

AOS COMPANHEIROS DESTA VIAGEM
MARIA RITA, MARIA TERESA, ZÉ VASCO, LEONOR E EDMUNDO PAIS

RESUMO

Palavras-chave: envelhecimento saudável; longevidade com qualidade; cuidados de enfermagem; modelo de Roper, Logan e Tierney

Para a realização desta pesquisa partiu-se da preocupação em saber de que forma os cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, contribuem para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, da população. Para o efeito, procurou-se conhecer a área do objectivo dos centros de saúde, privilegiada pelos cuidados de enfermagem, aos clientes com 50 e mais anos. Constatou-se que é o tratamento, por factores inerentes: ao Meio Envolvente (dominar a representação de pessoa idosa ser “doente” e as políticas de saúde nacionais, regionais e institucionais estarem centradas na doença/tratamento); aos Enfermeiros (prevaler o modelo tradicional na prestação de cuidados e na formação, desmotivando-os e desconhecendo esta população) e à População (por, maioritariamente: possuir crenças sobre saúde que induzem a que recorra ao Centro de Saúde só quando está doente; percepcionar a sua saúde razoável, por se considerar doente e por ser portadora de hipertensão, diabetes e depressão; ter dificuldades económicas, responsáveis por não fazer alimentação saudável, nem dormir bem; alguns necessitarem de ajuda dos filhos para a higiene pessoal e da casa e terem história de quedas por desequilíbrio; ao contrário dos homens, as mulheres raramente saírem de casa, distraírem-se a ver televisão e nunca praticarem exercício físico; pensar na morte, diariamente, e ter medo de morrer sozinha. A iliteracia dificulta a mudança de comportamentos).

As estratégias para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, passam por: à semelhança das políticas de saúde internacionais, as nacionais, regionais e institucionais, a formação e os cuidados de enfermagem, se centrarem na promoção da saúde e prevenção da doença, ao longo do ciclo vital dos clientes; assumir esta população como prioritária, indo ao seu encontro à comunidade e responsabilizá-la, assim como a equipa multiprofissional e sociedade em geral, por este processo.

ABSTRACT

Key Words: healthy ageing; longevity with quality; nursing care; Roper, Logan and Tierny models.

Our main concern, in order to develop this research, was to find out in what way, nursing care, at the level of Primary Health Care, contributes to the promotion of healthy ageing and quality longevity, among the population.

For that purpose, our goal was focused on the area of the health centers providing nursing care to people in the age group of fifty and above.

The treatment was verified to be based on factors inherent to: the involving Environment (the predominant concept of the elderly as a “sick person”, as well as the national, regional and institutional policies focused on illness/treatment), the Nursing Staff (the prevailing traditional model of providing care and training, doesn’t motivate the staff to know more about this target group), the Population in general (mainly derived from beliefs about health which make them go to a health centre only when sick; considering themselves sick due to high blood pressure, diabetes and depression; unhealthy eating habits or bad quality of sleep resulting from poor economic levels; some need the help of their children either for their personal hygiene or house chores and sometimes suffer falls as a consequence of lack of balance; unlike men, women rarely leave the house, enjoy themselves watching television and never do physical activity; often think of death and are afraid of dying alone. Illiteracy makes it hard to change habits).

The strategies to promote healthy ageing and longevity with quality, have to: similarly to the international, national, regional and institutional policies, training and nursing care be focused on the promotion of health and prevention of diseases, throughout the life cycle of the target group; assume the priority of this population, go into the community and make it responsible for this process together with the multi-professional team and society in general.

ÍNDICE

p.

<u>INTRODUÇÃO</u>	12
 CAPÍTULO 1 - <u>A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DOS FACTORES QUE O INFLUENCIAM</u>	14
1.1 – DESENHO DA PESQUISA.....	27
 CAPÍTULO 2 - <u>OS ENFERMEIROS NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE COM QUALIDADE</u>	38
2.1- O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O CRESCIMENTO DA ESPERANÇA DE VIDA	38
2.2 - ENVELHECER COM SAÚDE: TEORIAS E CONCEITOS	42
2.3- CUIDADOS DE ENFERMAGEM E PROMOÇÃO DE SAÚDE: TEORIAS E MODELOS.....	48
2.3.2 - <u>Sistematização dos cuidados de enfermagem através do modelo de Roper, Logan e Tierney</u>	53
2.4 - POLÍTICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO	71
2.4.1- <u>Internacionais</u>	72
2.4.2 - <u>Nacionais</u>	77
2.4.3 - <u>Regionais</u>	85
2.4.4- <u>Implicações das políticas de saúde nos cuidados de enfermagem</u>	88
 CAPÍTULO 3 - <u>OS CLIENTES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</u>	92

CAPÍTULO 4 - <u>PERCEPÇÃO E PRÁTICAS DOS CLIENTES PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE</u>	95
4.1 – A PERCEPÇÃO DE SAÚDE E DE QUALIDADE DE VIDA E AS PRÁTICAS PARA AS PROMOVER.....	95
4.1.1 - <u>Percepção e práticas para a concretização das actividades de vida</u>	112
CAPÍTULO 5 – <u>ENFERMEIROS E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ÁREA PRIVILEGIADA</u>	163
5.1 – FACTORES CONDICIONADORES E ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DE LONGEVIDADE.....	164
CAPÍTULO 6 - <u>CONTRIBUTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE COM QUALIDADE</u>	186
6.1 – VALORIZAÇÃO DO TRATAMENTO POR CONDIÇÕES INERENTES AO MEIO ENVOLVENTE, AOS ENFERMEIROS E À POPULAÇÃO	186
6.2 – ESTRATÉGIAS DE MELHORIA	195
<u>REFERÊNCIAS</u>	202
BIBLIOGRÁFICAS.....	202
DOCUMENTAIS.....	213

ENTREVISTAS.....	220
ANEXOS.....	221
ANEXO I- Outras tabelas referentes a dados dos clientes.	
ANEXO II- Guia para validação do guião da entrevista para os clientes.	
ANEXO III- Guião de entrevista aos clientes.	
ANEXO IV- Variáveis em estudo, com os clientes.	
ANEXO V- Consentimento informado dos clientes.	
ANEXO VI- Questionário aplicado aos enfermeiros da prestação de cuidados.	
ANEXO VII- Questionário aplicado aos enfermeiros chefes.	
ANEXO VIII- Guião do “focus group” para os enfermeiros.	
ANEXO IX- Consentimento informado dos enfermeiros.	
ANEXO X- Guião da entrevista individual à Vogal de Enfermagem e ao Presidente do Conselho de Administração do Centro de Saúde.	
ANEXO XI- Guião da entrevista à Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros.	
ANEXO XII- Guião da entrevista à responsável pela implementação do Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas.	
ANEXO XIII- Guião da entrevista ao Secretário Regional dos Assuntos Sociais.	
ANEXO XIV- Outros gráficos referentes a dados dos clientes.	
ANEXO XV- Instruções de utilização da “Grelha Orientadora para a Promoção do Envelhecimento Saudável e da Longevidade com Qualidade”.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

p.

Gráfico 1 - Razões atribuídas à percepção da qualidade de vida.	99
Gráfico 2 - Percepção de saúde, segundo a percepção da capacidade económica.	103
Gráfico 3 - Justificação da percepção de saúde.	104
Gráfico 4 - Justificação da percepção de saúde, segundo a idade.	104
Gráfico 5 - Escala geriátrica da depressão, segundo estado civil.	109
Gráfico 6 - Escala geriátrica da depressão, segundo a percepção da capacidade económica.	110
Gráfico 7 - Percepção dos clientes da sua capacidade económica, segundo o género.	116
Gráfico 8 - Percepção da capacidade económica, segundo o rendimento mensal.	118
Gráfico 9-Frequência da utilização de medicamentos prescritos pelo médico, segundo a idade.	120
Gráfico 10 - Consumo de medicamentos, por iniciativa própria, ou por recomendação de outros, segundo a idade.	123
Gráfico 11 - Consumo de medicamentos, por iniciativa própria ou por recomendação de outros, segundo o domínio da leitura.	124
Gráfico 12 - Frequência da ocorrência de quedas, nos últimos 6 meses, segundo o género.	127
Gráfico 13 - Consequências das quedas, segundo o género.	129
Gráfico 14 - Razões de não gostarem de viver, onde vivem, segundo o género.	139
Gráfico 15 - Assuntos do futuro em que pensam, segundo o género.	161
Gráfico 16 - Tempo utilizado pelos enfermeiros, na prestação de cuidados, ao longo de todo o ciclo vital.	165
Gráfico 17 - Tempo utilizado, pelos enfermeiros, na prestação de cuidados directos, aos clientes fora da Unidade de Saúde, segundo as áreas de intervenção.	166
Gráfico 18 – Tempo utilizado na prestação de cuidados de enfermagem, aos clientes com 50 e mais anos, segundo a área de intervenção.	167

ÍNDICE DE TABELAS

p

Tabela 1 - Esperança de vida à nascença, na União Europeia (27).....	39
Tabela 2 - Confronto da esperança de vida dos Açorianos com a dos Portugueses e Europeus.	40
Tabela 3 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados, segundo o género e grupo etário dos clientes observados.	93
Tabela 4 - Distribuição dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes.	94
Tabela 5 - Percepção da qualidade de vida, segundo o género.	96
Tabela 6 - Percepção da qualidade de vida, segundo o rendimento mensal.....	98
Tabela 7 - Cuidados utilizados para a promoção da qualidade de vida, segundo a idade.....	100
Tabela 8 - Percepção de saúde, segundo a percepção da qualidade de vida.	102
Tabela 9 - Problemas de saúde percepcionados pelos clientes, segundo o género.	106
Tabela 10 - Escala geriátrica da depressão, segundo o género.....	108
Tabela 11 - Cuidados para a promoção da sua saúde, segundo a idade.	111
Tabela 12 - Cuidados de enfermagem recebidos, segundo a percepção dos clientes.....	113
Tabela 13 - Cuidados de enfermagem desejados pelos clientes, segundo o género.....	114
Tabela 14 - Mudanças desejadas nas Unidades de Saúde, pelos clientes, segundo o género.	115
Tabela 15 - Percepção da capacidade económica, segundo o rendimento mensal.....	117
Tabela 16 - Medos referidos pelos clientes, segundo o género.	119
Tabela 17 - Consumo de medicamentos prescritos pelo médico, segundo o género.	122
Tabela 18 – Consumo de medicamentos, por sua iniciativa ou por recomendação de outros, segundo a idade.	125
Tabela 19 - Ocorrência de quedas, segundo o grupo etário.....	126
Tabela 20 - Razões atribuídas à ocorrência das quedas, segundo o género.	128
Tabela 21 - Percepção do consumo de alimentação saudável, segundo a idade.	131
Tabela 22 – Percepção do consumo de alimentação saudável, segundo o poder económica.	132

Tabela 23 - Razões atribuídas ao consumo, frequente de uma alimentação saudável, segundo o género.	133
Tabela 24 - Cuidados utilizados para a promoção da alimentação saudável, segundo o género.	134
Tabela 25 - Percepção da capacidade auditiva, segundo o género.	135
Tabela 26 - Percepção da capacidade visual, segundo o género.	136
Tabela 27 - Opinião dos clientes de gostarem de viver, aonde vivem, segundo o género.	138
Tabela 28 – Frequência com que os clientes se sentem sozinhos, segundo o género.	140
Tabela 29 - Percepção de apoio de terceiros para a concretização das actividades de vida, segundo a idade.	142
Tabela 30 - Percepção da pessoa/grupo a que mais ajudam e em quê, segundo o género.	143
Tabela 31 - Frequência com que os clientes saem de casa, segundo o género.	145
Tabela 32 - Razões de saírem pouco de casa, segundo género.	146
Tabela 33 - Profissão dos clientes, segundo a sua situação face, ao trabalho.	148
Tabela 34 - Actividade de trabalho que mais ocupa os clientes, segundo o género.	149
Tabela 35 - Actividade de lazer, segundo o género.	150
Tabela 36 - Frequência da prática de exercício físico, segundo o género.	152
Tabela 37 - Razões referidas, por ordem crescente, para justificar a ausência da prática de exercício físico, segundo o género.	153
Tabela 38 - Percepção da qualidade do sono, segundo a prática de exercício físico.	155
Tabela 39 - Razões atribuídas ao facto de não dormirem bem, segundo o género.	156
Tabela 40 - Ocorrência de relações sexuais, segundo o género.	158
Tabela 41 - Razão atribuída à não ou rara ocorrência de relações sexuais, segundo a idade.	159
Tabela 42 - Maior sonho/desejo dos clientes, segundo o género.	162
Tabela 43 - Factores do meio envolvente que condicionam a ser privilegiado o tratamento	171

Tabela 44 - Estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável, relativas ao meio envolvente.....	174
Tabela 45 - Factores relativos aos enfermeiros, que condicionam a ser privilegiado o tratamento	178
Tabela 46 - Estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável, relativas aos enfermeiros.....	181
Tabela 47- Factores relativos à população, que condicionam a ser privilegiado o tratamento.....	183
Tabela 48 - Estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável, relativas à população.....	185

ÍNDICE DE FIGURAS

p.

Figura 1 - Modelo de análise.....	26
Figura 2 - Percepção e práticas dos clientes e dos enfermeiros, para a promoção da longevidade com qualidade	194

INTRODUÇÃO

Os progressos da ciência e da tecnologia, a descoberta de medicamentos, nomeadamente, dos antibióticos e das vacinas, a informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença, a acessibilidade aos serviços de saúde, a melhoria do poder económico e a facilidade de acesso aos alimentos, são alguns dos factores que têm induzido a que o homem viva mais anos.

A esperança de vida tem vindo a aumentar, significativamente, nas últimas décadas no planeta, embora de forma assimétrica, sendo mais elevada nos países desenvolvidos onde se enquadra a Europa. No contexto Europeu, Portugal integra o grupo dos países mais jovens e com elevado número de pessoas idosas em situação de dependência (Robine, 2000/1). A nível nacional, a população dos Açores está a viver, em média, menos 3,3 anos do que a maioria dos restantes Portugueses e menos 4,1 anos do que a maioria dos Europeus (Instituto Nacional de Estatística, 2002; Eurostat, 2008).

As “Metas da Saúde para Todos” preconizam vida mais longa e com mais saúde (OMS, 1985), ou seja, que o ser humano tenha um envelhecimento saudável com consequente longevidade com qualidade.

O envelhecer saudável, constitui hoje, um desafio da responsabilidade individual, do estado e da comunidade, onde está o indivíduo inserido, através da criação de recursos que possibilitem hábitos de vida promotores de saúde.

Os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, inseridos em equipas multiprofissionais, através da prestação de cuidados, próximos dos cidadãos, centrados na promoção da saúde e prevenção da doença, ao longo de todo o ciclo vital, tornam-se intervenientes “chave” para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade.

Estas constatações induziram à pergunta de partida da investigação: *de que forma os cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, contribuem para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, da população?*

Organizou-se a descrição da pesquisa do seguinte modo: o primeiro capítulo integra a problemática em estudo, expressa através da perspectiva teórica que se decidiu adoptar e a metodologia utilizada. O segundo capítulo integra o enquadramento conceptual do fenómeno do envelhecimento saudável e da longevidade, onde se salienta os contributos dos enfermeiros para a promoção da qualidade deste processo e se sistematiza os cuidados inerentes, através do modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney e termina com as políticas de saúde direccionadas, no essencial, para as pessoas de idade mais avançada. Nos capítulos posteriores apresentam-se os dados obtidos e sua discussão e análise, identificando-se, no terceiro, os clientes dos cuidados de enfermagem, dos Cuidados de Saúde Primários e, no quarto, as percepções e as práticas que têm para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade. No quinto capítulo evidencia-se a área do objectivo dos centros de saúde, privilegiada pelos cuidados de enfermagem aos clientes, com 50 e mais anos, os factores que os condicionam e estratégias promotoras de envelhecimento saudável e de longevidade com qualidade, as quais são complementadas no sexto capítulo. Para finalizar, são integradas as referências bibliográficas, documentais e das entrevistas realizadas, seguidas pelos anexos.

As dificuldades, que se previam encontrar, prendiam-se, no essencial, com a adesão dos participantes aos estudos. No entanto, foi enorme o envolvimento, desde os clientes, aos enfermeiros e dirigentes, tendo alguns clientes salientado mesmo “o efeito terapêutico” da entrevista (apesar de não se ter este objectivo) e alguns enfermeiros manifestaram o desejo da continuação das sessões de “focus group”, como estratégia promotora da qualidade dos cuidados. Aliás, como expressou o Presidente do Conselho de Administração do Centro de Saúde seleccionado, esta também foi a finalidade pretendida com a autorização da realização da pesquisa naquela Instituição.

CAPÍTULO 1 - A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DOS FACTORES QUE O INFLUENCIAM

Este capítulo integra, em primeiro lugar, a sistematização dos diferentes aspectos do problema, que se evidenciaram, formulando os pontos de referência teóricos da investigação e os conceitos fundamentais, que estruturaram a análise. Posteriormente, descreve-se a metodologia adoptada para se atingirem os objectivos definidos.

O envelhecimento é um processo natural de mudança progressiva, a nível biológico, psicológico e social dos indivíduos, que se inicia, segundo alguns, na concepção e prossegue ao longo da vida (Eliopoulos, 2001).

O crescimento da longevidade humana tem ultrapassado muitas das expectativas traçadas, para os países desenvolvidos, em resultado do controlo da morbilidade e mortalidade, pela melhoria de acesso aos cuidados de saúde, à evolução do conhecimento a nível da medicina, das técnicas de diagnóstico, da farmacologia e do desenvolvimento socioeconómico (Fernandes, 2007).

As “Metas da Saúde para Todos” apelam a que não só se viva mais anos, mas que se goze de uma melhor qualidade de vida, dando mais anos à vida e mais vida aos anos (OMS, 1985). Deste modo, preconiza-se que o envelhecimento seja um processo activo e uma experiência positiva, com optimização das oportunidades que proporcionam saúde, participação e segurança (OMS, 2002). Implica adopção de estilos de vida saudáveis, ao longo da vida, com vista ao aumento da esperança de vida, da produtividade e da qualidade de vida na velhice (WHO, 2002).

Os estilos de vida são expressos pelas escolhas, pelos comportamentos habituais e pelas práticas (termo que se utilizará) do dia-a-dia, ao longo da vida, condicionados pelos conhecimentos, pelo meio ambiente aonde está o indivíduo inserido (WHO, 2005).

O envelhecimento saudável (expressão que se adoptará) tem como determinantes o sexo, a etnia, a história de vida, o estatuto sócio-económico, as circunstâncias materiais, as expectativas e os recursos pessoais e sócio-culturais (valores e normas) da comunidade onde está o indivíduo inserido (The European Older People's Platform, 2007; Zganec, 2008; Godfrey, 2001). Para além destas, outras variáveis têm sido integradas na tarefa de bem envelhecer, das quais se destacam: a capacidade de adaptação às perdas, a preservação dos estilos de vida saudáveis ao longo da vida, a manutenção da integridade física com autonomia e independência, o funcionamento e atitude mental positiva, a exposição a desafios, a estimulação cognitiva, a personalidade, o relacionamento sócio-familiar e a saúde (Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005).

A saúde é a experiência humana equiparada a bem-estar, que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida (Basto, 2000; Carpenito, 1997; Hesbeen, 2001; Roper, Logan e Tierney, 1996). Deste modo, a perda de saúde não é o aparecimento de doença, mas, sim, a incapacidade de recriar o potencial individual (Hesbeen, 2001; Roper, Logan e Tierney, 1996).

A saúde percebida e auto-avaliada é um importante indicador do envelhecimento conseguido, que resulta da percepção que cada pessoa tem da sua condição de saúde e das suas capacidades biológicas e mentais, em função das expectativas individuais e sociais (Paúl e Fonseca, 2005). A maioria da população portuguesa com mais idade, ao contrário da mais jovem, percebe o seu estado de saúde como Razoável, Mau e Muito mau (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). Por percepção entenda-se a representação mental, ou seja, o acto de organização dos dados sensoriais acerca de um objecto ou acontecimento, ao qual se atribuem qualidades (Gauquelin, 1990).

Ao envelhecimento frequentemente são associadas como inerentes a morbilidade e a diminuição da qualidade de vida (Schutz, 2008). Por qualidade de vida, entenda-se a percepção dos indivíduos ou grupos da satisfação das suas necessidades e daquilo que não

lhes é recusado, nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade (OMS, 1985). Há uma série de factores, de ordem diversa, que condicionam a percepção individual de qualidade de vida, como sejam, a saúde, as características e experiências pessoais e de grupo, a competência do indivíduo se adaptar às diversas transformações, que ocorrem ao longo da vida, o contexto familiar, laboral, de lazer, económico, social, cultural, religioso e político (Magalhães, 2001; Ramos, 2001; Bernard, 2001; Coelho e Amorim, 1999; Ribeiro, 1994; Deeg, 2003). A percepção da qualidade de vida não é um resultado linear, sofre mutações, na própria pessoa e ao longo dos tempos, podendo ser, significativamente, alterado, de um momento para o outro, perante uma alteração num destes factores.

Vários estudos, dos quais se destaca o de Hnilica (2006), demonstram que os indivíduos com idade avançada mesmo com diagnóstico de doenças, estão geralmente mais satisfeitos com as suas vidas do que os mais jovens e sem diagnóstico de doenças. Tal situação parece evidenciar que as pessoas, mesmo que idosas e que se conseguem adaptar às alterações têm uma percepção positiva da sua vida (Berger, 1995). Por outro lado, parece demonstrar, também, que é diferente ter uma doença e o sentir-se doente, pois a percepção da qualidade de vida é condicionada pela experiência da doença e não pela existência da doença (Ribeiro, 1994).

As perturbações de saúde mais frequentes nas pessoas com idade mais avançada, nomeadamente, do sexo feminino são: hipertensão, doença reumática, dor crónica, diabetes, osteoporose e depressão (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). A depressão é a perturbação psiquiátrica mais encontrada nas pessoas com idade mais avançada na comunidade (Zimerman, 2000). Pode traduzir-se pela existência de pelo menos uma das seguintes situações: sentir-se em geral insatisfeita com a vida, sentir que a vida é vazia, ter medo que alguma coisa de mal aconteça e/ou sentir-se infeliz a maior parte do tempo (Dohner, 1997). Apesar de ser altamente incapacitante e potencialmente tratável, a depressão nem sempre é percebida como tal, por os sintomas serem

encarados como características inerentes ao envelhecimento (OMS, 2005; Silva, in Paúl e Fonseca, 2005).

Sheriff (2008), através do seu estudo com pessoas com 40 e mais anos e com profissionais de saúde, verificou como fundamental para a promoção do envelhecimento saudável, entre outros aspectos, a sensibilização das pessoas em geral e dos profissionais para a promoção e vigilância da saúde. A promoção da saúde eficaz conduz a mudanças nos determinantes da saúde e à projecção da velhice saudável e melhor sucedida (União Internacional da Promoção da Saúde e Educação em Saúde, 2005; OMS, 2002).

A promoção de saúde, como foi definida na Carta de Ottawa, é o processo de capacitar indivíduos e comunidades a identificarem e realizarem as suas aspirações, a satisfazerem as suas necessidades, a adaptarem-se ou a modificarem o meio, a controlarem e a melhorarem a saúde, através da adopção de estilos de vida saudáveis e da acção coordenada dos sectores da saúde, sociais, económicos, governamentais e ambientais (OMS, 1986).

A importância do papel dos enfermeiros (termo que se adoptará) dos Cuidados de Saúde Primários na promoção da saúde, nomeadamente, através da educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade, já é, há muito, reconhecida por organismos internacionais, tais como, pela OMS (1978) e evidenciada pela Ordem dos Enfermeiros (2002 e 2003).

Na Conferência de Alma Ata (OMS, 1978), foi preconizada a prática dos profissionais de saúde, com a participação activa do indivíduo, família e comunidade, conforme a filosofia dos cuidados de saúde primários.

Os cuidados de enfermagem, integrados na tarefa multiprofissional de promover a qualidade em saúde, tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, ao longo da vida, a prevenção da doença, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, com a máxima independência na realização das actividades de vida e a promoção dos processos de adaptação funcional aos défices e aos múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Os Cuidados de Saúde Primários são a primeira linha e a base de todos os cuidados de saúde, em articulação com os cuidados de saúde, ou hospitalares, os cuidados de saúde continuados e entidades de natureza privada¹. Os centros de saúde são as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários ou essenciais, vocacionados para o desenvolvimento de actividades de promoção e protecção de saúde, ao indivíduo, família e comunidade, que não se confinam ao seu espaço físico, antes se estendem à escola, à fábrica ou às colectividades grupais².

Fruto do exposto, surge a pergunta de partida da investigação: *de que forma os cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, contribuem para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, da população?* A partir desta, outras questões emergiram: porque recorrem os clientes aos cuidados de enfermagem, dos Cuidados de Saúde Primários? Que cuidados são prestados aos clientes que recorrem a estes profissionais?

Ao terem os centros de saúde, por objectivo: a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e a reabilitação², surge a questão: qual destas áreas é privilegiada pelos cuidados de enfermagem prestados às pessoas, com idade mais avançada, com vista à promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade?

Tendo em vista a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, a promoção da saúde deve dirigir-se aos estilos de vida das crianças, dos jovens, das pessoas de meia-idade e com idade mais avançada (OMS, 1986). As pessoas idosas necessitam de cuidados diferentes e em maior número do que os jovens e as pessoas de meia-idade (Comissão das Comunidades Europeias, 1999). Deste modo, será investigada a utilização do tempo dos enfermeiros na prestação de cuidados aos clientes, ao longo do ciclo vital, por áreas de intervenção.

A prática dos cuidados de enfermagem resulta da interrelação de vários contextos: do enfermeiro (história de vida; processos de socialização, nomeadamente, com idosos; hábitos;

¹ Decreto-Lei n° 60/03, de 1 de Abril de 2003.

² Decreto Regulamentar Regional n°3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

crenças; quadro de referência - conhecimentos e valores); do cliente (história de vida, processos de socialização, hábitos, conhecimentos e valores, situação de saúde, condicionada pelas crenças, disposição para os cuidados e para os profissionais); da profissão e sua organização (onde emergem e se constroem os modelos profissionais, saberes, normas e valores, que orientam a profissão e influenciam o exercício dos cuidados e seus significados) e o contexto da acção (materializa os modelos organizacionais - cultura e objectivos, as estratégias de acção locais e a formação), todos eles influenciados pelo sistema político e pelo meio onde estão inseridos (Costa, 2002; Rebelo, 1997; Basto e Magão, 2001; Le Boterf, 1995; Lancaster e Stanhope, 1999).

Fruto do exposto, surgem as seguintes questões que interessam clarificar: que factores condicionarão os cuidados de enfermagem prestados às pessoas com idade mais avançada? Que estratégias deverão os enfermeiros utilizar para melhorar a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade?

A qualidade do envelhecimento é condicionada, entre outros factores, pelo envolvimento activo, ao longo da vida, de cada indivíduo, agente do seu desenvolvimento pessoal e da sua saúde (OMS, 2002; Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005). Deste modo, tornou-se pertinente desenvolver uma pesquisa com clientes numa perspectiva prospectiva (Sheriff, 2005), pelo que se optou por pessoas com 50 e mais anos, utilizadoras de um Centro de Saúde³, tendo por base as seguintes questões: que percepção têm os clientes, com 50 e mais anos, da sua saúde e qualidade de vida; que práticas utilizam para as promover? Deste modo, integrar-se-á nesta pesquisa a percepção e as práticas que os clientes têm para a promoção da sua saúde e qualidade de vida para, a partir destas, serem identificados cuidados de enfermagem pertinentes à promoção do envelhecimento saudável e da longevidade. Optou-se pelo Modelo de Enfermagem, preconizado por Roper, Logan e Tierney (1996), por proporcionar uma abordagem sistematizada, através das 12 actividades de vida e uma perspectiva global da

³ Serão designadas, com o mesmo significado, de pessoas/clientes (Roper, Logan e Tierney, 1996), ou pessoas/clientes com idade avançada, ou mais avançada.

pessoa inserida no seu grupo e meio e por ser o mais utilizado nos serviços da prestação de cuidados.

No que se refere à actividade de vida:

- *Manter ambiente seguro* – O direito fundamental da segurança consiste em tornar a vida segura, não apenas para as pessoas fazerem face a ameaças externas e serem livres de danos evitáveis, mas, também, de serem livres do medo dos danos (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998).

Há uma série de factores externos, relacionados com a segurança, que se repercutem no bem-estar. As condições ambientais que oferecem pouca segurança às pessoas, nomeadamente, de idade mais avançada, como sejam, pisos irregulares, ausência de corrimões em escadas, entre outros, são formas de violência, que põem em risco a sua saúde (Zimmerman, 2000). Estas, associadas à osteoporose e à deterioração da visão, da audição, do equilíbrio, da força muscular, entre outras, aumentam, consideravelmente, a probabilidade de quedas, de fracturas, de morbilidade e mortalidade (Roper, Logan e Tierney, 1996; Pinto, 2001). Deste modo, faz todo o sentido pesquisar a frequência da ocorrência de quedas, suas causas e consequências.

A segurança humana também pode ser afectada pela capacidade económica (Malcate, 2003). O Relatório da Comissão Mundial sobre Determinantes da Saúde (WHO, 2005) identifica a pobreza como determinante da saúde, considerando que quanto mais baixo o estatuto sócio-económico da pessoa pior o seu estado de saúde. As pessoas com idade mais avançada constituem um grupo da população portuguesa, particularmente vulnerável no que concerne aos riscos de pobreza (Perista, 2001). Deste modo, integrar-se-á a capacidade económica dos clientes.

A tendência para o aparecimento de perturbações de saúde, à medida que se avança na idade, leva estas pessoas a consumirem um elevado número e variedade de medicamentos, inclusivamente, por automedicação (Rodrigues, 2003; Redman, 2003; Bolander, 1998; Roper, Logan e Tierney, 1996). A sua segurança poderá ser posta em causa, por estarem mais

propensas a efeitos iatrogénicos, relacionados com os fármacos, do que os outros grupos etários (Malcate, 2003). Fruto do exposto, o consumo de medicamentos por prescrição médica e por iniciativa do próprio, e o fim a que se destinam, também, integrarão este estudo.

Níveis elevados de educação melhoram a saúde, através do desenvolvimento de capacidades e de informação que condicionam a concepção de saúde, as crenças e valores acerca da prioridade de saúde e o pensar e agir, na procura dos cuidados inerentes (Paúl e Fonseca, 2005; Redman, 2003). Deste modo, o facto de muitos dos portugueses de meia-idade e idosos de hoje não saberem ler repercutir-se-á a todos os níveis da vida, nomeadamente, da sua saúde (Vaz, 1998; Redman, 2003), pelo que será investigado não só o nível de escolaridade, como, também, o domínio da leitura.

Uma das funções dos serviços de saúde pública é garantir a segurança dos seus utilizadores, através do acesso e fornecimento de cuidados que respondam à satisfação das necessidades identificadas, sentidas e expressas pelas populações (Lancaster e Stanhop, 1999; OMS, 1985). Deste modo, neste estudo, será solicitada a identificação dos cuidados recebidos e desejados dos serviços de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros.

- *Respirar* – Há vários factores que podem comprometer a respiração e, conseqüentemente, a independência na realização de outras actividades de vida. Destes, salientam-se alterações do sistema cardiorespiratório, o consumo de tabaco e doenças crónicas (Berger, 1995). Fruto do exposto, identificar-se-á a existência de dificuldades a este nível.

- *Eliminar* - Devido à atonicidade da musculatura dos intestinos e da bexiga, redução da actividade física e hábitos alimentares inadequados é, relativamente, comum as pessoas de idade mais avançada debaterem-se com problemas de obstipação e de perda de fezes e de urina (Malcata, 2003; Ruipérez e Llorente, 1998). Atendendo às implicações destas problemáticas, no bem-estar e auto-estima desta população será também identificada a existência de perturbações a este nível.

