

Educação para a Saúde como Estratégia para a Promoção do Envelhecimento Saudável

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na
Especialidade de Enfermagem Comunitária**

Autor
Vera Sofia Graça Tiago Durão

Orientador
Professora Alcinda Reis

2014, Abril

“É impossível e imoral pretender mudar o homem, mas pode-se ajuda-lo a mudar-se a si próprio”.

Michel Crozier

RESUMO

As alterações demográficas dos últimos anos têm vindo a operar mudanças significativas na nossa sociedade, sendo relevante o aumento da população mais velha. Este fato traz novos desafios, a que a enfermagem não pode ficar indiferente. Manter os nossos idosos saudáveis, ativos e participativos nas suas comunidades deverá ser a prioridade. Um bom estado de saúde é fundamental para que as pessoas mais velhas possam continuar a ser ativas e autónomas.

A promoção de estilos de vida saudáveis visa levar as pessoas à adoção de comportamentos de saúde, prevenindo doenças e melhorando a gestão de outras já existentes. A promoção de um envelhecimento saudável deverá ser um dos objetivos das estruturas existentes numa comunidade, sejam estas de saúde, políticas, sociais e da sociedade civil, sendo essencial a atuação conjunta.

No decorrer do estágio académico, com o propósito de desenvolver competências específicas na área da enfermagem comunitária, a mestranda recorre a parcerias com varias instituições da comunidade com o objetivo de implementar o projeto de educação para a saúde visando a promoção do envelhecimento saudável. Esta foi a problemática estruturante da prática clínica, emergindo a questão: a educação para a saúde na pessoa com idade superior a 50 anos promove o envelhecimento saudável?

Foram realizadas várias intervenções junto do grupo alvo definido, tendo como objetivo a promoção de estilos de vida saudáveis, com vista à capacitação destas pessoas. Estas intervenções foram suportadas em fundamentação científica através de revisão bibliográfica realizada ao longo do estágio. A mestranda realizou também revisão sistemática de literatura nas bases de dados científicas e encontrou evidências de que a educação para a saúde para a adoção de comportamentos saudáveis é essencial para um envelhecimento saudável, ativo e participativo.

Palavras-chave: Educação para a saúde; promoção de estilos de vida saudáveis; envelhecimento saudável.

ABSTRACT

The demographic changes of recent years have come to bring significant changes in our society, and the relevant increase in the elder population. This fact brings new challenges, that nursing cannot be indifferent. Maintain our seniors healthy, active and participative in their communities should be a priority. Good health is essential for elder people may continue to be active and autonomous.

The promotion of healthy lifestyles aimed at getting people to adopt health behaviors, preventing diseases and improving management of existing ones. The promotion of healthy aging should be a goal of the existing structures of the community, be they health, political, social or civil society structures, been the joint action essential.

During the academic stage, in order to develop specific skills in community nursing, the graduate student relies on partnerships with various community institutions with the goal of implementing the health education project, aimed at promoting healthy aging. This was the structuring problem of the clinical practice, the emerging question: the health education in person over the age of 50 years promotes healthy aging?

Various interventions were conducted with the target group defined, aiming to promote healthy lifestyles in order to train these people. These interventions were supported with scientific reasoning through literature review over the stage. The graduate student also conducted a systematic review of literature in scientific databases and found evidence that health education for the adoption of healthy behaviors is essential to a healthy, active and participatory aging.

Key words – Health education; Health promotion lifestyle; healthy aging

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à minha família, ao meu filho e marido, por terem suportado os longos períodos de ausência ao longo deste percurso, à minha mãe pela disponibilidade demonstrada para ficar com o meu filho sempre que foi necessário.

Gostaria de agradecer à Enfermeira Fátima Semedo, à Professora Irene Santos e à Professora Alcinda Reis, pela disponibilidade e apoio sempre que solicitado.

Um agradecimento ainda aos enfermeiros do local de estágio e aos colegas deste percurso pelo apoio e motivação.

SIGLAS

ACES – Agrupamento Centros de Saúde

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos Portugueses

CMP – Camara Municipal de Palmela

DGS – Direção Geral de Saúde

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Plano Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa

PNV – Plano Nacional de Vacinação

TIC – Técnicas de Informação e Comunicação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	11
1 – JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA	14
2 – CONCEITOS TEÓRICOS MOBILIZADOS NA PRÁTICA	16
2.1 – ENVELHECIMENTO	16
2.1.1 – Envelhecimento Ativo	20
2.1.2 – Saúde – Qualidade de Vida - Bem-estar	25
2.2 – PROMOÇÃO DA SAUDE	28
2.2.1 – Educação para a Saúde: uma estratégia de Promoção da Saúde	29
2.2.2 – Literacia em Saúde e Empowerment	32
3 – PLANEAMENTO EM SAUDE	35
3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO	36
3.2 – ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS	38
3.3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	38
3.4. – INDICADORES E METAS	39
3.5 – EXECUÇÃO	40
3.6 – AVALIAÇÃO	45
4– OUTRAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	47
5 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	48
6 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	52

6.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	52
6.1.2 - Análise reflexiva	54
7 – CONCLUSÃO	57
BIBLIOGRAFIA	60

ANEXOS

ANEXO I - Pirâmide Etária Censos 2011

ANEXO II - Projeto de Educação para a Saúde

ANEXO III- Informação “Clic Sem Idade”

ANEXO IV - Resumo reunião Senhores Presidentes de Junta de Freguesia

ANEXO V - Resumo reunião com Presidente da Junta de Freguesia do Poceirão e representante da direção da coletividade 1º de Janeiro

ANEXO VI - Panfleto Como Queremos Envelhecer

ANEXO VII - Atividades realizadas nas associações de reformados

ANEXO VIII - Cartaz de divulgação de atividade na Freguesia de Poceirão

ANEXO IX - Atividade na Freguesia de Poceirão

ANEXO X – Atividade em colaboração com o programa “Clic Sem Idade”

ANEXO VIII - Catavento - Agenda de divulgação de Acontecimentos no Concelho de Palmela

ANEXO XII - Convite para evento de encerramento “Clic Sem Idade” 2012

ANEXO XIII - Resumo de atividade realizada em colaboração com a saúde escolar

ANEXO XIV - Critérios para a formulação da pergunta em formato P[IC]O

ANEXO XV - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados

ANEXO XVI - Conjugação ordenada das palavras-chave

ANEXO XVII - Ficha síntese dos artigos selecionados

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução de dados demográficos Censos 2001 e 2011	19
Quadro 2 – Associações de Reformados do Concelho de Palmela	37
Quadro 3 – Indicadores de execução	40
Quadro 4 – Avaliação dos indicadores de execução	46

ÍNDICE FIGURAS

Fig. 1 – Os determinantes do envelhecimento ativo

21

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde de Santarém, e de acordo com o plano de estudos, foi realizado um estágio para avaliação da unidade curricular com o mesmo nome, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências específicas na área da enfermagem comunitária.

O estágio foi realizado no ACES Setúbal – Palmela, mais concretamente na UCC de Palmela, decorrendo de 20 de Fevereiro a 6 de Julho de 2012.

A área temática elegida para desenvolver ao longo do estágio foi a promoção do envelhecimento saudável. A escolha deste tema justifica-se pelo interesse pessoal decorrente da experiência profissional na área da saúde do adulto e idoso, assim como pela sugestão da enfermeira coordenadora da UCC e orientadora de estágio, sendo a intervenção nesta área, uma necessidade sentida nesta unidade funcional. O ano de 2012 é o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, pelo que se atribui à intervenção nesta temática, uma pertinência acrescida.

O aumento da esperança de vida, em simultâneo com o decréscimo da natalidade levou a um envelhecimento da população, isto deve-se sem dúvida a uma melhoria das condições de vida em geral, e em particular a uma melhoria das condições de saúde. No entanto o aumento da população envelhecida fez emergir novos desafios.

A Organização Mundial de Saúde sustenta que poderemos lidar bem com o envelhecimento da população se os governos e a sociedade civil realizarem esforços para a implementação de políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e segurança dos indivíduos em todas as fases da vida. Ajudar a que as pessoas se mantenham saudáveis enquanto envelhecem não é um luxo é uma necessidade (OMS, 2002).

Aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde à medida que envelhecem torna-se um desafio, a que a enfermagem terá que saber dar resposta.

É consensual que a melhoria do estado de saúde de uma determinada população se deve, em grande parte, à intervenção a nível de estilos e hábitos de vida, o que se aplica também em relação à população mais velha. “A adoção de estilos de vida saudáveis (...) é importante em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses. Pelo contrário, (...) podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo” (OMS, 2002). A educação para a saúde, constitui uma das vias privilegiadas para intervir a esse nível, e tem como objetivo capacitar os indivíduos para a adoção voluntária de comportamentos promotores de saúde,

Emerge então como questão a desenvolver neste relatório: **A Educação para a Saúde na pessoa com idade superior a 50 anos promove o Envelhecimento Saudável?**

O presente relatório pretende relatar a realização global do estágio, tendo por base uma reflexão crítica da prática com vista ao desenvolvimento de competências na área da especialidade da enfermagem comunitária. Enquadra e conceptualiza o desenvolvimento curricular neste ciclo formativo, com vista ao desenvolvimento de estratégias de intervenção em enfermagem comunitária. Sendo que como objetivos deste relatório, propõe-se:

- Fundamentar teoricamente os conceitos mobilizados na prática durante o estágio na UCC de Palmela, numa perspetiva de prática baseada na evidência.
- Caracterizar competências de enfermagem comunitária desenvolvidas na prática com recurso a uma análise crítica.
- Avaliar estratégias de intervenção de enfermagem comunitária realizadas no decurso do estágio.

Neste sentido, e após a presente introdução, irá seguir-se uma fundamentação teórica dos conceitos mobilizados na prática, após o que será realizada a descrição do percurso de construção do projeto de intervenção tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, desde a elaboração até a avaliação passando pela execução. Será feita uma análise crítica das intervenções realizadas, tendo por base as competências desenvolvidas na área de especialidade de enfermagem comunitária, após o que, as intervenções realizadas irão ser enquadradas na prática baseada na evidência com a apresentação de um capítulo que concretiza um protocolo de pesquisa com recurso à revisão sistemática de literatura. Para finalizar, na conclusão são apresentadas as principais reflexões, fazendo-se uma análise crítica e global do

trabalho desenvolvido, realçando os aspetos mais significativos assim como as principais dificuldades e limitações.

1- JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.

A temática elegida para desenvolver ao longo do estágio foi a Promoção do Envelhecimento Saudável. Esta escolha prende-se em primeira instância pela orientação da enfermeira coordenadora da UCC, sendo que a intervenção nesta área era uma necessidade sentida nesta unidade funcional.

Tendo já alguns anos de experiência profissional, sempre desenvolvidos na área da saúde do adulto e do idoso, esta é uma área temática, na qual a mestrandia reconhece bastante importância. Desenvolve a sua atividade profissional há três anos também numa UCC e pelo menos na sua realidade não existem muitos projetos de intervenção dirigidos ao adulto e idoso, pelo que achou pertinente o desenvolvimento desta temática, podendo desenvolver competências, no sentido de replicar este mesmo projeto no seu local de trabalho.

O envelhecimento demográfico, traz novos desafios a toda a sociedade e a Enfermagem não se pode alhear desta realidade, é pois necessário conhecer a problemática e delinear estratégias de intervenção na comunidade contribuindo assim para ganhar este desafio.

Contribuir para que as pessoas se mantenham saudáveis à medida que envelhecem é uma necessidade, uma vez que o envelhecimento saudável é um fator importante para que as pessoas mais velhas se mantenham ativas e participativas.

A educação para a saúde visando a adoção de comportamentos saudáveis foi a estratégia selecionada para promover o envelhecimento saudável, uma vez que a adoção de estilos de vida saudáveis concorre para que as pessoas mantenham níveis de saúde elevados à medida que envelhecem.

Numa primeira abordagem a mestrandia pretende promover o envelhecimento saudável na população adulta com mais de 50 e menos de 65 anos, no sentido de iniciar a intervenção na promoção do envelhecimento saudável numa fase precoce, antecipando a adoção de estilos de vida saudáveis. No entanto a maioria destas pessoas encontra-se em idade ativa e tornou-se difícil a programação das estratégias de intervenção. Foram realizados contactos com empresas locais no sentido de desenvolver parcerias, no entanto não foi demonstrada disponibilidade por parte dos

responsáveis destas instituições. Dada esta limitação achou-se pertinente delinear como população alvo as pessoas com mais de 50 anos, alargando assim a população alvo da intervenção, uma vez que a população com mais de 65 anos estaria mais disponível.

Foram então estabelecidas parcerias com varias instituições na comunidade, e planeadas estratégias no sentido de formar grupos alvo, para a intervenção de enfermagem. No planeamento desta intervenção a mestranda sentiu necessidade de se fundamentar teoricamente, recorrendo à revisão bibliográfica. O capítulo que se segue identifica os conceitos mobilizados na prática.

2 – MOBILIZAÇÃO DE CONCEITOS NA PRÁTICA CLÍNICA

2.1– ENVELHECIMENTO

Nas últimas décadas houve um progresso no desenvolvimento em geral e nas ciências da saúde em particular, o que se traduziu num aumento da esperança média de vida. A conjugação de baixos níveis de fecundidade e os ganhos na esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas contribuiu de modo contínuo para o aumento da população idosa.

Envelhecer é inevitável, é um processo composto por uma sucessão de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas, “todas as pessoas irão envelhecer, os indivíduos envelhecem em ritmos diferentes e os vários sistemas fisiológicos em qualquer individuo envelhecem de modo diferente” (STANHOPE; LANCASTER, 2011).

O envelhecimento é um processo complexo, STANHOPE e LANCASTER (2011) afirmam que “uma única teoria pode não responder totalmente às questões do envelhecimento, mas pode tentar explicar as forças existentes no organismo que afetam o processo de envelhecimento”.

FONSECA (2005) aborda o desenvolvimento e o envelhecimento, através do modelo biopsicossocial, onde as mudanças que lhes estão associadas são encaradas através dos domínios biológico, psicológico, ecológico e sociocultural.

A nível **biológico**, à medida que vamos envelhecendo são inevitáveis as perdas ao nível do desenvolvimento, influenciando o padrão global de saúde e a mobilidade física, no entanto o impacto destas perdas não é linear, variando em cada individuo.

“Existe uma plasticidade intra-individual que potencializa a capacidade adaptativa do indivíduo” (FONSECA, 2005). No domínio **psicológico**, de modo que, com o envelhecimento os acontecimentos ao nível do sistema emocional, da aprendizagem, da memória, dependem da capacidade de adaptação que “em larga medida, dos recursos adquiridos ao longo da vida, os quais, quanto mais numerosos e

diversificados forem, maior plasticidade intra-individual lhe confere para se adaptar a diferentes contextos e circunstâncias” (FONSECA, 2005).

Quanto à relação estabelecida entre o indivíduo e o ambiente, ou seja, no domínio **ecológico**, a interação ao longo da vida com o meio envolvente, onde este vai estabelecendo relações (família, trabalho), as alterações são inevitáveis com o envelhecimento, como a entrada na reforma, a perda de familiares. No entanto, estas alterações são percebidas de maneira diferente por cada pessoa, cada pessoa, atribui aos acontecimentos diferentes significados. A capacidade de contornar determinadas situações, ou seja, os esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos, de forma a gerir uma situação de stress diferem de pessoa para pessoa. Estes acontecimentos ao nível do desenvolvimento tanto podem resultar em potencialidades como em constrangimentos (FONSECA, 2005).

No domínio **sociocultural** são muitos os fatores que influenciam o envelhecimento, nomeadamente, ao nível das estruturas sociais e culturais, como a família, o trabalho, o estado e a religião. As mudanças que vão acontecendo nestes domínios vão produzir impacto na vida da pessoa, obrigando à “redefinição da sua identidade social” (FONSECA, 2005), porém “a satisfação e a autoestima, sinais positivos do envelhecimento bem-sucedido, são proporcionais à atividade desenvolvida e à intensidade das interações sociais” (PAUL, 1996).

STANHOPE e LANCASTER (2011) declaram que é “importante manter papéis e atividade regulares que são tanto sociais como solitários e desenvolver novos papéis para substituir os perdidos”.

O Envelhecimento é, pois um processo natural, inevitável, que leva a alterações na vida da pessoa a diversos níveis, no entanto cada um percebe essas mesmas alterações de maneira diferente. “O envelhecimento é um processo heterogéneo para cada pessoa. Esta heterogeneidade relaciona-se com o modo particular como cada idoso percorreu o caminho da vida, assumiu desafios, superou obstáculos, construiu significados na interação quotidiana em cenários diversificados” (FRAGOEIRO, 2008).

Sendo o envelhecimento um processo heterogéneo, como se pode definir quando é que uma pessoa é considerada idosa. A OMS (2002) utiliza as categorias de pessoa idosa a partir dos 65 e mais anos e muito idosos com 80 e mais. No entanto esta categorização não é aceite por todos os autores. As Nações Unidas estabelecem os 60 anos para descrever as pessoas mais velhas. Há ainda outros autores que dividem os idosos em três categorias por idade cronológica, referem-se a “*idosos*

jovens” as pessoas com idade entre os 65 e os 74 anos, “*idosos velhos*” com idade entre os 75 e os 84 anos, e às pessoas com mais de 85 anos como “*idosos mais velhos*” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Por se tratar duma definição pouco consensual, ela encontra-se muitas vezes ligada à idade que, num país, se considera uma pessoa ter direito a uma pensão (idade legal de reforma). Em Portugal o INE considera como idoso a pessoa com mais de 65 anos.

Neste trabalho importa não só definir o conceito idoso, como também fazer referência ao conceito de “*meia-idade*”, uma vez que o grupo alvo de intervenção do projeto de educação para a saúde são as pessoas com idade superior a 50 anos.

PAPALIA et al. (2009) define como “*meia-idade*”, em termos cronológico o período entre os 40 e os 65 anos, refere no entanto que esta é uma definição que não é rígida. O mesmo autor define ainda “*meia-idade*”, contextualmente, e afirma que as duas definições podem diferir; em contexto familiar uma pessoa de “*meia-idade*” pode ser definida como aquela que possui filhos crescidos e / ou pais idosos, mas hoje há pessoas com 40 e mais anos com filhos pequenos.

“ A meia-idade é uma época de olhar tanto para trás, os anos já vividos, como para os anos que virão. Esta pode ser uma época de fazer balanços, para reavaliar objetivos e aspirações (...) decidir como melhor utilizar a parte restante do ciclo de vida” (PAPALIA et al. , 2009), o que poderá aumentar a motivação para a adoção de comportamentos saudáveis, objetivo do projeto desenvolvido em estágio, o que atribui pertinência à escolha do grupo alvo de intervenção: pessoas com idade superior a 50 anos.

No entanto a OMS (2002) assume que “qualquer que seja a idade definida (...) é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas com o estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade”.

As últimas referências da OMS (2002) não se referem a qualquer idade cronológica, mas sim a pessoas “*mais velha*”.

O fato é que em todo o mundo, em Portugal, e mais concretamente no concelho de Palmela, área de intervenção do projeto, há um aumento das pessoas “*mais velhas*”, o que se traduz numa alteração do padrão demográfico.

“O efeito cumulativo da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo de várias décadas tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa. O envelhecimento resulta da transição demográfica das sociedades, definida como a passagem dum modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo de níveis baixos dos mesmos e, simultaneamente, um aumento generalizado da esperança média de vida das populações” (CARNEIRO, 2012).

Nesta transição demográfica observa-se um estreitamento relativo da base da pirâmide de idades (menor peso de efetivos populacionais jovens) e um alargamento do topo (aumento relativo de efetivos populacionais idosos). Esta evolução demográfica é notória na observação da pirâmide etária resultante da análise dos Censos 2011 (ANEXO I).

