Westermeyer J, Hurwitz T. The effect of low and moderate intensity aerobic exercises on sleep quality in elderly adult males. Pakistan Journal Of Medical Sciences [Internet]. 2014, Março, [acesso em 2018 jan 15]. 30(2): 417-421. Disponível em:

<http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3da9h%26AN%3d108758744%26lang%3dpt-br%26site%3ded-live%26scope%3d-site>

24. Mendonça F, Santos A, Buso A, Malaquias B. Health education with older adults: action research with primary care professionals. Rev Bras Enf. [Internet]. 2017. [Acesso em 2017 Out 10]. 70(4): 792-799. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28793110&lang=pt-br&site=ehost-live>