- *Comer e beber* – Uma dieta saudável é necessária em todas as fases da vida, especialmente na velhice (The European Older People`s Plataform, 2007), preconizando-se, actualmente, a dieta mediterrânica (Hale, 2004, in Fernandes, 2007; Paúl e Fonseca, 2005; entre outros).

O estado nutricional pode ser afectado por factores físicos, psíquicos, económicos, laborais ou sócio-culturais. Destes, há a salientar, nas pessoas de idade mais avançada, a diminuição do paladar, do olfacto, do apetite, erros alimentares, dificuldade de deslocação para fazer compras ou preparar os alimentos, falta de motivação, por isolamento social, problemas de mastigação, por falta de dentes ou por desajuste da prótese dentária e falta de recursos financeiros (Pinto, 2001; Malcata, 2003; Barreto e Preto, 1996; OMS, 2005). Deste modo, tem toda a pertinência integrar, também, neste estudo, a alimentação que os participantes fazem e os cuidados que utilizam para a promover.

- *Comunicar* – Em todas as fases de desenvolvimento humano, o bem-estar depende da existência de relações sócio-familiares significativas (Couvreur, 2001; Ramos, 2001; Zimerman, 2000; Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001, in Paúl e Fonseca, 2005), tendo Iwarsson (2004) identificado a relação familiar como uma determinante do envelhecimento saudável.

A falta de disponibilidade dos filhos para os pais, a diminuição das capacidades físicas, nomeadamente, da locomoção, da audição e da visão, frequentemente levam à redução da relação interpessoal, a menor percepção de suporte, de ajuda e de bem-estar (Newson e Schulz, 1996, in Bassols, 2001; Deecken, 1998; Goldenberg, 2001; Pimentel, 2001). Deste modo, a solidão, as redes sócio-familiares e a satisfação com as mesmas e a capacidade visual e auditiva serão contempladas, também, nesta investigação.

- *Higiene pessoal e vestuário* – Esta actividade poderá ficar comprometida, com o avançar da idade, pela dificuldade, por exemplo, em entrar e sair da banheira e em lavar-se e vestir-se sozinhos (Instituto Nacional de Estatística, 1998/9). Ao ser esta actividade fundamental ao bem-estar e à promoção da saúde, também, integrará este estudo a capacidade da sua concretização e a necessidade de apoio de terceiros.

- *Mobilizar* - Uma das principais causas de degradação da qualidade de vida, com o avançar da idade, é a perda de capacidade funcional, nomeadamente, das mulheres, a nível da mobilidade, conduzindo a perda de autonomia e independência, com consequências, a nível físico, psicológico, económico e social (Ramos, 2001; Quaresma, 2001; Instituto Nacional de Estatística, 1998/9). Assim, integrar-se-á, também, a mobilização nesta pesquisa.

- *Controlar a temperatura corporal* - Manter a temperatura corporal é fundamental para a promoção do bem-estar e da vida. No entanto, o equilíbrio homeostático, com o avançar da idade, vai, progressivamente, alterando a sua eficácia (Roper, Logan e Tierney (1996). Deste modo, a identificação de perturbações a este nível também integrarão este estudo.

- *Trabalhar e lazer* – Sentir-se útil e ter sentido de pertença a grupos de trabalho e lazer, ter satisfação pelo desafio e sucesso são elementos que concorrem para a saúde dos indivíduos. Pelo contrário o tempo insuficiente de lazer, o desemprego e a reforma não planeada ou mal utilizada, podem contribuir para perturbações físicas e/ou mentais (Ramos, 2001; Magalhães, 2001). Zimerman (2000) verificou que as pessoas que, na segunda metade da vida, desempenham papéis de responsabilidade e actividades prazerosas, não declinam muito; as que praticam actividades físicas, mantêm-se mais saudáveis; que têm amigos, fazem cursos, trabalhos, passeios e viagens mantêm-se mais actualizadas e felizes; as que continuam com curiosidade e com vontade de aprender, permanecem mais íntegras; as que são acompanhadas e estimuladas permanecem mais activas, mais participativas e com auto-estima mais elevada. Deste modo, é fundamental a participação activa a nível físico e intelectual, na comunidade onde está o indivíduo inserido (The European Older People`s Plataform, 2007). Pelo exposto, identificar-se-á a situação dos participantes, face ao trabalho, como, também, as actividades em que mais se ocupam (trabalho e lazer) e a prática de exercício físico.

- *Dormir* – O ser humano passa uma parte considerável da sua vida a dormir, actividade essencial para a recuperação e o bom funcionamento do organismo e, consequentemente, para a promoção da saúde (Berger, 1995; Andrade, 2000).

Rodrigues (2002) constatou no seu estudo que mais de um quarto das pessoas idosas referiram insónias, devido a ansiedade ou a depressão; fragmentação dos períodos de sono e pouco repousantes; horário de sono irregular e uso ou abuso de álcool e/ou de anti-depressivos ou sedativos. Fruto do exposto, a percepção da qualidade do sono e factores perturbadores serão contemplados.

- *Expressar a sexualidade* – Existem variáveis físicas, emocionais, culturais e sociais que ameaçam a capacidade da pessoa, com idade mais avançada, permanecer sexualmente activa. Destas, salientam-se a perda ou indisponibilidade do parceiro sexual, por morte ou por medo de agravamento de doenças ou da morte; efeitos secundários de medicamentos; falta de privacidade; barreiras psicológicas e físicas, nomeadamente, disfunção erétil; doença num ou em ambos membros do casal e os mitos que existem acerca da expressão da sexualidade nesta etapa da vida (Berger, 1995; Eliopoulos, 2001; Squire, 2002). Tais situações conduzem, por vezes, à cessação da actividade sexual, nomeadamente, através da relação sexual, ou a envergonharem-se de a assumir, por lhe ser atribuída conotação perversa ou “viciosa” (Vaz, 2003; Zimmerman, 2000). Deste modo, a frequência da ocorrência de relações sexuais e a identificação dos factores impeditivos serão objecto de estudo.

- *Morrer* – A vida é vivida à luz da inevitabilidade da morte. A preocupação e o medo da morte estão cada vez mais presentes à maneira que os anos passam. A preparação, que a adaptação a este processo exige faz com que seja considerada uma actividade de vida (Roper, Logan e Tierney, 1996). A adaptação eficaz a este processo passa, entre outros aspectos, por promover vida com projecto, que apele ao empenhamento e desenvolvimento pessoais (Ramos, 2001; Quaresma, 2001). Os sonhos são projectos de vida que dão prazer e sentido à vida (Augusto, 2007). Assim, os sonhos e o conteúdo e frequência com que pensam no futuro serão contemplados, neste estudo.

Ao confrontar-se a esperança de vida dos Açorianos, de ambos os sexos (73,6 anos), com a dos Portugueses (76,9 anos) e Europeus (77,7 anos), no seu todo, verifica-se que os Ilhéus estão a viver menos 3,3 anos do que a maioria da população Nacional e menos 4,1 anos do que a

Europeia (Instituto Nacional de Estatística, 2002; Eurostat, 2008). Esta situação, associada ao facto de a investigadora desenvolver a sua actividade profissional numa Escola Superior de Enfermagem Açoriana, com responsabilidades na promoção do envelhecimento saudável e da longevidade da população, considerou-se pertinente desenvolver esta pesquisa nos Açores.

Pelo facto de o Estado também ser responsável por promover o envelhecimento saudável e a longevidade com qualidade da sua população e atendendo à influência do sistema político em todos os contextos (do enfermeiro, do cliente, da profissão e da acção) (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998; Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005) apreciar-se-ão as práticas dos clientes e dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários à luz das políticas de saúde internacionais, nacionais e regionais.

Fruto do exposto, e tendo por base a pergunta de partida da investigação: de que forma os cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, contribuem para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, da população?, decidiu-se delimitar o problema à percepção e às práticas dos clientes (com 50 e mais anos) e dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (de um Centro de Saúde Açoriano), para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, à luz das políticas de saúde (Figura 2).

Deste modo, são objectivos deste estudo:

- Identificar a percepção que os clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano, têm da sua saúde e qualidade de vida;
- Identificar as práticas que os clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano, têm para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade;
- Identificar a área do objectivo dos centros de saúde (promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e reabilitação), privilegiada pelos cuidados de enfermagem aos clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano;
- Identificar os factores que condicionam os cuidados de enfermagem prestados aos clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano;

- Analisar estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, tendo por base as políticas de saúde internacionais, nacionais e regionais.

Figura 1 – Modelo de análise.



1.1 – DESENHO DA PESQUISA

Decidiu-se realizar a pesquisa nos Açores por ser conhecida a menor longevidade da sua população, relativamente, à do restante País e Europa, situação preocupante do ponto de vista dos cuidados de saúde e por ser a investigadora professora numa Escola Superior de Enfermagem da Região, com responsabilidades na área.

Desenvolveu-se a pesquisa, no essencial, no Centro de Saúde Açoriano seleccionado⁴ por abranger cerca de um terço da população do Arquipélago na sua área de intervenção (Serviço Regional de Estatística dos Açores, 2003) e por questões logísticas. Possui 7 Unidades de Saúde Sede (terminologia definida no Centro de Saúde para diferenciar estas unidades das extensões, que funcionam apenas em alguns dias, ou parte de dias⁵), com 68 enfermeiros (7 Chefes e 61 da Prestação de Cuidados) (cf⁶anexo I - tabela 1).

Tendo por base a pergunta de partida: de que forma os cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, contribuem para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, da população?, iniciou-se a pesquisa por um estudo exploratório (Cervo e Bervian, 2002) com o intuito de a investigadora se familiarizar com o fenómeno em estudo, tomar consciência de aspectos do problema, a que não era sensível à partida, e delimitar os contornos da investigação, para prosseguir de forma sustentada. Para tal, recorreu-se à observação participante, assistemática, atendendo a que foi realizada sem instrumento, sem quesitos observacionais, pré-definidos, sendo, apenas, guiada pelas indagações (Cervo e Bervian, 2002; Polit e Hungler, 2001): porque recorrem os clientes aos cuidados de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários? Que cuidados são prestados aos clientes que recorrem a estes profissionais?

⁴ Omitir-se-á a identificação do Centro de Saúde.

⁵ Alínea 2, do artigo 12º do Decreto Regulamentar Regional nº3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

⁶ Quando se utilizar a expressão cf deve entender-se pela mesma *confirma*.

Foram alvo da observação 8 enfermeiros, em interacção com 61 clientes (Novembro de 2004), que aceitaram participar na pesquisa. Os clientes foram seleccionados, tendo por base os seguintes critérios de elegibilidade: terem 50 e mais anos e terem recorrido às Consultas de Enfermagem nos dias da observação. A selecção dos enfermeiros teve por base o facto de estarem responsáveis pelas Consultas de Enfermagem com adultos e idosos. Deste modo, utilizou-se uma amostra não-probabilística acidental (enfermeiros e clientes) (Kidder, 1991).

A opção de limitar o estudo a clientes com 50 e mais anos deveu-se ao facto de a passagem para a segunda metade do século de vida, frequentemente, se caracterizar por uma série de ocorrências, a nível físico (rugas, cabelo grisalho, na mulher menopausa, entre outras), sócio-familiar (saída de filhos de casa, passar a ter o papel de avô/ó, morte de progenitores e amigos, aproximação e entrada na reforma, entre outras) e emocional (adaptação a perdas físicas, de familiares e amigos, de papéis, económicas, entre outras), que evidenciam que o processo de envelhecimento está a decorrer e que a vida está a passar, induzindo, frequentemente, à consciencialização da necessidade de reajuste de projectos de vida.

Decidiu-se analisar os dados relativos aos clientes subdividindo a amostra em 3 grupos etários: dos 50 aos 64 anos, dos 65 aos 79 anos e com 80 e mais anos. Optou-se por esta estratégia, por se pretender obter uma perspectiva prospectiva, atendendo a que os estudos longitudinais, no âmbito do envelhecimento, têm demonstrado quão determinantes são alguns factores do percurso de vida, nesse processo (Ketele e Roegiers, 1993). Para além disso, cada um dos 3 grupos atrás referidos, coloca desafios diferentes não só aos próprios como também aos enfermeiros: a etapa dos 50 aos 64 anos, normalmente, corresponde à fase de transição da vida activa profissional para a de reformado; dos 65 aos 79 anos, por ser uma etapa que depende, consideravelmente, das estratégias utilizadas, anteriormente, caracterizando-se pela centralização na actividade pessoal, familiar e, por vezes, social e com 80 e mais anos, por ser, frequentemente, um período da vida de maior fragilidade e solidão.

Os clientes observados (61) caracterizaram-se do seguinte modo: 28 possuíam idade compreendida entre 50 a 64 anos, igual número integrou o grupo com 65 a 79 anos e, apenas,

5 possuíam 80 a 93 anos. Foram as mulheres que mais recorreram às Unidades de Saúde (45), nomeadamente, com 65 a 79 anos (22) (cf anexo I - tabela 2). Será que tal ocorrência se deve ao facto de as mulheres serem domésticas e, por conseguinte, estarem mais disponíveis do que os homens (que trabalham fora de casa) para recorrer às Unidades de Saúde? Ou será que se deve ao facto de as mulheres terem maiores necessidades de cuidados de enfermagem?

No que se refere aos enfermeiros a maioria possuía idade entre os 25 e 40 anos, tinha o Curso Superior de Enfermagem e a categoria de Enfermeiro Graduado⁷.

Tinha-se programado realizar 2 períodos de observação (manhã/tarde, ou manhã/manhã, ou tarde/tarde, em função da orgânica de cada serviço), em 1 Unidade de Saúde ou Extensão, de cada 1 das 7 Unidades de Saúde Sede. No entanto, realizaram-se, apenas, em 3 Unidades e em 2 Extensões, por se ter obtido saturação de dados (Deshaies, 1992; Polit e Hungler, 2001).

Optou-se pelo posicionamento móvel (Polit e Hungler, 2001), acompanhando os enfermeiros, na prestação de cuidados. Com o intuito de minimizar a reactividade, à observadora, para além da apresentação e informação, sobre os objectivos da observação, garantiu-se a confidencialidade dos dados e o anonimato e solicitou-se autorização para permanecer na consulta.

Concluída a observação, após uma primeira leitura dos diários de pesquisa, realizou-se uma leitura temática, com apropriação progressiva de cachos de ideias, tendo por base as perguntas de investigação (Carmo e Ferreira, 1998).

O significado do conteúdo foi validado por uma enfermeira, com o Curso de Licenciatura em Enfermagem e com o Curso de Licenciatura em Gestão, após ter sido informada sobre as questões de partida da observação e da técnica e critérios utilizados, para garantir a fidelidade inter-codificadores (Carmo e Ferreira, 1998).

A partir do estudo exploratório decidiu-se desenvolver 2 estudos dedutivos (Cervo e Bervian, 2002), no mesmo Centro de Saúde: 1 com clientes e outro com enfermeiros e dirigentes.

⁷ Decreto-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro de 1998.

Os pré-testes relativos às 2 pesquisas foram realizados num outro Centro de Saúde, com características semelhantes ao primeiro referido, em termos de área, habitantes e enfermeiros. Foram realizados e aceites os pedidos formais de autorização de acesso da investigadora aos campos de pesquisa e aos respectivos participantes.

Tanto na colheita como na análise de dados foram respeitados os princípios éticos da beneficência, do respeito e da justiça (Polit e Hungler, 2004).

- Estudo com os clientes -

Com o estudo, com os clientes, pretendeu-se atingir os seguintes objectivos: “Identificar a percepção que os clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano, têm da sua saúde e qualidade de vida”; “Identificar as práticas que os clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano, têm para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade” e “Analisar estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, tendo por base as políticas de saúde internacionais, nacionais e regionais”.

Por não se ter encontrado instrumentos disponíveis na literatura consultada, que se adequassem à apreciação desejada, criou-se um guião de entrevista estruturada (Streuberg e Carpenter, 2002). Como forma de garantir a validade do constructo deste instrumento, o mesmo foi submetido à apreciação de 3 Enfermeiros Mestres (anexo II) (2 com o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e 1 com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica).

Integradas as alterações, realizou-se o pré-teste do guião (anexo III), com 16 clientes, do Centro de Saúde seleccionado para o efeito. Deste modo, testou-se a compreensão das questões, por parte dos clientes, treinou-se a formulação e a adaptação à sequência das mesmas, induzida pelo discurso dos clientes e a destreza, no registo dos dados. Por as

respostas às questões não terem sido, suficientemente, distintas para justificar a integração do factor geográfico, optou-se por desenvolver o estudo, apenas, em 1 Centro de Saúde.

Tendo em vista a condução de recolha e análise de dados, de forma clara, sistematizou-se em quadro as variáveis em estudo, contempladas no guião da entrevista (Quivy, 1998)(anexo IV). Estimou-se a fiabilidade interna recorrendo ao Alfa de Cronbach (Hill e Hill, 2000), tendo-se verificado existência de consistência entre os itens: percepção de saúde, percepção da qualidade de vida, satisfação com a vida e sentimento de felicidade (0,739); satisfação com a vida e sentimento de felicidade (0,784); percepção de saúde, capacidade económica, percepção da qualidade de vida, hábito de sair de casa, gosto de viver onde vive e satisfação com a relação familiar (0,750) e percepção de saúde, escala geriátrica da depressão e utilização de medicamentos receitados pelo médico (0,918).

Decidiu-se utilizar uma amostra constituída por 2% dos clientes, com 50 e mais anos (atendendo aos critérios já referidos), do Centro de Saúde seleccionado. Por não existir registo informatizado dos clientes inscritos, procedeu-se ao cálculo, tendo por base os dados do Serviço Regional de Estatística dos Açores (2003), relativos à população residente na área das 7 Unidades de Saúde Sede. Deste modo, participaram, neste estudo, 162 clientes: com 50 a 64 anos – 45 mulheres e 40 homens, com 65 a 79 anos – 38 mulheres e 24 homens e com 80 a 91 anos – 11 mulheres e 4 homens (cf anexo I – tabela 3). Assim, foi utilizada uma amostra não-probabilística, por quota (Polit e Hungler, 2001; Deshaies, 1992), constituída por: 58% mulheres; 66,0% clientes *casados ou a viver como tal* e 24,7% *viúvos* (90% mulheres) (cf anexo I - tabela 4); tendo 76,5% ingressado, no sistema de ensino (5 clientes não o fizeram, mas sabiam ler por terem aprendido quando exerciam o serviço militar ou com outros), embora, apenas 7,9% possuísse curso médio ou superior (cf anexo I - tabela 5).

Os clientes eram convidados a participar no estudo quando saíam da Consulta de Enfermagem (de 16 de Novembro de 2005, a 10 de Fevereiro de 2006). Após explicação da colaboração pretendida, aos que aceitavam participar, era-lhes solicitada a declaração formal do

consentimento informado, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato (anexo V). A duração média, de cada entrevista, foi de 30 minutos.

Uma das limitações deste estudo está, possivelmente, relacionada com o facto de a investigadora se ter apresentado aos clientes como professora de enfermagem, condicionando, deste modo, as suas respostas, relativas aos cuidados de enfermagem e às alterações desejadas na Unidade de Saúde. Para além disso, a ocorrência das entrevistas nas Unidades de Saúde também poderá ter inibido os clientes.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente com utilização do SPSS (versão 15.0 for Windows). Recorreu-se ao teste de qui-quadrado para testar, se a frequência com que os elementos da amostra se tinham repartido, pelas classes das variáveis nominais teria sido ou não independente (Maroco, 2007). Para verificar a probabilidade de significância, entre as variáveis, considerou-se os níveis entre 5 e 10%. Quando a probabilidade foi inferior, a este limite, concluiu-se pela dependência ou correlação, entre as 2 variáveis nominais ou ordinais. Todos os testes de qui-quadrado realizados obedeceram aos pressupostos empíricos de as frequências esperadas terem sido todas superiores a 1 e, pelo menos, 80% terem sido iguais ou superiores a 5. Sempre que tal não se verificou, procedeu-se à agregação de categorias.

Utilizou-se o teste ANOVA, para comprovação da existência de diferenças significativas, entre as médias de vários grupos e para comprovar a influência relativa de diversos factores e suas interrelações mútuas, sobre uma variável numérica (Maroco, 2007). Neste, verificou-se a distribuição normal, em cada amostra e a homogeneidade de variância. No caso de não se terem verificado estes dois pressupostos, utilizou-se o resultado do teste ANOVA, apenas como indicativo e, quando necessário, o teste não-paramétrico do Kruskal-Wallis.

Por se ter averiguado a existência de relações estatísticas, entre variáveis quantificáveis e feito descrições, recorrendo ao tratamento estatístico, para tornar o plano de investigação mais sólido e compreender, de forma mais profunda, o fenómeno, esta investigação assumiu carácter descritivo-correlacional (Fortin, 1999; Carmo e Ferreira, 1998).

- *Estudo com os enfermeiros e dirigentes* -

Para atingir os objectivos: “Identificar a área do objectivo dos centros de saúde (promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e reabilitação), privilegiada pelos cuidados de enfermagem aos clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano”; “Identificar os factores que condicionam os cuidados de enfermagem prestados aos clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano” e “Analisar estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, tendo por base as políticas de saúde internacionais, nacionais e regionais”, realizou-se o estudo com enfermeiros e dirigentes. Aplicou-se um questionário e realizaram-se 7 sessões de “focus group” com 51,5% dos enfermeiros do Centro de Saúde onde foi realizado o estudo anteriormente descrito. Com 31 enfermeiros da prestação de cuidados organizaram-se 5 grupos, constituídos por enfermeiros da mesma equipa, 1 por enfermeiros de equipas diferentes e o sétimo grupo com 4 enfermeiros chefes. O número de participantes, por grupo, oscilou entre 4 e 6 enfermeiros (Oliveira e Freitas, 1998), eram, essencialmente, do sexo feminino (82,8%), possuíam idades entre 22 e 56 anos, embora a moda fosse possuir 26 a 30 anos (cf anexo I - tabela 6). A maioria possuía a categoria de *Enfermeiro*, em ex aequo, com a de *Enfermeiro Graduado*, tinha o Curso Superior de Enfermagem (apenas, 1 tinha Mestrado) (cf anexo I - tabela 7) e, desde a conclusão do seu Curso, exercia a sua actividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários (cf anexo I - tabela 8).

O questionário e o guião para as sessões de “focus group” foram submetidos à apreciação de 1 docente de enfermagem, com o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Pública e Mestrado em Psicologia Social e das Organizações, após ter sido informado dos objectivos a atingir (Oliveira e Freitas, 1998). Realizou-se o pré-teste destes instrumentos com um grupo de 6 enfermeiros do Centro de Saúde seleccionado para estes procedimentos.

Com o questionário aplicado aos enfermeiros da prestação de cuidados (anexo VI) e aos enfermeiros chefes (anexo VII), pretendeu-se caracterizar a amostra e conhecer o tempo

utilizado (na semana anterior à sua aplicação), pelos primeiros referidos, na prestação de cuidados directos, aos clientes, ao longo de todo o ciclo vital, por local e áreas de intervenção. O preenchimento do questionário antecedeu as sessões de “focus group”, demorando em média 20 minutos, por parte dos enfermeiros da prestação de cuidados e 7 pelos enfermeiros chefes e as sessões de “focus group” demoraram, em média, 90 minutos. Esta colheita de dados decorreu de 18 de Abril a 15 de Maio de 2006, em 6 Unidades de Saúde Sede, excepto a sessão com os enfermeiros chefes, que ocorreu no edifício da Ordem dos Enfermeiros.

A opção pelo questionário teve por base o facto de possibilitar a obtenção dos dados pretendidos com exactidão, no momento, e em pouco tempo (Cervo e Bervian, 2002).

O guião do “focus group” integrava 3 questões básicas: área do objectivo dos centros de saúde privilegiada com os cuidados de enfermagem prestados aos clientes com 50 e mais anos (excluindo os cuidados domiciliários); factores condicionadores dos cuidados de enfermagem e estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade. Para situar os enfermeiros, estimular e facilitar a discussão das questões anteriormente referidas, solicitou-se, primeiramente, a identificação dos cuidados de enfermagem, que habitualmente eram prestados à população referida (anexo VIII).

Convidou-se um docente de enfermagem, para redactor das sessões de “focus group”, o qual teve como funções: registar, por escrito, as sínteses que iam sendo realizadas pela investigadora, ao longo das sessões (para validar a informação e alimentar a discussão), alertar para aspectos não contemplados, ou pouco aprofundados e anotar outros aspectos de possível interesse (Oliveira e Freitas, 1998). Houve treino do trabalho, da investigadora, com o redactor, nomeadamente, aquando a realização do pré-teste.

Uma semana antes da marcação da data para a colheita desses dados, a investigadora deslocou-se às 7 Unidades de Saúde Sede, em hora definida pelo enfermeiro chefe, para explicar às equipas de enfermagem o objectivo pretendido, as estratégias a utilizar, para a colheita de dados e garantir o anonimato e a confidencialidade. Foi deixada esta informação, por escrito, às equipas, para dar a possibilidade de a lerem e decidirem, com alguma

disponibilidade temporal, se queriam participar no estudo. Os enfermeiros que o desejaram, assinaram o consentimento informado (anexo IX), a partir do qual foram constituídos os grupos. Deste modo, utilizou-se uma amostra não-probabilística, sendo a técnica da amostragem de conveniência (Carmo e Ferreira, 1998), atendendo a que o grupo de participantes foi constituído com os disponíveis do grupo de voluntários (mais 11 enfermeiros haviam manifestado interesse em participar, no entanto, não o fizeram por se encontrarem doentes ou a substituir colegas nesta condição, por estarem em formação, a gozar tolerâncias, ou a garantir o funcionamento da Unidade de Saúde).

Para se atingirem os objectivos deste estudo, de uma forma mais profunda, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas, individuais (Streuberg e Carpenter, 2002), no essencial, com as questões integradas no guião do “focus group”, ao Vogal de Enfermagem e ao Presidente do Conselho de Administração do Centro de Saúde seleccionado (anexo X); à Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros (anexo XI); à responsável pela implementação, na Região, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, nomeada pela Direcção Regional da Saúde (anexo XII) e, por último, ao Secretário Regional dos Assuntos Sociais (anexo XIII). Estas entrevistas decorreram, pela ordem de referência, nos gabinetes dos referidos participantes, ao longo de, aproximadamente, 60 minutos, de 23 de Maio de 2006, a 9 de Julho de 2007.

A decisão de integrar no estudo estes elementos teve por base o facto de serem intervenientes na definição e/ou implementação das políticas de saúde. Para além disso, a pertinência em auscultar a Presidente da Ordem dos Enfermeiros teve por base as atribuições desta Ordem para a promoção da defesa da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

A opção pelo “focus group” e pela entrevista individual deveu-se ao facto de serem excelentes modos de entender as razões que induzem os comportamentos e compreender, de forma mais profunda, a situação, em estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

Os dados obtidos através das sessões de “focus group” e das entrevistas individuais foram registados através de gravação áudio. A transcrição de cada hora de gravação demorou em

média 4 horas e 30 minutos. Posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo, que Krippendorff (1980) definiu como uma técnica de investigação, que permite fazer inferências, válidas e replicáveis dos dados, para o seu contexto (in Vala, 2005). A inferência permitiu a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material, que foi levantado, organizado e enumerado (Bardin, 1995). Para a categorização, recorreu-se ao procedimento por «milha», tendo o título de cada categoria sido atribuído, à posteriori, tendo por base um termo-chave que indicou a significação central do conceito que se apreendeu (Bardin, 1995; Vala, 2005). A inclusão de um segmento de texto, numa categoria, pressupôs a detecção dos indicadores relativos a essa categoria (Vala, 2005). Procedeu-se à enumeração das unidades de registo, que emergiram do discurso de cada 1 dos 6 grupos de enfermeiros da prestação de cuidados (N= 31), do grupo de enfermeiros chefes (N= 4), de cada 1 dos 2 elementos do Conselho de Administração, do Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros, da responsável pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e do Secretário Regional dos Assuntos Sociais.

Uma vez identificadas as categorias e os indicadores, foram submetidos à apreciação do docente de enfermagem, a quem se solicitou a apreciação do guião do “focus group”, anteriormente referido, para validar o constructo assegurando a *exaustividade* (se todas as unidades de registo foram colocadas, numa das categorias), a *exclusão mútua* (se cada unidade de registo existia, apenas, numa categoria); a *homogeneidade* (se a organização tinha por base um único princípio de classificação); a *pertinência* (se cada categoria era considerada pertinente e adaptada ao material de análise pretendido); a *objectividade e a fidelidade* (se as diferentes partes, do mesmo material, foram codificadas, da mesma maneira, tendo sido definidas, as diferentes categorias) e a *produtividade* (se o conjunto de categorias produzia resultados férteis em inferências - deduções lógicas) (Vala, 2005; Bardin, 1995).

Foi dirigido um convite a todos os enfermeiros e ao Conselho de Administração do Centro de Saúde, onde se realizou o estudo, para 2 sessões de apresentação e discussão das conclusões do estudo, para os dias 29 e 31 de Junho, de 2008. Com estas, pretendeu-se validar a

confirmabilidade dos critérios por auditoria e testar a credibilidade pelos participantes (Streubert e Carpenter, 2002). Os 16 enfermeiros que aceitaram o convite, nos quais se incluiu o do Núcleo de Formação, consideraram que os dados apresentados retratavam a problemática em estudo naquele Centro de Saúde. Estas sessões foram, novamente, um momento de debate e de “catarse”, tendo sido, novamente, salientada a importância deste estudo, naquela instituição. Como já havia sido solicitado, aquando da realização das sessões de “focus group”, expressou um dos enfermeiros *“Era excelente que continuássemos com sessões destas, para levarmos em frente este projecto...Pararmos, com regularidade, para discutirmos, reflectirmos, avaliarmos os cuidados... É coisa que não é feita...Assim, como é que podemos mudar?...Até há coisas que nem temos consciência..., como esta... com esta população...”*.

O facto de a investigadora ser docente de enfermagem poderá ter funcionado como factor inibidor e limitador do estudo, apesar da adesão e abertura demonstrada.

A triangulação de técnicas para colheita de dados (observação, entrevista estruturada e semi-estruturada, questionário e “focus group”) e triangulação de fontes de informação (clientes, enfermeiros da prestação de cuidados, enfermeiros chefes, Vogal de Enfermagem, Presidente do Conselho de Administração, Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros, responsável pela implementação, na Região, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Secretário Regional dos Assuntos Sociais) possibilitou compreender de forma mais profunda o fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2002; Ketele e Roegiers, 1993).

Atendendo a que esta investigação possibilitou compreender, explicar e responder às questões levantadas, a mesma assumiu carácter descritivo-analítico (Carmo e Ferreira, 1998).

CAPÍTULO 2 - OS ENFERMEIROS NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE COM QUALIDADE

Com o intuito de melhor compreender o fenómeno, neste capítulo, serão abordadas questões, modelos e conceitos que enquadram o estudo, resultantes da pesquisa de literatura e documental realizada. Seleccionou-se os que respeitam, mais directamente, às actividades de vida das pessoas com idade mais avançada e sua relação com os cuidados de enfermagem, com vista à promoção do envelhecimento saudável e longevidade, com qualidade.

2.1 - O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O CRESCIMENTO DA ESPERANÇA DE VIDA

A esperança de vida tem vindo a aumentar, progressivamente, a nível mundial: era, apenas, de 15 anos, 5000 anos ac, subiu para 35 anos em 1250 d.c., regredindo para 29 anos em 1550, voltando a aumentar, para 39 anos, em 1815, passando para 58 em 1940 e para 70 anos em 1985 (Malcate, 2003). Em consequência deste fenómeno, a população humana mundial, com mais idade, tem vindo a aumentar, ao longo dos tempos, projectando a Comissão Independente População e Qualidade de Vida (1998) que de 1950 a 2025 o número de pessoas com 60 e mais anos, passe de 200 milhões para 1200 milhões e que os 13 milhões de pessoas, com 80 e mais anos, passem para 137 milhões. Do exposto, se depreende que o envelhecimento da população, associado à longevidade, é um fenómeno, relativamente novo, mais evidente nos países desenvolvidos, resultante do aumento da esperança de vida, associado à diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade. Vivemos num processo de explosão sénior, que se acentuará, progressivamente, nas próximas décadas (Fernandes, 2007).