Segundo o INE (2011), e com base nos mais recentes Censos houve na última década um aumento acentuado do número de idosos, representando neste momento 19% do total da população portuguesa, simultaneamente e dado à baixa natalidade houve uma diminuição dos jovens, resultante assim num aumento do Índice de Envelhecimento, conforme se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 1 – Evolução de dados demográficos Censos 2001 e 2011

Nº total de indivíduos com idade > 65 anos		Índice de Envelhecimento	
2001	2011	2001	2011
1698493	2010064	102	128

Fonte INE, Censos 2011

Com estas alterações demográficas de ampla escala, e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais, é necessário um olhar atento, no sentido de antecipar e encontrar estratégias, para minimizar o impacto que o envelhecimento populacional possa ter na sociedade, encontrando soluções e maximizando o contributo que as pessoas com mais idade possam dar. “Em termos práticos, procura-se que cada vez um maior número de cidadãos idosos possa beneficiar duma vida mais ativa, saudável e participativa, o que representa sérios desafios às nossas sociedades e economias para atingir estes objetivos” (CARNEIRO, 2012). É pois necessário que as pessoas à medida que envelhecem continuem ativas, autónomas e participativas dando o seu contributo à sociedade, surge então o conceito de envelhecimento ativo.

2.1.1 – Envelhecimento Ativo

A OMS sustenta que poderemos lidar bem com o envelhecimento da população se os governos e a sociedade civil realizarem esforços para a implementação de políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos indivíduos em todas as fases da vida. Ajudar a que as pessoas se mantenham saudáveis enquanto envelhecem não é um luxo é uma necessidade (OMS, 2002).

A Direção Geral de Saúde refere no Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2004-2010) “o envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui (...) um desafio à responsabilidade individual e coletiva com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países”. O PNSPI pretende contribuir para a “generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo”.

A OMS (2002) define que o “Envelhecimento Ativo é o processo de otimização para a saúde, participação, e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhece”.

O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social, e mental. As pessoas deverão participar na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades (OMS, 2002).

A OMS (2002) define que “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes. São fatores determinantes transversais: Cultura e Género.

A cultura influencia todos os outros determinantes do envelhecimento ativo, abrange todas as pessoas e populações, modela a sua forma de envelhecer (OMS, 2002). Segundo a mesma fonte é através do género que se adequam as várias opções de intervenção e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres.

A OMS (2002) identifica ainda outros determinantes para um envelhecimento ativo: os serviços sociais e de saúde; determinantes económicos; determinantes sociais, o ambiente físico, determinantes pessoais e **determinantes comportamentais**.

A figura abaixo representa graficamente os fatores determinantes para o envelhecimento ativo; importa destacar neste trabalho os relacionados com a saúde, embora todos os fatores estejam de certa forma interligados, irá ser dado maior destaque aos determinantes comportamentais, uma vez que será nestes fatores que pretendemos intervir, com a implementação do projeto de educação para a saúde que visa a adoção de comportamentos de saúde.

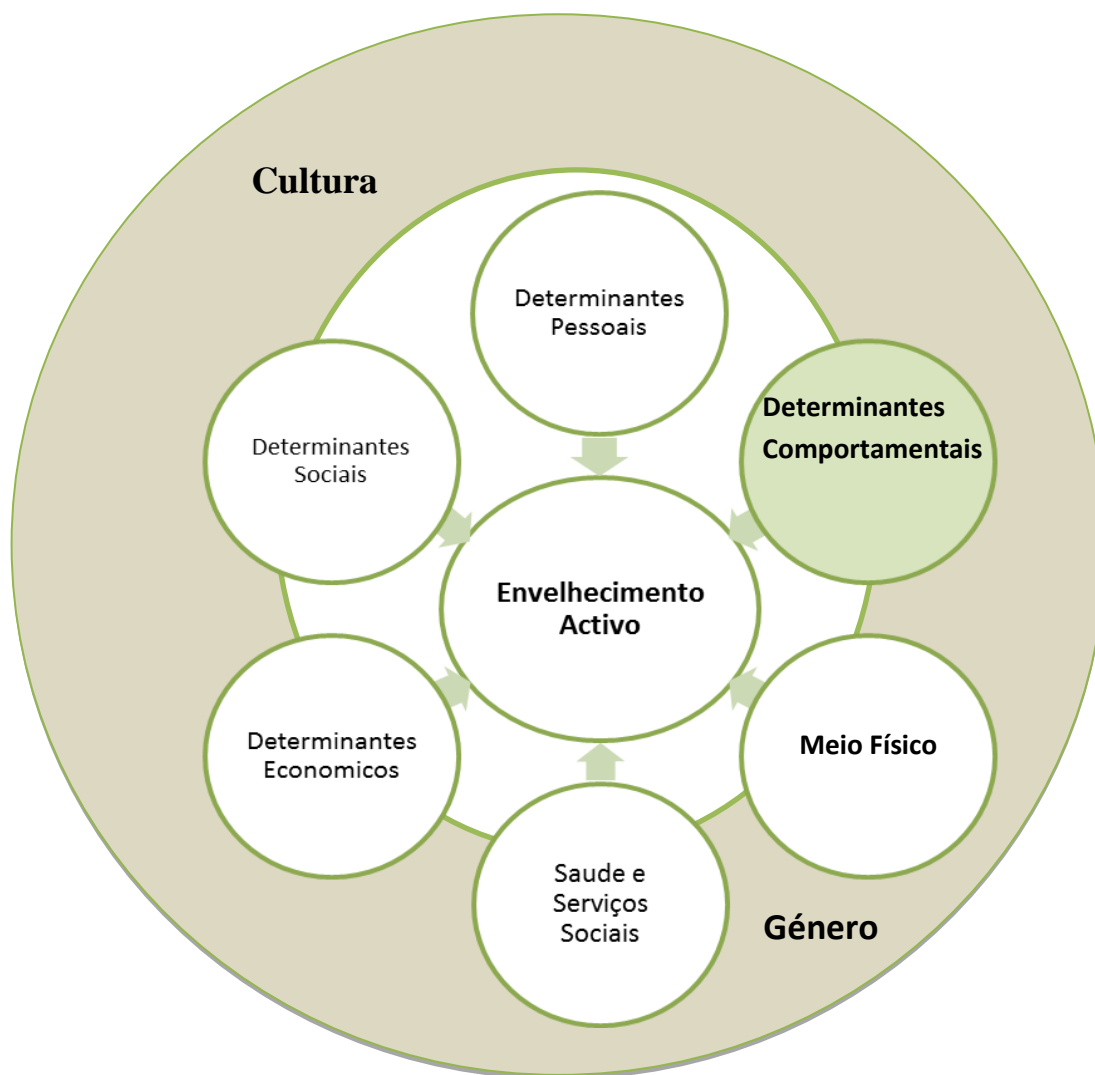


Fig. 1 – Os determinantes do envelhecimento ativo. Adaptada OMS, 2002.

O termo “*envelhecimento ativo*” procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “*envelhecimento saudável*”, reconhecendo que, além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. No entanto a manutenção da saúde é um dos fatores importantes para o alcançar de um envelhecimento ativo.

Os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise a promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade para promover o envelhecimento ativo (OMS, 2002).

A promoção da saúde capacitará a população para a adoção de comportamentos saudáveis contribuindo assim para a promoção de envelhecimento saudável. Entra-se assim no domínio do controlo dos determinantes comportamentais. É neste domínio que se pretende intervir a quando da operacionalização do projeto de educação para a saúde.

A promoção de práticas ligadas à saúde, tais como prevenção primária de doenças, a gestão adequada de problemas de saúde assim como promoção de comportamentos de segurança, tal como a prevenção de quedas, são importantes para a promoção do envelhecimento saudável e consequentemente ativo; é também importante a adoção de estilo de vida saudáveis.

“A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo” (OMS, 2002).

Surge então a necessidade de seleção das temáticas a abordar na sessão de educação para a saúde, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica sobre quais os determinantes comportamentais com mais impacto na manutenção da saúde das pessoas “mais velhas”.

STANHOPE e LANCASTER (2011) afirmam que “nunca é tarde de mais para beneficiar de hábitos de vida saudáveis, tais como cessação tabágica, dieta adequada e exercício”. ALMEIDA (2009) corrobora esta citação referindo que é necessário “evitar comportamentos considerados de risco – os consumos/adições (tabaco e álcool), o sedentarismo, nutrição desadequada”. Por outro lado surge ainda que “ a promoção de um envelhecimento com competência está dependente (...) da promoção de estilos de vida saudáveis, em termos de alimentação, exercício físico, consumo de substâncias aditiva” (SEQUEIRA, 2010).

Através da revisão bibliográfica selecionaram-se então alguns determinantes comportamentais a desenvolver no projeto de educação para a saúde: consumos e adições; alimentação saudável, atividade física, comportamentos de procura de saúde,

participação social. Dando seguimento, será feito um enquadramento baseado em vários autores para cada temática.

- **Consumos /adições**

A OMS (2002) refere o tabagismo como um importante fator de risco de morbidade, e os benefícios de deixar de fumar aplicam-se a todas as faixas etárias.

ALMEIDA (2009) citando FLETCHER (1999) refere que existem dados que indicam que há um número significativo de fumadores idosos na Europa, no entanto deixar de fumar mesmo depois dos 65 anos parece trazer benefícios.

Quanto ao consumo de álcool *“as pessoas idosas apresentam maior risco de lesões e quedas devido ao consumo de álcool, assim como riscos potenciais associados à mistura do álcool com medicamentos”* OMS (2002). ALMEIDA (2009) refere que o consumo excessivo tem efeitos negativos na saúde das pessoas mais velhas.

- **Alimentação Saudável**

A DGS (2004) afirma que uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias.

Há uma forte evidência da influência tanto do excesso de peso, como de um baixo IMC na situação de saúde dos idosos, para isto contribui uma alimentação desadequada (ALMEIDA, 2009).

“Na população idosa os problemas de nutrição e peso podem com frequência resultar não só de hábitos alimentares inadequados e insuficientes atividade, pressupondo eventual falta informação sobre estas matérias, mas também de uma diversidade de outros fatores, como alterações do apetite, dificuldades na aquisição e/ou confeção de alimentos” (ALMEIDA, 2009).

O mesmo autor refere ainda a existência de vários estudos que afirmam que a inadequação nutricional (deficiência vitamínica ou consumos desaconselháveis, com excesso de gordura e défice de frutas e vegetais) é um problema que afeta uma significativa proporção dos idosos europeus, com especial prevalência nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.

- **Atividade física**

A atividade física é um dos fatores determinantes de saúde que merece alguma atenção. “A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos” (OMS, 2002).

Os benefícios da atividade física podem ser usufruídos mesmo quando a sua prática regular começa numa idade mais avançada; esta é importante para um envelhecimento saudável, contribuindo para melhorar e manter a qualidade de vida e a independência. Para além dos benefícios relacionados com a prevenção de doenças crônicas, a atividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a força muscular (aumentando a probabilidade de se manter independente por mais tempo), a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental (DGS, 2004).

ALMEIDA (2009) corrobora a importância da atividade física pelos efeitos negativos associados à inatividade, sendo que também afirma que são consistentes as indicações de efeitos positivos de exercício regular, sendo que contribuirá para reduzir o risco de mortalidade e para prevenção ou adiamento da incapacidade. Segundo o mesmo autor a atividade física merece “simultaneamente destaque como importante determinante de diversas vertentes da saúde, funcionalidade (física e cognitiva) e bem-estar/qualidade de vida dos idosos”.

- **Comportamentos de procura de saúde**

A promoção de práticas de saúde é também bastante importante e neste domínio pode-se destacar a informação sobre práticas de cariz preventivo, tais como a vacinação (contra a gripe, o tétano), informação sobre exames periódicos, incluindo o rastreio regular de certas doenças (cancro da mama, colon), informação sobre saúde oral, nesta faixa etária pode ter implicações diversas, inclusive em termos de nutrição. Cada vez mais se promove também a auto gestão de doenças como HTA e diabetes (ALMEIDA, 2009).

- **Participação Social**

ALMEIDA (2009) propõe também a promoção de “comportamentos/ atividades de participação social, como um comportamento determinante para um envelhecimento saudável, salienta, por exemplo, o voluntariado. “O envolvimento da população mais velha em atividades de voluntariado tem merecido especial atenção, quer pela sua importância potencial face às preocupações sociais/económicas com peso do envelhecimento populacional, quer pelos benefícios que trará para o bem-estar dos indivíduos implicados”. O mesmo autor atribui importância ainda à

manutenção de outros comportamentos/ atividades mais específicos, tais como os comportamentos/ atividades de estimulação cognitiva, atividades artísticas e culturais.

“A promoção da saúde (...), dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida (...), pelo que é prioritária uma atuação concertada, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de atividade física” (DGS, 2004).

É fundamental uma boa condição de saúde para que as pessoas idosas sejam ativas, participativas na sociedade, a adoção de comportamentos saudáveis contribui para a manutenção do estado de saúde, sendo que é importante a intervenção ao nível dos determinantes comportamentais. Uma boa condição de saúde é importante para o envelhecimento ativo.

“Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias” (DGS, 2004).

2.1.2 - A relação entre Saúde - Qualidade de Vida - Bem-estar

“O que é uma realização extraordinária para este século, será um dos grandes desafios para o próximo: garantir a qualidade de vida de uma numerosa e sem precedente população idosa. Central para este desafio é a saúde, a qual é vista em sociedades ricas e pobres como o mais valioso bem para uma boa qualidade de vida, particularmente em anos tardios”. (Kalache, 1999).

A saúde é vital para manter o bem-estar e a qualidade de vida à medida que a pessoa envelhece. A reflexão sobre a qualidade de vida e bem-estar é fundamental para a compreensão de saúde no idoso e no processo de envelhecimento.

A OMS (1998) definiu a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades... é um recurso para a vida, não um objetivo de vida. É um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas"; e qualidade de vida como:

“A percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente à medida que um indivíduo

envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência” (OMS, 2002).

É possível avaliar a qualidade de vida em muitos domínios, (físico, psicológico, social), pelo que podemos afirmar que estado de saúde poderá influenciar a qualidade de vida de maneira diferente, pessoas diferentes. “Assim se demonstra que cada vez mais se deve centralizar a saúde do ponto de vista da pessoa, isto porque tem a ver com o sentimento subjetivo de bem-estar” (SILVA, 2011).

Para SILVA (2011) citando AMORIM E COELHO (1999) a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o bem-estar de outra pessoa.

Apesar da subjetividade do termo “bem-estar”, este parece ser importante fator no envelhecimento bem-sucedido.

PAUL (1996) refere que o idoso que envelhece de uma forma ótima é o que permanece ativo, encontrando substitutos para as atividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu, mesmo em situações difíceis, com falta de saúde, que os indivíduos possam manter um alto nível de saúde psicológica e satisfação de vida.

“O envelhecimento é, assim, um tempo marcado por acontecimentos de vida, **transições** e oportunidades, por perdas e ganhos, onde é fundamental implementar estratégias de conforto, de forma a ter um envelhecimento bem-sucedido” (SILVA, 2010).

Para que o indivíduo tenha saúde é fundamental que este se ajuste a essas transições, sejam elas de ordem física, social, ambiental. Deste equilíbrio resultará um bem-estar consciente, permitindo às pessoas o desenvolvimento das suas capacidades fisiológicas e psíquicas, reagindo ao meio físico e social que o envolve sem sofrimento.

Um envelhecimento bem-sucedido é pois um envelhecimento em que a pessoa consegue vivenciar as transições da vida alcançando bem-estar.

Especificamente na área de Enfermagem, MELEIS (2010) refere que a palavra transição deriva da palavra latina “*Transition*” que significa atravessar, passar de um lado para o outro estágio, assunto, posicionamento, ou seja, mudar.

A transição, que está relacionada com a mudança e o desenvolvimento... engloba elementos relacionados com o processo, tempo e percepção, podendo traduzir uma mudança nas necessidades e dos sistemas da pessoa humana. A transição incorpora um novo

conhecimento, altera o seu comportamento, e as definições de si própria no contexto social (MELEIS, 2007).

Ao nível individual e das famílias, as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, na identidade, no desempenho de papéis, nos relacionamentos interpessoais, nas capacidades, e nos padrões comportamentais, constituem transições (MELEIS, 2010).

Os enfermeiros interagem constantemente com pessoas que se encontram a experienciar transições, a antecipar transições e a completar o seu processo (MELEIS, 2010). Facilitar a transição na pessoa é o foco central da enfermagem. De acordo com a mesma autora, os enfermeiros frequentemente são os primeiros prestadores de cuidados que acompanham o processo de transição das pessoas cuidadas.

MELEIS; SAWYER; MESSIAS; SCHUMACHER, (2000) descrevem as transições como sendo desenvolvimentais, situacionais, de saúde-doença e organizacionais, e que as mesmas têm padrões de grande complexidade e multiplicidade, não sendo autónomas ou mutuamente exclusivas. Isto é, o enfermeiro não pode focar-se num só tipo de transição, uma vez que o mesmo cliente pode estar a vivenciar dois tipos de transição simultaneamente.

O Envelhecimento representa uma transição desenvolvimental, no entanto será frequente uma pessoa em processo de envelhecimento estar a passar por outro tipo de transição como de saúde doença. Importa, no entanto definir neste trabalho transição desenvolvimental.

As transições do tipo desenvolvimental, correspondem a transições no percurso do desenvolvimento, por exemplo, a transição da infância para a adolescência, a transição da idade adulta, o envelhecimento.

“São numerosas as transições de papéis no normal crescimento e desenvolvimento, duas transições significativas podem estar associadas a problemas de saúde significativos (mentais e físicos): da infância para a adolescência (...), da idade adulta para a velhice acompanhada por problemas gerontológicos relacionados com identidade, reforma e doenças crónicas” (MELEIS, 2010).

As transições são passíveis de tornar as pessoas vulneráveis. Esta vulnerabilidade advém do facto das pessoas não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes; perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento sentem-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação.

O desafio para os enfermeiros é entender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes na ajuda aos indivíduos, para que recuperem a estabilidade e sensação de bem-estar (MELEIS et al. 2000).

MELEIS (2007) conclui que a enfermagem se debruça sobre os processos e experiências humanas durante as transições, esperando que os indivíduos alcancem a saúde e bem-estar.

A teoria das transições de Meleis mostra ter aplicabilidade na compreensão do impacto numa vasta gama de mudanças na vida das pessoas, assim como orienta para a intervenção de enfermagem no sentido de facilitar o cliente a ultrapassar essas transições alcançando o bem-estar, fator importante num envelhecimento bem-sucedido, facilitador de um envelhecimento saudável e ativo.

O projeto de educação para a saúde, desenvolvido pela mestranda no decorrer do estágio, pretende contribuir a promoção da saúde do grupo alvo. Ao contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, visando a adoção de comportamentos saudáveis, pretende-se atribuir ferramentas para que estes indivíduos possam vivenciar as transições decorrentes do envelhecimento de uma maneira saudável, alcançado assim níveis de bem-estar elevados.

2.2– PROMOÇÃO DA SAUDE

A promoção da saúde constitui um objetivo consensual da prática de enfermagem. Importa pois refletir sobre a clarificação de promoção da saúde?

Embora, de há longa data se aborde o conceito de promoção da saúde, a origem oficial da abordagem atual da promoção da saúde está associada à 1ª Conferencia Internacional para a promoção da saúde que decorreu em 1986, da qual emergiu a Carta de Ottawa, que define 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 melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o individuo, ou grupo, devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, bem como satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde é entendida como um recurso para a vida, não como uma finalidade de vida. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas. Portanto, promoção da saúde não é apenas responsabilidade do sector da saúde, mas vai além estilos de vida saudáveis para bem-estar” (Carta de Ottawa, 1986).

Esta definição é abrangente envolve e procura responsabilizar, não só o sector da saúde mais também o setor económico, político na promoção da saúde.