Na União Europeia (27), como se verifica pela análise da Tabela 1, de 2000 para 2007, houve um crescimento considerável da esperança de vida, em todos os países, em ambos os sexos, embora as mulheres a tenham ganhe mais rapidamente. Evidencia-se a longevidade conseguida, em 2007, pelos homens Suecos (78.9 anos) e perspectivada para as mulheres Francesas (84,4 anos) (Eurostat, 2008). No período atrás referido, o tempo de sobrevivência dos homens Portugueses passou de 72.9 para 75.2 anos e as mulheres de 79.9, para 81.6 anos, tendo os homens, no mesmo período de tempo, ganhe mais 6 meses do que as mulheres.

Tabela 1 - Esperança de vida à nascença, na União Europeia (27).

	Homens		Mulheres	
	2000	2007	2000	2007
Bélgica	75.1	77.3 P	81.4	83.3 P
Bulgária	68.2	69.2	75.3	76.3
República Checa	71.7	73.7	78.4	79.9
Dinamarca	74.3	-	79.0	-
Alemanha	-	77.1 P	-	82.4 P
Estónia	65.1	67.3 P	76.0	78.8 P
Grécia	75.4	77.3 P	80.5	82.2 P
Espanha	75.6	77.8 P	82.5	84.1 P
França	75.3	77.5 P	82.8	84.4 P
Itália	76.5	78.6 P	82.5	84.1 P
Chipre	76.1	-	81.0	-
Letónia	64.9	65.9 P	76.0	76.8 P
Lituânia	66.8	64.9 P	77.5	77.2 P
Hungria	67.1	-	75.6	-
Malta	-	77.4 P	-	81.9 P
Holanda	75.5	78.1	80.6	82.4
Áustria	75.1	77.3	81.1	82.9
Polónia	69.7	-	78.0	-
Portugal	72.9	75.2	79.9	81.6
Roménia	67.7	69.2	74.8	76.1
Eslovénia	71.9	-	79.1	-
Eslováquia	69.1	70.5	77.2	78.1
Finlândia	74.1	75.8	81.0	82.9
Suécia	77.4	78.9	82.0	83.0
Reino Unido	75.4	77.6 P	80.2	81.7 P

Fonte: Eurostat (2008); Irlanda e Luxemburgo dados não disponíveis; P - previsão

A elevada mortalidade prematura em Portugal deve-se aos acidentes de viação, a HIV/SIDA, a doença isquémica do coração, cérebrovascular e hepática, nomeadamente, cirrose e a tumores malignos da traqueia e pulmões (Santana, 2005, in Fernandes, 2007). Tais ocorrências devem-se, provavelmente, a comportamentos de risco relacionados com a utilização de veículos a motor, promiscuidade sexual e consumo de drogas, tabaco e álcool.

Confrontando a esperança de vida, em 2002, dos Açorianos relativamente ao todo dos Portugueses e Europeus, verifica-se, pela análise da Tabela 2, que os primeiros referidos viviam menos 3,3 anos e 4,1 anos, respectivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2002; Serviço Regional de Estatística dos Açores, 2007; Eurostat, 2008).

Tabela 2 - Confronto da esperança de vida dos Açorianos com a dos Portugueses e Europeus.

Esperança de vida à nascença para ambos os sexos	2002
Europa (27)	77,7 anos
Portugal	76,9 anos
Açores	73,6 anos

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2002); Serviço Regional de Estatística dos Açores (2007) e Eurostat (2008).

Poderão constituir-se variáveis explicativas da sobrevivência das populações, certos factores determinantes da saúde, como os que decorrem de políticas que aumentam o acesso aos cuidados de saúde e promovem estilos de vida saudáveis, estruturas sócio-culturais favoráveis ao bem-estar (como acontece nas sociedades do Sul da Europa), que proporcionam intensa sociabilidade, entre os membros da família, com amigos e vizinhos e os factores genéticos (como é o caso da sobrevivência dos homens na orla mediterrânica, do Sul da Europa) (Fernandes, 2007). Identifica os factores sócio-demográficos (sexo, idade, estatuto matrimonial e sócio-económico, nível de escolaridade, entre outros), como poderosos determinantes da mortalidade. A sobrevivência relacionada com o sexo remete para aspectos

diferenciais de teor biológico e social. A maior capacidade de sobrevivência das mulheres associada a uma vantagem genética, a maior habilidade para tirarem proveito do progresso sanitário (Vallin, 2002) e a maior capacidade de socialização, nomeadamente, em idades mais avançadas, relacionando-se de forma mais intensa e frequente com maior número de pessoas (familiares e amigos), proporciona melhores condições de adaptabilidade às situações, nomeadamente à viuvez e a receber apoio de diferentes origens (Fernandes, 2007). Por outro lado, considera que os homens estão mais expostos a riscos por acidentes de trabalho e de estrada, nomeadamente, com veículos a motor. No que se refere ao estado matrimonial, evidencia a maior ocorrência de certas patologias, como é o caso do cancro do ovário, do endométrio e da tiróide, em mulheres solteiras. Ao associar a educação com o estatuto sócio-económico, salienta que desigualdades a estes níveis, estão em paralelo, com desigualdades nos estilos de vida, nos recursos disponíveis (capital social, cultural, escolar, económico e de acesso a cuidados de saúde) e na gestão da saúde e da doença, ao longo da vida.

A medicina, a ciência e a tecnologia moderna triunfaram, ao conseguirem uma longevidade cada vez mais alargada, pelo controlo da maioria das doenças infecciosas, endémicas e das deficiências nutricionais. No entanto, as demências, a osteoporose, a diabetes, a hipertensão, as doenças cardíacas, a artrite, a cegueira, a surdez, a incontinência e a debilidade física tornaram-se e serão, tendencialmente crescentes, os maiores problemas de saúde, ligados ao envelhecimento (Vaupel et Lundstron, 1996; Vaupel, 1998, in Robine, 2000/1).

Em Portugal, tanto no Continente como nas Regiões Autónomas, as doenças crónicas que se evidenciaram, nomeadamente, nas mulheres, foram: hipertensão, doença reumática, dor crónica, depressão, diabetes e osteoporose (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009).

Segundo Robine (2000/1), Portugal, no conjunto dos países da OCDE, regista elevada percentagem de pessoas em situação de dependência, nomeadamente, com idade mais avançada, de 1960 para 2000, passou de 12,7% para 23,2%, prevendo-se que, até 2030, passe para 32,2%. Fruto do exposto, considera que o envelhecimento da população portuguesa, no

decorrer dos próximos decénios, corre o risco de se acompanhar de deterioração do estado de saúde, com impacto considerável no sistema de saúde.

O fenómeno do envelhecimento demográfico foi tão rápido que, ainda, não decorreu tempo suficiente para a sociedade se organizar para responder às necessidades crescentes da população a envelhecer (Zimmerman, 2000).

Com o aumento do envelhecimento demográfico e da esperança de vida, são enormes os desafios políticos, socioeconómicos e de paradigma de intervenção com que o mundo se confronta, tendo em vista a promoção do envelhecimento saudável (Zganec, 2008).

2.2 - ENVELHECER COM SAÚDE: TEORIAS E CONCEITOS

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo, ao meio ambiente (Spirduso, 2005). Para alguns, iniciam-se na concepção ou aquando o nascimento, para outros, na segunda, terceira, quarta ou quinta década e defendem outros, ainda, que começa nas fases mais avançadas da existência (Neto, 1999). Esta discrepância de opiniões demonstra bem o desconhecimento que ainda existe sobre os principais mecanismos deste processo e que as teorias do envelhecimento tentam clarificar (Neto, 1999). As teorias genéticas propõem que todo o processo de envelhecimento, desde o nascimento até à morte, é programado por um ou mais genes que ditam o envelhecimento celular, no interior do seu núcleo, ou que alguns genes são revelados ou reprimidos durante o processo de desenvolvimento normal da vida; as teorias dos danos defendem que as reacções químicas que ocorrem naturalmente no corpo, associadas aos danos químicos pequenos, mas diários (contidos no ar que se respira, fumo do cigarro, comida ou outras substâncias consumidas), produzem defeitos irreversíveis nas moléculas, que induzem

ao envelhecimento e as teorias do desequilíbrio gradual afirmam que o envelhecimento ocorre em consequência do cérebro, as glândulas endócrinas ou o sistema imunológico deixarem de funcionar gradualmente, produzindo desequilíbrio, entre os sistemas e redução de eficácia em cada sistema (Spirduso, 2005).

O envelhecimento é um processo individual, cada pessoa envelhece à sua maneira, fruto da sua história e do seu projecto de vida, do meio aonde está inserida e dos seus hábitos e costumes. Deste modo, transforma-se numa responsabilidade individual, ao longo da vida, tomar as medidas que garantem uma velhice, com qualidade (Ramos, 2001).

A promoção do envelhecimento, com qualidade, passa pela prevenção do envelhecimento patológico e da promoção de uma série de condições pessoais e sociais susceptíveis de promover o “envelhecimento com êxito” ou “activo” (Fernández-Ballesteros, 2002).

A OMS (2002) preconiza que o envelhecimento seja um processo activo e uma experiência positiva, de optimização das oportunidades que proporcionam saúde, participação, segurança e bem-estar físico, mental e social, ao longo da vida. Implica adopção de estilos saudáveis que promovam o aumento da esperança de vida, a produtividade e a qualidade de vida na velhice.

O envelhecimento, com sucesso, pode representar uma maior qualidade de saúde, na medida em que o indivíduo procura, activamente, melhorar o seu funcionamento e desempenho (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005; WHO, 2002).

Envelhecer saudável transformou-se num dos grandes objectivos das populações que aspiram a uma sobrevivência saudável (Fernandes, 2007). Defende que os efeitos acumulativos dos factores adversos, nomeadamente, stressantes, associados a outros relacionados com certos estilos de vida (falta de exercício físico, hábitos tabágicos e alcoólicos e dieta desequilibrada), repercutem-se, ao longo da vida e são potenciados, negativamente, nas idades mais avançadas, induzindo a situações mórbidas irreversíveis. Estes comportamentos têm relação, com o acidente vascular cerebral, a fractura do colo do fémur, a doença coronária, a catarata e o glaucoma, o que demonstra o vasto campo onde a acção, ao longo da vida, pode contribuir para a prevenção de muitas doenças, na velhice (Ramos, 2001).

Tendo em conta os determinantes comportamentais, ao longo da vida, a adopção de estilos de vida saudáveis e uma atitude participativa são fundamentais, para viver mais anos e com mais saúde (Fernandes, 2007).

Rowe e Kalm (1997) preconizam para o envelhecimento, a que designam de bem sucedido, a prevenção da doença e da incapacidade, com maximização das funções físicas e cognitivas e envolvimento e compromisso com a vida. Godfrey (2001), identifica como determinantes deste processo o sexo, a etnia, o estatuto socioeconómico, as circunstâncias materiais, as expectativas em relação a este processo, a história de vida e os recursos pessoais e sócio-culturais (valores e normas) da comunidade onde está o indivíduo inserido. Promovem a tarefa de bem envelhecer: a capacidade de adaptação às perdas que, habitualmente, ocorrem na velhice, a preservação dos estilos de vida saudáveis cultivados, ao longo da vida, a manutenção da integridade física com autonomia e independência, o funcionamento e atitude mental positiva, a exposição a desafios, a estimulação cognitiva, a personalidade, o contexto cultural, o relacionamento sócio familiar e a saúde (Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005).

A saúde é a experiência humana equiparada a bem-estar, tem natureza dinâmica, é multifacetada e está, continuamente, sujeita a mudança (Basto, 2000; Carpenito, 1997). Hesbeen (2001), Roper, Logan e Tierney (1996) definem saúde como a capacidade que a pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos, de criar novas regras de vida para substituir as que a doença ou o traumatismo afectaram.

São bons predictores da percepção de saúde a capacidade funcional (grau de autonomia e actividade), o suporte social e a satisfação de vida (Goldstein,1984; Partridge,1996), a adopção de comportamentos saudáveis (Hirdes,Forbes,Fletcher,1996; Atchley, 1999), a dinâmica familiar (Fernandez-Merino,1996; Ratner,1998), a filiação religiosa (Berkman, 1979), a ausência de hábitos tabágicos, a manutenção de peso corporal adequado, a actividade física (Fletcher, 1996) e o estado civil de casado (Carstensen,1991) (in Rodrigues, 2002).

A arte de bem envelhecer apela a que, com o avançar da idade, as pessoas integrem as suas limitações na nova percepção de si próprias, modifiquem o seu estilo de vida, adaptando-o à

sua nova situação, conservando uma atitude positiva acerca de todo o seu potencial, para continuarem a desenvolver-se e a crescer (Berger, 1995).

A saúde percebida e auto-avaliada é um importante indicador do envelhecimento, que resulta da percepção que cada pessoa tem da sua condição de saúde e das suas capacidades biológicas e mentais, em função das expectativas individuais e sociais (Paúl e Fonseca, 2005).

É diferente ter uma doença e o sentir-se doente, pois a percepção da qualidade de vida é condicionada pela experiência da doença e não pela existência da doença (Ribeiro, 1994), perspectiva adoptada pela disciplina do conhecimento Enfermagem, correspondendo, em muitos casos, à prática profissional.

A saúde é uma determinante da qualidade de vida (Deeg, 2003). Aliás Campbel, Converse e Rodgers (1976), identificam-na como o indicador que apresenta maior correlação com o resultado total da qualidade de vida (in Ribeiro, 1994).

Com o aumento da esperança de vida, com consequente crescimento da população mais idosa, tem ocorrido uma crescente preocupação com a qualidade de vida dos indivíduos, com mais idade, expressa nas “Metas da Saúde para Todos” (OMS, 1985).

A qualidade de vida tem a sua origem nos direitos básicos individuais e colectivos, direito à saúde, educação em geral e preventiva da saúde, à habitação, participação, segurança, ausência do medo, alimentação adequada, entre outros (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998). Há direitos fundamentais que correspondem a necessidades humanas de ordem física, psicológica, material e social (Couvreur, 2001; Bernard, 2001). Daí que a OMS (1998) defina qualidade de vida como a percepção dos indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e das oportunidades que não lhes são recusadas, nas ocasiões propícias, à realização pessoal e à felicidade. Focalizando na qualidade de vida das pessoas, com idade avançada, Abades (1989) e Mercader (1992) definiram-na como a sensação subjectiva de bem-estar psicossomático, resultante da capacidade de adaptação, às mudanças físicas, psicológicas e sociais, inerentes ao envelhecimento.

A percepção da qualidade de vida é subjectiva, sofre mutações, ao longo dos tempos, podendo ser, significativamente, alterada de um momento para outro, ao surgirem mudanças no estilo de vida, no estado de saúde, na relação interpessoal, familiar, conjugal, laboral, na situação financeira, na habitação, entre outras (Magalhães, 2001; Monde e Stella, 2006). É ainda condicionada pelo bem-estar e capacidade física (dependência e auto-cuidado), psicológica, material e social, pelas actividades cívicas e recreativas, pelo nível de escolaridade, pela qualidade do sono, pela existência de serviços de saúde adequados, pelas representações sociais acerca do processo de envelhecimento e da pessoa idosa, entre outros (Valero, 1991; Mercader, 1992; Costa e Silva, 2000; Varanda e Freitas, 1998; Ribeiro, 1994; Arrufat, 1995; Marques, 1992; Virgili, 1991; Fernandes, 2007).

Em 1990, o Centro Anna e Harry Brown de pesquisa gerontológica, da Universidade da Califórnia, identificou onze factores que contribuem para a qualidade de vida dos idosos: função cognitiva, controlo emocional, saúde física e mental, independência financeira, função social, recreativa, sexual e física, energia e vitalidade (in Spirduso, 2005).

Com o avançar do envelhecimento, existe um risco acrescido de ocorrência de perdas devido a problemas de saúde com diminuição da autonomia, à reforma, com redução da capacidade económica e à viuvez, com diminuição de contactos sociais, reflectindo-se, negativamente, na percepção da satisfação de vida (Paúl e Fonseca, 2005).

Quando a vida nos confronta, com perdas importantes, qualquer que seja o domínio amoroso, familiar, financeiro ou outro, a qualidade de vida ressent-se, perdendo-se, por vezes, o gosto de viver e o sentido da existência, induzindo à depressão e, por vezes, ao suicídio (Couvreur, 2001). Segundo estudos realizados, a nível internacional, 15% das pessoas, com mais de 65 anos, necessitam de atendimento, em serviços de saúde mental apresentando 2%, quadros de depressão, os quais, frequentemente, não são percebidos pelos familiares e pelos cuidadores, por os encararem como características naturais do envelhecimento (Zimerman, 2000). A existência de pelo menos uma das seguintes situações poderá ser indiciador de depressão: sentir-se em geral insatisfeito com a vida, sentir que a vida é vazia, ter medo que alguma coisa

de má aconteça ou sentir-se infeliz a maior parte do tempo (Dohner, 1997). Tem associação significativa, com a sintomatologia depressiva, o estatuto sócio-económico e o número e a frequência de laços sociais relacionam-se, inversamente, à sintomatologia depressiva, na velhice (Bassols, 2001; Zimmerman, 2000).

A independência, associada a um auto-conceito positivo, o envolvimento em actividades e tomada de decisão, a manutenção das amizades e relações familiares, a existência de apoio e de um confidente, são aspectos fundamentais para a promoção da saúde mental (Pinto, 2001).

As limitações que acompanham o envelhecimento, interferem, de modo diverso, na qualidade de vida de cada indivíduo. Manter uma atitude positiva, valorizando sobretudo aquilo de que, ainda, desfruta, faz a diferença na qualidade de vida das pessoas, com idade avançada (Ramos, 2001). Acrescenta Bernard (2001), que é a vontade de viver que dá qualidade de vida ao que se vive. Aliás, tem-se verificado que as pessoas, com idade mais avançada, optimistas, com atitudes positivas, face a si próprias, ao autocuidado e determinação para permanecerem independentes, conseguem-no, apesar da severidade dos seus problemas de saúde (Redman, 2003; Zimmerman, 2000).

A promoção da saúde e da qualidade de vida poderá ser potenciada pela intervenção dos enfermeiros, em equipa multidisciplinar, ajudando as pessoas a desenvolverem competências para a adopção de estratégias promotoras de envelhecimento saudável, inclusive no meio onde estão inseridas.

2.3- CUIDADOS DE ENFERMAGEM E PROMOÇÃO DE SAÚDE: TEORIAS E MODELOS

A acção materializada da enfermagem, na prática, resulta da intersecção de vários contextos: o social, marcado pela história do sujeito que presta os cuidados (enfermeiro), condicionado pelos seus hábitos, crenças, valores, quadros de referência e capacidade cognitiva; o do sujeito (cliente) e sua condição de saúde; o da profissão, onde emergem e se constroem os modelos profissionais (saberes, normas, valores que orientam a profissão) e o da acção que materializa os modelos organizacionais, lugares e estruturas concretas de trabalho, cultura, objectivos da organização, todos eles influenciados pelo sistema sócio-político, onde se insere o sistema de saúde (Rebelo, 1997; Basto e Magão, 2001). Le Boterf (1995) e Rebelo (1997) integram, também, no contexto da acção, as situações de formação.

O modelo de análise de Costa (2002) perspectiva, que a dinâmica da construção de competências, em enfermagem geriátrica, sistematiza-se numa acção integradora, na qual: trajectórias biográficas e socialização (contexto do sujeito – enfermeiro geriatria), o exercício do trabalho (contexto da profissão), os percursos biográficos do doente e seu processo de socialização (contexto do utilizador – idoso) e as estratégias de acção locais e suas (in)variantes organizacionais (contexto da acção) se constituem, complementarmente, numa globalidade potencialmente formativa.

A função dos enfermeiros é a de ajudar o cliente a promover a saúde e prevenir o mal-estar e a doença, evitar que problemas potenciais, relacionados com as actividades de vida, se tornem reais, prevenir o reaparecimento de problemas tratados, enfatizar o auto-cuidado, com o máximo de independência de acordo com a capacidade individual, promover um nível elevado de bem-estar e oferecer a melhor e mais actualizada informação, de forma a desenvolver hábitos de vida saudáveis e a resolver, aliviar, suportar e lidar, de forma positiva, com quaisquer problemas, incluindo a morte (Roper, Logan, Tierney, 1996).

A promoção da saúde eficaz conduz a mudanças nos determinantes da saúde (União Internacional da Promoção da Saúde e Educação em Saúde, 2005). A importância do papel dos enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários, na promoção da saúde, já é, há muito reconhecida, por organismos internacionais, nomeadamente, pela OMS desde a Conferência de Alma Ata (1978).

No que respeita ao envelhecimento, a promoção da saúde deve direccionar-se, primeiramente, para os estilos de vida das crianças, dos jovens e das pessoas de meia-idade e ao dirigir-se às pessoas, com idade mais avançada, para além de aumentar a longevidade, melhora a saúde e a qualidade de vida (OMS, 1986). Através da adopção de estilos de vida saudáveis, projecta-se a velhice saudável e melhor sucedida (OMS, 2002).

Honoré (1996) e Squire (2002), defendem que as metas para a promoção da saúde, das pessoas de idade mais avançada, passam por encorajá-las e apoiá-las para atingirem o seu potencial máximo e melhorarem a sua saúde, envolverem-se nas decisões que lhes dizem respeito, maximizarem a capacidade funcional, com o máximo de independência, adiarem ou prevenirem as doenças e minimizarem os efeitos das situações debilitantes.

Sheriff (2008) através do seu estudo, com pessoas com 40 e mais anos, verificou como fundamental, também, para a promoção do envelhecimento saudável, a sensibilização para a promoção e vigilância da saúde e a acessibilidade às consultas de saúde. O desenvolvimento de um comportamento mais activo, na protecção da saúde, poderá ser um factor explicativo, entre outros, para o aumento da sobrevivência dos indivíduos mais velhos (Fernandes, 2007).

O ajustamento à transição de desenvolvimento, induzida pelo envelhecimento, implica o envolvimento pró-activo da pessoa, baseado no conhecimento do que esperar durante este processo (Meleis, 2000). Para além disso, defende esta autora, que a sociedade onde o indivíduo está inserido, pode ser, em larga medida, facilitadora ou inibidora, nas transições de desenvolvimento, um evento de mudança com estigma e com carga estereotipada, interferirá numa transição saudável. Daí que maior informação, sobre o processo de envelhecimento, demonstrando que nem tudo são perdas, possibilita maior controlo, reduz a ansiedade do

desconhecido e as condições de stress (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005). Deste modo, a chave da mudança, para a promoção da pessoa idosa e do processo de envelhecimento, passa por ela própria, pelos que a rodeiam (família e comunidade), pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, pelos meios de comunicação social e pelas campanhas de sensibilização do público. A OMS (2002) considera que estas são estratégias eficazes para a redução do estigma e da discriminação, relativamente, ao processo de envelhecimento.

Através da promoção da saúde, ajuda-se as pessoas a encontrarem melhores formas de envelhecer e de valorizarem o lado positivo da velhice, com intervenções personalizadas. Cada pessoa é um indivíduo diferente, com as suas necessidades e potencialidades, o seu passado e presente, a sua bagagem e as suas perdas, a sua rede social (cônjuge, filhos, netos e outros familiares, amigos e conhecidos) e os seus projectos (Zimerman, 2000). Quanto mais as pessoas avançam na idade, mais heterogéneas se tornam, fruto da complexa interacção, entre factores biológicos, psicológicos e sociais, ocorridos ao longo do percurso vital. Tal situação exige dos profissionais uma intervenção holística que considere a multiplicidade de factores intervenientes e os recursos existentes, para responderem às necessidades individuais de forma personalizada (Honoré, in Hesbeen, 2001).

A promoção de saúde, como foi definida na Carta de Ottawa, é o processo de capacitar indivíduos e comunidades a aumentar o controlo, sobre os determinantes da saúde e, consequentemente, a melhorar a saúde, através de estilos de vida saudáveis, da promoção de factores sociais, económicos, ambientais e pessoais e a identificarem e realizarem as suas aspirações (OMS, 1986).

A educação para a saúde é uma estratégia de enfermagem fundamental para a promoção de saúde do indivíduo, família e comunidade (Basto, 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2003; OMS, 1986). Integra toda a actividade intencional, concebida com vista a conseguir aprendizagem de saúde ou relacionada com doenças, através de informação relevante, que encoraje a uma atitude de questionamento, cultive as competências do indivíduo, para tomar as suas próprias decisões, a responsabilizar-se pela sua saúde e pela adopção de comportamentos saudáveis e a

zelar pela satisfação das suas necessidades que dependem das políticas sociais, de saúde, ambientais e organizacionais (Redman, 2003; Squire, 2002; Laverack, 2008; Basto, 2000). Deste modo, através da promoção da saúde, fornece-se empowerment aos indivíduos/comunidades ao contribuir para o desenvolvimento de capacidades que lhes permitem implementar, colaborar e realizar acções para a sua saúde e a pôr os recursos comunitários ao seu serviço (Barroso, 2005; Meleis, 2000; Diniz, 1997). Ao longo deste processo, há que ter sempre presente que cada pessoa/grupo é o sujeito do seu próprio desenvolvimento, o qual se desencadeia pela mobilização das motivações e das múltiplas potencialidades pessoais, em torno da sua realidade sócio-cultural (Navarro, 1995). Para além disso, há que consciencializar que as pessoas adoptam os comportamentos saudáveis que acreditam e aceitam, como relevantes para si, atendendo ao seu contexto social (Pender, 1987).

Existem diferentes teorias e modelos que procuram explicar os processos de promoção e educação para a saúde, dos quais se destacam, segundo Barroso (2005):

- a teoria da consciencialização – preconiza que a educação deve ser um processo orientado para desenvolver nas pessoas, consciência crítica transformadora, que as leve a reconhecer as suas necessidades e a adquirirem as competências necessárias para as satisfazer e para conseguir uma mudança social que melhore as suas condições de vida;
- a teoria dos estádios de mudança – defende que existem diferentes estádios para a mudança: pré-contemplanção (o indivíduo não tem intenção de mudar pelo que precisa consciencializar o problema); contemplanção (reconhece o problema e pensa mudar); preparação para agir (prevê um momento preciso para mudar); acção (age beneficiando de reforços e apoios); manutenção (mantém o novo comportamento, há seis ou mais meses). As maiores críticas a esta teoria relacionam-se com a fraca valorização de factores estruturais e ambientais;
- a teoria do processamento da informação do consumidor – defende que a informação é necessária para a tomada de decisão racional e influencia o comportamento humano. Os seus opositores salientam que, apesar da importância da informação para a tomada de decisão, não é suficiente para explicar a totalidade dos comportamentos relacionados com os estilos de

vida. Segundo Barroso (2005) têm surgido vários movimentos teóricos, a tentar fundamentar a intervenção na prevenção, tais como:

- o modelo informativo – valoriza, para a mudança de atitudes, os factores cognitivos e a transmissão de informação, através de aulas, conferências, debates, entre outros;
- o modelo persuasivo – valoriza os conhecimentos, as crenças, valores e atitudes e as suas determinantes motivacionais intrínsecas e extrínsecas, sobre as quais a acção persuasiva deve incidir, tentando convencer o indivíduo a abandonar determinado comportamento, através de reforços positivos e negativos, substituição de comportamentos e treino de novas competências. Este modelo ignora o meio ecológico e cultural dos sujeitos;
- o modelo significativo, ecológico, participativo e capacitador – enfatiza a orientação para a capacitação e aprendizagem significativa (criando significado para a mudança de estilos de vida), com participação dos sujeitos, visando o seu desenvolvimento tornando-os autónomos e responsáveis;
- o modelo humanista – enfatiza a informação, o papel activo dos sujeitos e a importância de se trabalhar as variáveis de tomada de decisão e a clarificação dos valores e crenças;
- o modelo neo-behaviorista – preconiza que a aprendizagem está, na base dos comportamentos, pelo que considera necessário instruir os indivíduos sobre estratégias de resistência, à pressão dos pares e sobre competências sociais.

Através do modelo das crenças de saúde, Redman (2003) salienta que os indivíduos não são propensos a agir, a menos que acreditem que a condição de saúde/doença, em questão, os afecte, acreditem nos benefícios da acção e que a podem desempenhar (auto-eficácia).

Do exposto, há a salientar, como fundamental, para a promoção da saúde: centrar as acções nos clientes, nas suas experiências de vida, nos seus interesses, em função das suas necessidades; realizar o diagnóstico da situação; analisar os recursos disponíveis e os obstáculos previsíveis; motivar para a aprendizagem (vontade da pessoa para aprender, em função das suas necessidades e interesses, ao atribuir significado à situação, gerando sinergias de aprendizagem, promotoras de auto-estima e sentido de projecto de vida); contextualizar a

intervenção, atendendo aos determinantes da saúde individuais (crenças, atitudes, valores, conhecimentos, personalidade, estilos pessoais, auto-estima, auto-eficácia, criatividade, optimismo), sociais (papeis e normas); ambientais (acessibilidade a serviço de assistência; condições económicas; centros de decisão política e legislação) e realizar a avaliação, ao longo de todo o processo, para se verificar se as metas estão a ser atingidas (Barroso, 2005; Redman, 2003).

Os enfermeiros influenciam a melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades envolvendo-se na sua defesa, ajuda e ensino (OMS, 2000), oferecendo cada vez mais serviços às pessoas saudáveis, ajudando-as a maximizar a sua saúde (Roper, Logan e Tierney, 1996).

2.3.2 - Sistematização dos cuidados de enfermagem através do modelo de Roper, Logan e Tierney

Optou-se por fazer a sistematização das «*actividades de vida*», das pessoas com idade mais avançada e a intervenção dos enfermeiros, com esta população, tendo por base o “Modelo de Vida”, preconizado por Roper, Logan e Tierney (1996). Preconizam o Modelo de Enfermagem, constituído pelas seguintes componentes:

- *Actividades de vida* - consideram a existência de doze actividades, cada uma delas com várias dimensões de extrema complexidade e intimamente relacionadas, entre si: manter ambiente seguro, respirar, eliminar, comer e beber, comunicar, higiene pessoal e vestuário, mobilizar, controlar a temperatura corporal, trabalhar e lazer, dormir, exprimir a sexualidade e morrer. A sequência de referência das diferentes actividades não reflecte a ordem de prioridade, por esta variar, em cada pessoa e com as circunstâncias da vida;
- *Factores que influenciam as actividades de vida* - a forma como cada actividade de vida é possível, para cada indivíduo, é influenciada por factores: físicos (relacionam-se com o

desempenho anatómico e fisiológico do corpo humano), psicológicos (integram a vertente intelectual e emocional), socioculturais (abrange a vertente espiritual, religiosa e ética que, muitas vezes, encontram expressão dentro de uma visão cultural particular), ambientais (abarcam o que é, fisicamente, externo às pessoas) e político-económicos (integram os aspectos legais e financeiros);

- *Etapas de vida* – existe uma mudança contínua, na realização das actividades de vida, condicionada pelas circunstâncias físicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e político-económicas, encontradas ao longo da vida e pelo grau de dependência/independência do indivíduo. Os idosos têm exigências individuais especiais, a nível laboral, familiar e de prevenção das causas das doenças mais frequentes, nesta etapa de vida;

- *Grau de dependência/independência* - o grau de *dependência/independência* de um indivíduo, em relação às actividades de vida, está relacionado com as etapas de vida e com circunstâncias ou factores com que cada um se confronta, ao longo da vida (físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos). A dependência pode ser de ajuda de outras pessoas ou de ajudas especiais e de equipamentos, para a concretização de todas, ou várias, actividades de vida;

- *Individualidade da vida* - a individualidade é o produto da influência, de todos os componentes do modelo e da sua interacção complexa, sobre as actividades de vida, produzindo uma mistura única que determina a individualidade, a vida tal como é vivida, por cada indivíduo, unidade familiar, ou comunidade. A individualidade da existência manifesta-se pelo modo como os indivíduos realizam cada uma das suas actividades de vida, de acordo com o estágio do ciclo vital atingido e localização no contínuo dependência/independência.