A Carta de Bangkok para a promoção da saúde (2005), num mundo globalizado, volta a reforçar a ideia de que “ promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre sua saúde e seus determinantes, e, assim, melhorar a sua saúde”, avançando algumas estratégias a serem implementadas, assim como algumas ações necessárias, entre as quais destaca-se pelo interesse para este trabalho a “*build capacity*” para o desenvolvimento da prática da promoção da saúde, transferência de conhecimento e de pesquisa, e literacia em saúde.

Estas são ações fundamentais à promoção da saúde em que o setor da saúde e a enfermagem em particular têm um papel fundamental na sua implementação.

2.2.1- Educar para a Saúde: uma estratégia de Promoção da Saúde

A educação para a saúde pode ser encarada como parte integrante dos esforços para a promoção da saúde.

STANHOPE e LANCASTER (2011) definem educação para a saúde como uma das atividades realizadas por profissionais com o objetivo de promover a saúde.

Segundo a OMS (1998) a educação em saúde compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida, que são favoráveis ao indivíduo e comunidade.

“Educação para a saúde não só se preocupa com a comunicação de informações, mas também com promover a motivação, habilidades e confiança (autoeficácia) necessárias para tomar medidas para melhorar saúde. Educação em saúde inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, económicas e ambientais que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde. Assim, a educação em saúde pode envolver a comunicação de informações e desenvolvimento de habilidades de organização de várias formas de ação para abordar social, economicamente os determinantes ambientais da saúde” (OMS, 1998).

A educação para a Saúde é essencial em enfermagem. A promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde exigem que as pessoas recebam

informação compreensível relacionada com a saúde. Os enfermeiros podem educar as pessoas através de três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. A informação que os enfermeiros proporcionam capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (STANHOPE; LANCASTER, 2011).

Os mesmos autores afirmam ainda que 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.

CARVALHO e CARVALHO (2006) consideram que, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Citando AMORIM (2000) CARVALHO e CARVALHO (2006) consideram a educação para a saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.

“A Educação para a saúde exige uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões, em constante interação com o meio envolvente” (CARVALHO; CARVALHO, 2006). Sendo assim a educação para a saúde deve procurar desenvolver na pessoa, ou grupo a motivação que permita à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando no entanto as suas crenças, o seu estilo de vida, ou seja a pessoa não deverá ter um papel passivo, deverá ter um papel ativo nas tomada de decisões, no seu projeto de saúde.

“Ao assumir um papel ativo no seu processo de saúde, através da adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde (...) está implícito em todo este processo uma tomada de decisão face a um leque de opções possíveis, processo esse, que sofre importantes influências das emoções experimentadas pela pessoa” (CARVALHO; CARVALHO, 2006).

RODRIGUES (2005, p. 47-51) assume a educação para a Saúde como um processo interativo, devendo a pessoa adquirir uma postura de participação ativa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida. O princípio da participação ativa garante o respeito das pessoas e nesta

perspetiva a relação educativa é caracterizada por fazer algo "com os outros" em vez de "para os outros".

ALMEIDA (2009) defende que as ações de educação para a saúde dirigidas às pessoas mais velhas deverão adotar metodologias em acordo com os princípios da educação de adultos, estas pessoas tem de ser vistas como portadoras de uma história de vida que poderá influenciar o processo de aprendizagem.

MALDONADO; MUNOZ e NUNEZ (2007) afirmam que Indivíduos adultos aprendem apenas o que querem aprender. O interesse em aprender é influenciado pelas suas vivências, bem como por interesses e motivações do indivíduo num determinado momento de sua vida.

"Nas situações de ensino aprendizagem a motivação relaciona-se com a vontade da pessoa para aprender" (REDMAN, 2003).

Segundo PEIXOTO (2013) o papel do profissional de saúde/educador é preponderante, atendendo a que ao programar a Educação para a Saúde terá que possuir conhecimentos científicos, embora as competências interpessoais sejam também relevantes para produzir no indivíduo a necessidade e a vontade de mudar comportamentos.

Para que a Educação para a saúde seja efetiva, desempenhando o seu papel, promovendo da saúde, é pois necessário que o enfermeiro tenha em consideração que as pessoas mais velhas possuem as suas próprias vivências, havendo a necessidade de motiva-las para a necessidade de adotar comportamentos promotores de saúde.

"O papel da educação para a saúde é o de facilitar as mudanças de estilo de vida de forma voluntária, através da aquisição de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde" (RODRIGUES, 2005, p. 47-51).

Ainda o mesmo autor afirma que é a educação para a saúde que possibilita às pessoas tomarem consciência do seu potencial para manutenção da saúde.

A educação para a saúde mais do que informar, deve pois ter em conta as crenças, os valores, a cultura do indivíduo. O indivíduo deverá ter um papel ativo em todo o processo de educação. "Educar as pessoas para a saúde é criar condições para as pessoas se transformarem, saberem o porque das coisas. Mostrar-lhes que

elas podem aprender e sensibiliza-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde” (CARVALHO; CARVALHO, 2006).

CARVALHO e CARVALHO (2006) citam ainda TONES e TILFORD (1994), referindo que a educação para a saúde não é persuadir as pessoas a cumprir instruções médicas, mas deve capacitar as pessoas, fazer nascer uma consciência crítica, despertar interesse.

A educação para a saúde traduz-se no “*empowerment*” dos indivíduos, grupos e em última análise das comunidades, capacitando-os para uma análise crítica determinantes de saúde e conseqüentemente uma escolha fundamentada de comportamentos saudáveis.

2.2.2. – Literacia em Saúde e Empowerment

A OMS (1998) define Literacia em saúde como o “conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade das pessoas de ter acesso, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde”. É a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida, em casa, na comunidade, possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

“Literacia em saúde não é só a capacidade geral para ler (...) os pacientes enfrentam muitas vezes informações de saúde complexas, assim como decisões terapêuticas. Isto envolve a necessidade de avaliar informação de credibilidade e qualidade, analisar riscos” (MONTEIRO, 2009). A literacia em saúde constitui assim um facilitador importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde.

A literacia em saúde inclui a capacidade para compreender instruções e prescrições de medicamentos, folhetos médicos, consentimento informado e a capacidade para negociar sistemas de saúde, designadamente seguros de saúde. Assim, a literacia em saúde não é somente a capacidade para ler. Requer um grupo complexo de capacidades de leitura, escuta e saber tomar decisões e a capacidade de aplicar essas competências em situações de saúde (MONTEIRO, 2009).

ALMEIDA (2009) citando NUTBEAM (2008) afirma que no âmbito dos resultados de promoção da saúde a literacia em saúde poderia traduzir-se (entre

outros aspetos) em termos de melhoria do conhecimento e compreensão dos determinantes em Saúde.

BAKER citado por MONTEIRO (2009) refere que o acesso a informação crucial sobre os direitos e cuidados de saúde, o seguimento de instruções de tratamento, fazer terapêutica, compreender informação relacionada com a doença ou aprender sobre prevenção da doença ou promoção da saúde é influenciado diretamente pela literacia das pessoas. A baixa literacia é muitas vezes acompanhada por sentimentos de embaraço ou vergonha, podendo diminuir a capacidade das pessoas de demonstrarem os seus receios.

No Concelho de Palmela os níveis de literacia entre as pessoas “mais velhas” é muito baixo. No grupo alvo do projeto um grande número de indivíduos era mesmo analfabeta, assim sendo a informação fornecida foi adequada, foi utilizada linguagem simples, foram utilizados grafismos, frequentemente foi realizada a validação de que a mensagem foi percebida através de pedidos de feed back.

MONTEIRO (2009) refere que “construir literacia em saúde é mais do que fornecer informação em saúde. O acesso a informação boa e confiável é a pedra angular da literacia em saúde. No entanto, fornecer informação (...) por vezes não é suficiente”. Há que construir os canais de comunicação certos para que a informação em saúde se traduza realmente em comportamentos saudáveis.

Literacia em Saúde / aprendizagem em saúde fomenta a participação. O acesso à educação e à informação é essencial para alcançar a participação efetiva e o *empowerment* das pessoas e das comunidades (OMS, 1998).

A OMS (1998) define o conceito “*empowerment in Health*” como um processo através do qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

Na Declaração de Jacarta, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde. Assim é preconizado que as reformas devem promover a tomada de decisão entre o doente e o prestador de cuidados referindo ainda a necessidade do *empowerment* das pessoas (OMS, 1998).

O *empowerment* pode ser então considerado um processo, que para o doente é promotor de maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado por um ganho de conhecimentos e cumulativamente pelo desenvolvimento de competências, que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto de saúde.

Segundo ALMEIDA (2009) a perspectiva dos indivíduos sobre a sua saúde e em especial a sua consciência /conhecimento sobre o que a determina, bem como a percepção que têm das possibilidades de a influenciar, sobressai como um dos pré-requisitos para o propósito de assumir maior controle sobre a sua saúde e os seus determinantes que define o processo de *empowerment* e constitui o próprio objeto da promoção da saúde.

O *empowerment* das pessoas e comunidades, que assim assumem maior controle sobre as decisões e ações que as afetam, define a própria essência da promoção da saúde, para além de ser um fator influente em ganhos de saúde e equidade” (ALMEIDA, 2009).

Ao nível dos cuidados de Enfermagem, o *empowerment* conduz a pessoa à partilha de poder, à sua autodeterminação e ao assumir da responsabilidade pelas suas tomadas de decisão, assumindo uma papel ativo no seu próprio projeto de saúde.

O projeto de educação para a saúde, desenvolvido pela mestranda, visa contribuir para o empowerment dos indivíduos do grupo alvo, no sentido em que estes ao possuírem mais informação possam assumir o controlo do seu próprio projeto de saúde, ajudando a promover o empowerment da comunidade onde estas pessoas estão inseridas. “O empoderamento comunitário começa no indivíduo, passa pelo grupo e termina na comunidade em geral” (LAVÉRACK, 2008).

Segue-se no próximo capítulo a descrição da construção e execução do referido projeto de educação para a saúde, tendo por base a metodologia de planeamento em saúde.

3 – PLANEAMENTO EM SAUDE

No atual contexto socioeconómico, torna-se urgente otimizar os recursos existentes assim como potenciar as intervenções de enfermagem realizadas com vista à obtenção de ganhos em saúde.

IMPERATORI e GIRALDES (1993) definem planeamento como: "a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos".

É importante que intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária tenha por base o planeamento em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes.

Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1993), o Planeamento em Saúde baseia-se em três pilares essenciais: a Elaboração, a Execução e a Avaliação.

A elaboração é uma das fases mais importantes do planeamento em saúde, é composta pelo diagnóstico de saúde, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos tendo em conta a limitação de recursos, e a preparação da execução.

Segue-se a execução, fase em que é operacionalizado o projeto delineado anteriormente. Por fim há a necessidade de avaliar todo o processo, validação das estratégias e objetivos, verificação de indicadores, objetivação de ganhos em saúde, e redefinição do diagnóstico realizado anteriormente.

3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO NO LOCAL DE ESTÁGIO

Um dos principais objetivos deste estágio foi desenvolver estratégias de intervenção em Enfermagem Comunitária, no entanto, para que possam ser delineadas estratégias de intervenção é necessário fazer um diagnóstico de situação.

A temática elegida para desenvolver ao longo do estágio foi a promoção do envelhecimento saudável, pelo que a primeira atividade desenvolvida foi perceber qual o diagnóstico de situação sobre esta problemática na área de abrangência da UCC de Palmela.

Foram consultados alguns documentos fornecidos pela orientadora do estágio, nomeadamente o documento de candidatura da UCC, onde a mestranda teve acesso a alguns dados demográficos do Concelho de Palmela, área de influência da UCC, já recolhidos, e posteriormente atualizados com dados mais recentes. Tal como pode ser observado no quadro nº1 no projeto de intervenção (ANEXOII)

No mesmo documento estavam ainda identificados alguns problemas e necessidades da população idosa do Concelho de Palmela:

- Níveis de Iliteracia significativos – analfabetismo, baixos níveis de escolaridade, falta de hábitos de leitura, receio de novas tecnologias – leva a dificuldade de acesso a bens, serviços e direitos e a um grande nível de dependência de terceiros.
- Fracos recursos económicos – implicação direta na qualidade de vida desta população designadamente uma alimentação desequilibrada, necessidade de serviços básicos, falta de medicamentos.
- Isolamento social e geográfico – associado a alguns fatores já enunciados e também à dispersão geográfica do concelho com algumas populações rurais de pequena dimensão bastante afastadas dos meios urbanos

“O trabalho em parceria permite reunir esforços, rentabilizar recursos, integrar diferentes perspetivas e complementar competências, de forma a conferir maior eficácia e eficiência às intervenções” (CARNEIRO, 2012), pelo que foi também realizado uma pesquisa sobre os principais recursos e instituições que dão apoio à população com idade superior a 50 anos, com o objetivo de encontrar parceiros para o desenvolvimento do projeto de educação para a saúde:

- Concelho local de ação social de Palmela (CLASP)
- Comissões sociais de freguesia

- Uma rede de solidariedade social constituída por várias entidades: Associações de reformados, IPSS, centros de dia.
- Camara municipal de Palmela, com diversos programas: programa + 60, “Clic Sem Idade”
- Associações recreativas.

Com a informação recolhida constata-se que em termos de envelhecimento o concelho de Palmela segue a tendência geral de todo o país, é um concelho em que existe um número crescente da população com mais de 65 anos, com baixos índices de escolaridade, baixos rendimentos, muitas vezes em isolamento social.

Verifica-se ainda que existe já uma preocupação por parte das entidades oficiais, por exemplo da CMP, com esta problemática, procurando oferecer a esta população alvo, programas que promovem o envelhecimento ativo, saliento por exemplo o “Clic Sem Idade”, programa na área das tecnologias de informação dirigido à população com mais de 55 anos (Anexo III).

Por outro lado, existe em todas as freguesias do Concelho uma rede de associações de reformados que funcionam como centros de dia, que se revelam muito importantes dados os contextos familiares. Estas instituições são IPSS de extrema importância para esta população, pois dado o afastamento das famílias, estas associações revelam-se fundamentais no apoio aos mais idosos.

Estas associações de reformados funcionam como recursos ao apoio familiar oferecem durante o dia a atenção necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socio culturais das pessoas idosas afetadas por diferentes graus de dependência, promovendo a autonomia e a permanência em contexto domiciliário.

Quadro 2 – Associações de Reformados do Concelho de Palmela

Freguesia	Associações de Reformados Existentes
Marateca	1
Palmela	2
Pinhal Novo	3
Poceirão	2
Quinta do Anjo	2

Fonte: Documento de candidatura da UCC de Palmela (2010)

Tendo como base os dados recolhidos foi elaborado um projeto de educação para a saúde (ANEXO II), dirigido a um grupo alvo de pessoas com idade superior a

50 anos no sentido de promover a adoção comportamentos saudáveis, promotores de um envelhecimento saudável.

3.2 – ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

Realizado o diagnóstico de situação IMPERATORI e GIRALDES (1993) afirmam que há que proceder à fixação dos objetivos. Esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta fixação dos objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em curso. O mesmo autor define objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema”.

Os objetivos são pois, as linhas que orientam um projeto, os procedimentos, funcionam, como uma diretriz, um ponto de referência, que nos garante rigor na estruturação das atividades a desenvolver, bem como na seleção dos métodos mais adequados. Assim, tendo em conta o conhecimento relativamente a este contexto, os objetivos traçados no projeto foram os seguintes:

- Objetivo Geral:

- Promover estilos de vida saudáveis promotores do envelhecimento saudável.

- Objectivo Específicos:

- Capacitar as pessoas com idade superior a 50 anos para a necessidade de adoção de comportamentos promotores de um envelhecimento saudável
- Contribuir para a generalização e divulgação do conceito de envelhecimento ativo no concelho de Palmela
- Envolver uma instituição de cada freguesia na promoção de estilos de vida saudáveis.

3.3 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Dando seguimento ao planeamento foi necessário selecionar estratégias com vista ao atingir dos objetivos, este é uma parte do planeamento em saúde fundamental que põe à prova as capacidades do enfermeiro uma vez que os recursos são escassos.

Para IMPERATORI e GIRALDES a seleção de estratégias de saúde é: "um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde" (IMPERATORI; GIRALDES, 1993).

As estratégias de intervenção definidas foram:

- Promover junto dos parceiros da comunidade a divulgação do projeto;
- Estabelecer parcerias com a Câmara Municipal de Palmela e com entidades locais que facilitem a execução do projeto;
- Desenvolver ações de educação para a saúde que visem a adoção de estilos de vida saudáveis promotores de um envelhecimento saudável;
- Incentivar as entidades locais a promoverem ações de promoção de comportamentos saudáveis.

3.4. – INDICADORES E METAS

Seguindo as etapas do planeamento em saúde foi necessário a definição de indicadores e metas. IMPERATORI e GIRALDES (1993) recomendam a definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo.

Segundo os mesmos autores, um indicador de impacto "pretende medir a alteração verificada num problema de saúde" enquanto um indicador de execução "pretende medir a atividade desenvolvida (...) com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto" (IMPERATORI; GIRALDES, 1993). Poderá ser feita uma avaliação a curto prazo dos indicadores de execução, no entanto a avaliação dos indicadores de impacto só poderá ser realizada a longo prazo. Dado a limitação temporal do projeto em causa foram então definidos os indicadores de execução.

A mestranda propôs como metas a atingir: a realização de todas as sessões de educação para a saúde programadas; assim como envolver 60% de todas as instituições contatadas para serem parceiras do projeto de Educação para a Saúde. Os indicadores e metas são expostos no quadro abaixo, sendo que a sua avaliação será realizada no quadro 4.

Quadro 3 – Indicadores de execução

	Indicador	Meta
Realizar sessões de educação para a saúde para as pessoas com mais de 50 anos	Nº de sessões realizadas/ Nº sessões programadas	100%
Envolver Instituições / coletividades do Concelho, na promoção de estilos de vida saudáveis junto dos seus utentes	Nº de instituições envolvidas/Nº Total instituições contactadas	60%

3.5 – EXECUÇÃO

Estabelecimento de parcerias

“Sozinhos podemos ir mais rápido, mas juntos iremos mais longe”
(Victor Hugo)

Tendo a mestrand a alguma experiencia profissional em cuidados de saúde primários, e de desenvolvimento da prática profissional a nível comunitário, existe já a noção de que a intervenção na comunidade só é realmente conseguida desenvolvendo parcerias comunidade. Tendo este fato como premissa uma das primeiras atividades desenvolvidas em estágio foi precisamente o de estabelecer contacto e apresentar o projeto a alguns responsáveis de instituições na comunidade, visando o estabelecer de parcerias, para a implementação do projeto, com vista ao atingir dos objetivos propostos.

Como os objetivos visam o desenvolvimento das atividades em todas as freguesias do Concelho optou-se por selecionar como parceiros dessas comunidades os presidentes das Juntas de Freguesia, foi então agendada uma reunião com todos os presidentes de Junta (ANEXO IV), onde foi apresentado o projeto e onde foi solicitada a colaboração dos mesmos na abordagem à população alvo em cada Freguesia. Desta parceria com as juntas de freguesia foram então encontrados outros parceiros para o desenvolvimento do projeto, o que possibilitou a operacionalização do mesmo.

Posteriormente foi realizada outra reunião individualmente em cada Freguesia, com outros parceiros, onde foram agendadas as atividades a desenvolver (ANEXO V).

Foram também realizados contactos com a Camara Municipal de Palmela visando a realização de atividade dentro da temática, de âmbito Concelhio. Tendo a CMP em curso o programa “Clic Sem Idade” dirigido a pessoas com > 55 anos, achou-se pertinente, desenvolver atividades em colaboração com este projeto da CMP. Foi então solicitada reunião no gabinete responsável por este programa tendo sido agendada uma sessão de educação para a saúde dirigida aos participantes no programa “Clic Sem Idade” em curso.

Foi também solicitado a disponibilização de panfletos (Anexo VI) e a fixação de cartazes alusivos ao Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre gerações em todas as Juntas de Freguesia, de modo a divulgar e sensibilizar a população em geral. Estes Panfletos e Cartazes foram solicitados ao Programa de Ação para o Envelhecimento Ativo em Portugal.

- **Sessão de Educação para a Saúde realizada nas Associações de Reformados**

As associações de reformados mostraram disponibilidade para colaborar com o projeto e sendo que os seus utentes se encontram dentro da população alvo do projeto foram agendadas e realizadas as sessões de educação para a saúde nestas instituições segundo o quadro em anexo VII.

Com estas sessões de educação para a saúde pretendeu-se, sensibilizar e dotar os utentes dos centros de dia das associações de reformados de conhecimentos e competências para que estas consigam lidar melhor com as alterações, bem como sensibilizar para a importância de desenvolverem comportamentos saudáveis de forma a ter um controlo maior sobre a saúde.

Foi criado um power point maioritariamente gráfico com bastantes imagens, visto que na sua maioria estas pessoas eram analfabetas ou com baixa escolaridade. Houve também o cuidado das sessões de educação serem de pequena dimensão, a sua duração foi de aproximadamente 30 minutos, tendo os temas abordados sido:

- Abordagem ao envelhecimento, consequências positivas e ganhos.
- Importância de se manter saudável para um envelhecimento ativo.
- Comportamentos saudáveis:
 - Alimentação saudável;
 - Exercício físico adequado;
 - Prevenção de acidentes;
 - Redução de hábitos de consumo (álcool e tabaco);

- Comportamentos de procura de saúde.

Os participantes mostraram-se participativos fazendo comentários e expondo as suas dúvidas. Estiveram presentes nas sessões de educação para a saúde realizadas nas associações de reformados 95 pessoas sendo que dessas 30% expuseram dúvidas. Optou-se pela não realização de teste formal aos conhecimentos dos utentes no final da sessão dada a sua idade avançada, baixo nível de escolaridade, houve então um resumo simplificado no final da sessão onde alguns utentes puderam demonstrar os conhecimentos adquiridos. Demonstrando assim com efetividade a aquisição dos conhecimentos transmitidos pela sessão de educação para a saúde.

- **Atividade na Freguesia do Poceirão**

Sendo que a população alvo do projeto é na faixa etária > 50 anos e a maioria das pessoas que se encontram nos centros de dia tem idade > a 65 anos achou-se pertinente fazer outro tipo de atividades com vista a chegar até à população alvo na faixa etária entre os 50 e os 65 anos, foi então programada na freguesia do Poceirão uma atividade, dirigida à população em geral, um pouco mais completa que incluía a mesma sessão de educação para a saúde, uma caminhada e um almoço saudável, sendo que esta atividade foi dinamizada em parceria com a Associação Recreativa 1º de Janeiro, de Lagoa do Calvo uma pequena aldeia da freguesia, e foi agendada para um dia de fim-de-semana. Foi elaborado um cartaz de divulgação (ANEXO VIII) que foi fixado por toda a freguesia e foi também publicitado no site da Associação.

Esta atividade atingiu o objetivo pretendido que era atingir uma maioria da população alvo com idade compreendida entre os 50 e os 65 anos. A adesão da população foi bem conseguida tendo para isso contribuído o facto desta sociedade recreativa realizar com regularidade este tipo de atividades, efetivamente houve mais participantes optou-se por apenas contabilizar os participantes com idades > a 50 anos, população alvo do trabalho.(ANEXO IX)

Foi então realizada a sessão de educação para a saúde onde se abordaram as mesmas temáticas, seguida de uma pequena aula de ginástica de aquecimento, que foi orientada por uma professora de ginástica que realiza aulas semanalmente na sociedade recreativa e que se disponibilizou a colaborar, o que foi uma mais-valia. De seguida foi então realizada uma caminhada de aproximadamente 40 minutos, na área envolvente em meio rural, caminhada essa que decorreu sem intercorrências e revelando-se bastante agradável. Posteriormente foi servido na sociedade um almoço saudável, onde foi servida uma refeição equilibrada.

Houve um envolvimento muito grande por parte do parceiro em causa, a sociedade recreativa, a participação da população de Poceirão foi muito ativa. Durante a sessão cerca de 50% das pessoas fizeram questões, esclareceram dúvidas. O fato de ter também sido realizada uma atividade mais prática, a “caminhada”, e ter sido servido o “almoço saudável” reforçaram a mensagem que se pretendia passar, a aquisição de hábitos de vida saudáveis, como forma de promover o envelhecimento saudável.

A estratégia de fazer a intervenção ao fim de semana tornou possível que estivessem presentes pessoas que normalmente se encontram a trabalhar durante os dias de semana, foi por isso uma estratégia que mostrou ser acertada dada a necessidade de chegar até à faixa etária mais baixa desta população alvo.

- **Atividade em colaboração com o programa “Clic Sem Idade”**

Atividade dirigida aos participantes do programa da CMP “Clic Sem Idade” (ANEXO X). Este é um programa que visa que os participantes adquiram competências na área das TIC pelo que a sessão de educação para a saúde foi adequada a esta população. Estas pessoas já no final deste programa tinham já algumas competências, pelo que além dos conteúdos existentes nas sessões anteriores, sobre a adoção de estilos de vida saudáveis promotores de um envelhecimento saudável e ativo, foi complementada com uma componente dirigida às TIC. Visto que esta população tinha já competências ao nível de pesquisas na internet achou-se pertinente a abordagem a pesquisas sobre a temática saúde, salvaguardando a importância de fazer as pesquisas nos sites adequados, dando ênfase ao fato de muitas vezes existirem informações erradas na internet, foram informados que deverão procurar informações nos sites oficiais tais como o site da APDP, da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, entre outros. Foi realizado o acesso a alguns destes *sites* durante a sessão de educação para a saúde.

A divulgação desta atividade foi realizada no “Catavento”, publicação *online* da Camara onde são divulgadas todas as atividades que promove no Concelho (ANEXO XI).

Ao realizar esta atividade foi possível constatar que os participantes, ao procurarem este tipo de programas revelam já preocupação em ter um envelhecimento ativo, são pessoas mais informadas e procuram nesta fase das suas vidas manter atividade social e desenvolver as suas capacidades cognitivas, procurando para isso a aprendizagem de novas competências.

Houve durante a sessão de educação para a saúde uma participação ativa, existindo discussão e esclarecimento de dúvidas por parte dos participantes. Quanto à parte prática da busca de informação sobre questões na internet foi solicitada a participação de uma das pessoas, estratégia que, de algum modo deu ênfase à informação que se pretendia transmitir.

No seguimento desta intervenção foi acordado que no final da formação de cada grupo do programa “Clic Sem Idade”, iria ser replicado esta sessão de educação para a saúde, ficando assegurada a continuidade pela coordenadora da UCC.

Foi também muito gratificante o facto de mesmo depois do final do estágio a mestranda ter sido convidada pela CMP para o evento de encerramento do “Clic Sem Idade” 2012 (ANEXO XII) demonstrando com isso o impacto positivo que teve a sua intervenção. Durante esse evento, foi com agrado que em conversa com alguns dos participantes presentes na sessão de educação para a saúde pode constatar que se formou um grupo de 5 pessoas que fazem caminhadas regularmente, demonstrando, que a sessão de educação para a saúde teve impacto, fazendo com que pelo menos algumas pessoas adquirissem hábitos de vida mais saudáveis.

- **Atividade conjunta com a Equipa de Saúde Escolar**

Foi solicitada a colaboração da equipa de saúde escolar da UCC numa atividade a ser realizada por alunos da Escola Básica do 2º e 3º Ciclos José Maria dos Santos no Pinhal Novo, no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações. Nesta atividade estavam envolvidos os alunos e professores de duas turmas com currículos alternativos e o objetivo seria realizar uma atividade ao ar livre, estavam já programadas atividades com exercício físico, com aulas de fitness ao ar livre. Solicitavam a equipa de saúde escolar no sentido de estar presente durante uma manhã, com o objetivo de fazer a promoção de estilos de vida saudáveis promotores de um envelhecimento saudável e ativo.

Não estando programada foi uma atividade que a mestranda viu como uma oportunidade de chegar até à população alvo do seu projeto, mais especificamente no intervalo de idade entre os 50 e os 65 anos, pelo que foi assumida a responsabilidade de colaboração com este projeto da escola em causa.

Esta atividade foi realizada na freguesia do Pinhal Novo. (Anexo XIII) Foi então construída uma “Banquinha da Saúde” onde foram distribuídos panfletos sobre Envelhecimento ativo, estilos de vida saudáveis: alimentação saudável, baixo consumo de sal. REDMAN (2003) atribui importância ao facto de ter à disposição

panfletos, uma vez que pode chamar a atenção das pessoas para o conteúdo dos mesmos, encorajando-as a fazer perguntas.

Foi então realizada sensibilização das pessoas para a necessidade da adoção de estilos de vida saudáveis para um envelhecimento saudável. Para que a adesão da população fosse maior foi também realizado rastreio de tensão arterial, glicémia e IMC, foram realizados os ensinamentos adequados a cada situação, de salientar que não foi necessário realizar nenhum encaminhamento.

Esta atividade atingiu o objetivo pretendido que era atingir uma maioria da população alvo com idade compreendida entre os 50 e os 65 anos. A adesão da população foi bem conseguida. Mais uma vez a população mostrou-se interessada, a existência de uma componente prática, a aula de fitness foi uma mais-valia, uma vez que reforça a mensagem passada. O fato de ter sido realizada a avaliação de glicemia, tensão arterial e IMC foi utilizado como estratégia para que as pessoas se aproximassem, posteriormente era realizada a promoção de estilos de vida saudáveis promotores de um Envelhecimento Saudável e Ativo. As pessoas mostraram-se ainda mais interessadas, realizaram muitas questões e esclareceram as suas dúvidas.

3.6 – AVALIAÇÃO

Nesta fase do planeamento é avaliado o sucesso do projeto desenvolvido, bem como a determinação dos constrangimentos. São analisadas as estratégias implementadas e os objetivos traçados e a resposta dada às necessidades identificadas. É este processo de validação que permite atualizar o diagnóstico realizado antes da implementação do projeto.

A avaliação divide-se entre, aquela que é realizável a curto prazo, através da validação dos indicadores de execução e a médio/longo prazo através dos indicadores de impacto.

Na tabela abaixo, são avaliados os indicadores de execução do projeto, conforme preconizado pelo planeamento em saúde.

Quadro 4 – Avaliação dos indicadores de execução

	Indicador		Meta	Avaliação
Realizar sessões de educação para a saúde para as pessoas com mais de 50 anos	Nº de sessões realizadas/ Nº sessões programadas	7 / 7	100%	100% Objetivo atingido
Envolver Instituições / coletividades do Concelho, na promoção de estilos de vida saudáveis junto dos seus utentes	Nº de instituições envolvidas/Nº Total instituições contactadas	7/9	60%	78% Objetivo atingido

Quanto à avaliação a curto prazo pode-se afirmar que é positiva uma vez que as metas operacionais definidas no início do projeto foram atingidas.

Não é possível obter o impacto deste projeto de intervenção pois em saúde comunitária muitas das intervenções de enfermagem produzem efeito a longo prazo. Este é um projeto de educação para a saúde, que visa a adoção de comportamentos promotores de saúde, ora a validação da efetiva mudança de comportamentos requer um horizonte temporal alargado.

No entanto e tal como foi referido anteriormente a quando da descrição da intervenção em parceria no “Clic Sem Idade”, a mestranda teve contato com algumas pessoas que estiveram na sessão de educação para a saúde, que afirmam que, passados alguns meses da referida intervenção, continuam a realizar caminhadas regularmente o que demonstra o impacto positivo da mesma.

Os ganhos em saúde originados por este projeto são:

- Grupo alvo com mais informação sobre estilos de vida saudáveis, promotores de um envelhecimento saudável.
- Responsáveis de instituições locais colaboram na intervenção e contribuem para a dinamização do projeto, tomam consciência da importância de um envelhecimento saudável.

4- OUTRAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Sendo a coordenadora da UCC o elemento responsável PNV no ACES, surgiu a oportunidade de colaborar na monitorização das taxas de cobertura vacinal das diferentes unidades funcionais do ACES Setúbal – Palmela. A mestranda elaborou gráficos comparativos com os dados cedidos pelas diferentes unidades, e preparou uma apresentação multimédia, sendo que esta apresentação seria replicada nas diferentes unidades funcionais, com o objetivo de, segundo a enfermeira coordenadora, dar a conhecer aos profissionais quais as taxas de cobertura vacinação atingidas na globalidade, assim como discutir estratégias com os profissionais das diferentes unidades funcionais para melhorar a cobertura vacinal da população.

A colaboração na monitorização do PNV, representa uma mais-valia no desenvolvimento da UC estágio, uma vez que a mestranda teve a oportunidade de participar na coordenação/monitorização de um programa de saúde de nível nacional. O PNV é inclusive um dos programas de saúde com uma maior efetividade em Portugal,

A vacinação é das intervenções ao nível da saúde que maiores ganhos de custo / efetividade produzem no âmbito dos cuidados de saúde primários. Através dela controlam-se e eliminam-se doenças, tendo um impacto direto nas taxas de mortalidade e morbidade de uma população.

“As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico (...) Nos anos seguintes à entrada em vigor do PNV, em 1965, verificou-se uma notável redução da morbidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos de saúde” (PNV, 2012)

A prática da vacinação enquanto programa surge no PNS como estratégia e intervenção necessária na abordagem da gestão da doença. Recomenda que deve manter o caráter universal, deve ser acessível, no entanto a vacinação surge como uma intervenção não concluída dado o comportamento demográfico e a história natural das doenças. O PNS (2004) recomenda por isso uma avaliação periódica orientadora do processo de decisão. O que fundamenta a intervenção realizada pela mestranda.

5 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Profissionalmente a mestranda desenvolve a sua atividade em Cuidados de Saúde Primários, tendo nos últimos anos integrado a UCC Seixal onde presta cuidados na Comunidade na área de influência da referida unidade funcional pelo que a procura por uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, por intermédio da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, constituiu-se como uma necessidade pessoal e que se tem vindo a repercutir em mais-valias e ganhos em saúde a esses mesmos utentes e famílias.

Fatores como o aumento da procura de cuidados, a complexidade dos casos clínicos e da tomada de decisão clínica em enfermagem, no contexto dos cuidados de saúde primários, bem como o envelhecimento da população, estão na base da necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área.

No decorrer do curso de especialização em enfermagem comunitária, particularmente durante os estágios, os conhecimentos são aprofundados, são adquiridos outros, o que leva à aquisição de competências especializadas de enfermagem comunitária. Após o desenvolver destas competências a intervenção na comunidade toma outra dimensão, que a mestranda pretende levar para o seu contexto de trabalho.

O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas. Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, a todos os níveis de prevenção.

“Especialista 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” (Regulamento n.º 122/2011).

O Regulamento 128/2011 define quais as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, 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 na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assim sendo importa estabelecer uma ponte entre as competências específicas do enfermeiro especialista adquiridas ao longo desta unidade curricular e as intervenções de enfermagem realizadas.

Numa fase inicial a intervenção de enfermagem foi baseada num diagnóstico de saúde da comunidade já existente, pelo que foi possível ter acesso a alguns dados sobre a população alvo do projeto a desenvolver, no entanto foi necessário realizar uma pesquisa de quais as estruturas de apoio e instituições, que a mestranda poderia contar para operacionalizar o seu projeto de intervenção.

Foi necessário desenvolver junto dos líderes da comunidade, diligências no sentido de ser facilitado o estabelecimento de parcerias, foi pois aprofundada a unidade de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária – Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados mobilizando os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde, promovendo o trabalho em parceria.

É fundamental envolver a comunidade e o estabelecer de parcerias para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, na área do conhecimento em enfermagem comunitária, no sentido em que as intervenções do especialista em Enfermagem comunitária devem ser focadas na comunidade, para a comunidade e com a comunidade.

Foi ainda elaborado o projeto de intervenção tendo por base o planeamento em saúde, com definição de objetivos, e indicadores com vista resolução de problemas identificados, neste caso tendo como objetivo a promoção da saúde da população com idade superior a 50 anos.

Assim sendo a competência específica do enfermeiro especialista de Enfermagem Comunitária: **Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, avaliação do estado de saúde de uma comunidade**, foi desenvolvida ao longo do estágio.

Ao operacionalizar o projeto de educação para a saúde, foram desenvolvidas varias atividades tendo a mestranda desenvolvido a Competência Especifica do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, descrita no Regulamento nº 128 /2011 – **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

A mestranda efetivamente liderou um processo comunitário com vista à capacitação de um grupo, mobilizando parceiros da comunidade e num projeto dirigido a um grupo específico dessa mesma comunidade, mobilizando conhecimentos na área das ciências da comunicação e educação nesse processo de capacitação à comunidade.

No decurso da UC estágio a mestranda desenvolveu ainda a competência: **Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.** Ao colaborar com a coordenadora da UCC na monitorização das taxas de cobertura vacinal das diferentes unidades funcionais do ACES Setúbal – Palmela., a mestranda colaborou na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes no Programa Nacional de Vacinação, identificando e monitorizando os resultados obtidos.

Quanto à competência: **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico,** foi adquirida durante a prática clínica aquando da colaboração na monitorização da cobertura vacinal no ACES Setúbal – Palmela. A mestranda participou na monitorização de fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica, utilizando técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas.

Foram ainda desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista no **domínio da melhoria da qualidade.** Mobilizando a competência: **Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais,** dado que participou na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional (colaborando na definição das metas a atingir em termos de cobertura vacinal no ACES Setúbal-Palmela), colaborando também na comunicação dos resultados das atividades realizadas visando o aumento da cobertura vacinal no mesmo ACES aos enfermeiros envolvidos na operacionalização do PNV. No **domínio da gestão dos cuidados** foi adquirida a competência: **Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem,** uma vez que ao monitorizar os resultados da operacionalização do PNV supervisionou e avaliou os cuidados prestados, em situação de delegação.

A realização deste estágio permitiu o aperfeiçoamento de outras competências, facilitou a aplicação de conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da

formação académica e ao longo do percurso profissional, na intervenção na comunidade, de salientar ainda a capacidade de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho, em todo o ato de cuidar, porque educar é cuidar.

A mestranda desenvolve competências de compreensão aprofundadas na relação com a comunidade envolvente, na resolução de problemas abrangentes e complexos, numa perspetiva profissional avançada, baseada em evidências científicas e resultados de estudos de investigação na prática clínica, com o objetivo de uma melhoria contínua com vista, ao bem-estar da comunidade.

6 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

6.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

A procura da qualidade máxima do cuidado de enfermagem, combinada com a necessidade do uso racional de recursos, tem contribuído para o aumento da pressão sobre os profissionais no sentido de assegurar a implementação de uma prática baseada em evidência científica.

A prática baseada em evidência tem sido definida como o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar do utente (DOMENICO; IDE, 2003). Compreende um novo modelo operacional integrador da competência clínica individual, com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas científicas e analisa a inserção dessa prática no modelo profissional de enfermagem.

Segundo refere YONG, OLSEN e MCGINNIS (2010) as decisões tomadas que modelam a saúde e os cuidados de saúde de todos os atores, clientes, prestadores de cuidados, contribuintes e decisores políticos, serão baseadas numa sólida e fiável base científica. Como evidência considera-se a informação obtida por experiência clínica que foi submetida a algum grau de validação e cujo modelo é determinado de acordo com a necessidade da intervenção e situação clínica.

A revisão sistemática é o método mais adequado e atual para resumir e sintetizar evidência sobre a eficácia e os efeitos das intervenções (SAMPAIO; MANCINI, 2007), pelo que a mestranda irá através da revisão sistemática de literatura encontrar evidência científica para as intervenções realizadas durante o estágio.