Preconizam o modelo de enfermagem, baseado nos seguintes pressupostos:

- A vida pode ser descrita como um conjunto de actividades de vida;
- A forma como as actividades de vida são efectuadas, por cada indivíduo, contribui para a individualidade da sua existência;
- Embora se valorize a independência, a dependência não diminui a dignidade do indivíduo;

- O conhecimento individual, atitudes e comportamentos, relacionados com as actividades de vida, são influenciados, por uma variedade de factores: físicos, psicológicos, sócio-culturais, ambientais e político-económicos;
- A forma como cada indivíduo realiza as actividades de vida, pode variar, dentro de uma faixa normal, para aquela pessoa;
- Ao longo da vida, os indivíduos sofrem acontecimentos, que podem afectar o desempenho das suas actividades de vida, podendo desencadear problemas reais ou potenciais;
- O conceito de problema potencial incorpora a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença, mesmo numa situação de doença;
- O termo indivíduo, doente, inclui o de cliente e o de família e outros significativos;
- O “Modelo de Vida” permite a intervenção de enfermagem, personalizada, em todos os estádios e etapas de vida;
- A enfermagem trabalha, em colaboração, com o doente/cliente, que, excepto em circunstâncias especiais, é uma pessoa autónoma, capaz de tomar decisões;
- A enfermagem faz parte de uma equipa multiprofissional de saúde, que trabalha para o benefício do cliente/doente e pela saúde da comunidade.

Com este modelo, pretendem oferecer uma estrutura para a enfermagem planear uma abordagem individualizada, a nível de todas as actividades de vida, neste caso adaptado aos clientes, com idade mais avançada:

- *Manter ambiente seguro* – Ao estar o ser humano exposto a uma variedade de riscos, que podem por em causa a manutenção da própria vida, é imperativo a tomada de determinadas acções promotoras de segurança. Este direito fundamental consiste em tornar a vida segura, para as pessoas, não, apenas, para fazerem face a ameaças externas e de serem livres de danos evitáveis, mas, também, de serem livres do medo dos danos (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998).

O processo de envelhecimento, por vezes, envolve a deterioração da capacidade física e intelectual, com consequências, no desempenho da actividade de vida de manutenção de um

ambiente seguro, a nível da prevenção de acidentes, nomeadamente, de incêndios, quedas entre outros (Roper, Logan e Tierney, 1995).

A manutenção de um ambiente público, laboral e doméstico, que garanta a segurança, o conforto e o bem-estar, com adequação arquitectónica, assume importância crucial, na promoção do envelhecimento saudável. Ambientes que oferecem pouca segurança, por irregularidade dos pisos, ausência de rampas e de degraus baixos, entre outros, são formas de violência, que põem em risco a saúde das pessoas, por acidentes que, frequentemente, induzem a situação de incapacidade e de dependência (Zimerman, 2000).

Com o avançar da idade, as pessoas tornam-se mais susceptíveis a quedas, devido a doenças articulares, à perda muscular, diminuição da força e do equilíbrio, a tonturas e a menor acuidade visual e auditiva e, conseqüentemente, mais propensas a fracturas devido à osteoporose (Silva e Alves, 2003). Em Portugal, em 1998, foram registadas 3.454 quedas em mulheres, com idade superior a 64 anos, induzindo a fracturas várias, ficando 1 em cada 5 destas pessoas, sem recuperar a marcha (Pinto, 2001).

A osteoporose primária, ligada ao envelhecimento, ocorre nos homens e nas mulheres, embora seja um problema de saúde mais grave, nestas últimas, por terem maior risco de fractura resultante da menor massa óssea, máxima, na idade de maturidade e da aceleração da sua perda, nos anos que se seguem à menopausa (podem perder, ao longo da vida, até 50% do seu pico de massa óssea) (Silva e Alves, 2003). Tal ocorrência deve-se, à deficiência hormonal, relacionada com a redução de estrogénio, à falta de exercício físico e à redução de cálcio, nos ossos, não só pela sua insuficiência na dieta, como, também, por ser retirado da massa óssea do esqueleto, onde está armazenado, tornando-o mais poroso e mais facilmente fracturável, nomeadamente, a nível das vértebras, extremidades do antebraço e do colo do fémur (Squire, 2002). A diminuição da massa óssea, nas populações dos países desenvolvidos é, também, uma consequência do padrão alimentar, rico em gorduras, proteínas animais, açúcar, sal, bebidas gaseificadas (fosfatos) e cafeína (Silva e Alves, 2003). Segundo estas autoras, as mulheres orientais apresentam uma baixa taxa de osteoporose, por utilizarem,

diariamente, na alimentação soja (rica em fitoestrogéneos), minimizando, assim, os efeitos sistémicos da falta dos estrogéneos, na menopausa.

Mesmo com idade avançada, são importantes as pequenas mudanças nos estilos de vida, as quais podem melhorar, significativamente, o estado de saúde. A osteoporose pode ser, parcialmente prevenida, nas mulheres idosas a baixos custos, através de campanhas de sensibilização sobre nutrição, exercício físico, promoção de ambiente seguro, prevenção de quedas e avaliação periódica de risco (2 ou mais quedas, num período de 6 meses, exige avaliação para determinação de causas) (Forciea e Lavizlo-Mourfy, 1998; Redman, 2003).

A segurança humana também pode ser, altamente, afectada pela capacidade económico (Malcata, 2003). As melhorias, na qualidade de vida da população portuguesa, têm vindo a acontecer, sendo evidente modificações nos rendimentos, na saúde, na educação, na habitação, na segurança social, na cultura, na justiça, na função social do Estado e no conforto e bem-estar (Barreto, 2000). No entanto, Portugal, no seio da União Europeia, apresenta as mais elevadas proporções de pessoas, em situação de pobreza e exclusão, o que leva à relação de proximidade entre vulnerabilidade social e vulnerabilidade de saúde (Silva e Alves, 2003).

A passagem à situação de reformado e à dependência do sistema nacional de pensões são factores claros de vulnerabilização e de precarização da vida, nomeadamente, das mulheres, com 65 e mais anos, por terem tido fraca participação no mundo do trabalho, hoje têm insuficientes pensões (Perista, 2001). Segundo dados dos Inquéritos aos Orçamentos Familiares, mais de 60 % dos agregados, em situação de pobreza, contêm idosos e 35% dos indivíduos pobres são idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

O Relatório da Comissão Mundial sobre Determinantes da Saúde (WHO, 2005) dos factores sociais, salienta a pobreza, como determinante da saúde, considerando que quanto mais baixo o estatuto socio-económico pior o estado de saúde. House (1999), no seu estudo, chegou exactamente a esta conclusão ao constatar que as pessoas, com estatuto sócio-económico elevado, tendiam a ter níveis elevados de saúde, até faixas etárias mais tardias, esperando-se

declínios significativos, a partir da meia idade, nos indivíduos com estatuto sócio-económico mais baixo (in Rodrigues, 2002).

A pobreza é sinónimo de qualidade de vida pobre, ao induzir a má nutrição, má saúde, carência de educação, má habitação, dificuldade de acesso aos serviços sociais, jurídicos e de informação, incapacidade de defesa dos seus direitos e ao controlo da própria vida, humilhação de não ter nenhum poder, privação, exclusão, desespero, insegurança e falta de fé no futuro (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998). Deste modo, rendimento reduzido tem efeito prejudicial na saúde e, consequentemente, no envelhecimento bem sucedido (Squire, 2002), pelo que a OMS (2005) recomenda o desenvolvimento de políticas que influenciem, positivamente, as condições de vida diária da população.

A responsabilização individual pela saúde, o medo das pessoas com mais idade, se tornarem “pesadas” e percepções de saúde negativas, são alguns dos factores responsáveis, por menor implicação nas práticas preventivas, menor adesão às indicações terapêuticas e pela automedicação (Ruipérez e Llorente, 1998; Rodrigues, 2002).

As pessoas, com idade mais avançada, são o grupo que consome maior número e variedade de medicamentos, o que as coloca numa situação de grande vulnerabilidade (Bolander, 1998). As mulheres consomem mais medicamentos do que os homens, nomeadamente, para controlo da ansiedade e indução do sono (Silva e Alves, 2003; Instituto Nacional de Estatística, 1998/9).

Estudos têm mostrado que os idosos estão, seis vezes, mais propensos a sofrer efeitos colaterais dos medicamentos, do que a população, em geral, com consequentes hospitalizações (Pinto, 2001; Andrade, 2000). Esta predisposição deve-se ao facto dos medicamentos serem eliminados, através de órgãos, por vezes, afectados com o avançar do envelhecimento e por os consumirem, inadequadamente, por falta de informação ou por impossibilidade de lerem os prospectos (Mcguire, 1987, in Roper, Logan, Tierney, 1995; Malcata, 2001). Num mundo que opera com comunicação escrita, o iletrismo é um factor gerador de insegurança e de exclusão social, nomeadamente, no uso do sistema de saúde, como defende Redman (2003), ao não conseguirem ler as orientações de consultas, os

documentos de consentimento informado, os materiais de educação para a saúde, entre outros. Os portugueses, com idade mais avançada, de hoje, viveram num período marcado por condicionalismos económicos, sociais e políticos, decorrentes do Estado Novo, que se repercutem, ainda hoje, na sua qualidade de vida. Possuem elevada taxa de analfabetismo, baixas qualificações e consequentes baixos salários e pensões de reforma, com todas as implicações, daí decorrentes (Vaz, 1998; Redman, 2003).

Os serviços de saúde pública têm, como funções essenciais, garantir a segurança dos seus constituintes, pela acessibilidade aos serviços, oferecer cuidados de qualidade, por profissionais com competências técnico-científicas e relacionais, centradas no cuidar, o desenvolvimento de políticas de saúde pública e a avaliação e a melhoria da qualidade de vida da comunidade (Lancaster e Stanhope, 1999; Freitas e Varanda, 1998; Hesbeen, 2001).

Aumentar o nível de educação e o acesso aos serviços de saúde são aspectos fundamentais, para a promoção do envelhecimento activo. Aliás, o direito de acesso à informação, à educação e aos serviços dos cuidados de saúde preventivos e curativos são reconhecidos no Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, como condicionantes do direito de cada pessoa gozar o nível mais alto de saúde física e mental (in Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998). Níveis elevados de educação melhoram, directamente, a saúde, através do desenvolvimento de capacidades e de informação que condicionam a concepção de saúde, as crenças e valores acerca da prioridade da saúde e o seu pensar e agir, na procura dos cuidados inerentes (Paúl e Fonseca, 2005; Redman, 2003).

- *Respirar* - O envelhecimento, por vezes, é acompanhado de perturbações, ao nível desta actividade de vida, por diminuição da capacidade pulmonar, de perda de elasticidade e permeabilidade dos alvéolos com redução da capacidade de absorção do oxigénio, de capacidade inspiratória por calcificação da cartilagem intercostal e diminuição da eficácia da tosse (Berger, 1995). Estas ocorrências associadas ao hábito de fumar e ao declínio da função imunológica, aumentam a susceptibilidade a infecções respiratórias e a cancros (Pahlavani, 1998). Daí, que mudar de estilo de vida, com auxílio de programas para deixar de fumar e

promover a actividade física, mesmo na velhice, poderá beneficiar a saúde e aumentar a esperança de vida, com mais qualidade (Bolander, 1998).

- *Eliminar* – A eliminação é uma actividade de vida que, frequentemente, sofre perturbações com o avançar da idade. A incontinência fecal e urinária são das perturbações, ligadas à idade, que mais afectam a qualidade de vida (Erlen, 1997). A incontinência fecal é uma situação relativamente frequente, calcula-se que 1 em cada 20 adultos, de ambos os sexos, sofra desta perturbação (Norton, 1986 in Roper, Logan e Tierney, 1995). Já a incontinência vesical, nomeadamente, de esforço é mais frequente nas mulheres (Squire, 2002).

- *Comer e beber* – Vários factores têm contribuído para o aumento da longevidade do ser humano, mas as melhorias, na alimentação, são, sem dúvida, um dos mais relevantes. A dieta mediterrânica, rica em vegetais, legumes, fruta, cereais, peixe e gorduras insaturadas, nomeadamente, o azeite, mostrou um aumento de sobrevivência, nos indivíduos observados, num estudo com 76 607 indivíduos, de vários países europeus, com mais de 60 anos, sem patologia coronária ou cancro (Hale, et al., 2004, in Fernandes, 2007). Esta pesquisa permitiu mostrar relação entre esta dieta e os estilos de vida saudáveis (exercício físico, ausência de consumo de tabaco e moderado de álcool) e níveis baixos de mortalidade, para todas as causas de morte, nomeadamente as mais comuns neste grupo etário. Este tipo de dieta é rica em antioxidantes, ou seja, em nutrientes e enzimas, que neutralizam, os radicais livres contidos nos ácidos gordos poli-insaturados, no tabaco, nos poluentes atmosféricos, entre outros, que aceleraram o processo de envelhecimento (Malcata, 2003). Defende este autor, para defesa do organismo, contra os radicais livres, o consumo de vitamina C (presente na fruta, especialmente nos citrinos, morango e melão e nos vegetais, nomeadamente, no tomate, couve-flor e brócolos), de vitamina E (presente nos óleos vegetais, no gérmen de trigo, nos vegetais e carnes), de caratenóides (existentes nos vegetais amarelo-alaranjados nas cenouras, tomate e nos citrinos e nos vegetais verde escuro), de isoflavonas (presente na soja), de polifenóis (contidos no chá verde e preto e nas azeitonas), de ésteres fenólicos (existentes no café) e de ácido fenólico (presente no vinho), entre outros.

Spirduso (2005), tendo, por base experiências realizadas com ratos, submetidos a redução dos alimentos para, aproximadamente, dois terços do consumo normal, com os principais nutrientes, concluiu que a restrição alimentar parece promover, positivamente, a longevidade. Com o avançar da idade, frequentemente, vão ocorrendo alterações que perturbam a concretização da actividade comer e beber, das quais se destacam: diminuição do paladar, do olfacto e do apetite; dificuldade de se deslocarem, para fazer as compras e/ou confeccionar os alimentos; erros alimentares; problemas de saúde oral, de mastigação, por falta de dentes ou por desajusto da prótese dentária e deficiente higiene oral; inactividade; polimedicação; depressão; falta de motivação por isolamento e de recursos financeiros.

Em Portugal, as despesas correspondentes a uma dieta adequada representam 66% do orçamento mensal médio (Malcata, 2003). A existência de outros compromissos financeiros indispensáveis (medicamentos, rendas de casa, água, luz, etc), leva as pessoas idosas a recorrerem aos hidratos de carbono, mais baratos do que os alimentos proteicos, apesar da necessidade energética baixar com a idade, pela diminuição da actividade física e do metabolismo basal (Malcata, 2003; Pinto, 2001).

Os elevados níveis de ingestão calórica, de gorduras, em especial saturadas, de sal e açúcar e a baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, são os principais problemas alimentares dos portugueses (Barreto e Preto, 1996; Malcata, 2003). Deste tipo de dieta decorre a insuficiência de proteínas que conduz à falta de resistência, fadiga excessiva e diminuição da força muscular; o excesso de hidratos de carbono, que para além de poder provocar descompensação da secreção insulínica pelo pâncreas, poderá induzir a hipovitaminoses responsáveis, por perturbações neuropsíquicas e fragilidade vascular; o excesso de gorduras estimula a aterosclerose, sendo o enfarte do miocárdio uma das consequências mais frequentes; o défice de cálcio agrava a osteoporose e do ferro, a anemia (Malcata, 2003).

O excesso de colesterol, a obesidade, o alcoolismo, o sedentarismo, o tabagismo e a hipertensão arterial são os principais factores de incapacidade dos europeus, altamente condicionados pelos estilos de vida, nomeadamente, pelo regime alimentar (OMS, 2005).

A má nutrição crónica é uma das principais causas de uma saúde fraca, de subdesenvolvimento físico e mental, de doença e de morte prematura (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998; OMS, 1985).

Está comprovado que práticas como possuir um regime alimentar equilibrado, dedicação a uma actividade física regular, ter períodos de repouso e de descontração e possuir relações sociais e sexuais compensadoras ajudam a que o sentimento de bem-estar no indivíduo, cresça e constitua verdadeiro obstáculo à doença (OMS, 1985).

- *Comunicar* - A comunicação é uma actividade fulcral dos seres humanos para a preservação da sua integridade física, psicológica e social (Fryxell, 2001).

Em todas as fases de desenvolvimento humano, a qualidade de vida depende da satisfação dos indivíduos, consigo mesmo, dos laços afectivos partilhados com os que os rodeiam, com as suas famílias e com outros grupos de pertença (Spirduso, 2005; Sá, 1992; Couvreur, 2001). Lawton (1999), verificou que as pessoas, com idade mais avançada, ao avaliarem a sua própria vida do quotidiano, um dos aspectos que mais valorizam são as relações com os outros, nomeadamente, com a família. Daí que Iwarsson (2004) identifique a relação familiar como uma determinante do envelhecimento saudável.

A maioria das pessoas idosas quando saudáveis, vivem nas suas próprias casas e não com os filhos, embora mantenham contacto regular (Eliopoulos, 2001). Bassolls (2001) é de opinião que a pouca disponibilidade dos filhos para visitar os pais, o desaparecimento dos amigos e a reduzida capacidade de fazer novas amizades, associada ao receio de serem inoportunos, são factores altamente responsáveis pela solidão, na velhice. Newson e Schulz (1996), num estudo que realizaram, com Brasileiros, com 65 e mais anos, verificaram que a diminuição das capacidades físicas, também, estava associada a menos contactos com amigos e com a família, a insatisfação com a vida, a menor percepção de suporte e de ajuda e ao aumento dos sintomas depressivos (in Bassols, 2001).

A solidão, o sentido de perda dos contactos com a família e com a sociedade, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia, são os grandes problemas

dos idosos, neste fim de século, mais do que a doença, atendendo à evolução que o conhecimento científico tem apresentado (Costa, 2002).

O isolamento e o mal-estar são, substancialmente, agravados, quando existem disfunções dos órgãos sensoriais, nomeadamente, da audição e da visão. Lloyd (2001), considera a manutenção da visão uma determinante do envelhecimento saudável. No entanto, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, relativos a 1998/9 a visão declina, principalmente, nas mulheres a partir dos 45 anos, com agravamento aos 75, pela redução da capacidade de ver ao perto e à acomodação à luz. Mais frequentes, nos homens, são as incapacidades auditivas às frequências mais altas, devido à perda de células auditivas e à redução da flexibilidade do tímpano.

As perturbações da visão e da audição, nas pessoas idosas, deverão ser alvo de avaliação periódica, para utilização de medidas correctivas, adequadas potencializadoras do relacionamento interpessoal e do bem-estar dos próprios, da família e grupo.

- *Higiene pessoal e vestuário* – A qualidade do envelhecimento passa pela manutenção da autonomia, nomeadamente, na concretização da higiene pessoal, do vestir e despir e na entrada e saída da banheira. Esta actividade de vida poderá ficar comprometida por limitações físicas, que dificultam a sua execução, por pobreza, crenças, baixa auto-estima, falta de apoio ou, até, por falta de água canalizada, entre outros recursos. Os indicadores de conforto da população, em geral, indiciam uma melhoria considerável a este nível, embora os idosos se mantenham em situação de desfavorecimento relativo, face à população, em geral, sendo ainda mais gravosa a situação, quando vivem sós (Perista, 2001).

- *Mobilizar* – A capacidade de mobilização é uma importante actividade humana, por vezes, afectada com o avançar da idade, reflectindo-se na autonomia/independência da concretização de outras actividades de vida. Segundo Robine (2000/1), as incapacidades expressas na restrição das actividades de vida diária, são o principal motivo de procura de cuidados formais, pela população, com idade mais avançada, nomeadamente, pelas mulheres que apresentam taxas mais elevadas de incapacidade relacionada com a locomoção.

Apesar dos modos de vida moderna e das exigências do mundo do trabalho, nomeadamente, das mulheres, estudos internacionais mostram que 80% dos cuidados prestados à pessoa com incapacidades, no domicílio, são realizados pela família (Robine, 2000/1). Concretiza o estudo “Os Europeus e a Saúde Pública” que estes cuidados provêm 40% dos filhos, 32% dos cônjuges e os restantes de outros parentes e amigos e serviços públicos (in Couvreur, 2001).

A “incapacidade locomotora” das pessoas idosas pode estar relacionada com o conceito anglo-saxónico “frailty”, traduzido por “fragilidade”, que significa perda de vigor, fraqueza e vulnerabilidade. Caracteriza-se pela presença de, pelo menos, 4 dos seguintes parâmetros: anomalias do equilíbrio e/ou da marcha, escassa actividade física ligada à marcha, depressão, consumo de sedativos, redução da força, ao nível dos joelhos e/ou da cintura escapular, alterações motoras, ao nível dos membros inferiores e/ou perda da visão próxima (Speechly e Tinetti, in Pinto, 2001). A presença de 3 destas alterações poderá indicar a existência de uma fase precoce do “estado de fragilidade”, por vezes, passível de tratamento e prevenção, nomeadamente, através da actividade física. O envelhecimento bem-sucedido implica a manutenção máxima de capacidade de vida autónoma que se apoia claramente num estilo de vida saudável (Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, in Paúl e Fonseca, 2005).

- *Controlar a temperatura corporal* – Embora a temperatura corporal seja, essencialmente, auto-regulável, os seres humanos, têm de desempenhar certas tarefas para evitar os riscos e o mal-estar provocados pelo calor e pelo frio excessivo, tais como: variar a quantidade e tipo de roupa, regular a temperatura ambiental, ou optar por ambientes com temperaturas adequadas. Estes cuidados terão de ser reforçados, nas pessoas idosas, por nestas, a termorregulação ser menos eficiente por deficiência da capacidade vasoconstritora periférica, por maior demora de transmissão da percepção da temperatura (calor ou frio) e por redução da actividade física e da ingestão de alimentos (Roper, Logan e Tierney, 1995; Berger, 1995).

A temperatura ambiental recomendada, para a pessoa com idade mais avançada, é de 24° C, temperaturas inferiores a 21° C, podem desencadear hipotermias e superiores a 41° C, podem provocar desidratação e danos cerebrais (Eliopoulos, 2001).

- *Trabalhar e lazer* – Trabalhar é a palavra mais usada para descrever a actividade diária principal do adulto, normalmente, associada a emprego remunerado. Embora o trabalho predomine, na idade adulta e o lazer, nos anos que se seguem, ambas as actividades são importantes, nestas etapas da vida. O trabalho para além de ser, frequentemente, fonte de rendimento para as pessoas suprirem as suas necessidades é fundamental para a promoção da auto-estima e auto-realização. Sentir-se útil, membro vivo de um corpo social, ter sentido de pertença a grupos de trabalho e lazer, ter satisfação pelo desafio e sucesso são elementos que concorrem, poderosamente, para a saúde e bem-estar. Pelo contrário, o tempo insuficiente de lazer, o desemprego e a reforma não planeada, ou mal utilizada, podem contribuir para perturbações físicas e/ou mentais (Ramos, 2001; Magalhães, 2001).

Com o aumento da esperança de vida, as pessoas passam, uma parte significativa das suas vidas reformadas, exigindo o envelhecimento saudável, a preparação para as mudanças inerentes, através do planeamento de actividades de ocupação úteis, variadas e adequadas, aos interesses e gostos individuais. Rogers, Meyer e Mortel (1990), num estudo realizado, ao longo de 4 anos, verificaram que os reformados inactivos apresentam um declínio acentuado, na circulação sanguínea cerebral e obtêm piores resultados em testes cognitivos (in Paúl e Fonseca, 2005). Estes dados vêm de algum modo reforçar a defesa de Kuhl (1986) e de Denney (1982) que a deterioração de algumas capacidades cognitivas é, fundamentalmente, devida à falta de uso e não à idade, ou à doença e que, se devidamente estimuladas, tendem a ter um declínio, mais tardio (in Paúl e Fonseca, 2005). Zimerman (2000) verificou que as pessoas que, na velhice, desempenham papéis de responsabilidade e prazerosos, não declinam muito; que praticam actividades físicas, mantêm-se mais saudáveis; que têm amigos, fazem cursos, trabalhos, passeios e viagens mantêm-se mais actualizadas e felizes; que continuam com curiosidade e vontade de aprender, permanecem mais íntegras; que são acompanhadas e estimuladas permanecem mais activas, participativas e com auto-estima elevada. Constatou, também, que pessoas abandonadas, em casas geriátricas, muitos anos, sem receberem visitas e sem saírem, parecem dementes, apesar de não terem justificação física, para tal.

Estudos realizados em Portugal e noutros países da Europa, com pessoas reformadas, demonstram que a ocupação do tempo se divide entre a satisfação das necessidades humanas básicas, o trabalho doméstico, responsabilidades relacionadas com o agregado familiar, nomeadamente, com os netos e actividades de lazer, embora, a estas últimas, haja pouca adesão (Valente, 1999; Vaz, 1998; Perista, 2001). A resposta às necessidades psicológicas, especialmente aquelas que se relacionam com o lazer, contribui para enriquecer a saúde, pelo que o Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, o tenha considerado um direito de todos (in Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998). Roper, Logan e Tierney (1996) utilizam o termo lazer para descrever o que uma pessoa faz fora do tempo de trabalho, com o objectivo básico de relaxar, divertir-se, distrair-se, ocupar o tempo e praticar exercício e desporto.

O lazer no domicílio é, essencialmente, concretizado a ver televisão, pela maioria das pessoas dos dois géneros, com idade mais avançada, embora os homens que saem de casa, utilizem as praças e jardins para conviver (Valente, 1999; Costa e Franco, 2001).

Portugal é o país da Europa com níveis mais elevados de sedentarismo, o qual aumenta, proporcionalmente, com a idade (Silva e Alves, 2003). Brechat (2008) identifica a actividade física como uma determinante da saúde, pelo que preconiza envolvimento dos profissionais de saúde nesta área, em programas para a promoção do envelhecimento saudável.

A actividade física regular e adequada à capacidade de cada pessoa contraria o efeito do envelhecimento, a nível físico, ao beneficiar, fundamentalmente, o aparelho cardiovascular, respiratório, neurológico, locomotor (melhora o equilíbrio, a força e a coordenação) e reduzir o risco de fracturas osteoporóticas, a incidência de doenças crónicas, nomeadamente, cardíacas, oncológicas, diabetes, depressão e obesidade (Pinto, 2001; OMS, 1985). A nível psíquico, beneficia as funções intelectuais/cognitivas, nomeadamente, da memória, da inteligência e da atenção, o tempo de reacção a estímulos e a saúde mental (Pinto, 2001; Silva e Alves, 2003). Deste modo, a actividade física deve ser fomentada, inclusivamente, nos grupos etários mais avançados e com limitações, pois tal como defendem Silva e Alves (2003)

três períodos de dez minutos de marcha, divididos ao longo do dia, têm o mesmo impacto que um de trinta minutos. Pinto (2001) é apologista de actividades, sem exigência de programas rígidos, para que as pessoas as integrem, com prazer, no seu estilo de vida, através de tarefas do quotidiano (jardinagem, hortofloricultura, entre outras), adaptadas às condições físicas, sociais e intelectuais, de cada pessoa.

- *Dormir* – Dormir é uma actividade de vida fundamental, para a reparação das células, a descontração, a capacidade de suportar os esforços e os requisitos da vida diária e para a promoção do bem-estar e da saúde (Roper, Logan e Tierney, 1996). Sem um período de sono adequado diário, surge o mal-estar e, quando continuado, a descompensação física e mental.

A quantidade absoluta de tempo, passado a dormir, tende a diminuir, gradualmente, com o avançar da idade. Após a adolescência, a média de sono é de cerca de 20% do tempo passado acordado e, à medida que se vai ultrapassando a meia-idade, é comum a ocorrência de mais sestas e a queixa de sono insuficiente ou perturbado, especialmente pelas mulheres (Oswald, 1980, in Roper, Logan, Tierney, 1995; Berger, 1995). Rodrigues (2002) constatou que mais de um quarto das pessoas idosas refere insónias (devido a ansiedade ou a depressão), fragmentação dos períodos de sono e pouco repousantes; horário de sono irregular; recorrem ao álcool e/ou a medicamentos, nomeadamente, antidepressivos ou sedativos. Quadens, verificou que o impacto da reforma era um dos principais factores das modificações da organização do sonho e do sono, com implicações idênticas às da entrada na escola (in Couvreur, 2001). No entanto, um estudo realizado, nos Estados Unidos da América, com pessoas saudáveis, com idades compreendidas entre 65 e 93 anos, demonstrou que a maioria dormia a quantidade certa de sono; que pelos 75 anos, tanto homens como mulheres, passavam mais tempo na cama, mas, não necessariamente a dormir, embora fizessem mais sestas do que os jovens e que pelos 85 anos, ocorria maior utilização de sedativos (Roper, Logan e Tierney, 1996).

A qualidade do sono pode ser promovida, através de banho tépido antes de deitar, ingestão de leite morno, musicoterapia, pratica de exercício físico, abolição de tabaco e de bebidas

alcoólicas e do consumo de cafeína, 6 a 7 horas antes de dormir, evitar as sestas prolongadas e reduzir a ingestão de líquidos a partir das 16 horas (Zimerman, 2000; Bolander, 1998).

- *Exprimir a sexualidade* – As formas pelas quais a sexualidade é expressa variam com a idade, género, cultura, limitações pessoais, entre outras.

A actividade que tende a estar, directamente associada á expressão da sexualidade é a relação sexual, apesar de a ultrapassar, em muito, ao incluir o amor, a troca de palavras, de olhares e de toques, a dádiva, o carinho, os beijos, entre outras. O relacionamento significativo, entre as pessoas, que as leva a sentirem-se importantes e desejadas, proporciona segurança, felicidade, bem-estar emocional e saúde (Eliopoulos, 2001; Roper, Logan e Tierney, 1996).

Apesar da sexualidade fazer parte integrante da vida humana, ao longo das diferentes etapas, muito frequentemente, é aceite, como privilégio único e exclusivo da juventude. Existem variáveis físicas, emocionais, culturais e sociais que ameaçam a pessoa de idade mais avançada a permanecer sexualmente activa. Destas salienta-se a indisponibilidade ou a perda do parceiro sexual, por morte ou por medo de agravamento da doença ou da morte; utilização de medicamentos; falta de privacidade; barreiras psicológicas e físicas, nomeadamente, disfunção erétil; doença, num ou em ambos os membros do casal; falta de credibilidade pelos mitos atribuídos à sexualidade dos idosos, nomeadamente, ser um facto inevitável a cessação desta actividade, com o avançar da idade; atribuir-se conotação perversa ou “viciosa” se a expressão sexual continuar, acabando os próprios, por interiorizar e pactuar, com estas crenças, envergonhando-se de a assumir, como uma necessidade humana básica (Vaz, 2003; Berger, 1995; Eliopoulos, 2001; Squire, 2002).

Apesar de o homem manter a capacidade reprodutiva, surge, após a meia idade, um decréscimo progressivo na produção de androgénios, que pode originar diminuição do desejo sexual e da qualidade erétil (Moreira, 2002). No entanto, Vaz (2003) é de opinião que, com o envelhecimento, o desejo sexual mantêm-se no homem, sob um estímulo eficaz, apesar da erecção demorar a estabelecer-se 2 a 3 vezes mais, uma vez estabelecida, conserva-se mais

tempo sem ejaculação. Esta situação aliada à experiência sexual acumulada, ao longo dos anos, tornam o homem com idade mais avançada, um parceiro sexual eficaz e ideal.