Como ponto de partida para a revisão sistemática de literatura foi elaborada a seguinte pergunta em formato PI(C)O: A Educação para a Saúde (I) na pessoa com idade superior a 50 anos (P) promove o Envelhecimento Saudável? (O) (Anexo XIV).

Importa nesta fase e de maneira sucinta fundamentar os conceitos utilizados na questão PICO, de modo a haver uma clarificação dos mesmos:

Educação para a Saúde: são oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem que envolvam alguma forma de comunicação destinada a

melhorar a literacia em saúde. Educação para a saúde não é apenas a comunicação de informações, mas também promoção da motivação de habilidades e confiança necessárias para tomar medidas para melhorar saúde (OMS, 2002).

Pessoa: é o “*cliente*” de enfermagem, é como um “sistema aberto, um ser humano com necessidades, em constante interação com o ambiente e que tem capacidade para se adaptar a esse ambiente, mas (...) vivencia um desequilíbrio ou está em risco de vivenciar algum” (MELEIS, 2007).

Meia-idade – pessoa com idade entre os 40 e os 64 anos, onde se inclui a pessoa com idade superior a 50 anos e inferior a 64 anos.

Idoso – pessoa com idade superior a 65 anos.

Envelhecimento Saudável: um envelhecimento em que a pessoa consegue vivenciar as transições da vida alcançando bem-estar.

Clarificados os conceitos da pergunta pico e dando sequencia ao protocolo de revisão sistemática foram identificadas as palavras-chave, e foi elaborada uma sequência. Assim: 1º Health Promotion; 2º Aging; 3º Health; 4º Active.

Foi realizada a validação das palavras-chave na base internacional MESH Browser em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> para se identificarem como descritores.

Desta pesquisa conclui-se que as palavra-chave Health Promotion; Aging; Health são descritores, no entanto a palavra-chave Active, não é descritor. Optou-se por mante-la na pesquisa uma vez que se considerou que funcionaria a favor da redução do número de artigos, bem como de uma orientação mais específica das evidências obtidas. CRAIG e SMYTH (2004) suportam esta medida uma vez que afirma que “se surgirem demasiados artigos, pode ser necessário limitar a pesquisa, para a tornar mais precisa, utilizando termos mais precisos”.

Foram definidos um conjunto de critérios de inclusão e exclusão, de modo a conseguir-se seleccionar os artigos adequados à questão de partida e temática em estudo como esquematizados no quadro em anexo (anexo XV).

Desta forma, iniciou-se o percurso de pesquisa de artigos nas bases de dados científicas a 13 de Junho de 2013. Em primeira linha foi seleccionada a plataforma EBSCO, uma vez que permite o acesso à produção e investigação científica de Enfermagem. Dentro desta plataforma foram escolhidas as bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, como a mais completa fonte de periódicos de saúde e

enfermagem; a MEDLINE with Full Text que apesar de abranger apenas periódicos na área médica também se encontra dentro das mais completas bases de dados; a Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, como base de dados que engloba também artigos/estudos no âmbito da área da Enfermagem; e a MedicLatina, por reproduzir uma coleção exclusiva de artigos científicos na mesma área.

Depois de selecionadas as bases de dados, foram atribuídas algumas condições/limitadores de pesquisa como sejam: o modo de pesquisa Booleano/Frase; friso cronológico entre o período de Junho de 2007 e Junho de 2013, tendo em conta os anos considerados de referência para definir bibliografia atualizada e com preferência pela mais recente; artigos/estudos com resumo disponível e texto completo (PDF); pesquisas referentes ao humano; e artigos/estudos em que qualquer autor é enfermeiro.

Procedeu-se de seguida à pesquisa individual de cada palavra-chave tendo emergido os estudos relacionados de acordo com o quadro em anexo. Posteriormente realizaram-se novas pesquisas conjugando cada palavra-chave com a seguinte. E por último foi feita a conjugação ordenada de todas as palavras-chave 1º Health Promotion; 2º Aging; 3º Health; 4º Active, tendo sido o resultado 25 artigos (ANEXO XVI).

No seguimento foi feita a leitura dos títulos de todos os artigos selecionados e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 12 artigos para posterior leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 8 artigos para leitura do texto completo. Por último, foram selecionados 2 artigos que demonstram evidências que vão de encontro à questão-pico. Da análise dos artigos, foram elaboradas fichas síntese com identificação dos participantes, intervenções, resultados, tipo de estudo e classificação do nível de evidência de acordo com Rating System for the Hierarchy of Evidence (AMENDOEIRA, 2011) (ANEXO XVII).

6.1.2 – Análise reflexiva

A autora KIM (2009) ao publicar o artigo, *“Older people’s expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status”* contribui para a produção de conhecimentos teóricos e práticos que realçam as intervenções de enfermagem, colocando em evidência a importância do papel do enfermeiro na promoção de comportamentos promotores de Saúde na População mais velha.

A análise do mesmo artigo realça a importância da adoção de comportamentos promotores de saúde no aumento das expectativas sobre o envelhecimento, uma vez que pessoas que esperam atingir um elevado funcionamento físico e mental com o envelhecimento são mais propensas a terem comportamentos promotores de saúde, e pessoas com comportamentos promotores de saúde tem mais altos níveis do estado de saúde o que por sua vez leva a maiores expectativas face ao envelhecimento.

A reflexão sobre expectativas elevadas face ao envelhecimento leva-nos aos conceitos de qualidade de vida e bem-estar sinónimo de envelhecimento bem-sucedido, sendo estes conceitos de difícil objetivação, a revisão bibliográfica revela-nos a sua importância no processo de envelhecimento, sendo fundamentais para que pessoa desenvolva o seu processo de envelhecimento ativo: autónoma e participativa

No processo de envelhecimento ativo a saúde é central, uma vez que é vista como fundamental para o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa com mais de 50 anos.

Para um envelhecimento saudável, é necessário que as pessoas mais velhas tenham um papel ativo na manutenção da saúde física e mental para otimizar a sua capacidade, tanto quanto possível até ao fim da vida, e isto pode ser feito através da promoção de um estilo de vida saudável (KIM, 2009).

KIM, (2009) atribui ainda à promoção de comportamentos de saúde grande importância face às expectativas face ao envelhecimento, salientando que os enfermeiros precisam fazer um maior esforço para desenvolver intervenções para a alteração do papel dos indivíduos na sua própria saúde de atores passivos para ativos.

Deste modo pode-se afirmar que o estudo fundamenta as intervenções realizadas no decurso do estágio, onde foi desenvolvido um projeto de educação para a saúde com vista à promoção de estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde é uma estratégia para a promoção de comportamentos saudáveis, sendo um processo que visa que a pessoa assuma uma postura de participação ativa e de parceria, com responsabilidades na determinação da sua própria saúde. A educação para a saúde deverá capacitar as pessoas para uma análise crítica dos fatores determinantes de saúde e consequentemente realizar escolhas fundamentadas de comportamentos promotores de saúde.

O artigo "*Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative Approach*" de MALDONADO et al. (2007) foca a sua intervenção no processo de

“empowerment” dos indivíduos de uma comunidade tendo como objetivo um envelhecimento ativo.

O processo de *empowerment* constitui-se no próprio objeto da Promoção da Saúde. A promoção da saúde visa o *empowerment* do indivíduo, do grupo, da comunidade, ou seja visa uma maior consciência /conhecimento do indivíduo sobre o que determina a sua saúde, bem como a percepção que têm das possibilidades de a influenciar, assumindo maior controle sobre a mesma e os seus determinantes.

A Educação para a Saúde numa ação essencialmente voltada para a Promoção da Saúde e desempenha um papel fundamental no *empowerment* dos indivíduos, logo pode-se afirmar que o artigo supra citado também responde á pergunta PI(C)O.

MALDONADO et al. (2007) refere mesmo que a implementação de programas de intervenção educativa focada em envelhecimento ativo, constitui um elemento-chave para garantir uma intervenção comunitária de sucesso que acabará por ter um impacto positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população mais velha”.

A questão PI(C)O a educação para a saúde na pessoa com idade superior a 50 anos promove um envelhecimento saudável, encontra uma resposta nas evidências obtidas a partir da análise dos dois artigos selecionados. No entanto os estudos encontrados têm uma população alvo diferente, ambos centram a sua intervenção em populações com idades superiores a 60 anos, enquanto a idade do grupo alvo deste trabalho é definida como superior a 50 anos, constituindo uma limitação nas respostas obtidas a partir das evidências encontradas.

No entanto é válida a utilização destes artigos para conferir evidência científica às intervenções realizadas, uma vez que “qualquer que seja a idade definida (...) é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (OMS, 2002). Além de que o envelhecimento não acontece apenas após os 60 anos, o envelhecimento acontece ao longo de toda a vida, a adoção comportamentos promotores de saúde em qualquer faixa etária será importante para um envelhecimento saudável.

Conclui-se que esta revisão sistemática de literatura nas bases de dados internacionais, confere evidencia científica às estratégias utilizadas na prática, sendo que responde à questão PI(C)O, elaborada no inicio da pesquisa: a **Educação para a Saúde Promove o envelhecimento Saudável e Ativo**. Com efeito, a educação para a saúde é uma estratégia de promoção da saúde que promove o envelhecimento saudável.

7 – CONCLUSÃO

Chegando ao final deste percurso formativo é imperativo fazer uma reflexão final, onde possam ser apresentadas algumas ideias chave que emergiram da prática durante o estágio e da elaboração do presente relatório. Pretende-se, pois realizar uma retrospectiva da evolução do estágio tendo em conta a problemática escolhida, objetivos, estratégias utilizadas e competências desenvolvidas, assim como salientar quais as conclusões que emergiram do enquadramento e conceptualização teórica deste relatório.

Importa responder aos objetivos do presente relatório. Sendo assim e respondendo ao objetivo proposto: Fundamentar competências de enfermagem comunitária desenvolvidas na prática com a recurso uma análise crítica. A mestranda adquiriu competências específicas da área de Especialidade de Enfermagem Comunitária ao operacionalizar o projeto de Educação para a Saúde visando a promoção de estilos de vida saudáveis junto da população com mais de 50 anos, com o propósito de contribuir para um envelhecimento saudável.

O Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável, uma vez que tem competências específicas, essenciais para o diagnóstico de saúde de um grupo ou comunidade, assim como para o planear e executar de intervenções com vista ao “*empowerment*” destes mesmos grupos ou comunidades, conferindo-lhes conhecimentos para uma mudança de comportamentos através da tomada de decisão, assumindo assim um papel ativo no seu projeto de saúde.

Pode-se afirmar que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolve conhecimentos científicos e técnicos, que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados. É da sua competência planear e desenvolver ações ao nível da saúde de grupos e comunidades, atuando como facilitador, suporte e educador de excelência na promoção da saúde.

Outro objetivo proposto neste relatório foi: avaliar estratégias de intervenção de enfermagem comunitária realizadas no decurso do estágio. Na operacionalização do projeto de educação para a saúde foram utilizadas algumas estratégias, tais como o

envolvimento de algumas instituições da comunidade, o que permitiu o desenvolvimento de parcerias com estruturas comunitárias que facilitaram a aproximação ao grupo alvo.

Foram realizadas ações de educação para a saúde, utilizando estratégias de comunicação adequadas às características do grupo alvo, sendo que durante as atividades foi validada a compreensão da informação transmitida.

Pode-se afirmar que as estratégias utilizadas foram adequadas permitindo a operacionalização do projeto de educação para a saúde. Quanto à avaliação do mesmo é positiva uma vez que os objetivos quantificados em indicadores de execução foram atingidos. No entanto torna-se difícil fazer uma avaliação sobre quais o resultado efetivo da intervenção realizada, uma vez que para avaliar se houve mudanças de comportamento no grupo alvo é necessário um horizonte temporal maior. De salientar, porém que, será dada continuidade ao projeto pelos enfermeiros da UCC.

Toda a intervenção de enfermagem e estratégias delineadas foram suportadas em revisão bibliográfica com o objetivo de fundamentar a prática em evidência científica, pelo que neste relatório estabeleceu-se como objetivo: Fundamentar teoricamente os conceitos mobilizados numa perspectiva de prática baseada na evidência. Emergem desta fundamentação teórica algumas ideias fundamentais, que se passam a apresentar.

Dadas as alterações demográficas que ocorrem na nossa sociedade é fundamental a promoção de um envelhecimento saudável. Mantendo a crescente população idosa participativa, autónoma e porque não produtiva.

Reveste-se da maior importância a promoção de comportamentos saudáveis junto deste grupo alvo. Parte dos problemas de saúde estão relacionados com os comportamentos e estilos de vida, daí a importância de uma educação para a saúde, no sentido de promover estilos de vida saudáveis e um autocontrolo sobre a saúde, promovendo um envelhecimento saudável.

A educação para a saúde é uma estratégia utilizada para a promoção de estilos de vida saudáveis, visando melhoria do estado de saúde indivíduos, grupos e comunidades, o que não sendo o único fator determinante para um envelhecimento saudável é um fator muito importante. A saúde é vital para manter o bem-estar e qualidade de vida à medida que se envelhece.

Mas o envelhecimento é um processo bastante complexo, marcado por acontecimentos de vida, por transições. Para manter a saúde é necessário que a pessoa se ajuste a estas transições, sejam elas de ordem física, social ou ambiental. Deste equilíbrio resultará o bem-estar.

O desafio para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é entender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes na ajuda as pessoas, para que recuperem a estabilidade e sensação de bem-estar (MELEIS et al, 2000). A relação que se estabelece no decorrer das interações entre o enfermeiro e a pessoa em processo de envelhecimento deverá ser o de uma parceria, devendo o individuo ter o papel ativo no seu projeto de saúde.

O recurso à revisão de literatura permite salientar a educação para a saúde como uma intervenção adequada, na ajuda às pessoas com idade superior a 50 anos a recuperarem a o seu bem-estar, uma vez que promove um envelhecimento saudável.

Ao promover a adoção de estilos de vida saudáveis a educação para a saúde pretende contribuir para o aumento da literacia em saúde do grupo alvo, visando o *empowerment* do mesmo, no sentido em que as pessoas deste grupo alvo possam desempenhar um papel ativo na tomada de decisão quanto às questões relacionadas com a sua saúde.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Mariana Coimbra Ferreira - **Promoção da Saúde depois dos 65 anos Elementos para uma política integrada de envelhecimento**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2009. Dissertação de Doutoramento (consultado em 13-05-2013). Disponível em WWW: < URL: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4307/1/RUN%20%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Mariana%20Almeida.pdf>.

AMENDOEIRA, José (2011). Evidência Científica – uma possível classificação – PWP de aula teórica da unidade curricular de Enfermagem Avançada, ministrada no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Maio de 2011 de acordo com Rating System for the Hierarchy of Evidence (From Melnyk & Fineout-overholt, 2005), Modified from Guyatt & Rennie, 2002: Harris et al. 2001.

BERGER, L; POIRIER, D (1995). **Pessoas Idosas – uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN: 972-95399-8-7.

CARNEIRO, Roberto - **O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade Envelhecimento**. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa. 2012. (consultado em 15-05-2013). Disponível em WWW: < URL: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf.

CARVALHO, A; CARVALHO, G. - **Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-22-4.

CRAIG, J; SMYTH, R. - **Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-61-4.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – orientações estratégicas**. Volume II. Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-110-1.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS. (consultado em 03-04-2012). Disponível em WWW: < URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- envelhecer com sabedoria - atividade física para manter a independência - mexa-se mais** Lisboa: DGS. (consultado em 03-04-2012). Disponível em WWW: < URL : <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010169.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- envelhecer com sabedoria - Alimenta-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência** Lisboa: DGS. (consultado em 03-04-2012), disponível em WWW: < URL : <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010171.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas- envelhecimento saudável-** Lisboa: DGS. (consultado em 03-04-2012). Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010170.pdf>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional para a Saúde 2012 – 2014** Lisboa: DGS. (consultado em 04-05-2012). Disponível em WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. - **Programa Nacional de Vacinação 2012** Lisboa: DGS. 2011.

DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev. Latino-am Enfermagem, Janeiro-Fevereiro, (2003). p.115-118.

FONSECA, A. M. - **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Clípepsi Editores, 2005.

FERREIRA, Ana – Responsabilidades do Enfermeiro como Agente de Mudança. **Revista Sinais Vitais**. ISSN- 0872-8844. Nº68 (2006) p 19-22.

FRAGOEIRO, Isabel Maria A. Rodrigues - **A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Doutoramento. (consultado em 23-05-2013). Disponível em WWW: < URL: <http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/88>.

GOVERNO DE PORTUGAL. **Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações Programa de Ação, 2012**. Lisboa: Governo de Portugal. (consultado em 30-03-2012). Disponível em WWW: < URL: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

IMPERATORI, E; GIRALDES, M. – **Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ªedição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INE – Censos 2011. (Consultado em 14-05-2013). Disponível em WWW: < URL: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CD4QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D149837440%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=COXBUZaC Pabb7Aa47oCwBQ&usq=AFQjCNEpvLaAgP9T5vYTQ3qlv7c2xnLw9g&sig2=la-ql7EuigfcO_fgxyLxAA&bvm=bv.47883778,d.ZGU.

KALACHE, A. - **Active ageing makes the difference**. Bulletin of the World Health Organization nº77 (1999) 299. (consultado em 13-06-2013). Disponível em WWW: < URL: <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/56468/1/activeageing.pdf>.

KIM, S - **Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status**. Journal of Advanced Nursing (2009). (consultado em 13-06-2012) Disponível em WWW: URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=1fd8808f-5d0a-4120-a71c-5a5ea7a34eef%40sessionmgr114&hid=112>

LAVERACK, G. - **Promoção da Saúde Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-09-3.

LUIS, Luís Francisco Soares – **Literacia em Saúde e Alimentação Saudável. Os Novos Produtos e a Escolha dos Alimentos**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Publica, 2010. Dissertação de Doutoramento. (consultado em 23-06-2013). Disponível em WWW: < URL: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4264/1/RUN%20%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Luis%20Francisco%20Soares%20Luis.pdf>.

MALDONADO, M; MUNOZ, E; NUNEZ, V - **Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach**. BMC Public Health (2007). (consultado em 13-06-2012) Disponível em WWW: URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=1fd8808f-5d0a-4120-a71c-5a5ea7a34eef%40sessionmgr114&hid=112>

MELEIS Afaf I.; SAWYER L.; MESSIAS T., SCHUMACHER K. - **Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory**. Advanced Nursing Science, vol. 23, nº1, 2000.

MELEIS, Afaf I - **A Theoretical Nursing: Development and Progress**. 4ª ed. [Em linha], Filadélfia: Lippincott, 2007. [Consult.18-06-2013]. Disponível em http://books.google.pt/books?id=REG21RVBS14C&printsec=frontcover&dq=meleis&hl=ptPT&ei=jfv_TcKOIsWbhQf9kOyPDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false.

MELEIS, Afaf I. - **Transition Theory: Middle-range and Situation- Specific theories in Nursing e research and practice** [Em linha] Filadélfia: Lippincott, 2010. [Consultado 18-06-2013]. Disponível em http://books.google.pt/books?id=TdLhXm5fpx8C&printsec=frontcover&dq=meleis&hl=ptPT&ei=ehUATo6dK9GwhAfQoNmMDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false.

MONIZ, J. (2003). **Enfermagem e a Pessoa Idosa. – A Prática de cuidados como experiência formativa**; Loures, Lusociência.

MONTEIRO, Maria Margarida M. C. Finuras – **A literacia em Saúde**. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2009. Dissertação de Mestrado. [Consultado. 18-06-2013]. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1161>.

OMS (1998). **Health Promotion Glossary**. (em linha) (consultado em 30-05-2013) Disponível em WWW: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

OMS (2002). **Active aging. A policy framework**. (em linha) (consultado em 30-05-2013) Disponível em WWW: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

OMS (2009) **Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences**. 2009. (em linha) (consultado em 30-05-2013) Disponível em WWW: URL: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

PAPALIA, D; OLDS, S; FELDMAN, R. (2009). **Human Development**. New York: Mcgraw-Hill International Edition. ISBN: 978-0-07-1280-74-7.

PAPALIA, D; OLDS, S; FELDMAN, R. (2006). **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 0-07-232139-3. (em linha) (consultado em 26-03-2014) Disponível em WWW: URL: https://docs.google.com/file/d/0B6AdT8KuBrofbFY0SDFwbTRMTUU/edit?usp=drive_w eb&pli=1.

PAÚL, M. C. (1996). **Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos**. Braga: Sistemas humanos e organizações, Lda.

PEIXOTO, I. (2013). **Educação para a Saúde – Contributos para a Prevenção do Cancro**. Loures: Lusociencia. ISBN:978-989-748-000-3.

POLIT, D. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos Avaliação e Utilização**. Brasil: Artmed Editora, 2004.

REDMAN, B. (2003). **A Prática de Educação para a Saúde**. Loures : Lusociência, 2003 , 9º edição. ISBN: 972-8383-39-8.

REGULAMENTO nº122/2011. “DR 2º serie”. 35 (2011-02-18) 8648 – 8652.

REGULAMENTO nº128/2011. “DR 2º serie”. 35 (2011-02-18) 8667 – 8669.

RODRIGUES, Vítor – Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde, **Revista Sinais Vitais**. ISSN0872-8844 nº 59 (2005) p. 47-51.

SAMPAIO, R; MANCINI, M - Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia** (em Linha). Nº1 (2007) (Consultada em 20-06-2013). Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>.

SEQUEIRA, C. - **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN:978-972-757-717-0.

SILVA, Aurora de Fatima Barbosa – **Envelhecimento Ativo. Educação e Promoção da Saúde na População Idosa** . Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação, 2010. Dissertação de Mestrado. (Consultado em 23-06-2013). Disponível em WWW: URL: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15126/1/Aurora%20de%20F% c3%a 1tima%20Barbosa%20da%20Silva.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15126/1/Aurora%20de%20F%c3%a 1tima%20Barbosa%20da%20Silva.pdf).

SILVA, Flora Cristina Moreira - **Qualidade de Vida no Processo de Envelhecimento e a Integração nos Centros de Dia (uma perspetiva do utente)**. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett, 2011. Dissertação de Mestrado. (Consultado em 23-06-2013). Disponível em WWW: URL: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1660/TESE%20FINAL%20FLORA.pdf?sequence=1>.

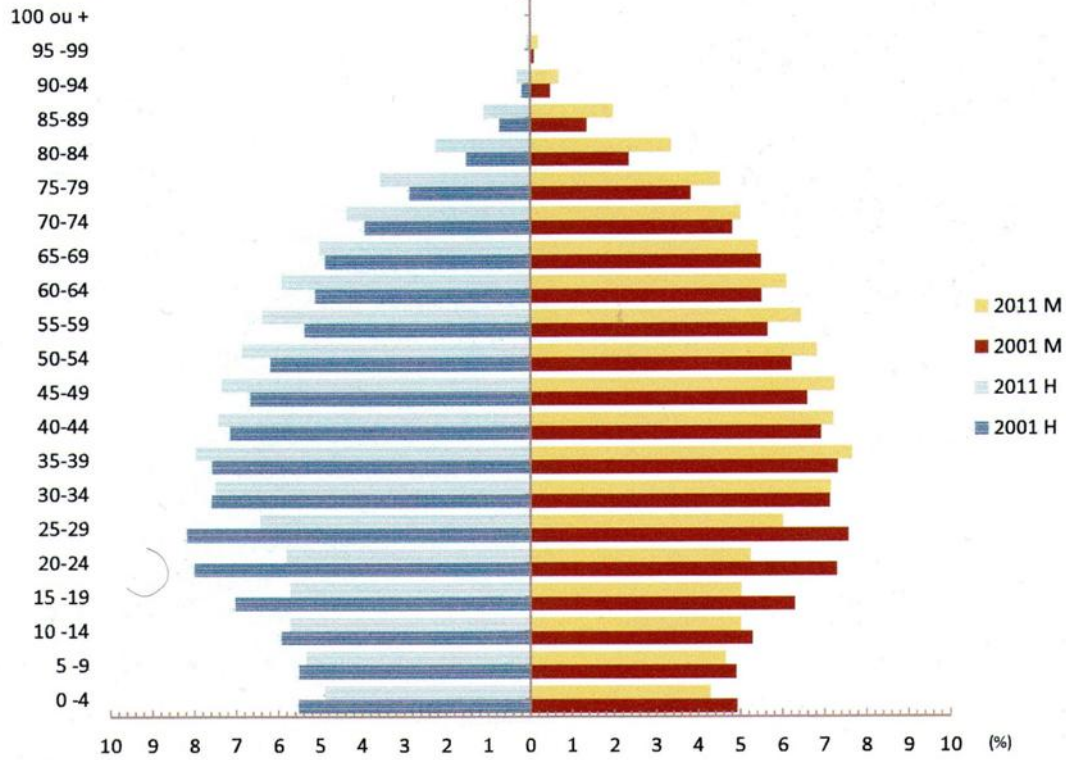
STANHOPE,M; LANCASTER, J - **Enfermagem de Saúde Pública**. Loures: Lusoditacta, 2011. ISBN: 978-989-8075-29-1.

YONG, Pierre L.; OLSEN, LeighAnne; MCGINNIS, J. Michael (2010). Value in Health Care: accounting for cost, quality, safety, outcomes, and innovation [Em linha] Institute of medicine, of the national academes [Consult. 18-06-2011]. Disponível em http://books.google.pt/books?id=N4DvLvFSCcgC&printsec=frontcover&dq=Value+in+Health+Care:+Accounting+for+Cost,+Quality,+Safety,+Outcomes,+and+Innovation.&hl=pt-PT&ei=2FsTur0lpGBhQfBycSgCw&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q&f=false.

ANEXO I - Pirâmide Etária Censos 2011

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO POR SEXO, 2001 E 2011

(classes de idade)



ANEXO II - Projeto de Educação para a Saúde

Escola Superior de Saúde de Santarém

Instituto Politécnico de Santarém

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projeto de Educação para a Saúde

Intervenção na Comunidade

Mestranda:

Vera Tiago nº100431002

Com Orientação:

Professora Irene Santos

Enfermeira Chefe Fátima Semedo

Março, 2012

ÍNDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS

0 – INTRODUÇÃO

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3 – OBJECTIVOS

4 - BIBLIOGRAFIA

ANEXO I - CRONOGRAMA

SIGLAS E ABREVIATURAS

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

0 – INTRODUÇÃO

Este projeto surge no âmbito do estágio do Mestrado de Enfermagem / Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária. A prática desenvolvida assume-se como uma componente importante na aquisição de competências específicas nesta área de especialização. Como tal este estágio irá desenvolver-se no período de 22 de Fevereiro a 06 de Julho de 2012.

A Orientação do Estágio estará a cargo da Professora Irene Santos e da Enfermeira Chefe Fátima Semedo, coordenadora da UCC de Palmela.

Este estágio de Intervenção na Comunidade, tem os seguintes objetivos:

- Aprofundar a análise de situações de saúde / doença no contexto da Enfermagem Comunitária;
- Desenvolver estratégias de Intervenção de Enfermagem Comunitária e de Saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de Enfermagem no contexto dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Familiar.

Dado que o estágio anterior de onde foi realizado um diagnóstico da Comunidade não decorreu nesta unidade funcional, tornou-se difícil definir qual a área de intervenção de cuidados especializados de Enfermagem Comunitária. Foi pois sugerido pela Enfermeira Coordenadora da UCC de Palmela o desenvolvimento da Intervenção de Enfermagem especializada no âmbito do **Envelhecimento Ativo**.

O Envelhecimento ativo é uma a área de intervenção pertinente por várias razões: foi uma necessidade sentida pela unidade funcional; o envelhecimento demográfico sentido em Portugal; o ano de 2012 é o Ano Europeu do Envelhecimento ativo e da Solidariedade entre Gerações.

A elaboração deste projeto prende-se com a necessidade de planear o estágio. De acordo com Tavares (1990, p. 29), em Saúde “planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de

prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas”.

Planejar em saúde revela-se de extrema importância ao nível da saúde comunitária, onde há necessidade de conhecer uma determinada comunidade e envolver as várias partes interessadas, tais como políticos, técnicos e representantes da população, para atingir o fim pretendido.

De forma a dar a conhecer o fim a atingir com este estágio, estabelece-se como objetivos deste projeto:

- . Descrever local de estágio,
- . Definir objetivos de estágio;
- . Delinear as competências a desenvolver;
- . Traçar as atividades a realizar.

Como planeamento que é, realça-se o facto do presente projeto ser passível de sofrer várias de alterações, perante mudanças ou novas situações que possam surgir durante a realização do estágio.

O presente projeto de estágio principiará com a descrição do local de estágio; seguido de um breve enquadramento teórico, definição dos objetivos, que serão, apresentados em forma de quadro, com os objetivos específicos, as competências a desenvolver; terminará com uma breve conclusão

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO

No âmbito reforma dos Cuidados de Saúde Primários é referido que a estrutura organizacional dos Centros de Saúde deverá assentar em pequenas unidades Organizacionais.

Surge então o Decreto de Lei n.º 28 / 2008 de 22 de Fevereiro, que regula e caracteriza a constituição dos ACES, com todas as suas unidades funcionais. Importa neste trabalho fazer referência a uma dessas unidades funcionais específicas, a UCC.

A Unidade de Cuidados na Comunidade é definida no artigo 11º do já citado decreto de lei:

“ 1- A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

2 – A equipa de UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidade de recursos.

3 – O ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

4 – À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho.”

Com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, o CS de Palmela está inserido no ACES Setúbal e Palmela. Deste agrupamento fazem parte ainda o centro de saúde do Bonfim e o Centro de Saúde de São Sebastião.

Fazem parte do Centro de Saúde de Palmela várias unidades funcionais, 1 USF, 9 UCSP, 1 pólo da USP, 1 polo da URAP, e 1 UCC. (ANEXO I)

A UCC de Palmela viu o seu plano de ação aprovado em Março de 2010, tendo iniciado a sua atividade nesta data. É nesta Unidade funcional que o estágio irá desenvolver-se pelo que vamos caracterizar a UCC de Palmela .

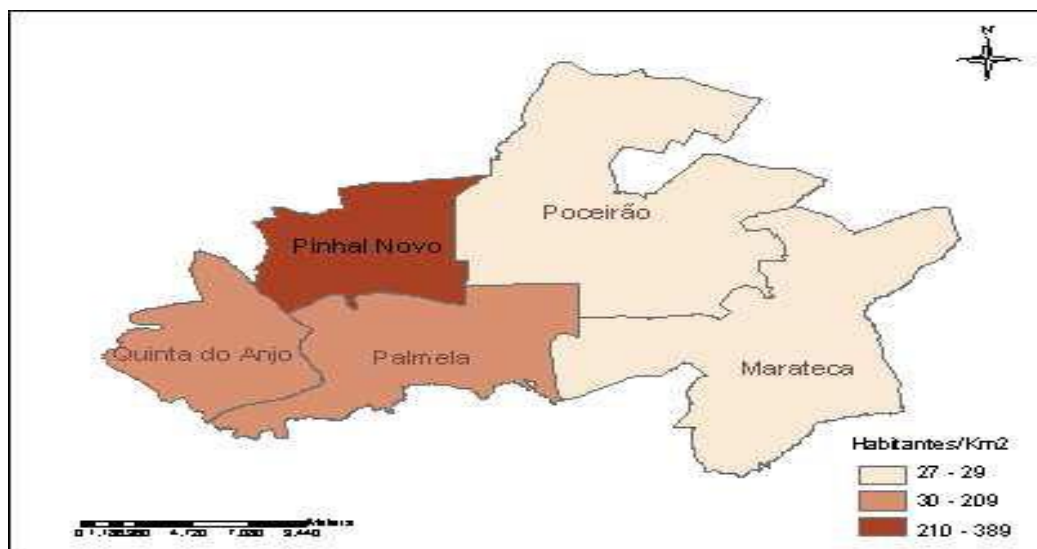
1.1 – Caracterização Geográfica da área de influência da UCC Palmela

A área geográfica de intervenção UCC de Palmela é composta por todo o Concelho de Palmela dividido em cinco freguesias: Marateca, Palmela, Pinhal Novo, Poceirão e Quinta do Anjo (Figura 1). O Concelho é caracterizado por uma grande dispersão geográfica (462,9 Km²), com duas áreas urbanas (Palmela e Pinhal Novo) sendo que a maior parte do concelho é rural.

Quanto à atividade económica predominante o Concelho é bastante heterogéneo. As Freguesias de Palmela e Pinhal Novo são predominantemente industriais com uma densidade populacional elevada e com a fixação de varias industrias, fato explicado pela boa acessibilidade da pelas estruturas rodoviárias existentes (ponte Vasco da Gama, IC3, A2) e pela ferrovia (Comboio Sul fertagus).

Nas Freguesias de Poceirão e Marateca domina a exploração Silvicula, com a produção de vinho de elevada qualidade, na freguesia de Quinta do Anjo importa referir a produção do famoso Queijo de Azeitão, e a produção da “Maçã Riscadinha”.

FIGURA 1- Mapa administrativo do concelho de Palmela



Fonte: Fonte: CMP, Gabinete de Estudos e Qualidade, 2008 , in Plano de Acção da UCC de Rio Maior

1.2 – Caracterização da População da área de influência da UCC de Rio Maior

Segundo os Censos 2011, o concelho de Palmela possui um total de 62 805 habitantes, dos quais 32 326 são do sexo masculino, e 30 479 são do sexo feminino, representando respetivamente 51% e 49% da população total.

Sexo	Grupo etário por ciclo de vida	População Residente Concelho Palmela			
		Censos 2001	Censos 2011		
		N.º	%	N.º	%
População geral	0 - 14 Anos	10156	16,5	10679	17
	15 - 24 Anos	6829	11	6189	9,8
	25 - 64 Anos	34352	55,5	34894	55,6
	+ 65 Anos	10421	17	11043	17,6
Total População		61758	100	62805	100
Homens	0 - 14 Anos	5188	8,4	5466	9
	15 - 24 Anos	3439	5,56	3135	5
	25 - 64 Anos	16979	27,4	16983	27
	+ 65 Anos	4615	7,47	4895	8
Total Homens		30221	49	30479	49
Mulheres	0 - 14 Anos	4968	8	5213	8
	15 - 24 Anos	3390	5,48	3054	5
	25 - 64 Anos	17373	28,1	17911	28
	+ 65 Anos	5806	9,38	6148	10
Total Mulheres		31537	51	32326	51

Quadro 1

Fonte: INE

1.3 – Recursos da Comunidade da Área de Influência da UCC de Palmela.

Existe no Concelho de Palmela um Conselho Local de Ação Social que reúne trimestralmente. Estão envolvidos vários parceiros da comunidade: O Rouxinol – Associação Solidariedade Social de Brejos do Assa; ACIC – Associação convívio de Idosos de Cabanas; AIRP – Associação Idosos Reformados do Poceirão; ARPI – Associação de Reformados Pensionistas

da Freguesia do Pinhal Novo; ARPIBA – Associação Reformados Pensionista e Idosos do Bairro Alentejano; Centro Social de Palmela; Casa do Povo de Palmela; Centro Social da Quinta do Anjo; Centro Social de Lagameças; União Social Sol Crescente da Marateca; Sociedade Filarmónica Palmelense “Os Loureiros”; Juntas de Freguesia; Associação de Bombeiros Voluntários; Agrupamentos de Escolas (três); Escolas Secundarias.

1.4 – Recursos Humanos da UCC de Palmela

A UCC de Palmela tal como preconizado é constituída por uma equipa Multidisciplinar:

- 1 Enfermeira Chefe Coordenador (Especialista em Saúde Pública)
- 9 Enfermeiros
 - 1 Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (35H)
 - 1 Especialista em Enfermagem Saúde Infantil
 - 1 Especialista em Enfermagem de Reabilitação (20h/ semana)
 - 1 Enfermeiro a terminar a Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna
- 1 Medico Medicina Familiar (6h/ semana)
- 1 Terapeuta da Fala (3h/semana)
- 1 Nutricionista (3h/semana)
- 1 Psicóloga (3h/semana)
- 1 Assistente Social (3h/ semana)
- 1 Higienista oral (7h /mês)
- 2 Fisioterapeutas (30h/semana + 128h/ano)

2 - ENQUADRAMENTO TEORICO

O aumento da esperança de vida, em simultâneo com o decréscimo da natalidade levou a um envelhecimento da População, isto deve-se sem dúvida a uma melhoria das condições de vida em geral, e em particular a uma melhoria das condições de saúde. No entanto o aumento da população envelhecida fez emergir novos desafios.

De acordo com a CIPE (2003, p 43) Envelhecimento é definido como: *“um tipo de desenvolvimento físico com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice (...) acompanhada por declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pelos, pele fina e enrugada”*

O Envelhecimento é um processo multidimensional, os efeitos do envelhecimento não são homogéneos, Fontaine (2000) refere que *“algumas pessoas são resistentes ao envelhecimento”*. A mesma autora sugere ainda que envelhecimento *“não é sinonimo de velhice (...) são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações no organismo de natureza biológica ou psicológica, em função do tempo”*.

Cada individuo envelhece ao seu ritmo num processo contínuo, mas então qual a idade em que podemos considerar um individuo idoso?

Grande número de autores considera a idade de 65 e mais anos como a passagem para a 3ª idade, coincidindo tradicionalmente com a idade de reforma profissional.

A OMS sustenta que poderemos lidar bem com o envelhecimento da População se os governos e a sociedade civil realizarem esforços para a implementação de políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos indivíduos em todas as fases da vida. Ajudar a que as pessoas sigam saudáveis enquanto envelhecem não é um luxo é uma necessidade. (OMS, 2002)

A Direção Geral de Saúde (DGS) refere no Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2004-2010) “o envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui (...) um desafio à responsabilidade individual e coletiva com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países”. O PNSPI pretende contribuir para a “generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo”

O **envelhecimento ativo** é definido pela OMS (2002) como “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Sendo então um processo de otimização de oportunidades de saúde, ao longo do ciclo de vida, este é um processo que deve ser iniciado pelos indivíduos ainda jovens. No entanto torna-se essencial que ao ficarem mais velhos ao atingirem o final da idade adulta, os indivíduos estejam despertos para o conceito de envelhecimento ativo.

O Envelhecimento ativo depende de um elevado número de fatores determinantes, representados no esquema abaixo.