Com a ocorrência da menopausa, com a perda da capacidade de conceber, frequentemente, surgem efeitos físicos e psicológicos nas mulheres. Roper, Logan e Tierney (1995), consideram que a perda da libido, com a menopausa, não é rara, embora as alterações físicas, que acontecem, não reduzam o potencial da mulher para ter sensações sexuais satisfatórias. Por outro lado, em algumas pessoas, a menopausa, leva a um aumento do interesse e da actividade sexual, pelo desaparecimento do medo de engravidar. Frequentemente, as mulheres casadas e a viver com os maridos, apresentam menos interesse sexual do que as viúvas e divorciadas, atribuindo o facto a falta de solicitação do parceiro, enquanto os homens atribuem a dificuldades dos próprios (Vaz, 2003).

Apesar da ocorrência de mudanças, na fisiologia sexual, à medida que a pessoa envelhece e da redução da frequência do coito, as relações sexuais podem ser mantidas ao longo da vida e são apreciadas, tanto pelo homem, como pela mulher, assim como os prazeres dos preliminares (Zimmerman, 2000; Squire, 2002; Eliopoulos, 2001).

O bem-estar físico e mental, face ao processo de envelhecimento, a manutenção da actividade regular e repouso, boa nutrição, ingestão limitada de álcool, controlo do stress, boa higiene e arranjo pessoal, vida sexual activa, ao longo de toda a vida e a presença de um parceiro sexual activo e atencioso, são determinantes de uma vida sexual activa, depois dos 60 anos (Vaz, 2003; Berger, 1995; Eliopoulos, 2001).

São fundamentais para a promoção do envelhecimento saudável, as acções educativas desmitificadoras e sensibilizadoras para a importância da expressão sexual, vendo-a como uma valência positiva de desenvolvimento, que deverá ser mantida (Ramos, 2001).

- *Morrer* – Morrer é o acto final da vida, comum a todos os seres vivos. A preparação que a adaptação a este processo exige, leva Roper, Logan e Tierney (1995) a consideraem a morte uma actividade de vida.

As alterações físicas, associadas ao envelhecimento e a incidência de doença, no próprio e em entes queridos e contemporâneos, ajudam a lembrar a morte como uma realidade cada vez mais próxima. Para alguns, a morte sobrepõe-se à vida, para outros dá-lhe significado positivo. A maioria das pessoas, mesmo aquelas com forte fé religiosa, sobre a vida, após a morte, tem medo de morrer. À medida que os anos passam, aumenta a inquietude, pelo medo do desconhecido, do acontecimento e do processo da morte, pela separação dos entes queridos e da vida, optando-se, muitas vezes, como mecanismo de defesa, por não se falar no assunto. No entanto, Roper, Logan e Tierney (1995) alertam que, se o assunto for “ignorado”, as pessoas não podem desenvolver os recursos necessários para suportarem o desgosto da perda de entes queridos e enfrentarem a sua própria morte, com dignidade. No entanto, a velhice não pode ser vivida como antecâmara da morte, mas sim, voltada para a vida, com empenhamento em projectos, que apelem ao desenvolvimento pessoal (Ramos, 2001; Quaresma, 2001). Pois, sem futuro, sem razão de ser, sem objectivos, nem finalidades, a vida não tem qualidade (Magalhães, 2001). A vida sem sentido, faz com que as pessoas desejem a morte e fiquem submersas, num estado mental denominado “síndrome de desistência” (Zimmerman, 2000). Por isso, Hesbeen (2001), defende a definição de políticas de promoção de bem-estar das pessoas idosas, para se evitar a morte prematura por falta de qualidade de vida. O envelhecimento, com qualidade, depende muito da capacidade que cada pessoa tem “de se projectar para o futuro”, de criar sonhos e arquitectar projectos (Ramos, 2001; Quaresma, 2001; Squire, 2002). Os sonhos são projectos de vida, que a irrigam de prazer e de sentido e que estabelecem compromissos, com a existência e com o futuro (Nascimento, 2000). As pessoas motivadas por algum projecto, empenham-se em viver, para concretizá-lo (Augusto, 2007). Daí, a importância dos enfermeiros estimularem as pessoas, com idade mais avançada, a definirem projectos de vida.

O envelhecimento bem-sucedido implica uma procura individual de resultados e objectivos significativos, para o próprio, um compromisso activo com a vida e a utilização de estratégias, inclusive na velhice, para os alcançar, condicionados, pelas circunstâncias sociais e políticas

do meio onde está inserido (Botelho e Fonseca, in Paúl e Fonseca, 2005; OMS, 1985). Deste modo, a qualidade do envelhecimento depende do envolvimento do indivíduo e da participação da sociedade e do estado.

É enorme o desafio que terá de ser enfrentado, mundialmente, com o aumento da população idosa, a nível social, económico e político (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998).

2.4 - POLÍTICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO

O aumento da esperança de vida, com qualidade, apela a políticas a nível europeu, nacional e local que conduzam a um modo de vida mais saudável dos cidadãos (Comissão das Comunidades Europeias, 1999; Parlamento Europeu, 2007). Deste modo, neste capítulo, serão integradas as políticas de saúde emanadas, nas últimas quatro décadas, por organismos mundiais, europeus, nacionais e da Região Autónoma dos Açores.

Por política, entenda-se o consenso, sobre metas e objectivos, em termos de importância/prioridade e sobre o modo de poderem ser alcançados pelos sectores público e privado, para que se atinjam determinados resultados ou mudanças, de modo a protegerem e melhorarem a vida da população (Ministério da Saúde, 1999; OMS, 2002).

2.4.1- Internacionais

Apesar de, há quatro décadas, a saúde ter sido declarada direito fundamental e dos avanços que têm vindo a acontecer, ainda hoje, nem toda a população mundial, dele usufrui.

Em Maio de 1977, com a Assembleia Mundial da Saúde (OMS, 1985) começa-se a gerar, a nível mundial, uma nova era de desenvolvimento, com o movimento dos cuidados de saúde primários. Nesta Assembleia, é lançado o desafio aos governos e à Organização Mundial de Saúde (OMS), para facultarem a todos os habitantes do mundo, até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e, economicamente, produtiva. Para assegurar uma acção resoluta e um compromisso inequívoco, de todos os países, relativamente a este objectivo, é solicitado que cada país elabore a sua própria estratégia nacional de saúde.

Em 1978, na Conferência Internacional, realizada em Alma Ata, através da Resolução “Saúde para Todos no ano 2000”, é determinado que esta meta, seja atingida através de serviços de cuidados de saúde primários (OMS, 1978). Esta Resolução preconiza uma modificação “radical” das políticas de saúde, dando prioridade mais elevada, à promoção da saúde e prevenção da doença, com participação activa dos indivíduos, famílias e comunidades. Ao visar a “Saúde para Todos no ano 2000”, apela ao assumir do compromisso de ser assegurado, a todos e a cada um, os cuidados primários, diferenciados, de reabilitação e promotores de auto-cuidado. Para além disso, chama atenção especial para a educação das populações, sobre a higiene dos estilos de vida e a salubridade do ambiente, através dos meios de comunicação social, dos profissionais de saúde, dos sistemas de ensino, entre outros.

Em 1984, é dado novo impulso a esta Resolução, com a adopção das metas regionais específicas, propostas no quadro da estratégia regional (OMS, 1985).

Para concretizar, de forma mais objectiva, a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, a OMS, em 1986, em Ottawa, na “*I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*”, elabora uma série de recomendações contempladas na “Carta de Ottawa”, direccionadas para os governos e para os serviços. No que se refere aos primeiros, alerta para a importância do

estabelecimento de políticas, que privilegiem a equidade dos recursos; a preservação do meio ambiente e a participação comunitária. A nível dos serviços, para além de promoverem a autonomia das pessoas/grupos, preconiza que se constituam defensores da satisfação das necessidades identificadas, sentidas e expressas pelas populações. Suporta-se, num novo conceito de promoção de saúde pública, ao visar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos, controlar e promover a sua saúde e o seu bem-estar e dos outros e agir sobre os factores que os influenciam.

A OMS, em 1988, em Adelaide, na “*II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*” vem, novamente, estimular a participação activa individual e da população, na promoção da saúde e elaboração de políticas favoráveis à sua implementação.

Em Sundsvall, Suécia, em 1991, a OMS promove a “*III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*”, da qual resulta a “Declaração de Sundsvall” direccionada para os políticos e decisores de todos os sectores, para a promoção de ambientes físicos, sociais, económicos e políticos favoráveis à saúde, a nível global.

Em 1997, a OMS promove a “*IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no século XXI*”, da qual resulta a “Declaração de Jakarta”. Salienta a importância do reconhecimento dos problemas de saúde mental, de parcerias entre os recursos da comunidade e reforça que as estratégias de promoção de saúde podem provocar e modificar estilos de vida e as condições socioeconómicas e ambientais, que determinam a saúde.

Em 2002, a WHO na “*Conferência Internacional do México sobre Promoção da Saúde*” salienta, novamente, a responsabilidade dos governos, no desenvolvimento social e que as estratégias de promoção de saúde (desenvolvimento de políticas, programas e projectos) valorizam a eficácia da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Já em 1992, o Tratado da União Europeia⁸, salvaguardava (artigo 129º) que a Comunidade contribuiria para assegurar

⁸ Jornal Oficial nºC 191, de 29 de Julho de 1992.

um elevado nível de protecção da saúde humana, incentivando a cooperação entre os Estados Membros e, se necessário, apoiaria os países terceiros e as organizações internacionais.

As directivas, anteriormente referidas, vão-se repercutindo nas orientações para as pessoas idosas, nomeadamente, a partir de 1982, com a “*I Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento*”, realizada em Viena. Nesta, são proclamados os Princípios das Pessoas Idosas das Nações Unidas, nomeadamente, o direito à participação, aos cuidados, à independência, à auto-realização e à salvaguarda da sua dignidade (Nações Unidas, 1991).

Em 1989, com a consciencialização da existência de maus tratos, nomeadamente, às pessoas mais idosas, na 41ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, realizada em Hong Kong, é elaborada a “Declaração de Hong Kong”, onde são preconizadas medidas contra o abuso das pessoas (Associação Médica Mundial, 1989). Partilhando desta preocupação, a OMS (2002), no Relatório Mundial da Saúde, de 2001, definiu, como meta para 2002, a existência de políticas sociais de apoio à família e às vítimas de violência, melhorar a prestação de cuidados, pelas famílias, proporcionando-lhes meios que assegurem períodos de descanso, que 80% dos Sistemas Locais de Saúde disponham de equipas multidisciplinares, capazes de detectar, orientar e acompanhar estas vítimas, incorporando a avaliação e a gestão da saúde mental dos envolvidos e a salvaguarda dos aspectos legais, para que, até 2007, haja menos vítimas de violência e maus tratos, dentro da própria família.

A União Europeia, em 2000, em Nice, através da “Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia”, tendo por base as medidas contempladas no Tratado de Amesterdão (1997)⁹ salvaguarda, também, no artigo 21º, a proibição da discriminação, designadamente, em relação à idade e, no artigo 25º, reconhece o direito das pessoas, nomeadamente, idosas, a uma existência condigna e independente e à sua participação, na vida social e cultural. Para reforçar a campanha contra a descriminação e continuar a fomentar as políticas sobre a

⁹ Jornal Oficial nºC 191, de 29 de Julho de 1992.

diversidade, a Comissão Europeia (2006) designou o ano de 2007 como o “Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos”.

A Comissão da União Europeia (1995), tendo como objectivo aumentar a consciencialização das mudanças da sociedade inerentes ao envelhecimento, realçar o contributo positivo dos idosos, divulgar informação sobre «bem envelhecer» e promover a solidariedade, entre as gerações, consagrou, 1993, como o “Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade, entre as Gerações”. Preconizou que fossem as próprias pessoas idosas, através da sua maneira de ser e estar, a influenciar a sociedade a ter uma concepção positiva e activa do envelhecimento e a vê-lo como ocasião de prosseguir o desenvolvimento pessoal. A Assembleia Geral das Nações Unidas, ao comungar destes objectivos, com o apoio da Comissão das Comunidades Europeias (1999), proclamou 1999 como o “Ano Internacional das Pessoas Idosas”, tendo como lema «Uma Sociedade para Todas as Idades». Para tal, lança uma série de directrizes, para a promoção do envelhecimento saudável, nomeadamente, a criação de políticas, a melhor mobilização dos recursos, a minimização dos riscos da exclusão social, a limitação das situações de dependência, através da prevenção de acidentes e da reabilitação após uma doença, a criação de residências, para os idosos, que não podem permanecer, nas suas casas e de unidades de cuidados de pequenas dimensões. Para melhorar a qualidade de vida dos reformados e tornar os regimes de pensão mais sustentáveis, preconiza políticas de envelhecimento activo, com modalidades de reforma progressiva, sensíveis às preferências e particularidades individuais, através de contratos temporários de trabalho a tempo parcial e motivação à mobilidade e à aprendizagem, ao longo da vida, para aquisição de novas competências. Tais estratégias já haviam sido preconizadas pela “Declaração sobre a Educação para Todos”, realizada em Jomtien, com vista a aumentar a expectativa de vida activa (in Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998).

A Comissão da União Europeia, em 2001, ao reflectir sobre “O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas”, identificou a necessidade de estratégias que garantam o acesso de todos, a cuidados de qualidade.

Em 2002, o Parlamento Europeu elabora o Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública 2002-2008¹⁰, com os seguintes objectivos prioritários: informar sobre a saúde e reacção rápida à sua ameaça e promovê-la através da abordagem dos seus determinantes. Em 2007 é criado o II Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública 2008 – 2013¹¹, com o principal objectivo: definir e executar políticas e acções que assegurem um elevado nível de protecção da saúde dos europeus.

Em 2007, The European Older People`s Plataform lança uma série de recomendações de boas práticas para a promoção do envelhecimento saudável: responsabilização partilhada pela União Europeia, pelas organizações da sociedade civil, pelos sectores com influência sobre as determinantes da saúde e pelos indivíduos; promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, através da criação de ambientes favoráveis à sua adopção; criação dos meios necessários à participação activa de todos na sociedade; promover uma abordagem positiva e integrada para a saúde (forças sociais, políticas económicas, de habitação, de transportes e outras) e investir na promoção da saúde ao longo de todo o ciclo vital.

¹⁰ Decisão 1786/2002/CE, de 23 de Setembro de 2002.

¹¹ Decisão nº 1350/2007/CE, de 20 de Novembro de 2007.

2.4.2 - Nacionais

É sobretudo no final dos anos 60, com o início do tempo “Marcelista”, que Portugal dá passos significativos, a nível da saúde, da educação e da segurança social, embora, com muitas falhas e longe da cobertura universal, avanços que outros países europeus haviam experimentado, no pós-guerra ou, até mesmo antes (Vaz, 1998; Barreto e Preto, 1996).

Com a Revolução de Abril, em 1974, dão-se mudanças substanciais nas orientações políticas a todos os níveis, nomeadamente, no sector da saúde, ficando mais permeáveis às directrizes internacionais, principalmente com a adesão de Portugal à União Europeia, em 1986.

A Constituição da República Portuguesa preconiza a saúde como uma dimensão importante da qualidade de vida e salvaguarda, no artigo 64º, o direito de todos, à protecção da saúde, através do serviço nacional de saúde universal e, tendencialmente, gratuito, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos (Canotilho e Moreira, 1993).

Os princípios preconizados em Alma Ata, são enquadrados na Lei do Serviço Nacional de Saúde, em 1979¹², embora, só em 1990 tenha sido explicitado na Lei de Bases da Saúde (Base XII e XIII), que o Serviço Nacional de Saúde assenta nos cuidados de saúde primários¹³. Os Centros de Saúde criados em 1971¹⁴, são reformulados em 1982¹⁵ e regulamentados em 1983¹⁶, nomeadamente, a criação das extensões (unidades periféricas, localizadas na área de influência de cada Centro de Saúde), para facilitar a acessibilidade dos utilizadores.

Para promover maior proximidade aos serviços, em 2003, procede-se a alterações nos Cuidados de Saúde Primários, para um novo modelo, designado Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários¹⁷. Esta Rede é preconizada como a primeira linha e a base de todos os cuidados de saúde, com articulação com os cuidados de saúde, ou hospitalares, os

¹² Decreto-Lei nº 56/79, de 15 de Setembro de 1979.

¹³ Lei nº 48/90, de 24 de Agosto de 1990.

¹⁴ Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro de 1971.

¹⁵ Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho de 1982.

¹⁶ Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Março de 1983.

¹⁷ Decreto-Lei nº 60/03, de 1 de Abril de 2003.

cuidados de saúde continuados e entidades de natureza privada e social. Prevê a classificação dos Centros de Saúde, com base em critérios geodemográficos, dos quais se salienta o índice de envelhecimento e a relação de dependência da população.

A protecção da velhice é salvaguardada no artigo 67º, da Constituição da República Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993) e na Lei de Bases da Saúde⁷, pelo acesso aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação e melhoria das condições de vida. Com vista à aplicação das orientações da Resolução “Saúde para Todos no ano 2000”, relativamente às pessoas com idade mais avançada, é criada, em 1988, a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade.

Atendendo às orientações relativas à articulação intersectorial, entre programas de saúde e de protecção social, a nível local, com vista à promoção da saúde e do bem-estar das populações (OMS, 1985), começam a surgir em 1994 através da conjugação de esforços de vários Ministérios e de várias instituições privadas, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)¹⁸. Este Programa tinha como objectivos: promover a autonomia das pessoas idosas, prioritariamente, no domicílio; melhorar a acessibilidade aos serviços; implementar respostas de apoio às famílias que prestavam cuidados a pessoas dependentes; promover a formação de prestadores de cuidados informais e formais e prevenir isolamento e exclusão.

O aumento da população mais idosa, as alterações da estrutura familiar, os fenómenos de desertificação, a evolução dos conceitos de hospital, entre outros factores, exigiram a activação de novas respostas. Surge a criação de redes sociais de apoio integrado, que garantem a continuidade dos cuidados às pessoas, em situação de dependência, pelo que é criado em 1997, o Programa “Rede Social”¹⁹ e é reformulado o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social²⁰. Em 1998, são criadas normas

¹⁸ Despacho Conjunto nº259/97, de 21 de Agosto de 1997, nos termos dos Despachos Conjuntos dos Ministérios da Saúde, do Emprego e da Segurança Social, de 1 de Julho de 1994 e dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, de 4 de Julho de 1996.

¹⁹ Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro de 1997.

²⁰ Decreto-Lei nº 133/97, de 30 de Maio de 1997.

reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares, para idosos²¹ e da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas, em situação de dependência²². Em 2001, a Direcção Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, para promover a comunicação dos diferentes intervenientes na prestação de cuidados, à pessoa em situação de dependência, no domicílio, cria o Boletim de Cuidados no Domicílio à Pessoa em Situação de Dependência²³.

Atendendo à estimativa da OMS para os próximos 20 anos, aumentar em 300% as necessidades em cuidados de saúde da população mais idosa e do aumento das doenças não transmissíveis de evolução prolongada, é criada, em 2002, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou cuidados de longa duração, designada por “Rede Mais”²⁴. Com esta, pretende-se, a nível local, que cada rede esteja habilitada com: Apoio domiciliário integrado; Centro de promoção de autonomia e Unidade de apoio integrado transitório, prolongado e permanente. Estas estratégias são reforçadas, em 2003, com a criação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde²⁵. Esta medida é considerada pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no Relatório para o Conselho Europeu da Primavera de 2004, um dos aspectos positivos da reforma da saúde. No ano anterior, havia proposto melhor coordenação dos cuidados de saúde e dos serviços de cuidados continuados.

O Ministério da Saúde, para responder ao aumento das pessoas com doenças crónicas incapacitantes reforça, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados²⁶, com os cuidados intermédios, entre os de base e os internamentos hospitalares.

Em 1990, o Governo decide actuar no domínio da protecção social e no reforço da solidariedade social²⁷, incentivando a permanência das pessoas, em situação de dependência,

²¹ Despacho Normativo nº 12/1998, de 25 de Fevereiro de 1998.

²² Despacho Conjunto nº407/98, de 18 de Junho de 1998.

²³ Circular Informativa nº17/DSMIA de 7 de Setembro de 2001.

²⁴ Resolução do Conselho de Ministros nº59/02, de Abril de 2002.

²⁵ Decreto-Lei nº281/03, de 8 de Novembro de 2003.

²⁶ Decreto-Lei nº101/06, de 6 de Junho de 2006.

²⁷ Lei nº 64/90, de 28 de Dezembro de 1990.

no seu meio, através da criação do subsídio por assistência de terceira pessoa, para pensionistas de sobrevivência²⁸. Em 1993, alarga este subsídio aos pensionistas de velhice²⁹ e aos beneficiários de assistência em estabelecimentos de apoio social, em 1999³⁰, através da prestação pecuniária - Complemento por Dependência. Em 2006, é criado o Complemento Solidário para Idosos, com o intuito de garantir aos mais velhos o rendimento de pelo menos 300 euros³¹.

O Ministério da Saúde, em 1999, para ir ao encontro das orientações internacionais, elabora o documento “Saúde um Compromisso - Estratégias de Saúde para o Virar do Século”. Com este pretende implementar uma nova política de saúde, que visa influenciar as formas de pensar e actuar; as decisões e os comportamentos dos profissionais e dirigentes de saúde e dos agentes económicos, sociais, culturais e políticos, para a melhoria da saúde individual e colectiva. Ao preconizar melhor saúde, pretende que os ganhos, em saúde, se traduzam em ganhos, em anos de vida (acrescentando anos, à vida); redução de episódios de doença e da sua duração (acrescentando mais saúde à vida); redução de doenças incapacitantes e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentando mais vida, aos anos); redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida, relacionada com a saúde. Para além disso, pretende o investimento, na prevenção da doença e na promoção da saúde, com vista a uma vida activa saudável, pela adopção de estilos de vida saudáveis. Para tal, fornece as seguintes orientações, para o Envelhecimento com Autonomia e bem-estar: promover um melhor diagnóstico das necessidades de saúde; os profissionais de saúde conhecerem os serviços que prestam apoio e cuidados às pessoas idosas e suas famílias e promover melhoria da articulação interpessoal, intergeracional, familiar, interinstitucional e de solidariedade, na

²⁸ Decreto-Lei nº322/90, de 18 de Outubro de 1990.

²⁹ Decreto-Lei nº 329/93, de 25 de Setembro de 1993.

³⁰ Decreto-Lei nº 265/99, de 14 de Julho de 1999.

³¹ Decreto-Lei nº236/06, de 11 de Dezembro de 2006, actualizado pela Portaria nº1547/08, de 31 de Dezembro de 2008.

comunidade. Carapinheiro (2006) considera que estas “Estratégias de Saúde para o Virar do Século”, ainda não foram cabalmente assumidas, como prioridade, nas políticas de saúde.

Em 1999, são regulamentados os mecanismos de acolhimento, atendimento, audição e participação dos utentes nos serviços de administração pública, nomeadamente da saúde, sendo definida a prioridade no atendimento aos idosos e a possibilidade de sugerirem e reclamarem pelos seus direitos³².

Tendo em vista o preconizado pela Assembleia Geral das Nações Unidas para o “Ano Internacional das Pessoas Idosas – 1999” (Comissão das Comunidades Europeias, 1999), com o apoio da Comissão Nacional para o “Ano Internacional das Pessoas Idosas”, do Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade, entre outros, surgem a nível nacional, várias iniciativas das quais se destaca o Projecto Net@vó e VIVER e o Projecto TIO (Terceira Idade On-line) (BYWEB, 1999). Têm como objectivos reforçar a participação activa dos idosos, na sociedade da informação, promover a sua saúde e qualidade de vida e fomentar o relacionamento intergeracional.

A Constituição da República Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993), salvaguarda, no artigo 72º, para as pessoas idosas a segurança económica e habitacional e o convívio familiar e comunitário que evitem o isolamento ou a marginalização. No entanto, muitos portugueses, nomeadamente, com idade mais avançada, estão a subsistir com baixos rendimentos, nomeadamente, os reformados com pensões de baixos valores. Em 2008 é aprovada³³ o Estatuto da aposentação e é criada a possibilidade dos aderentes ao regime de capitalização, adquirirem direitos complementares à sua pensão de reforma e de aposentação por velhice³⁴.

A Constituição da República Portuguesa preconiza a socialização dos custos medicamentosos, às pessoas portadoras de determinadas doenças e aos idosos (Canotilho e Moreira, 1993). Deste modo, a partir de 1988, passam a beneficiar do regime geral de comparticipação e, em

³² Decreto-lei nº135/99, de 22 de Abril de 1999.

³³ Lei nº 11/08, de 20 de Fevereiro de 1980, procede à alteração à Lei nº53/06, de 7 de Dezembro de 2006, ao Decreto-lei nº 498/72, de 9 de Dezembro de 1972 e à Lei nº52/07, de 31 de Agosto de 2007.

³⁴ Decreto-Lei nº26/08, de 22 de Fevereiro de 2008 e Portaria nº211/08, de 29 de Fevereiro de 2008.

1992, os medicamentos, das pessoas de mais fracos rendimentos e dos pensionistas, com pensões não superiores ao salário mínimo nacional, passam a ser suportados integralmente pelo Estado³⁵, o que se estende a todos os subsistemas de saúde geridos por serviços e organismos do Estado, em 2003³⁶. A partir de Dezembro de 2002, passam, também, a poder optar pelos medicamentos do denominado Grupo Homogéneo – genéricos, sendo, o valor máximo de comparticipação, pelo Estado, o preço mais elevado de venda ao público³⁷. Para além destes, o Serviço Nacional de Saúde comparticipa a vacina anti-gripe, nomeadamente, às pessoas com 65 ou mais anos de idade (Ministério da Saúde, 1998/99).

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade, com o patrocínio de várias entidades bancárias, seguradoras, entre outras, cria, em 1997, a Fundação “Cartão do Idoso”³⁸, possibilitando, aos cidadãos maiores de 65 anos, o acesso aos bens e serviços, que tenham aderido ao projecto.

A Constituição da República Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993), no seu artigo 67º, identifica a família como elemento fundamental da sociedade e do Estado, responsável pela realização pessoal dos seus membros. Atendendo a que, por vezes, este direito, nomeadamente, das pessoas com idade mais avançada não pode ser promovido, no seio da família biológica, é legislada, em 1991, a possibilidade do acolhimento familiar, temporário ou permanente, no domicílio de outras famílias, como alternativa à institucionalização³⁹.

Por as actividades da promoção da saúde, nem sempre ocuparem lugar de primazia, nomeadamente, a nível dos Centros de Saúde, o Ministério da Saúde, em 2003, nos contributos para o Plano Nacional da Saúde 2004/2010, apela ao investimento em ganhos em saúde, nomeadamente, através da informação, sobre as alterações decorrentes do envelhecimento, o modo de combater as causas das doenças relacionadas com os estilos de vida, a nível do consumo de álcool e tabaco, obesidade, gestão do stress, factores de natureza

³⁵ Decreto-Lei nº 157/88, de 4 de Maio de 1988 e Decreto-Lei nº 231/90, de 14 de Julho de 1990, adaptado pelo Decreto-Lei nº 72/91, de 8 de Fevereiro de 1991, Decreto-Lei nº 118/92, de 25 de Junho de 1992.

³⁶ Decreto-Lei nº 234/03, de 27 de Setembro de 2003.

³⁷ Decreto-Lei nº 270/02, de 2 de Dezembro de 2002.

³⁸ Decreto-Lei nº 102/97, de 28 de Março de 1997.

³⁹ Decreto-Lei nº 391/91, de 10 de Outubro de 1991.

sócio-económica, geradores de violência e exclusão social, estimulação das funções cognitivas – memória, incentivo a uma boa nutrição, informação e encorajamento para a prática de actividade física moderada e regular, procura e prática do conceito de envelhecimento e de reforma activa, tendo em conta as particularidades de cada pessoa, promover a funcionalidade e prevenir e adiar as incapacidades. Segundo este Ministério, muitas pessoas vivem acamadas ou em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomas, se tivesse havido: prevenção e reabilitação adequadas, rastreio aos factores de fragilidade e exame periódico de saúde. Salienta que a esperança de vida, sem incapacidades dos portugueses com 65 ou mais anos, nomeadamente, das mulheres, ser inferior à média da União Europeia, deve-se, entre outros aspectos, à pouca prática de actividade física.

O Plano Nacional da Saúde 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2004) integra as directrizes, anteriormente referidas e reforça a pertinência de aumentar o fornecimento de informação que possibilite escolhas informadas dos cidadãos, responsabilizando-os pela opção de comportamentos mais saudáveis, no contexto da prevenção primária e secundária. Para a concretização destas metas, em 2004, é publicado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida⁴⁰, o qual visa intervenção multidisciplinar e intersectorial integrada nos factores determinantes das patologias crónicas mais prevalentes.

Atendendo ao envelhecimento demográfico, à longevidade dos portugueses estar aquém dos padrões europeus e os seus últimos anos de vida serem, muitas vezes, acompanhados de situações de incapacidade (nomeadamente, as mulheres que apesar de viverem mais anos do que os homens, estes últimos têm uma esperança de vida sem incapacidades bastante mais elevada), frequentemente, susceptíveis de prevenção, em 2004, o Ministério da Saúde aprova, também, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direcção Geral da Saúde, 2004)⁴¹. Através deste, pretende promover o envelhecimento activo e saudável, ao longo de

⁴⁰ Despacho nº1916/2004, de 28 de Janeiro de 2004.

⁴¹ Circular Normativa nº13/DGCG, de 2 de Julho de 2004.

toda a vida, com ganhos em saúde e em anos de vida, com autonomia e independência, através da responsabilização individual e colectiva para a prevenção da doença e promoção da saúde. Apela à melhoria das práticas multidisciplinares e multisectoriais, no âmbito do envelhecimento; à importância de se desmontar os estereótipos ligados ao envelhecimento; de se estimular a actividade física moderada e regular e das funções cognitivas, à gestão do ritmo sono-vigília e suas perturbações, à adequada nutrição, hidratação, alimentação e eliminação e manutenção de um envelhecimento activo na reforma, fomentando as relações sociais e o planeamento de actividades alternativas ao trabalho. Identifica, ainda, como fundamental a realização de rastreios de fragilidade (défices motores, sensoriais, cognitivos, ambientais, sócio-familiares), prevenção da depressão, promoção da saúde oral, informação sobre os medicamentos, promoção de ambientes capacitadores (eliminação de barreiras arquitectónicas e recurso às tecnologias promotoras de segurança e independência), detecção e encaminhamento de casos de violência e negligência e na fase final da vida, prestação de cuidados domiciliários e prevenção de acidentes (domésticos, de lazer e nos transportes). Atendendo às orientações da Comissão para “Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho 2007-2012” (Parlamento Europeu, 2008), são adoptadas as orientações para a diminuição dos acidentes de trabalho com a aprovação da Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012 ⁴².

Carapinheiro (2006) considera que, persiste ao longo da história das políticas de saúde em Portugal uma orientação contraditória: por um lado, vai aderindo à estratégia internacional de cuidados primários de saúde, com produção legislativa e por outro o hospital mantém, a posição de centralidade que, sempre, deteve na organização dos serviços de saúde, expressa pela priorização dos recursos técnicos, financeiros, materiais e humanos.

⁴² Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/08, de 1 de Abril de 2008.

2.4.3 - Regionais

Tendo em vista a descentralização preconizada pela OMS e pela Comissão das Comunidades Europeias, a Constituição da República Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993) e a Lei de Bases da Saúde (Base VIII)⁴³, possibilita que, nos Açores, a política de saúde seja executada pelos órgãos do governo próprio. Posto isto, o Ministério dos Assuntos Sociais, transfere, em 1978, algumas atribuições, em matéria de saúde e segurança social, para esta Região, habilitando-a a conduzir uma política, genuinamente regional⁴⁴, por força da Autonomia Política e Administrativa, Constitucionalmente outorgada. Deste modo, o Governo Regional, em 1980, cria a rede de Serviços de Saúde e decreta a junção dos Serviços Materno-Infantil aos Médico-Sociais⁴⁵, regulamentando a referida rede, em 1986⁴⁶ e complementando-a em 1990⁴⁷.

Na Regulamentação de 1986, os Centros de Saúde são declarados a unidade prestadora de cuidados de saúde primários ou essenciais, vocacionada para actividades de promoção e protecção de saúde, que não se confinam ao espaço físico, antes se estende à escola, à fábrica ou às colectividades grupais. Define, como objectivo dos centros de saúde, a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e a reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

Com o Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores⁴⁸, é preconizada a reestruturação da organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo em conta a realidade geográfica e demográfica da Região. No artigo 6º, do referido Estatuto, é instituída a Unidade de Saúde de Ilha (estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados de saúde),

⁴³ Lei nº48/90, de 24 de Agosto de 1990.

⁴⁴ Decreto-Lei nº 276/78, de 6 de Setembro de 1978.

⁴⁵ Decreto Regional nº36/80/A, de 22 de Agosto de 1980.

⁴⁶ Decreto Regulamentar Regional nº3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

⁴⁷ Decreto Regulamentar nº6/90/A, de 24 de Fevereiro de 1990.

⁴⁸ Decreto Legislativo Regional nº28/99/A, de 31 de Julho de 1999.

regulamentada em 2002⁴⁹ e que encontra viabilidade, na Ilha do Pico, em 2002 e na ilha de S Jorge, em 2003⁵⁰.

No último ano referido, é elaborado o Plano Regional da Saúde 2004-2006 (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2003)⁵¹, o qual pretende reforçar o papel dos cuidados de saúde primários, sensibilizar o cidadão para a auto-responsabilização na sua saúde e investir na promoção da saúde e prevenção da doença, promovendo medidas que conduzam a uma vida longa e saudável, pondo fim a comportamentos que a encurtem ou depreciem a sua qualidade (obesidade, sedentarismo, acidentes rodoviários, de trabalho e domésticos, álcool e tabaco). Para a prevenção do tabagismo, em 2008, é executado, na Região, o disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco⁵², com definição de normas tendentes à sensibilização e educação para a saúde, medidas de redução e cessação da procura relacionadas com a dependência de tabaco.

O afastamento e a insularidade dos Açores, altamente perturbadores do seu desenvolvimento, induziu a que no Tratado da União Europeia (artigo 299º), o arquipélago tenha sido classificado como região ultraperiférica, com necessidade de medidas específicas de apoio⁵³.

Para facilitar a aquisição de bens e serviços relacionados com tratamentos médicos e medicamentos, a Direcção Regional da Segurança Social, em 1997, atribui, aos residentes nos Açores, com 65 e mais anos, apoio financeiro mensal, no montante, pelo menos igual, à Pensão Social, em vigor e, como limite máximo, o dobro desta⁵⁴. Em 2000, com o intuito de minorar, os custos da insularidade, é criado o Complemento Mensal de Pensão, atribuído aos pensionistas e reformados⁵⁵.

⁴⁹ Decreto Regional nº35/2002/A, de 21 de Dezembro de 2002.

⁵⁰ Decreto Regulamentar nº 18/2003/A, de 1 de Abril de 2003.

⁵¹ Despacho 662/03, de 2 de Outubro de 2003.

⁵² Decreto Legislativo Regional nº15/2008/A, de 11 de Maio de 2008.

⁵³ Jornal Oficial nºC 191, de 29 de Julho de 1992.

⁵⁴ Despacho ED/DRSS/97/4, de 28 de Setembro de 1994.

⁵⁵ Decreto Legislativo Regional nº 2/2000/A, de 12 de Janeiro de 2000.

Em 1999, é adaptado aos Açores, o diploma referente ao regime excepcional de comparticipação de medicamentos, para pessoas com determinadas doenças crónicas⁵⁶, ampliado em 2003⁵⁷. Em 2008, é criado o Complemento para Aquisição de Medicamentos pelos Idosos - Compamid⁵⁸, cujo cheque-medicamento (50% do salário mínimo regional) é entregue, com a reforma, a todos os pensionistas com baixas pensões.

Para comemorar o “Ano Internacional das Pessoas Idosas”, em 1999 (Direcção Regional da Solidariedade e Segurança Social, 1999) é nomeada a Comissão Regional. Na sequência da dinâmica desta comemoração, é neste ano, impulsionado o Programa de Apoio Integrado a Idosos, nos Açores, implementado, em Ponta Delgada, em 1997.

Atendendo ao envelhecimento da população, à insuficiência das intervenções públicas e privadas, ao nível da institucionalização e do apoio domiciliário, em 2003, é Regulamentado o Sistema de Incentivos à Iniciativa Privada Social⁵⁹, com subsídios a fundo perdido, conforme preconiza a Comissão da União Europeia (1995). Com este, pretende-se melhoria e modernização dos lares, com acréscimo de lugares, criação de serviços de alojamento temporário, residências, centros de noite e de dia e serviços de apoio domiciliário.

Por existirem freguesias açorianas, desprovidas de serviços de apoio domiciliário criou-se uma nova modalidade deste apoio, por pessoas da localidade, enquadradas nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, da área com valência de apoio domiciliário⁶⁰.

Em 2008, é criada a Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores⁶¹, para garantir a coordenação dos cuidados de saúde e acção social, às pessoas com perda de funcionalidade e em fase terminal de vida.

⁵⁶ Decreto-Lei nº118/92, adaptado pelo Despacho SSRAS/14, de 27 de Julho de 1999.

⁵⁷ Portaria nº9996/03, de 3 de Maio de 2003.

⁵⁸ Decreto Legislativo Regional nº4/08/A, de 4 de Março de 2008.

⁵⁹ Resolução nº113/03, de 11 de Setembro de 2003, baseada no Decreto-Lei nº133-A/97, de 30 de Maio de 1997.

⁶⁰ Resolução nº128/03, de 9 de Outubro de 2003.

⁶¹ Decreto Legislativo Regional nº 16/2008/A, de 24 de Julho de 2008.

2.4.4 - Implicações das políticas de saúde nos cuidados de enfermagem

A Resolução de Alma Ata estimula a mudanças, na prática e na formação dos enfermeiros, ao preconizar na meta nº 36, que em 1990, em todos os Estados Membros, o planeamento, a formação e a utilização dos profissionais de saúde estejam sintonizadas com as políticas dos cuidados de saúde primários e com as políticas regionais da “Metas da Saúde para Todos” (OMS, 1985). Nesta Conferência Mahler, Director da OMS, salienta a importância dos enfermeiros no diagnóstico de saúde da população, na protecção e controle da sua saúde, no cuidar dos doentes e na promoção do auto-cuidado.

Com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, são assumidas formalmente as directivas, por ela, emanadas⁶², no que se refere à formação dos enfermeiros⁶³. Nesta altura, já eram ministrados em Portugal, no Curso de Enfermagem, por orientação Ministerial, conteúdos relacionados com a velhice (saúde na anciania, psicologia da velhice e os velhos nas diferentes especialidades médicas) (Costa, 1998).

O Comité Consultivo para a Formação, no Domínio dos Cuidados de Enfermagem (1995), por considerar o processo de formação a pedra angular da qualidade dos cuidados, preconiza na formação de base, módulo específico de cuidados aos idosos, com abordagem da nutrição, segurança e acesso aos serviços de saúde. Para além disso, salienta a obrigatoriedade da formação prática, na comunidade e em estabelecimentos residenciais, hospitalares e no domicílio, tendo por base, os cuidados de saúde primários (Comissão da União Europeia, 1995), situação novamente reforçada pela OMS em 2005. Dada a complexidade actual das necessidades em matéria de cuidados de saúde, com o aumento da esperança de vida, do envelhecimento da população e ao papel atribuído, pela sociedade, aos enfermeiros na garantia da qualidade de vida dos idosos e na promoção do envelhecimento saudável na União Europeia, salienta aquela Comissão, ainda, a importância dos cursos de especialização, que

⁶² Decreto-Lei nº 320/87, de 13 de Novembro de 1987.

⁶³ Directive nº77/453, de 27 de Junho de 1977.

permitam a prática avançada, a gestão do ensino e dos cuidados, a investigação, a consultadoria e a participação na elaboração das políticas.

Em 1999, o Ministério da Saúde, salienta a importância para as “Estratégias de Saúde para o Virar do Século” dos profissionais de saúde terem formação em Gerontologia e Geriatria, tendo por base os Cuidados de Saúde Primários, situação novamente reforçada, em 2004, pela Direcção Geral da Saúde. Apela também à necessidade da reorganização dos Centros de Saúde, evitando transpor modelos hospitalares, como o confirmou um estudo promovido pelo Ministério da Saúde (1994). Ao ter constatado que com a integração dos Serviços Médico-Sociais, nos Centros de Saúde, por os enfermeiros, dos primeiros referidos, serem em maior número, instituiu-se um modelo de trabalho muito semelhante ao desenvolvido, nos Postos Médicos (centralização no tratamento e doença e predominância de técnicas curativas), ao invés de actividades, na comunidade e para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Em 2000, no sentido de aumentar o impacto dos enfermeiros, na promoção da saúde, a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Conselho Internacional de Puericultores, identificam directrizes, para os enfermeiros de todas as áreas e para todos os grupos populacionais, integrando-as no “Programa Saúde 21”- “Midwife”, subscrito por todos os países membros (OMS, 2000). Deste, salienta-se, a meta 1 e 2, que integram como princípios orientadores: promover estilos de vida saudáveis e encaminhar e trabalhar, concertadamente com outros técnicos e com os recursos da sociedade, no sentido de inverter as condições desfavoráveis, nomeadamente, a nível da habitação, dos rendimentos e da nutrição. Aos enfermeiros assessores, coordenadores e chefes, alertam para a importância dos enfermeiros da prestação de cuidados directos adquirirem formação e de possuírem os recursos necessários, para a promoção de saúde. Aos enfermeiros em posição de decisão, no governo e direcção de serviços, sugerem a elaboração de um plano que inclua as metas do “Programa Saúde 21” e respectiva avaliação, em relatório anual e, assegurarem-se que, os Cuidados de Saúde Primários, estão inseridos nos locais certos e acessíveis a todos. Para o «Envelhecer saudável», preconizam na meta 5 que, até 2020, as pessoas com mais de 65 anos tenham

oportunidade de viver, em pleno, o seu potencial de saúde e desempenharem um papel social activo; aumentar, o número de pessoas, com 80 anos, a viver uma vida de qualidade, no seu domicílio, com as suas famílias. Para tal, identificam, como princípios orientadores, para os enfermeiros da prestação de cuidados directos: promover programas de educação para a saúde aos adultos, que os preparem para o envelhecimento saudável, através da adopção de estilos de vida saudáveis, a nível do exercício e da dieta, evitando o consumo de álcool e o tabaco; promover cuidados continuados no domicílio; coordenar os cuidados de saúde e sociais que proporcionem, se as pessoas o desejarem, morrerem em casa; acompanhar e advogar os idosos, no sentido de se manterem saudáveis e com um papel activo, na comunidade. Estimulam os enfermeiros assessores a conduzir a educação da equipa, com vista à redução da mortalidade, da violência e dos acidentes, melhorando as condições ambientais, de habitação e transporte e implementar serviços de reabilitação, nas comunidades maximizando a sua independência. Salientam a importância dos enfermeiros europeus, na melhoria da saúde e da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade, considerando-os o primeiro contacto com o sistema de saúde e um grupo de referência para a população, nomeadamente, no que se refere à saúde e ao seu potencial, para influenciar os políticos, as políticas e os decisores.

Em 2000, a OMS, em resultado da “*II Conferência Interministerial de Munique*”, com o tema “O enfermeiro de família”, elabora a “Declaração de Munique”. Nesta, é também, salientada a importância dos enfermeiros na decisão e implantação das políticas de saúde e, fundamentalmente, a necessidade de reforçarem as suas competências e a intervenção na prestação de cuidados de saúde às famílias e à comunidade, para a melhoria da eficácia e da qualidade dos serviços.

Ao ter sido a saúde identificada como uma área prioritária do Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social e os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, intervenientes activos para a promoção da saúde, o Conselho de Ministros

(1998)⁶⁴, considerou pertinente o levantamento das necessidades, destes profissionais, em função das tendências demográficas. Segundo dados do Departamento de Recursos Humanos da Saúde (1998), estimava-se que, em 2002, houvesse um défice de 2492 enfermeiros, no país. Esta situação já fazia parte da história destes profissionais, pois em 1991, Portugal ocupava a cauda da União Europeia, antecedia, apenas a Grécia (Carreiro, 1996). Fruto do exposto, o Departamento, atrás referido, identificou como estratégia prioritária, a formação destes profissionais e a articulação entre o Sistema Nacional de Saúde e as instituições de ensino e de investigação. Apesar disso, em 2003, o Ministério da Saúde volta a reconhecer, que, para se alcançar o rácio médio da União Europeia de 5,9 enfermeiros por mil habitantes, em Portugal, faltavam cerca de 20000 enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Após descrição da problemática em estudo, da metodologia utilizada e da revisão da literatura e documental efectuada, integra-se, nos capítulos que se seguem, a apresentação, discussão e análise dos dados da pesquisa realizada.

⁶⁴ Resolução do Conselho de Ministros, de 19 de Novembro de 1998.

CAPÍTULO 3 - OS CLIENTES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Tendo por base a primeira questão que orientou a observação da interação enfermeiro/cliente: “porque recorrem os clientes aos cuidados de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários?”, verificou-se que o fazem, fundamentalmente, por serem portadores de hipertensão (25,8%), hiperglicémia (13,3%) e por dores músculo-esqueléticas no tronco e nos joelhos (6,3%), sendo a frequência destas situações superior nas mulheres de todos os grupos etários, como se pode constatar através da análise da Tabela 3. Estes dados parecem estar em consonância com os obtidos no Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, tanto a nível do continente como das Regiões Autónomas (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). Em termos prospectivos, estas situações são altamente responsáveis por induzirem a condição de dependência por acidente vascular cerebral, cataratas, artroses, entre outras, em grande parte possíveis de prevenção se se optar por estilos de vida saudáveis, ao longo da existência, conforme preconiza o Ministério da Saúde (2004).

Para além do exposto, constatou-se que todos os clientes recorreram aos cuidados de enfermagem, por terem tido perturbações de saúde. Será que não recorrem para a promoção da saúde, a nível da prevenção primária? Que percepção terão da sua saúde e da sua qualidade de vida? Que práticas utilizarão para as promover?

Tabela 3 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados, segundo o género e grupo etário dos clientes observados.

Grupo etário	50 - 64 anos		65 - 79 anos		80 e mais anos		Total	
	Feminino Nº %	Masculino Nº %	Feminino Nº %	Masculino Nº %	Feminino Nº %	Masculino Nº %	Nº %	
Diagnósticos enfermagem								
- Hipertensão actual	11 27,5	2 11,1	12 26,8	5 33,1	2 40,0	1 20,0	33 25,8	
- Hiperglicémia actual	4 10,0	2 11,1	6 13,4	3 20,0	2 40,0	-	17 13,3	
- Dor músculo-esquelética no tronco posterior e nas articulações dos joelhos	3 7,5	1 5,5	3 6,6	1 6,7	-	-	8 6,3	
- Úlcera actual na perna	3 7,5	-	4 8,9	-	-	1 20,0	8 6,3	
- Outros	1 2,5	3 16,6	2 4,4	1 6,7	-	1 20,0	8 6,3	
- Ansiedade actual	1 2,5	3 16,6	2 4,4	-	-	-	6 4,7	
- Risco de obesidade	2 5,0	1 5,5	2 4,4	1 6,7	-	-	6 4,7	
- Risco de hipertensão	2 5,0	1 5,5	2 4,4	1 6,7	-	-	6 4,7	
- Risco de hiperglicémia	2 5,0	1 5,5	2 4,4	1 6,7	-	-	6 4,7	
- Risco do processo do sistema imunitário comprometido	2 5,0	1 5,5	2 4,4	1 6,7	-	-	6 4,7	
- Excesso de peso actual	3 7,5	1 5,5	1 2,3	-	-	-	5 3,9	
- Ferida traumática actual	1 2,5	2 11,1	1 2,3	-	1 20,0	-	5 3,9	
- Luto actual	-	-	3 6,6	1 6,7	-	1 20,0	5 3,9	
- Abuso conjugal iniciado	4 10,0	-	1 2,3	-	-	-	5 3,9	
- Solidão actual	1 2,5	-	2 4,4	-	-	1 20,0	4 3,1	
TOTAL	40 100,0	18 100,0	45 100,0	15 100,0	5 100,0	5 100,0	128 100,0	

No que se refere à segunda questão orientadora da observação: “Que cuidados são prestados aos clientes, que recorrem aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?”, constatou-se que os 2 *cuidados de enfermagem* prestados com maior frequência, como se verifica, pela análise da Tabela 4, direccionaram-se, para os clientes, com os 2 diagnósticos mais identificados, anteriormente, ou seja, foram *monitorizar pressão sanguínea* (17,0%) e *hiperglicémia* (8,8%). Em terceiro lugar, os enfermeiros complementaram as intervenções, anteriormente, referidas, incentivando a adesão *ao regime dietético* (8,2%), em ex aequo, com a *escuta de sentimentos*, princípio básico da relação terapêutica (Hesbeen, 2001).

Tabela 4 - Distribuição dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Nº	%
- Monitorizar pressão sanguínea	33	17,0
- Outras	33	17,0
- Monitorizar hiperglicémia capilar	17	8,8
- Incentivar adesão ao regime dietético	16	8,2
- Escutar sentimentos	16	8,2
- Executar penso de ferida	13	6,7
- Incentivar adesão e validar regime medicamentoso	13	6,7
- Verificar, preparar e administrar vacina	11	5,7
- Orientar e providenciar consulta médica	11	5,7
- Conversar com o cliente	10	5,2
- Preparar e administrar medicação	10	5,2
- Rastrear pressão sanguínea, peso/altura e hiperglicémia capilar	10	5,2

Os Cuidados de Saúde Primários estão vocacionados para o desenvolvimento de actividades de promoção e protecção da saúde⁶⁵. No entanto, parece que os enfermeiros direccionaram os seus cuidados, fundamentalmente, para a vigilância de perturbações diagnosticadas, pelo médico. Será que o tratamento é a área privilegiada do objectivo dos centros de saúde? Estes dados parecem confirmar a opinião de Squire (2002), ao considerar que os profissionais de saúde optam, frequentemente, por uma abordagem reducionista, direccionada, maioritariamente, para a gestão das doenças. Mas será que esta população não necessita de outros cuidados, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade? Será que estes cuidados são prestados na comunidade, ou seja, fora da Unidade de Saúde, como preconiza o referido Decreto Regulamentar Regional? Que factores condicionarão esta situação? E que estratégias se poderão usar, para a promoção do envelhecimento saudável e do aumento da longevidade dos Açorianos? Posto isto, considerou-se pertinente clarificar estas situações, através da realização de 2 estudos, seguindo-se a apresentação, discussão e análise dos dados relativos ao estudo com os clientes.

⁶⁵ Decreto Regulamentar Regional n.º 3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

CAPÍTULO 4 - PERCEPÇÃO E PRÁTICAS DOS CLIENTES PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE

Neste capítulo, pretende-se: “Identificar a percepção que os clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano, têm da sua saúde e qualidade de vida”, “Identificar as práticas que os clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano, têm para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade” e “Analisar estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, tendo por base as políticas de saúde internacionais, nacionais e regionais”.

4.1 – A PERCEPÇÃO DE SAÚDE E DE QUALIDADE DE VIDA E AS PRÁTICAS PARA AS PROMOVER

O envelhecimento, frequentemente, está associado à ideia de diminuição da qualidade de vida e da saúde (Schutz, 2008). Através do Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006 (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009) verificou-se que a proporção de população em geral que considerou a sua *qualidade de vida muito boa* ou *boa* foi mais elevada nos Açores, do que no Continente. Será que tal também se verifica, relativamente, aos Açorianos com 50 e mais anos?

Pela análise da Tabela 5, verifica-se que, quase metade dos clientes (47,5%), considerou ser *razoável* a sua qualidade de vida, tendo a maior parte dos restantes (32,1%), percepção positiva da sua vida⁶⁶, o que vem ao encontro dos dados obtidos por Schutz (2008).

⁶⁶ Quando se utilizar a expressão “*percepção positiva* de vida” esta refere-se ao somatório dos clientes cuja percepção da qualidade da sua vida é “*boa e muito boa*” e “*percepção negativa* de vida”, à associação dos que a percebem como “*má e muito má*”.

A percepção da qualidade de vida é condicionada por múltiplos factores (Fernández -Ballesteros, 2002), relacionando-a com o género, verifica-se através da Tabela 5 que foram, essencialmente, as mulheres que possuíam *percepção mais negativa da vida* (14,2%), não existindo, no entanto, evidência estatística, para considerar estas variáveis correlacionadas (0,285), pelo teste de qui-quadrado. O mesmo se passou relativamente à idade (0,780), situação, também, confirmada pelo teste ANOVA (0,845). De facto, percentualmente os clientes que tinham percepção positiva da sua qualidade de vida, com idade compreendida entre 50 e 64 anos (30,6%) e com 65 ou mais anos (33,8%) eram muito próximas (cf anexo I – tabela 9). Deste modo, parece poder concluir-se, tal como Ramos (2001), que o avançar, na trajectória vital, não condiciona, significativamente, a percepção da qualidade de vida.

Houve grande coincidência da opinião dos clientes, confirmada pela existência de correlação, altamente significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre a *percepção da qualidade de vida*, com as seguintes variáveis: *satisfação com a vida* (0,000) (cf anexo XIV - gráfico 1); percepção do *preenchimento da vida* (0,007) (a maioria que considerou que a sua *vida era vazia*, tinha percepção negativa da sua *qualidade de vida* e vice-versa) e com a *percepção de se sentirem felizes, a maior parte do tempo* (0,000) (a maioria dos que referiram que a sua qualidade de vida era *boa ou muito boa*, também, se considerou *feliz a maior parte do tempo* e vice-versa) (cf anexo XIV – gráfico 2).

Tabela 5 - Percepção da qualidade de vida, segundo o género.

			qualidade de vida					Total
			muito má	má	razoável	boa	muito boa	
género	feminino	Nº	9	14	41	25	5	94
		%	5,6%	8,6%	25,3%	15,4%	3,1%	58,0%
	masculino	Nº	1	9	36	18	4	68
		%	,6%	5,6%	22,2%	11,1%	2,5%	42,0%
Total		Nº	10	23	77	43	9	162
		%	6,2%	14,2%	47,5%	26,5%	5,6%	100,0%

Relativamente à interferência da profissão, na percepção da qualidade de vida, verifica-se que existe, pelo teste de qui-quadrado, correlação significativa (0,023) entre estas variáveis, em que os *trabalhadores não qualificados* (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 1994), nomeadamente, as domésticas, possuíam percepção mais negativa (59,0%)⁶⁷. Será que tal se deve ao facto de terem trabalhado toda a vida, sem auferirem vencimento e, por conseguinte, dependerem, economicamente, de outros, nomeadamente, dos maridos?

No que se refere à *percepção da qualidade de vida*, segundo a *situação dos clientes face ao trabalho*, apesar de não existir relação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre estas variáveis (0,530), constata-se que foram os *reformados* os que possuíam percepção mais positiva da vida (37,1%) (cf anexo I – tabela 10). Será que tal se deve a terem encontrado actividades alternativas à sua profissão, como preconiza a Comissão das Comunidades Europeias (1999), o Ministério da Saúde (2004) e The European Older People`s Plataform (2007)? No entanto, verifica-se que possuíam *percepção negativa da sua qualidade de vida* 32,3% dos clientes, que, apesar de estarem *reformados*, continuavam a desenvolver uma *actividade* laboral. Esta situação vem, de algum modo, contrariar o, actualmente, preconizado acerca do envelhecimento activo (OMS, 2002). Mas será que tal situação está relacionada com a necessidade de continuarem a trabalhar devido à precariedade da pensão que recebem? Pela análise da Tabela 6 parece que a percepção da *qualidade de vida* é, directamente proporcional, à capacidade económica, ou seja, a maioria dos clientes (40) que tinha *rendimento mensal igual ou inferior a 399 euros*, considerou a sua qualidade de vida *má* ou *muito má* e a maioria (20) dos que auferiam mais de 600 euros considerou que era *boa* ou *muito boa*. Aliás, existe relação altamente significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre estas variáveis (0,004), como já havia concluído Cabral (1992) e Malcate (2003).

⁶⁷ Integrou-se as mulheres que trabalhavam no seu domicílio (domésticas), na rubrica - *Trabalhadores não qualificados* – por uma questão de sistematização, apesar da Classificação Nacional de Profissões se referir apenas a profissões.

Tabela 6 - Percepção da qualidade de vida, segundo o rendimento mensal.

			Qualidade de vida			Total
			Má e muito má	Razoável	Boa e muito boa	
Rendimento	menos de 200 euros	Nº	9	4	0	13
		%	69,2%	30,8%	,0%	100,0%
	de 200 a 399 euros	Nº	31	22	12	65
		%	47,7%	33,8%	18,5%	100,0%
	de 400 a 599 euros	Nº	10	14	7	31
		%	32,3%	45,2%	22,6%	100,0%
	de 600 a 799 euros	Nº	3	7	9	19
		%	15,8%	36,8%	47,4%	100,0%
	mais de 800 euros	Nº	5	10	11	26
		%	19,2%	38,5%	42,3%	100,0%
Total		Nº	58	57	39	154
		%	37,7%	37,0%	25,3%	100,0%

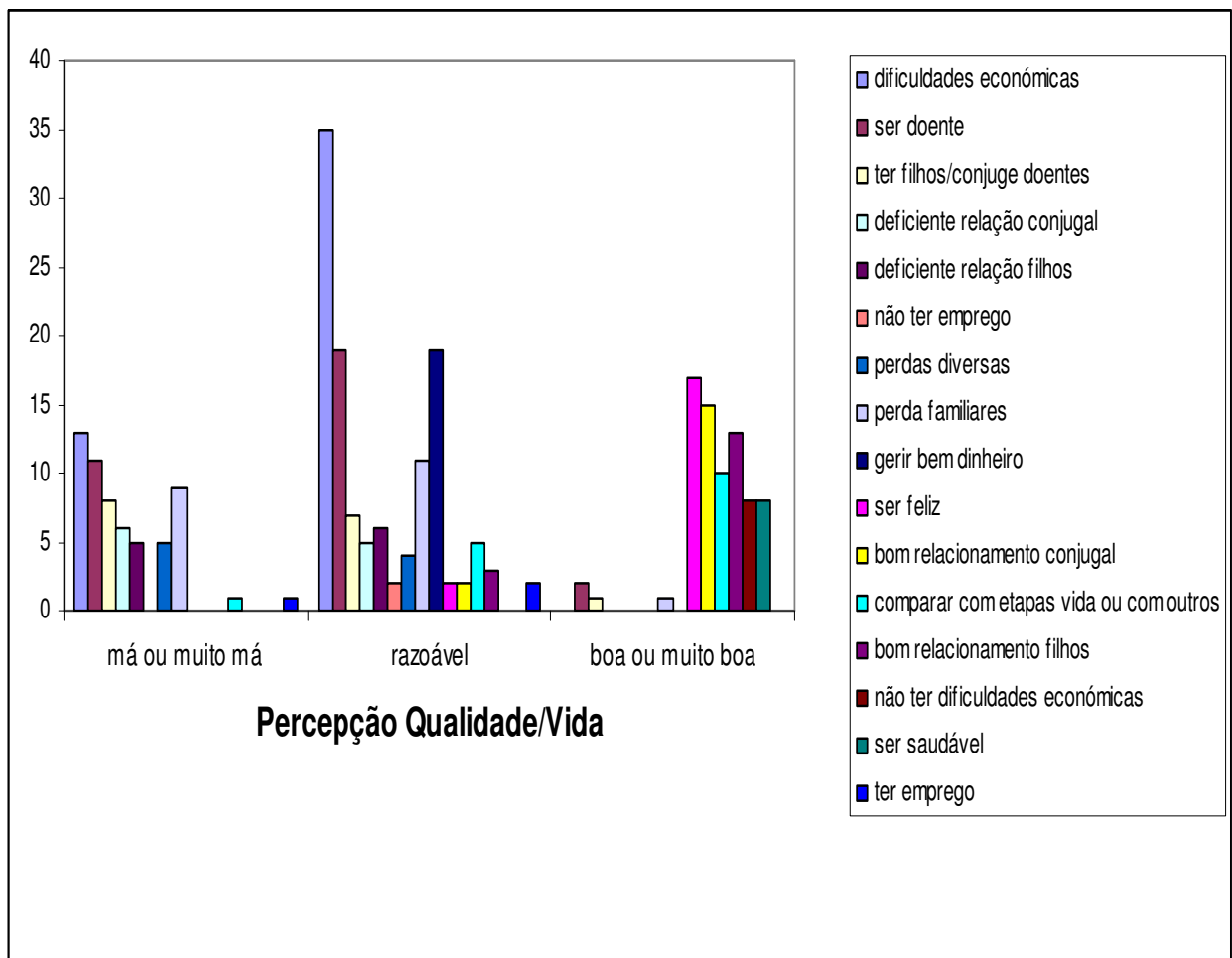
Pela análise do Gráfico 1 verifica-se que as *dificuldades económicas* foram, efectivamente, as mais referidas, para justificarem a *percepção negativa e razoável* da qualidade de vida (27%) (cf anexo I - tabela 11). Deste modo, parece que a melhoria das condições de vida para protecção da velhice, preconizada na Constituição da Republica Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993), não estão a ser exequíveis. *Considerarem-se doentes* foi outra das razões mais referidas e terem tido *perdas diversas*, nomeadamente, *do cônjuge, de filhos ou de netos*. Quando a vida nos confronta, com perdas importantes, qualquer que seja o domínio (familiar, financeiro ou outro), a qualidade de vida ressent-se e perde-se, por vezes, o gosto de viver e o sentido da existência (Couvreur, 2001).

Os argumentos mais utilizados para justificarem a percepção positiva da vida foram: *serem felizes* e o *bom relacionamento familiar*, nomeadamente, *com o cônjuge e filhos*. De facto, a qualidade do relacionamento familiar é um factor determinante da qualidade de vida, reflectindo-se no envelhecimento bem sucedido (Kuhlen, in Barreto, 2000; Iwarsson, 2004).

Hierarquizando, por ordem decrescente, as razões atribuídas pelos clientes, para justificarem a percepção que tinham da sua qualidade de vida, constata-se que as determinantes de maior peso foram a capacidade económica (42,2%), o estado de saúde (31,5%) e a relação familiar

(31%) (cf anexo XIV – gráfico 3), o que vem ao encontro da opinião de Magalhães (2001), Paúl e Fonseca (2005), Butler e Jasmin (1999), entre outros.

Gráfico 1 - Razões atribuídas à percepção da qualidade de vida.



No que se refere às *práticas* que utilizavam para a *promoção da qualidade de vida*, pela análise da Tabela 7, verifica-se que a mais referida foi *gerir bem o dinheiro* (41,4%), nomeadamente, pelos clientes com 50 a 79 anos e do sexo masculino (55,2%) (cf anexo I – tabela 12).

A *promoção da saúde (do próprio e do cônjuge)* surge novamente, em segundo lugar (29,6%). De facto, esta é uma responsabilidade individual, preconizada desde Alma Ata (OMS, 1978), até à actualidade, pelo Ministério da Saúde (2004).

Discrepâncias, em termos percentuais, registaram-se nos seguintes aspectos, enquanto as *mulheres* para promover a qualidade de vida se dedicavam à *promoção da harmonia familiar* (70,0%), os *homens* preocupavam-se em *trabalhar* (70,8%) (cf anexo I – tabela 12). Será que tal se deve ao facto de, às mulheres, ser atribuído o papel de cuidadora da família e, aos homens, o de angariador de dinheiro para a subsistência da mesma?