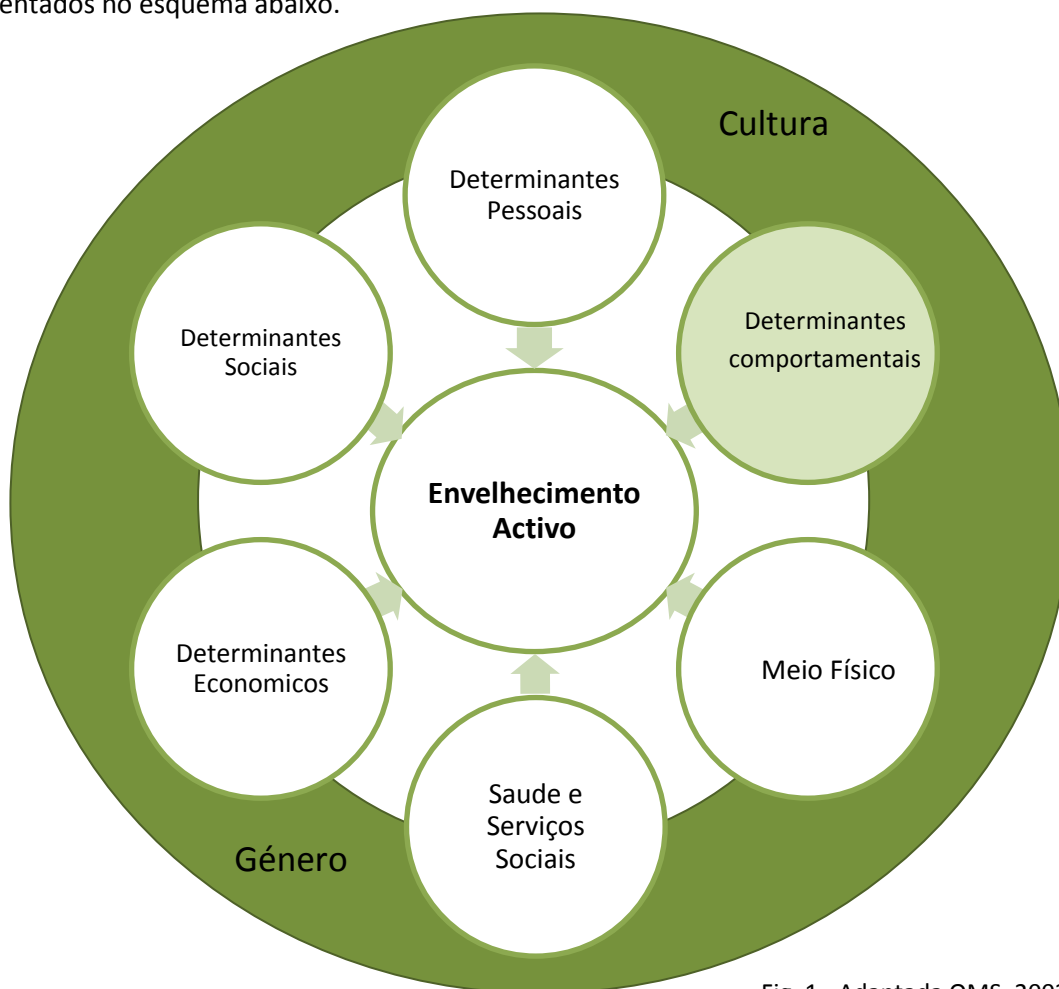


Fig. 1 - Adaptada OMS, 2002

“A adoção de Estilos de Vida Saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência de fumo e de álcool ... podem aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo” OMS p.22, 2002

A contribuição para a capacitação de grupos e comunidades é uma das competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, pelo que os cuidados especializados em enfermagem Comunitária, são de extrema importância para a Promoção do **Envelhecimento ativo** numa Comunidade.

A Promoção da Saúde será pois uma pedra basilar na promoção do Envelhecimento ativo. A carta de Ottawa (1986) define **promoção da saúde** como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

O Modelo de Promoção da Saúde de Pender (Tomey e Alligood, 2005) surge como um modelo que pode ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação entre três pontos principais:

- Características e experiências individuais
- Cognição e afetação do comportamento (que se quer alcançar)
- Comportamento de promoção de Saúde

A Educação para a Saúde, constitui uma instrumento fundamental para potenciar as capacidades dos indivíduos, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis que o ajudem a conservar e a melhorar a sua saúde, a preservar as suas competências físicas e mentais garantindo a sua autonomia e independência.

A prevenção primária constitui uma abordagem prioritária para a promoção de envelhecimento ativo. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros no Artigo 80º “o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem”. O enfermeiro tem a responsabilidade de informar, orientar e estimular as pessoas a aumentarem o seu conhecimento de modo a desenvolverem capacidades para manterem e melhorarem a sua saúde.

A prevenção secundária, será também importante na promoção do envelhecimento ativo, uma vez que a deteção precoce de algumas patologias poderá contribuir para um tratamento precoce antes do surgimento de complicações, assim como a adoção de comportamentos adequados de promoção de saúde.

A promoção do Envelhecimento Ativo é hoje uma prioridade, dada a evolução demográfica e a conjuntura económica, pelo que a Resolução do Conselho de Ministros nº61/2011 de 22 de Dezembro, transpõe para o contexto português, a aprovação do ano 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, pelo Parlamento Europeu e da Comissão Europeia através da [Decisão N.º 940/2011/UE a 14 de Setembro de 2011](#).

É criado então um Programa de Ação para Portugal no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento ativo que tem vários eixos operativos entre os quais se encontra **o eixo saúde, bem-estar e condições de vida**. É neste Eixo operativo que os cuidados de Enfermagem Especializados terão o seu foco de atenção, sendo fundamental sempre que necessário a articulação com outros eixos.

3 – OBJECTIVOS E ACTIVIDADES PLANEADAS

População Alvo: Pessoas com idade >50 anos do Concelho de Palmela

Objetivo: Promover estilos de vida saudáveis promotores do envelhecimento ativo

Objetivo específico: Envolver uma Instituição de cada freguesia na promoção de estilos de vida saudáveis

Atividades:

- Contacto telefónico com Programa de Ação do ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (recolha de material promocional – cartazes, folhetos)
- Reunião com responsável pelo gabinete de Saúde da Camara Municipal de Palmela
- Reunião com os responsáveis pelas Instituições para sensibilização para a temática

Indicador:

n.º Associações envolvidas / n.º total de Associações contactas x 100

Objetivo Específico: Realizar uma sessão de Educação para a Saúde em cada freguesia do Concelho de Palmela

Atividades:

- Realização de Ações de Educação para a Saúde em todas as freguesias de Palmela sobre estilos de vida saudáveis
- Realizar uma caminhada de promoção do envelhecimento Ativo (colaboração)

Indicador:

n.º de sessões de Educação para a Saúde realizadas / n.º de sessões de Educação para a Saúde realizadas x 100

Para a concretização destes objetivos será mobilizada a Competência ***“contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”*** do Regulamento n.º 128 /2011.

Para além do projeto de intervenção no âmbito do envelhecimento ativo mobilizando a unidade de competência G3.1 do Regulamento n.º 128 /2011 ***“Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano nacional de Saúde”***, durante o estágio irei colaborar na avaliação da Implementação do Plano Nacional de Vacinação no ACES Setúbal Palmela.

4 – BIBLIOGRAFIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE- Versão B2**. 2ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (2003) ISBN 972-98149-5-3

DECRETO DE n.º 28/2008 “DR I Serie” (22-02-2011)

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf><http://www.igfse.pt/news.asp?startAt=1&categoryID=281&newSID=2553>

STANHOPE, M., (2008) **Enfermagem de Saúde Pública**, Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População 7.ª Ed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN desta edição: 978-989-8075-29-1

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde** – Edição Ministério da Saúde, Cadernos de Formação 2, 1990;

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

ANEXO III- Informação “Clic Sem Idade”



Home » Áreas de Intervenção » Intervenção Social » Apoio à Pessoa Idosa » **Clique Sem Idade**

Clique Sem Idade

O projeto CLIQUE SEM IDADE, dinamizado pela Câmara Municipal desde 2009 é uma boa prática de intervenção junto da população com mais de 55 anos de idade, na área das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e tem como principais objetivos:

- o combate à infoexclusão;
- o reforço das relações intergeracionais;
- a valorização do papel dos seniores na comunidade.

São oportunidades do **CLIQUE SEM IDADE**:

- 1 computador por pessoa
- Documentação de apoio
- Certificado de Participação
- Diploma de Competências Básicas em Tecnologias de Informação (Decreto - Lei nº 140/2001)
- Convívio saudável entre participantes e monitores
- **CRJ's SEM IDADE** - 1 computador disponível para as pessoas a partir dos 55 anos nos Centros de Recursos para a Juventude (CRJ's) de Palmela, Pinhal Novo e de Quinta do Anjo, às quartas-feiras



De forma a responder a novos centros de interesse da população sénior e tendo por base o elevado nível de aceitação dos participantes em anteriores ações pontuais de Sensibilização à Informática realizadas pela autarquia constituiu-se o projeto **CLIQUE SEM IDADE**.

O interesse por experienciar/ descobrir as potencialidades das TIC e de aperfeiçoarem-se conhecimentos, o reconhecimento da importância que nos dias de hoje representa a aquisição de saberes neste domínio não só, para as pessoas que estão na reforma como também, para aquelas que ainda se encontram no ativo, bem como, a vontade de melhor



Palmela
conquista

Site Palmela Turismo



Centro
Histórico
Palmela

Newsletter

Deixe o seu e-mail

Ok



Blogue
boletim municipal
Palmela

Catavento
AGÊNCIA DE ACONTECIMENTOS DO CONCELHO DE PALMELA



PALMELA
DESPORTO

compreender o porquê dos jovens passarem tanto tempo no computador, são algumas das principais motivações que levam os residentes do Concelho a participarem.

Número total de participantes do **CLIQUE SEM IDADE**

Freguesias	participantes de 2009 a 2011
Marateca	199
Palmela	
Pinhal Novo	
Poceirão	
Quinta do Anjo	

O **CLIQUE SEM IDADE** conta com um total de 199 participantes no período de 2009 a 2011.

Este projeto acontece em períodos distintos ao longo do ano e em cada uma das freguesias do Concelho, nos Centros de Recursos para a Juventude (CRJ's de Palmela, de Pinhal Novo e da Quinta do Anjo), no Centro Cultural do Poceirão e no Pólo da Marateca da Biblioteca Municipal de Palmela, mediante inscrição prévia em função das vagas existentes.

Nos CRJ's às quartas-feiras encontra-se disponível 1 computador para as pessoas a partir dos 55 anos de idade de forma a facilitar-se o acesso às TIC.

A Certificação das ações constitui um aspeto inovador do projeto procurando contribuir para uma maior igualdade de oportunidades dos nossos munícipes no acesso e utilização das TIC. Paralelamente, todos, os participantes tem direito ao Certificado de Participação entregue na Festa convívio anual que assinala o encerramento do projeto e reúne participantes, familiares e diferentes agentes sociais da comunidade como, Juntas de Freguesia; as Escolas, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, entre outros parceiros do Conselho Local de Ação Social de Palmela.

Missão: colocar ao dispor da população com 55 e mais anos de idade residente no Concelho uma resposta de sensibilização às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) segundo uma perspetiva de valorização do papel das pessoas idosas na comunidade

Visão: ser uma resposta de referência ao nível das políticas sociais locais para as pessoas idosas

Valores: Participação; Igualdade de Oportunidades; Cidadania; Aprendizagem contínua; Autonomia

Metodologia: sessões informais com uma vertente essencialmente prática assente na experimentação em que cada participante tem acesso a um computador e a documentação de apoio; cada grupo conta com a colaboração de um Animador com experiência em Informática acesso e utilização das TIC.

Os conteúdos programáticos são organizados com o objetivo de favorecer a familiarização da população sénior com as tecnologias de informação e o uso da Internet, de acordo com o Diploma de Competências Básicas em Tecnologias de Informação (Decreto – Lei nº 140/2001).



ANEXO IV - Resumo reunião Senhores Presidentes de Junta de Freguesia

Reunião com os presidentes da Juntas de Freguesias do Concelho de Palmela

Local: Junta de Freguesia de Poceirão

Data: 12-04-2012 14:00 horas

Duração: 20 minutos

Presentes: S.º José Silvério – Presidente da Junta Freguesia do Poceirão
S.º Baião – Presidente da Junta de Freguesia de Palmela
S.º ~~Laçã~~ - Presidente da Junta de freguesia do Pinhal Novo
S.º ~~Pa~~ - Presidente da Junta de Freguesia da Quinta do Anjo

Assunto:

Apresentação do Projecto de Intervenção: Projecto de Educação para a Saúde
adopção de estilos de vida saudáveis – Promoção de um Envelhecimento Saudável / Ativo.
Pedido de apoio para a abordagem à população alvo

Resultados: Os Senhores Presidentes concordaram em colaborar, facilitando a abordagem da população e na divulgação das iniciativas que irão ser dinamizadas.
Fica agendada nova reunião em cada freguesia no sentido de programar em cada uma a melhor abordagem à População Alvo

Poceirão: 18 de Abril às 10 horas
Pinhal Novo: 20 de Abril às 10 horas
Quinta do Anjo: 27 de Abril às 15 horas
Palmela: 20 de Abril às 14 horas

A Senhora presidente da Junta de freguesia da Marateca não compareceu pelo que será contactada dia 18 de Abril.

ANEXO V - Resumo reunião com Presidente da Junta de Freguesia do Poceirão e representante da direção da coletividade 1º de Janeiro

Reunião Junta de Freguesia do Poceirão

Local: Junta de Freguesia de Poceirão

Data: 18-04-2012 10:00 horas

Duração: 60 minutos

Presentes: S^o. José Silvério – Presidente da Junta Freguesia do Poceirão
Sr.^a Ema Silvério – Direcção da Sociedade Recreativa 1^o de Janeiro em lagoa do Calvo

Assunto: Agendamento de Iniciativa junto da População Alvo no âmbito do Projecto de Intervenção – Educação para a Saúde adopção de estilos de vida saudáveis – Promoção de um Envelhecimento Saudável / Ativo.

Resultados: Agendamento para dia 6 de Maio às 9 horas Sessão de Educação para a Saúde no salão da referida associação seguida de iniciativa promoção do exercício físico - caminhada
A associação irá também promover um almoço saudável convívio (almoço ainda não confirmado)

- Pedir patrocínio ao Pão São
- Fazer cartaz de divulgação / panfleto de divulgação
- Fazer Sessão de Educação para a Saúde

ANEXO VI - Panfleto Como Queremos Envelhecer



Reconhecer as acções mais destacadas

A construção de uma melhor sociedade para as populações envelhecidas não terminará no final de 2012. No entanto, esta altura que fazemos o balanço dos resultados alcançados pelos diversos intervenientes. As acções que mais tiveram contribuído para o envelhecimento activo e a solidariedade entre gerações serão mencionadas numa cerimónia de entrega de prémios a nível europeu. Não deixe que o seu contributo passe despercebido.

Mantenha-se informado!

O sítio Web é o principal ponto de encontro do Ano Europeu. É lá que poderá encontrar informações detalhadas sobre todos os compromissos e iniciativas em curso para promover o envelhecimento activo na Europa, assim como notícias, eventos e histórias de vida inspiradoras de pessoas de todas as gerações. Clique em «Participe» para partilhar as suas acções. Para se identificar como parceiro do Ano Europeu, utilize o logótipo nas suas actividades.



Participe

durante o Ano Europeu, serão realizadas eventos e actividades nos 27 Estados-Membros, bem como na Islândia, Lituânia, Estónia e Reino Unido. Todos serão disponibilizados no sítio Web. Para se planificar sobre as actividades a realizar para de si, o calendário nacional de actividades ou as organizações activas no domínio do envelhecimento activo e da solidariedade em português, consulte

www.active-ageing-2012.eu



Como queremos envelhecer?

Campanha por uma melhor sociedade para os jovens e os idosos



As populações estão a envelhecer e nós também

A União Europeia assiste cada vez mais ao envelhecimento da sua população. Esta transição demográfica é uma consequência inevitável de grandes feitos das nossas sociedades, que se reflectiram na descida da taxa de mortalidade e no aumento da esperança de vida.



A idade média na União Europeia é de 39,8 anos (estatísticas do Eurostat) mas, em 2060, os cidadãos da UE terão, em média, 47,2 anos. As pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representarão quase 30% da população da UE em 2060 (contra 16% em 2010).

Dentro de poucos anos, a população europeia em idade activa irá diminuir, enquanto a população com idade igual ou superior a 65 anos continuará a aumentar a um ritmo de dois milhões por ano. Em 2060, poderá existir um idoso para cada duas pessoas em idade activa.

Uma Europa envelhecida representa vários desafios: para o mercado de trabalho, para os sistemas de saúde e para o nível de vida após a reforma. Muitos temem que as condições de vida piores para os idosos; outros encaram com apreensão a perspectiva de que estes zelem pelos seus próprios interesses e imponham um pesado encargo sobre as gerações mais jovens.

Devemos realmente temer o futuro das nossas sociedades cada vez mais envelhecidas? Obviamente que não, desde que preservemos a nossa saúde por mais tempo, criemos mais oportunidades no mercado de trabalho para os trabalhadores mais velhos, continuemos a ser membros activos da sociedade e vivamos num ambiente onde envelhecer não seja sinónimo de dependência, ou seja, desde que o «envelhecimento activo» se torne uma realidade para todos nós. Devemos aproveitar todas as oportunidades para nos mantermos saudáveis, activos e independentes à medida que envelhecemos!



O Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012 tem o objectivo de sensibilizar para o contributo dos idosos na sociedade e para o apoio que podemos prestar nesse sentido. Pretende incentivar e mobilizar os decisores políticos e os principais actores a todos os níveis para que actuem no intuito de criar melhores oportunidades de envelhecimento activo e reforçar a solidariedade entre gerações.

O que se entende por envelhecimento activo?

Envelhecimento activo significa envelhecer com boa saúde e como pleno membro da sociedade, com um maior sentido de realização profissional, maior independência na vida quotidiana e maior participação enquanto cidadãos. Independentemente da nossa idade, podemos continuar a ser membros activos da sociedade e beneficiar de uma melhor qualidade de vida. O desafio consiste em tirar o máximo partido do enorme potencial que há em nós, seja qual for a nossa idade. O Ano Europeu 2012 irá promover o envelhecimento activo em três domínios:

Emprego

Dado o aumento da esperança de vida em toda a Europa, a reforma chega cada vez mais tarde, mas muitos temem não poder conservar o seu emprego actual ou encontrar um novo emprego antes de poderem reformar-se com uma pensão digna. Devemos criar melhores oportunidades para os trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho.

- Aprendizagem ao longo da vida e aquisição de novas competências
- Condições de trabalho saudáveis
- Estratégias de gestão da idade nas empresas
- Serviços de emprego para candidatos mais velhos
- Não discriminação com base na idade
- Sistemas fiscais e de segurança social favoráveis ao emprego
- Transferência de experiência



Participação na sociedade

A reforma não tem de dar lugar à inactividade. A contribuição dos idosos para a sociedade enquanto cuidadores, normalmente dos pais, cônjuges ou netos, é muitas vezes subestimada, assim como o seu papel como voluntários. O Ano Europeu pretende criar melhores condições de apoio aos idosos e garantir um maior reconhecimento da sua importância para a sociedade.



- Segurança dos rendimentos dos idosos
- Apoio à participação social e ao voluntariado
- Apoio aos cuidadores
- Conciliação entre trabalho e assistência
- Solidariedade e diálogo
- Redução do fosso digital

Promoção de uma vida independente

A nossa saúde deteriora-se à medida que envelhecemos. No entanto, este declínio pode ser retardado de várias formas, sendo também possível criar ambientes mais acolhedores para quem sofre de incapacidades e problemas de saúde. O envelhecimento activo também significa sermos capazes de manter a nossa independência por tanto tempo quanto possível.

- Promoção da saúde e cuidados de saúde preventivos
- Adaptação das habitações
- Transportes acessíveis e económicos
- Ambientes, bens e serviços adequados aos idosos
- Maximização da autonomia nos cuidados a longo prazo
- Adaptações tecnológicas de incentivo a uma vida independente



Compromisso de mudança



O objectivo do Ano Europeu é agir e introduzir mudanças que permitam construir uma sociedade mais inclusiva para pessoas de todas as idades. Todavia, não basta querer. É necessário um esforço de colaboração contínuo que requer a participação de diversos intervenientes.

O Ano Europeu deve representar, para todos nós, enquanto cidadãos, empregadores ou representantes eleitos, uma oportunidade de pensar naquilo que podemos fazer para promover o envelhecimento activo e reforçar a solidariedade entre gerações. É um convite ao compromisso em relação a acções específicas que contribuirão para estes objectivos.

Um compromisso pode assumir várias formas, todas elas importantes. Qualquer pessoa, organismo público ou privado, empresa, associação ou município, independentemente da sua dimensão, pode definir e atingir objectivos concretos no sentido de promover um papel mais activo dos idosos. Desde decisores políticos que implementam legislação ou programas de acção abrangentes, passando por empresas que melhoram os postos de trabalho e os horários dos trabalhadores... as possibilidades são infinitas, assim como as necessidades de melhoria.