É de salientar que *Não tinham cuidados especiais para a promoção da sua qualidade de vida*, 16,0% dos clientes. Verificou-se que este grupo era constituído: pela maioria dos que possuíam 80 e mais anos (46,7%), essencialmente, por mulheres (76,9%), que consideraram a sua *vida vazia* (53,8%) e *não se sentiam felizes, a maior parte do tempo* (69,2%) (cf anexo I – tabela 12, 13 e 14). Será que, por tudo isso, estão num estado de apatia e desinteresse e, por isso, não se preocupam em cuidar da sua qualidade de vida? Será que pelo facto da maioria das mulheres ser doméstica, com objectivos de vida circunscritos, essencialmente, à família, esquecem-se de si, como pessoas e, por isso, não têm objectivo/projecto de vida próprio? Silva e Alves (2003), consideram que os papéis e estatutos tradicionais das mulheres, menos valorizados, socialmente, são responsáveis, pela insatisfação, a nível da realização pessoal, o que pode induzir a pior saúde e a percepção de mal-estar.

Tabela 7 - Cuidados utilizados para a promoção da qualidade de vida, segundo a idade.

	classes de idade							
	50-64		65-79		> 80		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
-gerir bem o dinheiro	37	43,5%	28	45,2%	2	13,3%	67	41,4%
-promover saúde do próprio e cônjuge	24	28,2%	21	33,9%	3	20,0%	48	29,6%
-promover harmonia familiar	19	22,4%	10	16,1%	1	6,7%	30	18,5%
-não tem cuidados especiais	10	11,8%	9	14,5%	7	46,7%	26	16,0%
-trabalhar	14	16,5%	8	12,9%	2	13,3%	24	14,8%

Tal como concluiu o Instituto Nacional de Estatística e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009), pela análise da Tabela 8, verifica-se, também, existir grande coincidência da opinião dos clientes, relativamente à *percepção da qualidade de vida e da saúde*, situação confirmada pela existência de correlação, altamente significativa, entre estas variáveis (0,000), pelo teste de qui-quadrado. Dos 44 clientes que tiveram percepção positiva da sua saúde, 29, também, tiveram percepção positiva da sua qualidade de vida e dos 33, que tiveram percepção negativa da sua qualidade de vida, 22, também, consideraram a sua saúde *má* ou *muito má*. Aliás, Ribeiro (1994) considerou a saúde o indicador que apresenta maior correlação com o resultado total da qualidade de vida. Pelo exposto, parece poder concluir-se, que a *percepção da qualidade de vida* é, altamente condicionada, pela percepção que a pessoa tem da sua *saúde* (cf anexo XIV - gráfico 4), como defende a OMS (1986).

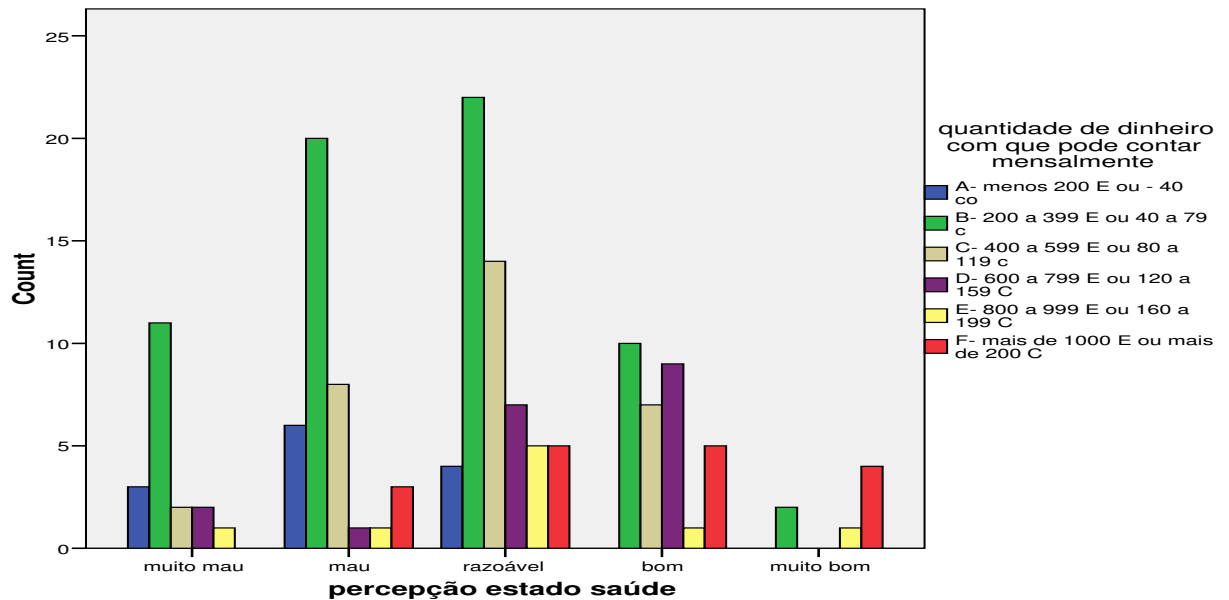
Verifica-se, ainda, pela análise da Tabela 8, que a maioria dos clientes considerou a sua *saúde razoável* (35,2%) e a maioria dos restantes *má* ou *muito má* (37,7%). Estes resultados vêm ao encontro dos obtidos com a população Portuguesa e, mais especificamente, com a Açoriana de mais idade, que ao contrário da mais jovem percebe o seu estado de saúde de *bom ou muito bom* (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). Será que tal situação vem confirmar que, com o avançar da vida, há deterioração da saúde? A concepção que cada pessoa tem acerca da sua saúde é condicionada, por vários factores, nomeadamente, pessoais, dos quais se destaca o género e idade, valores e crenças, económicos, educacionais, culturais, experiência de vida, relação interpessoal e do ambiente onde vive (OMS, 1986; Lancaster e Stanhope, 1999; Honoré, 1996; Basto, 2000; Squire, 2002). Portugal é dos países da UE (15) onde a avaliação subjectiva da saúde é mais negativa, considerando que é *má* ou *muito má* 57% dos Portugueses com 65 e mais anos e apenas 23% dos Europeus (Fernandes, 2007).

Tabela 8 - Percepção de saúde, segundo a percepção da qualidade de vida.

			percepcao estado saúde					Total
			muito mau	mau	razoá- vel	bom	muito bom	
percepcao qualidade de vida	muito má	N	5	3	2	0	0	10
		%qualidade vida	50,0%	30,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
		%estado saúde	23,8%	7,5%	3,5%	,0%	,0%	6,2%
	má	N	4	10	5	4	0	23
		%qualidade vida	17,4%	43,5%	21,7%	17,4%	,0%	100,0%
		%estado saúde	19,0%	25,0%	8,8%	10,8%	,0%	14,2%
	razoável	N	11	22	33	10	1	77
		%qualidade vida	14,3%	28,6%	42,9%	13,0%	1,3%	100,0%
		%estado saúde	52,4%	55,0%	57,9%	27,0%	14,3%	47,5%
	boa	N	1	5	16	17	4	43
		%qualidade vida	2,3%	11,6%	37,2%	39,5%	9,3%	100,0%
		%estado saúde	4,8%	12,5%	28,1%	45,9%	57,1%	26,5%
	muito boa	N	0	0	1	6	2	9
		%qualidade vida	,0%	,0%	11,1%	66,7%	22,2%	100,0%
		%estado saúde	,0%	,0%	1,8%	16,2%	28,6%	5,6%
Total	N	21	40	57	37	7	162	
	%qualidade vida	13,0%	24,7%	35,2%	22,8%	4,3%	100,0%	
	%estado saúde	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%	

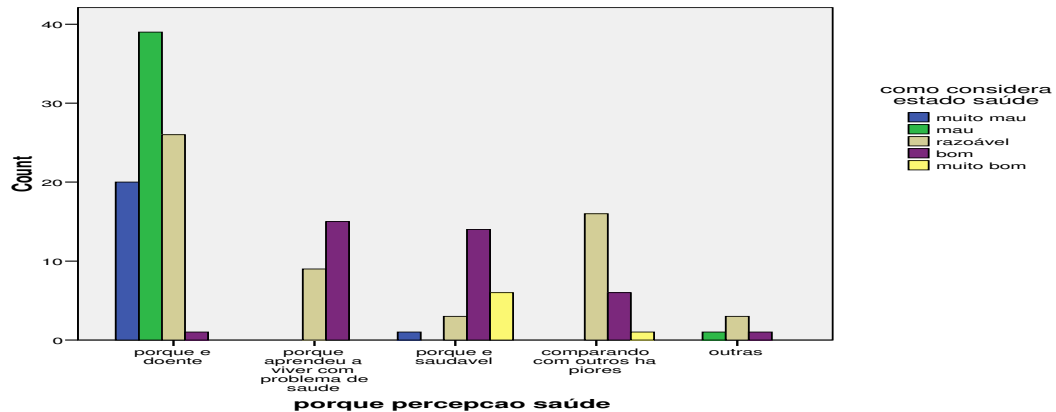
Segundo House e outros, a partir da meia idade, espera-se, nos indivíduos com estatuto sócio-económico mais baixo, declínios significativos, na saúde, ao passo que, nos que possuem estatuto sócio-económico elevado, tenderem a ter níveis mais elevados de saúde, até faixas etárias mais tardias (in Rodrigues, 2002). Desigualdades sócio-económicas estão em paralelo com desigualdades nos estilos de vida e nos recursos disponíveis (capital social, cultural, escolar e económico) que se traduzem em diferentes formas de gerir a saúde e a doença ao longo da vida (Fernandes, 2007). De facto, pela análise do Gráfico 2, verifica-se que os clientes que, mensalmente, auferiam 600 ou mais euros, posicionaram-se, tendencialmente, no lado direito do gráfico, o que denota possuírem percepção positiva da sua saúde. Já os que auferiam menos de 399 euros, posicionaram-se, predominantemente, na metade esquerda do gráfico. Aliás, existe relação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre o *poder económico e a percepção de saúde* (0,002).

Gráfico 2 - Percepção de saúde, segundo a percepção da capacidade económica.



No que se refere à justificação atribuída à percepção de saúde, como se pode verificar, através da análise do Gráfico 3, a maioria, que a classificou de *má*, *muito má* e *razoável*, fê-lo por se considerar *doente*. A maioria, que a considerou *boa* e *muito boa*, fê-lo porque, apesar de ter *problemas de saúde*, *aprendeu a viver com os mesmos* e por se considerar *saudável*. Será que este não devia ser um aspecto a ser desenvolvido pelos enfermeiros, ajudando as pessoas a melhorarem a percepção da sua saúde e, consequentemente, de qualidade da sua vida? A pessoa pode sentir-se saudável, quando transforma e integra os seus problemas físicos e as suas limitações, na nova percepção de si própria, modifica o seu estilo de vida, adaptando-o à sua nova situação, conservando uma atitude positiva (Ordem dos Enfermeiros, 2002; Ramos, 2001; Bernard, 2001; Berger, 1995, Ribeiro, 1994). Daí que a saúde não é a mera ausência de doença, mas sim a oportunidade de criar bem-estar e realizar o potencial humano (Nath & O'Neill, 1988, in Roper, Logan, Tierney, 1995).

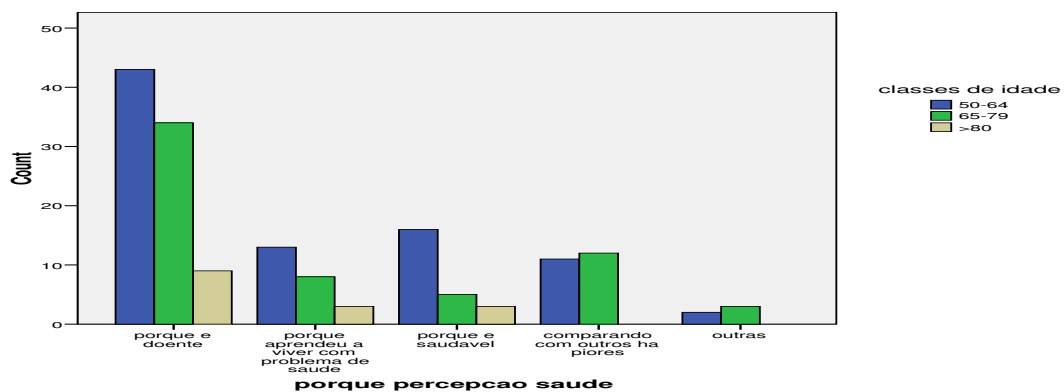
Gráfico 3 - Justificação da percepção de saúde.



Pela análise do Gráfico 4, constata-se que a maioria dos 3 grupos etários considerou-se *doente* e a maioria dos que se considerou *saudável* integra o grupo dos 50 aos 64 anos. Será que esta situação tem a ver com a crença que «quanto mais jovem, mais saudável se é»?

Foram, maioritariamente, as mulheres que se consideraram *doentes* (66,3 %) (cf anexo I - tabela 15 e anexo XIV - Gráfico 5). Será que tal se deve ao facto de existir maior vulnerabilidade de saúde, nas mulheres, como defendeu Silva e Alves (2003)?

Gráfico 4 - Justificação da percepção de saúde, segundo a idade.



A análise da Tabela 9, evidencia que, dos 156 clientes, que referiram *ter problemas de saúde*, 104 tinham *hipertensão*, sendo 65 mulheres. Estes dados vem ao encontro dos resultados obtidos no Inquérito Nacional da Saúde – 2005/2006, se bem que nesse inquérito se tenha evidenciado a proporção de hipertensos menor na população Açoriana, relativamente, à do Continente (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). As doenças mais referidas pelos clientes, nomeadamente, a hipertensão e a diabetes, quando não são mortais, podem ter sequelas graves e bastante incapacitantes, com perda de autonomia e um grau de dependência elevado.

Para contrariar as previsões de Robine (2000/1), acerca do aumento das situações de dependência, torna-se urgente, como preconiza o Ministério da Saúde (2003 e 2004), incidir na prevenção das patologias mais frequentes, nesta etapa de vida e, quando ocorrerem, na reabilitação (muitas pessoas vivem acamadas ou em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomas, se tivesse havido reabilitação adequada), fazer rastreios aos factores de fragilidade, sensibilizar para a importância de exames periódicos de saúde, da nutrição equilibrada e da prática de actividade física. Deste modo, é evidente o vasto campo, onde a acção dos enfermeiros, nomeadamente, através da educação, pode contribuir para a prevenção de muitas doenças, para a promoção da qualidade de vida, na velhice e para ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2004; Squire, 2002). Para além disso, parece que esta intervenção tem de ser mais abrangente, educando os clientes para recorrerem aos serviços de saúde não só quando estão doentes, pois dos 162 clientes do estudo, apenas 6 referiram *não ter problemas de saúde*, terem recorrido à Unidade de Saúde, para vigilância de saúde.

Tabela 9 - Problemas de saúde percebidos pelos clientes, segundo o género.

Problemas de saúde percebidos pelos clientes	Género					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	65	62,5	39	37,5	104	100,0
Diabetes	40	61,5	25	38,5	65	100,0
Problemas coração	29	60,4	19	39,6	48	100,0
Artroses	27	81,8	6	18,2	33	100,0
Colesterol elevado	25	75,8	8	24,2	33	100,0
Dores músculo-esqueléticas	15	60,0	10	40,0	25	100,0
Problemas de coluna	14	63,6	8	36,4	22	100,0
Nervosismo, ansiedade	17	85,0	3	15,0	20	100,0
Bronquite	11	68,8	5	31,3	16	100,0
Osteoporose	13	86,7	2	13,3	15	100,0
Dificuldade em urinar	2	15,4	11	84,6	13	100,0
Perda de urina	10	83,3	2	16,7	12	100,0
Problemas da próstata	0	,0	10	100,0	10	100,0
Obstipação	5	50,0	5	50,0	10	100,0
Perturbações do estômago	6	66,7	3	33,3	9	100,0
Colite	3	37,5	5	62,5	8	100,0
Problemas da circulação	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Reumatismo	5	62,5	3	37,5	8	100,0
Úlceras membros inferiores	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Tumores (pele, garganta, útero)	3	50,0	3	50,0	6	100,0
Trombose	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Outras	21	75,0	10	25,0	31	100,0
Não tem problemas de saúde	2	33,3	4	66,7	6	100,0

A saúde mental, na idade adulta avançada, tem por base o percurso feito pelo indivíduo, ao longo da vida, como foi experimentando emoções e afectos, como foi resolvendo conflitos e se foi adaptando às situações oferecidas pela vida (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005). Salienta ainda Silva que o envelhecimento implica adaptação a alterações da vida, às perdas de rotinas com que sempre se viveu, à morte de entes queridos, à reforma, com abandono do mercado de trabalho, por vezes, sem planeamento de actividades alternativas, induzindo ao isolamento físico e psicológico e à perda de relações sociais, altamente responsáveis pela depressão. Os distúrbios depressivos integram o grupo das 7 patologias mais incapacitantes, da Europa (OMS, 2005).

Utilizando a escala geriátrica da depressão (Dohner, 1997), através da Tabela 10, verifica-se que, apenas 22,8% dos clientes não possuíam sinais de depressão. Um estudo realizado na Comunidade Europeia, permitiu estimar que, aproximadamente, oito milhões de cidadãos adultos, com idade avançada, sofrem de depressões potencialmente tratáveis (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005). Apesar da heterogeneidade existente, entre eles, enquanto grupo, considera que possuem energias que podem ser, com o devido apoio, orientadas para prover à sua própria saúde mental. Do exposto, depreende-se a importância dos enfermeiros estimularem os clientes para a adopção de comportamentos promotores de saúde mental e utilizar escalas de avaliação de depressão, para o despiste e encaminhamento, para o tratamento e prevenção das perturbações, daí decorrentes, o mais precoce possível, como preconizado na Declaração de Jakarta (OMS, 1997). Apesar de não existir relação significativa, entre possuir sintomas de depressão e o género, pelo teste de qui-quadrado (0,486), verifica-se, através da Tabela 10, que dos 125 clientes que possuíam sinais de depressão, 75 eram mulheres, possuindo, 28,7%, 3 sinais de depressão. Aliás no Inquérito Nacional da Saúde – 2005/2006 as Açorianas apresentavam provável sofrimento psicológico mais elevado do que os homens, se bem que inferior às do Continente (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009).

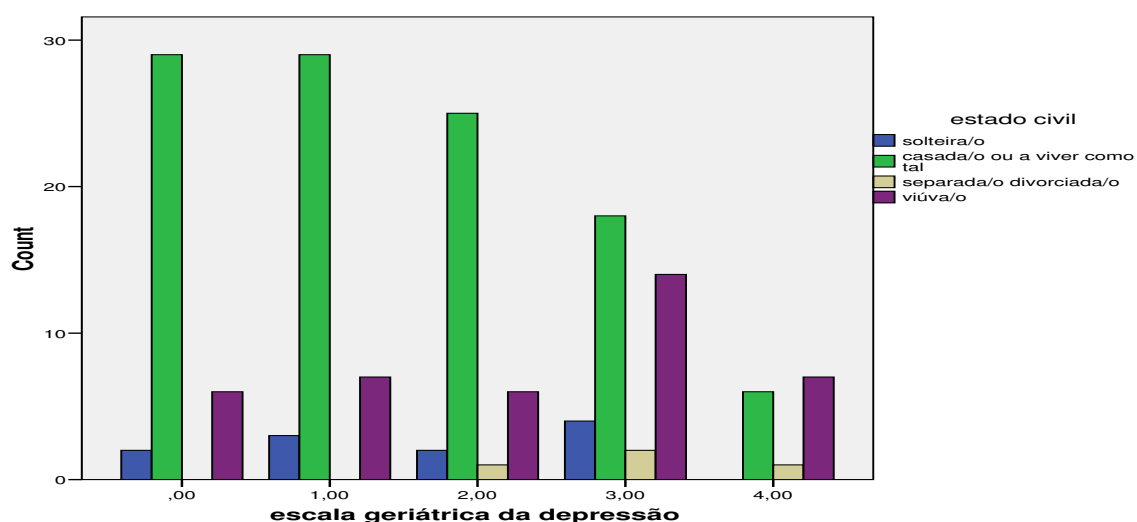
Apesar de parecer que a ocorrência do número de sintomas de depressão é, directamente proporcional, com o avançar da idade (a maioria dos clientes com 50 a 64 anos - 25,9%, tinha 1 sintoma de depressão; com 65 a 79 anos - 22,6%, possuía 2 sintomas e com 80 e mais anos - 33,3%, tinha 3 sintomas de depressão - cf anexo I – tabela 16), não existe relação significativa, entre a idade e a depressão (0,407), pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 10 - Escala geriátrica da depressão, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
escala geriátrica de depressão	,00	N	19	18	37
		%escala geriátrica	51,4%	48,6%	100,0%
		% género	20,2%	26,5%	22,8%
	1,00	N	21	18	39
		%escala geriátrica	53,8%	46,2%	100,0%
		% género	22,3%	26,5%	24,1%
	2,00	N	15	19	34
		%escala geriátrica	44,1%	55,9%	100,0%
		% género	16,0%	27,9%	21,0%
	3,00	N	27	11	38
		%escala geriátrica	71,1%	28,9%	100,0%
		% género	28,7%	16,2%	23,5%
	4,00	N	12	2	14
		%escala geriátrica	85,7%	14,3%	100,0%
		% género	12,8%	2,9%	8,6%
	Total	N	94	68	162
		%escala geriátrica	58,0%	42,0%	100,0%
		% género	100,0%	100,0%	100,0%

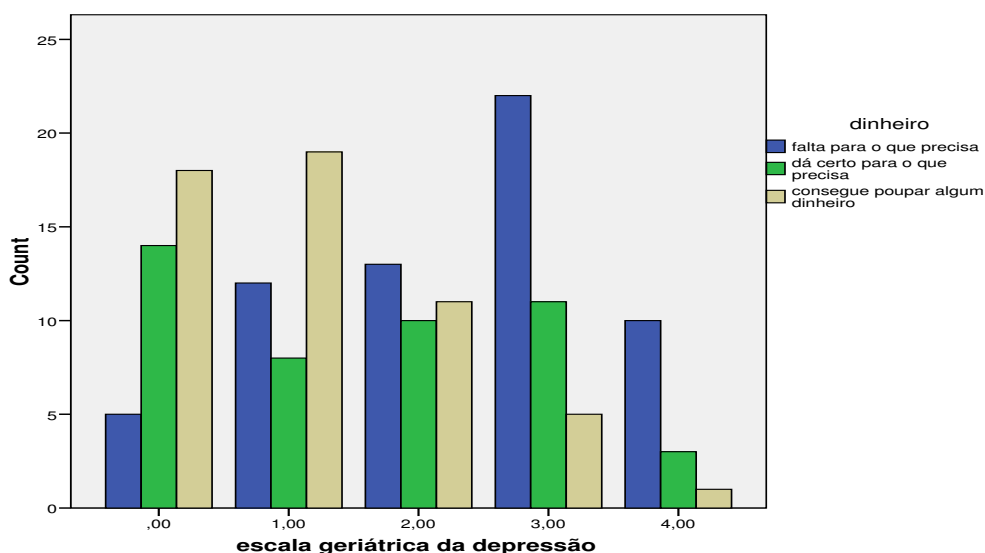
Bassols e outros (2001) concluíram que os clientes que possuíam um companheiro/a tinham menores níveis de depressão. O mesmo parece passar-se, relativamente, a este estudo, como se verifica através do Gráfico 5: a maioria dos clientes *casados ou a viver como tal*, ou não referiu sinais de depressão, ou tinha apenas 1. Para além disso, verifica-se que o número destes clientes vai reduzindo, à medida que vão aumentando os níveis de depressão e existir relação significativa, entre a depressão e o estado civil (0,080), pelo teste de qui-quadrado. Deste modo, parece poder afirmar-se que, não ter companheiro/a, é factor predisponente para a depressão.

Gráfico 5 - Escala geriátrica da depressão, segundo estado civil.



Os clientes que *conseguiram poupar algum dinheiro*, maioritariamente, não possuíam sinais de depressão, ou possuíam apenas 1, como se pode constatar através do Gráfico 6. Quase a totalidade dos que consideraram que o seu *dinheiro faltava, sempre, para o que precisavam*, possuíam sinais de depressão, nomeadamente, 3 sinais. Deste modo, parece que o facto dos adultos e idosos se debaterem, com falta de recursos económicos, incapacitando-os de se sustentarem, de terem a assistência de saúde que necessitam e o acesso ao conforto mínimo, gera ansiedade e induz a sintomatologia depressiva (Goldenberg, 2001; Silva, in Paul e Fonseca, 2005). Esta constatação parece reforçada, ao serem variáveis dependentes, com relação altamente significativa, o poder económico e a existência de sinais de depressão, pelo teste de qui-quadrado (0,000).

Gráfico 6 - Escala geriátrica da depressão, segundo a percepção da capacidade económica.



A promoção da saúde é uma responsabilidade individual (OMS, 1986; OMS, 2000), cujos comportamentos são influenciados pelo ambiente, onde vive o sujeito, pelas suas crenças, valores e desejos (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Questionando os clientes, sobre os cuidados que utilizavam, para a promoção da sua saúde, como se constata, analisando a Tabela 11, os mais referidos, em ex aequo, por 32,7% dos clientes, foram, *ter boa alimentação* (cuidado mais referido pelos mais jovens, com 50 a 64 anos e pelos com 80 e mais anos) e *tomar os medicamentos*. Aliás, este último, também, foi o procedimento que mais se evidenciou no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). Referiram, que *não tinham cuidado algum para a promoção da sua saúde*, 21 clientes (13,0 %). Atendendo a que número considerável destes tem percepção negativa da sua qualidade de vida, assim como, da sua saúde e *não se sente feliz, a maior parte do tempo*, será que, por isso, não investem na

promoção da sua saúde, por desinteresse com a vida? Por 61,9% destes serem mulheres, será que se deve ao facto de, na nossa sociedade, estas terem muitas e simultâneas funções, a nível familiar, laboral, entre outras e, por conseguinte, negligenciarem a promoção da sua própria saúde?

Tabela 11 - Cuidados para a promoção da sua saúde, segundo a idade.

		classes de idade							
		50-64		65-79		>80		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuidados promoção da saúde	-Ter boa alimentação	31	36,5%	17	27,4%	5	33,3%	53	32,7%
	-Tomar medicamentos	27	31,8%	22	35,5%	4	26,7%	53	32,7%
	-Recorrer aos enfermeiros para avaliação da tensão arterial e glicémia capilar	12	14,1%	10	16,1%	2	13,3%	24	14,8%
	-Ir consultas médicas	12	14,1%	7	11,3%	3	20,0%	22	13,6%
	-Não tem cuidados	12	14,1%	6	9,7%	3	20,0%	21	13,0%
	-Não fumar	7	8,2%	2	3,2%	1	6,7%	10	6,2%
	-Não consumir bebidas alcoólicas	5	5,9%	3	4,8%	0	,0%	8	4,9%
	-Outras medidas de carácter preventivo (exercício físico, distrair-se e conversar com outros)	2	2,4%	6	9,7%	0	,0%	8	4,9%
	Total	85		62		15		162	

Conhecida a percepção que os clientes têm da sua saúde e qualidade de vida e as práticas que utilizam para as promover, no capítulo que se segue, apresentar-se-á de forma mais detalhada, a percepção e as práticas que têm para a concretização das diferentes actividades de vida, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade.

4.1.1 – Percepção e práticas para a concretização das actividades de vida

No que se refere à concretização das actividades de vida, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade, sistematizou-se a abordagem através das actividades de vida, preconizadas por Roper, Logan e Tierney.

Manter ambiente seguro

Uma das funções dos serviços de saúde pública é a de garantir a segurança dos seus utilizadores, através de cuidados que respondam à satisfação das necessidades identificadas, sentidas e expressas, pelas populações (Lancaster e Stanhop, 1999; OMS, 1985). Deste modo, solicitou-se aos clientes, que identificassem os cuidados de enfermagem recebidos, tendo-se evidenciado, como se verifica pela análise da Tabela 12, que os mais referidos foram a *monitorização da pressão sanguínea* (74,7%) e da *hiperglicémia capilar* (32,1%), o que vem ao encontro dos dados obtidos através da observação da interacção enfermeiro/cliente já descrita. De facto, garantir o acompanhamento periódico dos utentes que sofrem de doenças crónicas, tais como, de diabetes, doenças cardiovasculares e outras, é uma das atribuições dos Cuidados de Saúde Primários⁶⁸.

A promoção de estilos de vida saudáveis, através da educação, no contexto, não só da prevenção secundária, mas, fundamentalmente, da primária, desempenha, um papel importante, no bem-estar dos clientes e nos ganhos em saúde, como preconiza o Plano Nacional da Saúde 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2004). No entanto, os cuidados percebidos, pelos clientes, direccionados para a educação, foram consideravelmente, pouco referidos, dos quais se salienta: estimular adesão ao *regime dietético* (18,5%) e *medicamentoso* (6,2%) e ao *exercício físico* (2,5%). Será que referiram pouco a educação para a saúde, por valorizarem os cuidados que implicam técnica manual e relacionados com o tratamento, por estes darem respostas mais evidentes às perturbações que mais os preocupam?

⁶⁸ Decreto Regulamentar Regional nº 3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

Tabela 12 - Cuidados de enfermagem recebidos, segundo a percepção dos clientes.

		Nº	%
Percepção dos clientes dos cuidados de enfermagem recebidos	-monitorizar pressão sanguínea	121	74,7 %
	-monitorizar hiperglicémia capilar	52	32,1 %
	-estimular adesão ao regime dietético	30	18,5 %
	-executar penso da ferida	21	13,0 %
	-outras	12	7,4 %
	-administrar medicação	12	7,4 %
	-estimular adesão ao regime medicamentoso	10	6,2 %
	-orientar para consulta médica	7	4,3 %
	-administrar vacinas	7	4,3 %
	-monitorizar pressão sanguínea, peso/altura e hiperglicémia capilar	9	5,6 %
	-estimular adesão ao exercício físico	4	2,5 %
	-escutar	4	2,5 %

Apesar do exposto, ao questionar-se os clientes acerca de *outros cuidados de enfermagem, que desejassem*, para a promoção da saúde, como se pode verificar, através da Tabela 13, os mais referidos direccionaram-se para a *prevenção e controlo de doenças, através da educação sobre alimentação, sexualidade, sono, regime medicamentoso e prevenção de artroses* (32,5%). Deste modo, os enfermeiros têm dicas muito importantes para a promoção do envelhecimento saudável e que estão em perfeita sintonia com as prioridades do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, nomeadamente, no que se refere ao combate das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida (Ministério da Saúde, 2004).

É de salientar que 125 clientes (70 mulheres e 55 homens) referiram que *não desejavam outros cuidados*, que tinham recebido os cuidados que necessitavam. Será que tal se deve ao facto de terem recebido, efectivamente, os cuidados que desejavam? Ou será que tal postura se deve ao facto de não estarem habituados a opinar sobre os cuidados a que têm direito, apesar de tal situação estar legislada⁶⁹? Ou será que o facto da entrevista estar a decorrer, na própria Unidade de Saúde, não os intimidou? Será que o facto da investigadora se ter apresentado como professora de enfermagem, ou seja, como alguém, de algum modo, ligada

⁶⁹ Decreto-lei nº135/99, de 22 de Abril de 1999.

aos enfermeiros, também não condicionou os clientes? Será que, se esta questão fosse posta por uma pessoa não ligada à saúde e noutro contexto, não obteria outras respostas?

Parece que o poder económico facilitou os clientes a verbalizarem outros cuidados desejados, uma vez que 69% dos que o fizeram auferiam, mensalmente, 600 euros ou mais. Será que tal se deve ao facto de terem mais fácil acesso à informação e, por conseguinte, estarem mais conscientes dos cuidados promotores de envelhecimento saudável e dos seus direitos?

Tabela 13 - Cuidados de enfermagem desejados pelos clientes, segundo o género.

Cuidados de Enfermagem desejados	Género					
	Feminino		Masculino		Total	
- Que educassem para a prevenção e controlo das doenças, informando sobre: alimentação, sexualidade, sono, regime medicamentoso, e prevenção de artroses	7	17,5%	6	15,0%	13	32,5%
- Que fizessem, periodicamente, rastreios de saúde: oral, sexual, sono e de hiperglicémia e hipertensão	7	17,5%	5	12,5%	12	30,0%
- Que explicassem ao cliente a sua situação	5	12,5%	2	5,0%	7	17,5%
- Que conversassem e fossem mais simpáticos	5	12,5%	1	2,5%	6	15,0%
- Que orientassem para outros técnicos, quando necessário	1	2,5%	1	2,5%	2	5,0%
Total	25	62,5%	15	37,5%	40	100,0%

Solicitou-se também, que identificassem alterações que desejassem que acontecessem na Unidade de Saúde. Como se verifica, analisando a Tabela 14, a maioria (55,6%) expressou, novamente, estar satisfeito com a resposta dada o que levanta, novamente, as questões colocadas, anteriormente.