Partilhe o seu compromisso através do sítio Web do Ano Europeu, onde também poderá inspirar-se para passar à acção.

O que podemos fazer?

A boa forma física e mental é essencial, tanto para aproveitar as oportunidades do mercado de trabalho como para gozar uma boa qualidade de vida. Isso significa prevenir doenças e lesões provocadas por más condições de trabalho e promover estilos de vida saudáveis. A aprendizagem ao longo da vida permite-nos manter competências actualizadas até ao fim das nossas carreiras. Os empregadores podem adaptar as condições, os horários e outros acordos de trabalho às necessidades dos trabalhadores mais velhos. Os governos devem rever os seus sistemas fiscais e de segurança social para garantir que é gratificante trabalhar em qualquer idade.

O trabalho não remunerado prestado pelos idosos enquanto voluntários em associações e enquanto cuidadores deve ser organizado e apoiado, por exemplo, mediante a formação e a prestação de assistência temporária aos cuidadores, para que o seu esforço não se torne insuportável e os isole do resto da sociedade. Nas associações, os jovens têm muito a ganhar com a experiência, as competências e a herança cultural dos mais velhos.



Nunca é tarde demais... para um envelhecimento activo

O Ano Europeu constitui uma oportunidade única para celebrar e mobilizar em conjunto a experiência, a sabedoria e muitas outras qualidades que os cidadãos mais maduros trazem para a nossa sociedade. Além disso, será um desafio à nossa percepção dos idosos como um fardo para a sociedade, enfatizando o potencial e as oportunidades e não as dificuldades e os obstáculos. Podemos viver uma vida mais activa e realizada em qualquer idade, o que se deve reflectir a nível individual e na sociedade no seu todo. Mesmo envelhecida, a Europa está cheia de oportunidades!

Colmatar o fosso entre gerações nas escolas

Desde 2009, celebra-se, a 29 de Abril, o Dia Europeu da Solidariedade entre Gerações. Em 2012, procurar-se-á reunir jovens e idosos para debater o que significa envelhecer e como, em conjunto, podem colaborar para promover uma vida melhor. Cerca do dia 29 de Abril, todas as escolas da Europa estão convidadas a abrir as portas das suas salas de aula às gerações mais velhas e explorar as formas como o diálogo entre gerações pode contribuir para uma melhor educação.

Partilhe a sua experiência de envelhecimento. Conte a sua história!

Ao longo de 2012, cidadãos europeus de todas as idades partilharão as suas histórias de vida e testemunhos no sítio Web do Ano Europeu. Interessa-nos, acima de tudo, mostrar como os idosos podem apoiar os mais jovens e estreitar os laços entre as diferentes gerações.



© European Commission 2012. Foto: Shutterstock / Contrasto / AFP. ISBN 978-92-79-28333-5. DOI: 10.2790/528P

ANEXO VII - Atividades realizadas nas associações de reformados

Quadro 2 – Sessões de Educação para a Saúde realizadas nas Associações de Reformados.

Local	Data	População					
		População alvo	Género		Faixa Etária		Total
			M	F	50 - 65	>65	
Centro de dia União Social Crescente da Marateca	13-06-2012	Utentes centro de dia	9	17	5	21	26
Centro de Convívio Associação dos Idosos de Palmela	08-06-2012	Utentes centro de dia	12	20	4	28	32
Associação Reformados Pensionistas e Idosos do Pinhal Novo	14-05-2012	Utentes centro de dia	5	14	0	19	19
Associação de Convívio de Idosos de Cabanas	30-05-2012	Utentes centro de dia	7	11	2	16	18
Total			33	62	11	84	95

ANEXO VIII - Cartaz de divulgação de atividade na Freguesia de Poceirão

Sociedade Recreativa e Instrutiva 1º de Janeiro



Lagoa do Calvo
20 De Maio de 2012



Como Queremos Envelhecer?



Programa:

09:00 – Sessão de Educação para a Saúde: Para um Envelhecimento Saudável. (Preletora: Enfª Vera Tiago – Mestranda Enfermagem Comunitária)

09:45 – Caminhada – Mexa-se pela sua Saúde

11:00 – Abertura da exposição fotografia “ Uma imagem mil memorias”

12:30 – Almoço convívio (6 passos)

Informações e inscrições: TM. 935 990 246

Email: sociedade1janeiro@hotmail.com

ANEXO IX - Atividade na Freguesia de Poceirão

Quadro 3 – Atividade de Promoção de estilos de vida Saudáveis na Freguesia do Poceirão

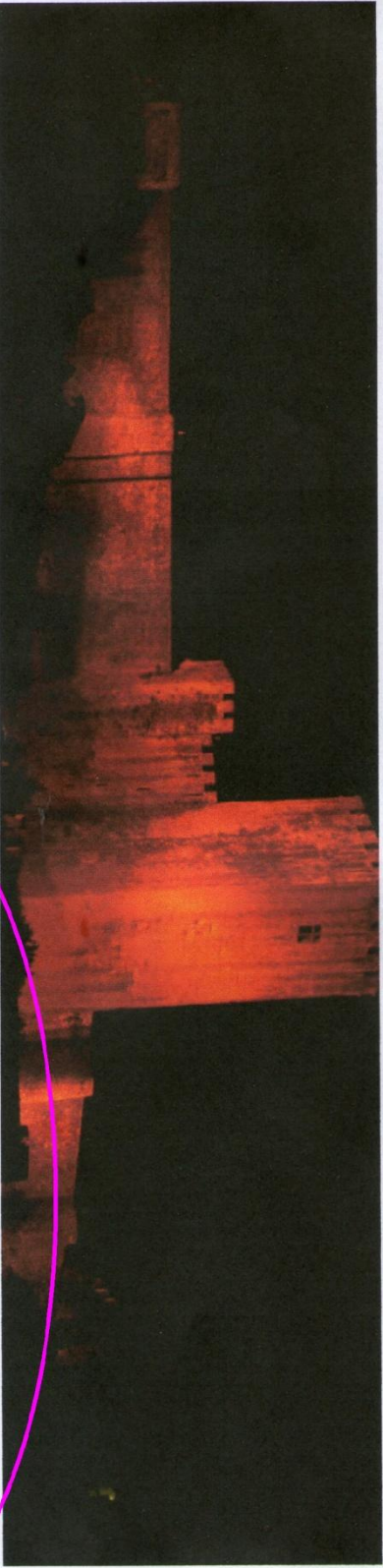
Local	Data	População					
		População alvo	Género		Faixa Etária		Total
			M	F	50 - 65	>65	
Sociedade recreativa e instrução 1º de Janeiro - Poceirão	20-05-2012	População em geral	7	9	13	3	16

ANEXO X – Atividade em colaboração com o programa “Clic Sem Idade”

Quadro 5 – Atividade “Clic Sem Idade”

Local	Data	População					
		População alvo	Género		Faixa Etária		Total
			M	F	50 - 65	>65	
Biblioteca Municipal do Pinhal Novo	2- 07- 2012	Participantes no Programa CLIC SEM IDADE	8	7	9	6	15

**ANEXO XI - Catavento - Agenda de divulgação de Acontecimentos no Concelho
de Palmela**



1 JULHO | 18H00 | POUSSADA DO CASTELO DE PALMELA PROVA DE VINHOS E ASTRONOMIA



Inserida no PALMELA WINE/DIA DO VINHO

Uma prova de vinhos realizada na pousada histórica do Castelo de Palmela com observação de estrelas e jantar no restaurante da Pousada.

18H00 | RECEÇÃO AOS PARTICIPANTES COM MOSCATEL DE HONRA

18H30 | PROVA DE VINHOS

Programa: Metodologia da prova e técnicas para afeirir a qualidade de um vinho. Prova de 4 vinhos.

19H30 | ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA OBSERVAÇÃO DE ESTRELAS

20H00 | JANTAR NO RESTAURANTE DA POUSSADA

21H30 | OBSERVAÇÃO DE ESTRELAS.

Valor: 65€/por pessoa | info@otamihosfestibal.com

Org.: Rota de Vinhos da Pousada de Setúbal

Apoio: Câmara Municipal de Palmela

2 JULHO | 14H00-16H00 | BIBLIOTECA MUNICIPAL DE PINHAL NOVO CONVERSAS SOBRE ... "ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL"

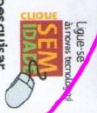
Projecto: Clique Sem Idade

Mais do que uma ferramenta de trabalho, os computadores são uma oportunidade para pesquisar sobre hábitos de vida saudáveis e para falar de como queremos envelhecer no Concelho de Palmela.

Destinatários: população em geral

Org.: Câmara Municipal de Palmela

Colaboração: Ajudamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela - Unidade de Cidadãos na Comunidade - Egrª Vera Tago.



PROJETO CONVERSAS INFORMAIS "VENHA FALAR DE SAÚDE"

6 JULHO | 15H00 | UNIÃO DESPORTIVA E CULTURAL DE FERREIROS

PREVENÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO CALOR

13 JULHO | 15H00 | ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE PINHAL NOVO

PÉ DIABÉTICO

Org.: Câmara Municipal de Palmela e Unidade de Saúde Familiar de Santarém - Palmela

ANEXO XII - Convite para evento de encerramento “Clic Sem Idade” 2012

A Câmara Municipal de Palmela convida V. Exa. a participar na Festa Convívio de encerramento do “CLIQUE SEM IDADE 2012”, dia 29 de outubro de 2012, das 15h00 às 17h30, na Casa Mãe Rota de Vinhos, em Palmela.

Programa

15h00 | Sessão de boas vindas
poesia Io Appolloni

15h15 | “Clique Sem Idade 2012” – Novos Centros de Interesse, Outras Respostas

Adília Candeias, Vereadora da Câmara Municipal de Palmela / Maria Lin, Professora aposentada / Vera Tiago, Enfermeira
poesia, Margarida Prieto
Apontamento Musical, Maria da Luz

16h00 | Novas Tecnologias e Patrimónios Culturais | Percurso pela história vitivinícola de Palmela

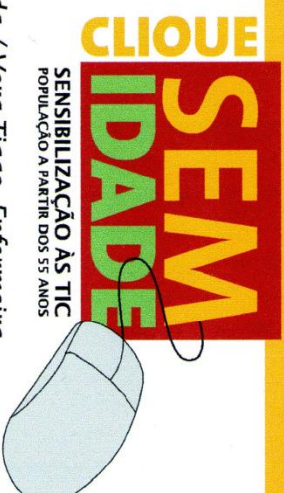
Maria Leonor Campos, Técnica da Divisão de Património Cultural da Câmara Municipal de Palmela

Convide a uma visita web à Rota de Vinhos da Península de Setúbal

Experiências e boas praticas educativas em torno da vinha e do vinho - projeto wine in: - consumo moderado / degustação / cozinha molecular

Escolas Secundária de Palmela e de Pinhal Novo

17h30 | Entrega dos Certificados de Participação “Clique Sem Idade 2012”



**ANEXO XIII - Resumo de atividade realizada em colaboração com a saúde
escolar**

Atividade desenvolvida com os alunos das turmas PIEF da Escola Básica do 2º e 3º Ciclos José Maria dos Santos - Pinhal Novo

Local: Jardim em frente ao Auditório Municipal da Biblioteca de Pinhal Novo

Data: 24 de Maio

Atividade realizada por solicitação à Equipa de Saúde Escolar para estar presente com uma “banquinha da saúde” em atividade curricular das turmas PIEF no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações.

Realizada aula fitness com a participação de pessoas de varias idades desde crianças de infantário, jovens, adultos e idosos.



Quadro 4 – Atividade em colaboração com a saúde escolar

Local	Data	População					
		População alvo	Género		Faixa Etária		Total
			M	F	50 - 65	>65	
Jardim em frente ao Auditório Municipal da Biblioteca de Pinhal Novo	24-05-2013	População em geral	0	16	14	2	16

ANEXO XIV - Critérios para a formulação da pergunta em formato PI[C]O

Critérios para a formulação da pergunta em formato PI[C]O

	Conceitos	Palavras Chave
População (P)	Pessoa com mais de 55 anos	<ul style="list-style-type: none">• <i>Health Promotion</i><ul style="list-style-type: none">• <i>Aging</i>• <i>Health</i>• <i>Active</i>
Intervenção (I)	Promoção da saúde	
Comparação (C)	Não aplicável	
Outcomes	Envelhecimento Saudável	

ANEXO XV - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
Estudos/artigos em que o assunto seja a promoção da saúde Estudos/artigos que se relacionem com a promoção do envelhecimento saudável Estudos/artigos escritos em português; Inglês e espanhol.	Estudos/artigos que não contemplem a temática: promoção da saúde e envelhecimento saudável

ANEXO XVI Conjugação ordenada das palavras-chave

Número de artigos obtidos pela pesquisa individual de cada palavra-chave

Palavra-chave	Nº de artigos
(1) Health Promotion	3 980
(2) Aging	9 764
(3) Health	136 199
(4) Active	8 670

Número de artigos obtidos pela conjugação de cada palavra-chave com a outra(s)

Palavra-chave	Nº de artigos
(1) Health Promotion +(2) Aging	209
(1)Health Promotion +(3) Health	3 980
(1)Health Promotion +(4) Active	212
(2) Aging + (3) Health	5 403
(2)Aging + (4) Active	363
(3) Health + (4) Active	3 831

Palavra-chave	Nº de artigos
(1) Health Promotion + (2) Aging + (3) Health	209
(1)Health Promotion + (2) Aging + (4) Active	25
(1) Health Promotion + (3) Health + (4) Active	212
(2) Aging + (3) Health + (4) Active	231

Número de artigos encontrados pela conjugação ordenada de todas as palavras-chave

Palavra-chave	Nº de artigos
(1)Health Promotion + (2) Aging + (3) Health + (4) Active	25

ANEXO XVII - Ficha sintese dos artigos selecionado

Estudo	“Older people’s expectations regarding ageing, health-promotingbehaviour and health status” KIM, Su (2009), artigo de investigação publicado no <i>Journal of Advanced Nursing</i> 65(1), 84–91, doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04841.x	
Participantes	Amostra de conveniência de 99 pessoas, 81 do sexo feminino, 18 do sexo masculino, elegidas a partir de 3 centros comunitários de bem-estar na Coreia. Estes Centros oferecem uma ampla gama de atividades e serviços de apoio para pessoas mais velhas, tais como educação, atividades recreativas. Critérios de inclusão: idade >60 anos, sem défice cognitivo, e estar disposto a participar no estudo.	
Intervenções	Estudo pretende explorar a influência das expectativas em relação ao envelhecimento com os comportamentos de promoção da saúde e estado de saúde dos participantes. Aplicado 3 questionário: ERA (Expectations Regarding Aging), versão curta, foi desenvolvido para medir três domínios de expectativas sobre envelhecimento, a saúde física mental e função cognitiva; para avaliar os comportamentos promotores de saúde foi utilizada uma versão coreana do questionário Perfil de Estilos de Vida Promotores de Saúde, questionário que avalia seis domínios de comportamentos promotores de saúde: responsabilização pela sua saúde, atividade física, nutrição, crescimento espiritual, relações interpessoais e gestão de stress; para avaliar a saúde mental e física foi utilizado versão coreana do Medical Outcomes Study 12-item formulário curto.	
Resultados	<p>Os entrevistados tiveram em média baixas expectativas em relação ao envelhecimento, o nível de comportamentos promotores de saúde foi moderado e o estado de saúde foi relativamente baixo. Os resultados mostraram que os participantes que esperavam manter altos níveis de saúde eram mais propensos a ter uma melhor saúde física e mental, mantendo comportamentos de promoção da saúde A análise mostrou ainda que as expectativas sobre envelhecimento têm um impacto maior sobre o estado de saúde que qualquer outra variável (idade, sexo e escolaridade). Por outro lado aqueles que esperando atingir e manter um elevado funcionamento físico e mental com o envelhecimento também eram mais propensos a manter comportamentos promotores de saúde, que por sua vez levaram a níveis mais altos do estado de saúde física e mental. Se as intervenções em relação às expectativas do envelhecimento não incorporarem o incentivo a comportamento de promoção da saúde, eles podem não serão eficazes. Assim, este resultado confirma a importância de incentivar os idosos a tornarem-se mais ativos na promoção da sua saúde e gestão de suas condições crônicas, juntamente com a melhoria de suas expectativas sobre o envelhecimento. Pode-se concluir deste estudo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O mecanismo que impulsiona a relação entre expectativas sobre o envelhecimento e saúde envolve comportamentos promotores de saúde; • É importante que o enfermeiro ao avaliar expectativas sobre o envelhecimento das pessoas mais velhas associar intervenções de promoção de saúde • Os enfermeiros precisam entender as expectativas dos adultos mais velhos quanto à idade, a fim de ajudá-los de forma eficaz na adoção de comportamento de promoção da saúde. • Os enfermeiros precisam fazer um maior esforço para desenvolver intervenções orientadas para a alteração do papel dos indivíduos na sua própria saúde de atores passivos para ativos • As intervenções de enfermagem para melhorar as expectativas face ao envelhecimento, tem necessariamente de estar ligadas á promoção de comportamentos promotores de saúde. 	
Nº do Artigo 15	Nível de Evidencia III	Tipo de Estudo Transversal, correlacional

Estudo	“Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative Approach” MALDONADO, María; MUÑOZ, Elsa ; NÚÑEZ, Víctor (2007). Artigo Publicado <i>BMC Public Health</i> 2007, 7:276 doi:10.1186/1471-2458-7-276	
Participantes	1ª fase - 150 indivíduos de uma comunidade rural do México Critérios de inclusão: interesse em participar no projeto; idade entre os 60 e os 74 anos; alfabetizado; sem doenças incapacitantes; sem dificuldades auditivas e visuais importantes; atributos de liderança e coordenação de pequenos grupos. Destes indivíduos selecionados 100 terminaram o programa 2ª fase – 600 indivíduos da mesma comunidade rural, dos quais 500 terminaram o programa	
Intervenções	Foram realizados workshops com o objetivo de capacitar as pessoas mais velhas, de uma comunidade rural do México, para um envelhecimento ativo. Este programa foi dividido em duas fases 1ª fase – os participantes desta fase foram divididos em 4 grupos e foram realizados workshops onde foram abordados conhecimentos considerados importantes no processo de envelhecimento (envelhecimento ativo, estilos de vida saudáveis, prevenção de doenças, vacinação, autocuidado...) Após o término desta 1ª fase foram selecionados 30 indivíduos (com base na sua capacidade de liderança, os conhecimentos adquiridos) para assumirem o papel de “promotores gerontológicos” 2ª fase – estes indivíduos selecionados replicaram os conhecimentos adquiridos na mesma comunidade, planejando ações de auto cuidado, ajuda mútua e promoção da saúde, onde eles próprios foram veículo de transmissão de conhecimento, formando mais 30 grupos de 20 pessoas. Foi realizada uma análise por parte dos investigadores, através de visitas de seguimento no local dos segundos workshops, entrevistas aos participantes, análise de gravações de vídeo, considerando as mudanças e evolução dos padrões de comportamento dos intervenientes O “empowerment” dos indivíduos foi avaliado, considerando a aquisição de conhecimento, estilos de vida saudáveis adotados, e participação ativa no grupo.	
Resultados	O processo de “empowerment” foi diferente para cada participante. Isto é para alguns indivíduos o processo de empoderamento foi bastante rápido e imediato, sendo que foi mais gradual e mais lento para os outros, tornando evidente a influência de fatores, tais como, história pessoal, educação anterior, experiência de trabalho, bem como, os papéis sociais que tinham anteriormente. Um dos fatores que leva a um maior “empowerment” das pessoas mais velhas é o fato de eles próprios serem veículos de transmissão de conhecimentos.	
Nº do Artigo24	Nível de Evidência III	Tipo de Estudo Qualitativo