As alterações mais desejadas foram, por 16,7% dos clientes, ter acesso rápido às consultas médicas de clínica geral e em ex aequo, por 6,8% dos clientes, serem estudados, em profundidade, pelos médicos, como na privada e ser facilitado o acesso às consultas de especialidade (cirurgia, medicina dentária, oftalmologia e otorrinolaringologia). O Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, (in Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998), The World Health Organization (2000), entre outros,

consideram que a acessibilidade dos indivíduos, aos serviços, que responda, adequadamente, às suas necessidades e expectativas, contribui para a sua segurança e saúde e, consequentemente, para a sua qualidade de vida, ao terem acesso à informação, à educação e aos cuidados que necessitam. O Ministério da Saúde, em 2003 e 2004, expressou, formalmente, ter consciência da dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e a resposta insuficiente destes, pelo que o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 tem, como meta, que o sistema de saúde proporcione atendimento de qualidade e em tempo útil.

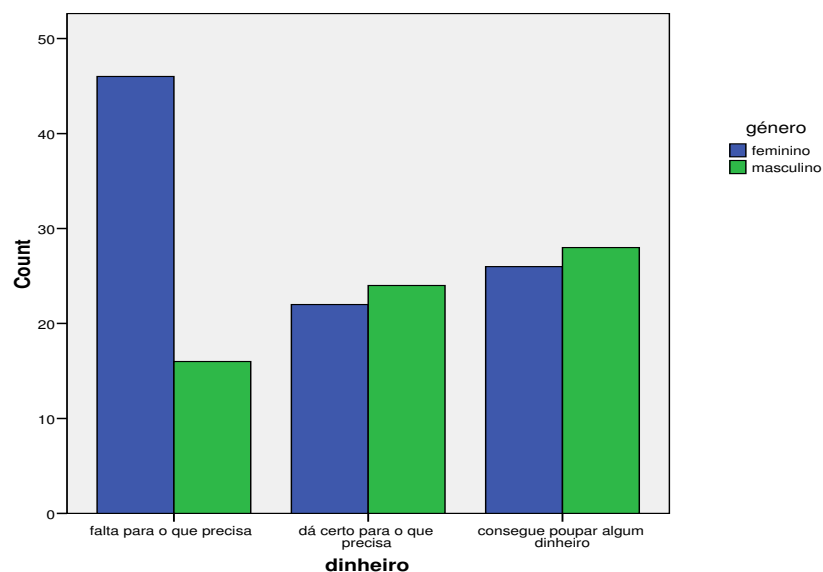
Tabela 14 - Mudanças desejadas nas Unidades de Saúde, pelos clientes, segundo o género.

		género					
		feminino		masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
mudanças	- não necessita de mais nada	51	54,3%	39	57,4%	90	55,6%
desejadas na	- ter acesso rápido, consultas	16	17,0%	11	16,2%	27	16,7%
Unidade de	médicas						
Saúde	- clientes serem estudados	8	8,5%	3	4,4%	11	6,8%
	em profundidade, como na						
	privada						
	- facilitar acesso consultas:	7	7,4%	4	5,9%	11	6,8%
	cirurgia, medicina dentária,						
	oftalmologia e						
	otorrinolaringologia						
	- melhorar estruturas físicas da	3	3,2%	8	11,8%	11	6,8%
	Unidade de Saúde						
	- facilitar acesso ao serviço	8	8,5%	2	2,9%	10	6,2%
	social						
	- promover relação eficaz	7	7,4%	1	1,5%	8	4,9%
	funcionário/cliente						
	- médicos serem pontuais	4	4,3%	2	2,9%	6	3,7%
	- ter acesso rápido exames	4	4,3%	2	2,9%	6	3,7%
	complementares diagnóstico						
	- apetrechar Unidade com	1	1,1%	5	7,3%	6	3,7%
	recursos materiais e						
	funcionarem ao fim de semana						
	Total	94	100,0%	68	100,0%	162	100,0%

As Nações Unidas (1990), preconizam, para o aumento da esperança de vida com saúde, a aquisição de saberes e o acesso aos recursos adequados, para um nível de vida aceitável. Deste modo, a segurança humana é, também, afectada, pela capacidade económica, por se

reflectir, nas múltiplas vertentes da vida, nomeadamente, na saúde, nutrição, habitação, vestuário, etc, aspectos fundamentais que, frequentemente, os portugueses de idade avançada, se vêem privados pela precaridade das suas pensões (Perista, 2001). Através do Gráfico 7, constata-se que a maioria dos clientes, nomeadamente, mulheres, considerou que o seu dinheiro *faltava sempre para o que precisava*. Destas, 5 salientaram que sobreviviam com o apoio dos filhos, porque “*nunca descontaram para a assistência*” e 2 que nunca manipulavam dinheiro, porque o gestor era o marido. Será que tal se deve ao facto da maioria das mulheres ser doméstica e, por conseguinte, não receber ordenado e as que são reformadas possuírem baixa pensão? De facto, a pobreza das mulheres portuguesas é uma realidade, no seio da União Europeia, induzindo-as à exclusão (Silva e Alves, 2003).

Gráfico 7 - Percepção dos clientes da sua capacidade económica, segundo o género.



Através da Tabela 15, verifica-se que a maioria dos clientes que considerou que o seu *dinheiro faltava sempre* (63,3%) auferia, mensalmente, entre 200 e 399 euros, situação que atinge, fundamentalmente, o grupo com 50 a 64 anos (cf anexo I - tabela 17). Apenas 16,9% dos clientes referiram que, todos os meses, podiam contar com 800 ou mais euros, tendo considerado 76,9% destes, nomeadamente, reformados, que *conseguiam poupar algum dinheiro* (1 cliente não quis responder a esta questão) (cf anexo XIV - gráfico 6).

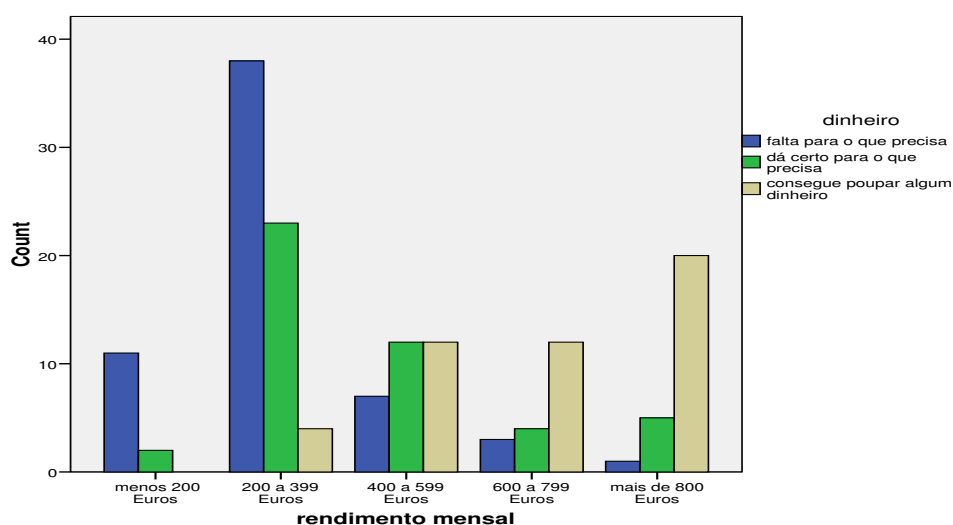
Tabela 15 - Percepção da capacidade económica, segundo o rendimento mensal.

			percepcao da capacidade economica			Total
			falta para o que precisa	dá certo para o que precisa	consegue poupar algum dinheiro	
rendimento mensal	- menos 200 Euros	N	11	2	0	13
		% rendimento	84,6%	15,4%	,0%	100,0%
		%percepcao capacidade economica	18,3%	4,3%	,0%	8,4%
	- 200 a 399 Euros	N	38	23	4	65
		% rendimento	58,5%	35,4%	6,2%	100,0%
		%percepcao capacidade economica	63,3%	50,0%	8,3%	42,2%
	- 400 a 599 Euros	N	7	12	12	31
		% rendimento	22,6%	38,7%	38,7%	100,0%
		%percepcao capacidade economica	11,7%	26,1%	25,0%	20,1%
	- 600 a 799 Euros	N	3	4	12	19
		% rendimento	15,8%	21,1%	63,2%	100,0%
		%percepcao capacidade economica	5,0%	8,7%	25,0%	12,3%
	- mais de 800 Euros	N	1	5	20	26
		% rendimento	3,8%	19,2%	76,9%	100,0%
		%percepcao capacidade economica	1,7%	10,9%	41,7%	16,9%
Total		N	60	46	48	154
		% rendimento	39,0%	29,9%	31,2%	100,0%
		%percepcao capacidade economica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

São, essencialmente, *reformados* ou *reformados, mas com actividade*, aqueles que auferem, mensalmente, menos de 399 euros (cf anexo XIV - gráfico 7). Deste modo, parece poder concluir-se que a passagem à situação de reformado e à dependência do sistema nacional de pensões é um factor de vulnerabilização e de precarização (Perista, 2001). No entanto, é de

salientar que esta situação não se limita aos *reformados*, abrange, também, a maioria dos indivíduos que se encontra em *actividade laboral* (cf anexo XIV - gráfico 7), nomeadamente, as domésticas. Do exposto, levanta-se a questão: como podem estes clientes ter uma alimentação equilibrada, adquirir a terapêutica prescrita e outros bens essenciais para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade? Apesar dos apoios recebidos⁷⁰ e das actualizações das pensões que têm ocorrido⁷¹, para que o artigo 72º da Constituição da Republica Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993) se concretize na prática, esta população necessita de apoios mais efectivos.

Gráfico 8 - Percepção da capacidade económica, segundo o rendimento mensal.



O direito fundamental da segurança consiste em tornar a vida segura, para as pessoas, não, apenas, para fazerem face a ameaças externas e de serem livres de danos evitáveis, mas, também, de serem livres do medo dos danos (Comissão Independente População e Qualidade

⁷⁰ Despacho ED/DRSS/97/4, de 28 de Setembro de 1997; decreto Legislativo Regional nº2/2000/A, de 12 de Janeiro de 2000; Despacho SSRA/14, de 27 de Julho de 1999, entre outros.

⁷¹ Decreto-lei nº26/08, de 22 de Fevereiro de 2008 e Portaria nº211/08, de 29 de Fevereiro de 2008.

de Vida, 1998). Ao se questionar sobre a existência de *medos apenas* 25,3% assumiram tê-los, sendo 70,3% destes, mulheres, apesar de não existir relação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre estas variáveis (0,486) e entre a variável idade e os medos (0,407). Será que o facto de poucos homens terem expressado ter medos, se deve ao factor cultural?

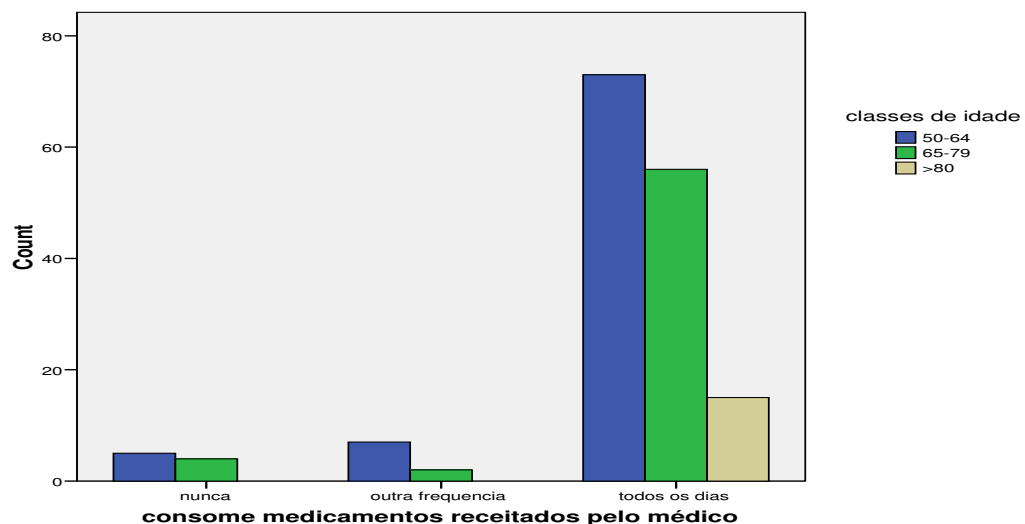
Como se pode verificar, através da análise da Tabela 16, o medo mais referido foi o de *morrer quando estiver sozinha(o)* (35,1 %). Considera Roper, Logan e Tierney (1996) que a maior parte das pessoas, mesmo aquelas com fé religiosa forte da vida após a morte, têm medo da morte e de morrer. Em segundo lugar, surge o medo de *adoecer e ficar incapacitado* (32,4%). O receio das pessoas, nomeadamente, idosas, de se tornarem “pesadas” é um dos medos mais frequentes, na sociedade actual, pela falta de disponibilidade familiar e pela insuficiente resposta dos serviços existentes (Ruipérez; Llorente, 1998; Berger, 1995; Frenandes, 2002). Será que, se a sociedade criasse recursos promotores de companhia e de apoio às pessoas, em situação de dependência, mais eficazes estes medos não seriam minimizados e a percepção da qualidade de vida não seria mais positiva? Estarão os enfermeiros a detectar estas situações e a fazer a ligação com os recursos da comunidade para ajudar a minimizar este mal-estar?

Tabela 16 - Medos referidos pelos clientes, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
medos	- de morrer sozinha/o	N	9	4	13
		% medos	69,2%	30,8%	100,0%
		% género	34,6%	36,4%	35,1%
	- de adoecer e ficar incapacitada/o	N	7	5	12
		% medos	58,3%	41,7%	100,0%
		% género	26,9%	45,5%	32,4%
	- de estar sozinha/o	N	4	0	4
		% medos	100,0%	,0%	100,0%
		% género	15,4%	,0%	10,8%
	- de ser assaltada/o	N	4	2	6
		% medos	66,7%	33,3%	100,0%
		% género	15,4%	18,2%	16,2%
	- de conflitos familiares	N	2	0	2
		% medos	100,0%	,0%	100,0%
		% género	7,7%	,0%	5,4%
Total	N	26	11	37	
	% medos	70,3%	29,7%	100,0%	
	% género	100,0%	100,0%	100,0%	

A segurança é, também, posta em causa, pela utilização inadequada de medicamentos, nomeadamente, pelas pessoas idosas (grupo etário que consome maior número e variedade de medicamentos) (Bolander, 1998). Deste modo, os enfermeiros deverão ter especial atenção a esta situação, atendendo a que a toma de *medicamentos, receitados pelo médico*, é uma estratégia utilizada, *todos os dias*, por 88,9% dos clientes, como se pode verificar, através do Gráfico 9 (cf anexo I – tabela 18). Apesar de parecer que é, directamente, proporcional a utilização de medicamentos com a idade, não existe relação significativa, sendo estas variáveis independentes, pelo teste de qui-quadrado (0,715) e pelo teste ANOVA (0,520). Os maiores consumidores de medicamentos, receitados pelo médico, são casados (65,3 %), mulheres (60,4 %) e possuem 50 a 64 anos (cf anexo I – tabela 19, 20 e 21). No entanto, pelo teste de qui-quadrado, estas variáveis são independentes, por a probabilidade de significância ser de 0,876, 0,342 e 0,715, respectivamente, e esta última de 0,810 pelo teste ANOVA.

Gráfico 9-Frequência da utilização de medicamentos prescritos pelo médico, segundo a idade.



No que se refere ao tipo de medicamentos, receitados pelo médico, verifica-se, pela análise da Tabela 17, que a maioria dos clientes utiliza anti-hipertensores e analgésicos, nomeadamente, as mulheres, as quais também se evidenciaram como as maiores consumidoras de ansiolíticos (76,3%). A conclusões idênticas, chegou o Instituto Nacional de Estatística e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009), através do Inquérito Nacional da Saúde de 2005/2006.

Interessante é, também, verificar que apesar de 38 clientes terem referido fazer terapêutica para o nervosismo/ansiedade, apenas 20 destes referiram ter problemas desta ordem (cf Tabela 9). Será que tal situação se deve ao facto de existirem preconceitos, relativamente a este tipo de perturbações? Ou será que estas não foram integradas no conceito de saúde/doença, por não serem físicas? Ou será que o consumo desta medicação se deve à “banalização” e à “moda” da sua utilização? De salientar que os maiores consumidores de ansiolíticos (60,5%) têm entre 50 e 64 anos, indo diminuindo com o avançar da idade (cf anexo I – tabela 21), o que parece contrariar as conclusões de Roper, Logan e Tierney (1996), de estes fármacos serem mais utilizados, pelas pessoas com 80 e mais anos.

Tais situações alertam para a importância dos enfermeiros educarem esta população, sobre a gestão do stress e sobre as estratégias alternativas, ao consumo da medicação (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, 1998). Altos níveis de educação melhoram, directamente, a saúde, através do desenvolvimento de capacidades que ajudam as pessoas a lidar com as situações da vida e, indirectamente, através do sentido de controlo pessoal (Redman, 2003).

Tabela 17 - Consumo de medicamentos prescritos pelo médico, segundo o género.

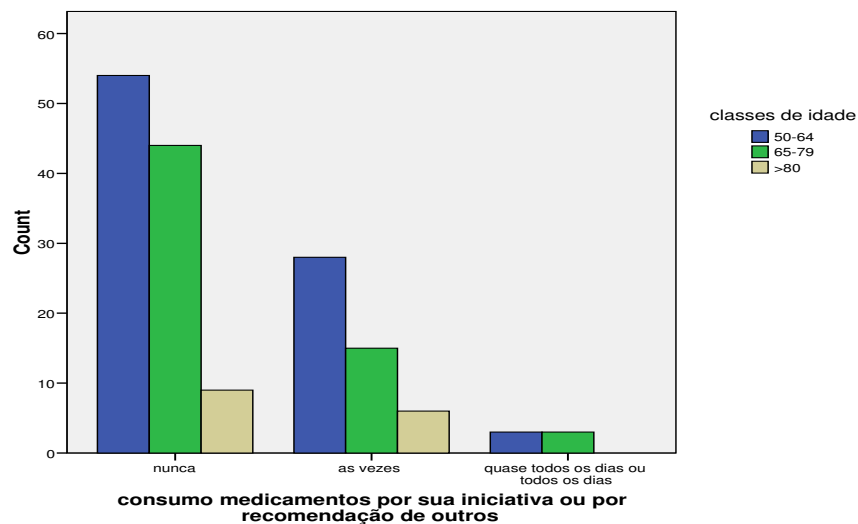
		Género					
		Mulheres		Homens		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fim para que toma medicamentos receitados pelo médico	Hipertensão	58	66,7%	29	33,3%	87	100,0%
	Dores músculo-esqueléticas	34	75,6%	11	24,4%	45	100,0%
	Diabetes	29	64,4%	16	35,6%	45	100,0%
	Dormir	34	77,3%	10	22,7%	44	100,0%
	Nervosismo/ansiedade	29	76,3%	9	23,7%	38	100,0%
	Coração	22	64,7%	12	35,3%	34	100,0%
	Colesterol	26	78,8%	7	21,2%	33	100,0%
	Outros fins	20	75,0%	11	25,0%	31	100,0%
	Prevenção trombose	9	56,3%	7	43,8%	16	100,0%
	Eliminação vesical	3	23,1%	10	76,9%	13	100,0%
	Estômago	7	70,0%	3	30,0%	10	100,0%
	Prostata	0	,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Eliminação intestinal	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%
	Bronquite	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
	Não sabe	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%

No que se refere ao *consumo de medicamentos, por iniciativa própria ou por recomendação de outros*, através do Gráfico 10, constata-se que a grande maioria (66,0%) dos clientes referiu que *nunca* o fazia, embora 25,9% tenha assumido que o fazia, *às vezes* (cf anexo I – tabela 22). Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, a proporção da população dos Açores, que recorre a esta estratégia é, ligeiramente, superior à do Continente e Madeira (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). A responsabilização individual, pela saúde, o receio das pessoas, nomeadamente, com mais idade se tornarem “pesadas” e percepções de saúde negativas são alguns dos factores responsáveis, pela automedicação (Ruipérez, Llorente, 1998; Rodrigues, 2003). O baixo poder económico parece que, também, condiciona à automedicação, atendendo a que 24 dos clientes que optaram por esta estratégia, auferiam, mensalmente, menos de 399 euros, referindo 23 que o *dinheiro faltava, sempre, para o que precisavam*. Será que o fazem por não possuírem capacidade económica, que facilite o acesso a consulta médica privada, atendendo a que o acesso, à pública, é difícil?

Os clientes mais jovens, ou seja, com 50 a 64 anos, foram os que mais referiram optar pela auto-medicação (cf anexo I – tabela 23). Apraz registar que a frequência deste consumo vai reduzindo, à medida que se avança no ciclo vital, atendendo a que os idosos estão, seis vezes, mais propensos a sofrer efeitos colaterais dos medicamentos, do que a população, em geral, (Mcguire, 1987, in Roper, Longan, Tierney, 1996; Malcata, 2003; Pinto, 2001).

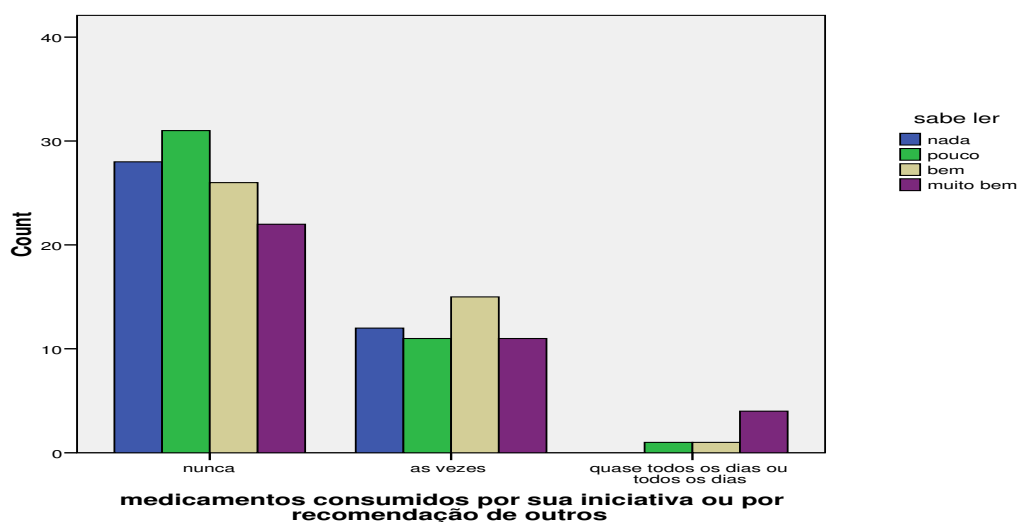
No que se refere à relação de significância, pelo teste de qui-quadrado, do *consumo de medicamentos, por iniciativa própria, ou por recomendação de outros*, com as variáveis: estado civil (0,843), nível de escolaridade (0,161) e idade (0,627), verifica-se que são todas independentes, o que também é confirmado, relativamente, à idade (0,400), pelo teste ANOVA. Já o mesmo não se pode dizer no que concerne à auto-medicação e o género (0,074) e a profissão (0,020) ao existir relação significativa, entre elas. Aliás as maiores apologistas desta estratégia, foram as mulheres, nomeadamente domésticas (cf anexo I – tabela 22).

Gráfico 10 - Consumo de medicamentos, por iniciativa própria, ou por recomendação de outros, segundo a idade.



Num mundo que opera com comunicação escrita, o iletrismo é uma enorme desvantagem, com repercussões, em todos os aspectos da vida, nomeadamente, na promoção da segurança relacionada com o consumo de medicamentos. De facto, considerável percentagem de clientes, que optou pela auto-medicação, conforme se pode constatar através do Gráfico 11, não *sabia ler* (apesar de não haver correlação significativa, entre estas variáveis, pelo teste de qui-quadrado - 0,213), estando impossibilitados, de se informarem acerca, entre outros aspectos, dos efeitos secundários dos medicamentos e, por conseguinte, estarem mais vulneráveis aos mesmos. Tão ou mais vulneráveis estão os 9 clientes, que fazem auto-medicação, enviada dos Estados Unidos da América e do Canadá (situação relativamente frequente, nos Açores), com folhetos em inglês. Para além disso, há que salientar que nos Açores, não existe a “cultura” de se ler os prospectos dos medicamentos, o que alerta para o perigo que correm todos os que utilizam esta estratégia.

Gráfico 11 - Consumo de medicamentos, por iniciativa própria ou por recomendação de outros, segundo o domínio da leitura.



Conforme se pode verificar através da Tabela 18, *a medicação mais consumida, por iniciativa própria, ou por recomendação de outros*, são os *analgésicos*, por 31 clientes, 8 recorreram aos *ansiolíticos* e 7 aos indutores de sono. Observando, com maior detalhe, essa Tabela, verifica-se que há clientes a utilizar terapêutica que exige vigilância sistemática, pelas consequências nefastas, que poderão advir, as quais poderão ser, ainda, mais graves, ao serem associadas à prescrita pelo médico. Tem-se verificado que, frequentemente, as pessoas recorrem à auto-medicação por terem fracos conhecimentos sobre os medicamentos (Rodrigues, 2003; Redman, 2003; Mcguire, 1987, in Roper, Logan, Tierney, 1996). Estas situações reforçam a importância dos enfermeiros estarem atentos a esta problemática, pois como defendem estas últimas autoras, podem ajudar a minimizá-la, através do aconselhamento.

Tabela 18 – Consumo de medicamentos, por sua iniciativa ou por recomendação de outros, segundo a idade.

		classes de idade							
		50-64		65-79		≥ 80		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fim para	-dores musculoesqueléticas	19	63,3%	9	26,7%	3	10,0%	31	100,0%
que toma	-ansiedade	5	62,5%	2	25,0%	1	12,5%	8	100,0%
medica-	-insónia	3	42,9%	2	28,6%	2	28,5%	7	100,0%
mentos por	-infecção	1	50,0%	1	50,0%	0	,0%	2	100,0%
iniciativa	-febre	1	50,0%	1	50,0%	0	,0%	2	100,0%
própria ou	-hipertensão	0	,0%	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
por reco-	-aumento prostata	0	,0%	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
mendação	-úlceras estômago	0	,0%	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%
de outros	-edema	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	1	100,0%
	-hipovitaminose	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	1	100,0%
	-diarreia	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	1	100,0%

Em Portugal, ocorrem, por ano, em consequência de quedas, mais de 6 mil fracturas da anca, devido à osteoporose, ficando 1 em cada 5 destas pessoas, sem recuperar a marcha (Pinto,

2001). Deste modo, os acidentes, nas pessoas com idade mais avançada, são uma causa importante de morbidade, dependência e mortalidade (Ministério da Saúde, 2004).

Analisando a Tabela 19, verifica-se que 32,7% dos clientes *caíram, nos últimos 6 meses*, possuindo 62,3% destes 65 e mais anos. Parece que, quanto mais idade se tem, maior é a probabilidade da ocorrência de quedas, situação de algum modo confirmada pelo teste de qui-quadrado, ao existir correlação significativa, entre a ocorrência de quedas e a idade (0,020). O Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (1998) conscientes desta problemática, têm emitido directrizes relativas à saúde e segurança, no lar e espaços de lazer.

Tabela 19 - Ocorrência de quedas, segundo o grupo etário.

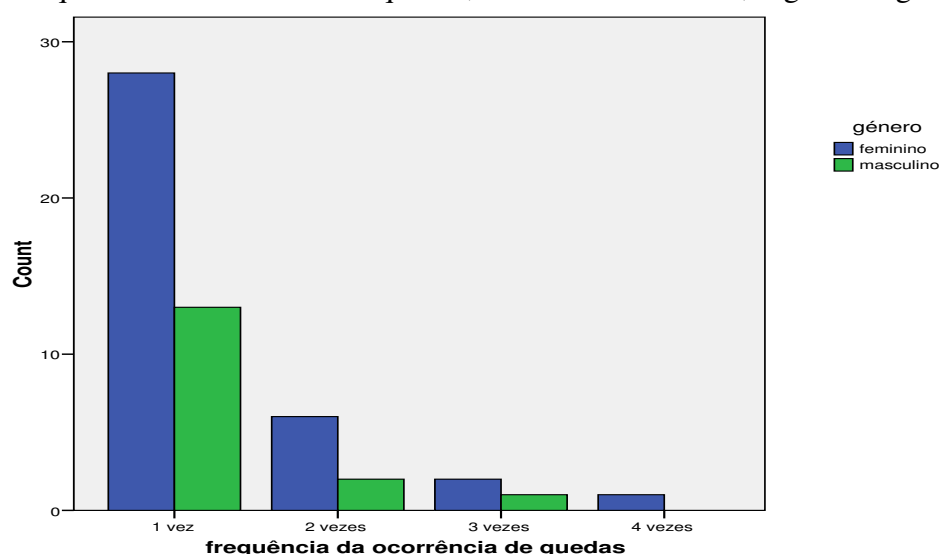
			classes de idade			Total
			50-64	65-79	>80	
ocorrência de quedas nos últimos 6 meses	- não	N	65	37	7	109
		%ocorrência de quedas	59,6%	33,9%	6,4%	100,0%
		%Total	40,1%	22,8%	4,3%	67,3%
	- sim	N	20	25	8	53
		%ocorrência de quedas	37,7%	47,2%	15,1%	100,0%
		%Total	12,3%	15,4%	4,9%	32,7%
Total	N	85	62	15	162	
	%ocorrência de quedas	52,5%	38,3%	9,3%	100,0%	
	%Total	52,5%	38,3%	9,3%	100,0%	

Como se pode verificar, pela análise do Gráfico 12, foram essencialmente, as mulheres que mais experienciaram estas ocorrências (22,7% caíram 2 a 4 vezes), sendo a relação entre estas variáveis, confirmada pelo teste de qui-quadrado (0,034). Forciea e Lavizlo-Mourfy (1998) salientam que a ocorrência de 2 ou mais quedas, em 6 meses, exige avaliação cuidada para despiste de possíveis causas.

As quedas nas mulheres acentuam-se a partir das idades pré-menopáusicas, sendo a vida sedentária um forte potenciador, ao contribuir para a perda de massa óssea, da força muscular

e do equilíbrio (Silva e Alves, 2003). Estes factores, associados à osteoporose, contribuem para o aumento das fracturas, nomeadamente, a nível das vértebras e do colo do fémur, por redução de cálcio nos ossos e pela redução de estrogéneos, por deficiência hormonal, tornando-os mais porosos e mais facilmente fracturáveis (Squire, 2002). Um outro factor responsável pela diminuição da massa óssea, nas populações dos países desenvolvidos, é a alimentação com elevado teor de gorduras e proteínas animais, açúcar, sal, bebidas gaseificadas e cafeína (Silva e Alves, 2003). Salientam que as mulheres orientais minimizam a falta dos estrogéneos na menopausa, com utilização diária de soja na alimentação, rica em fitoestrogéneos. Deste modo, emerge outra vertente a contemplar na educação da população, principalmente, feminina.

Gráfico 12 - Frequência da ocorrência de quedas, nos últimos 6 meses, segundo o género.



A dificuldade de equilíbrio e as vertigens foram as principais causas das quedas (45,3%), como se verifica pela análise da Tabela 20, nomeadamente, nas mulheres (51,4 %),

imediatamente seguida pela *falta de força nas pernas* (22,6%). Daí que Pijnappels (2008) alerte que a prevenção das quedas passa por promover a força dos membros inferiores e o equilíbrio através de exercício físico. Assim, emerge outra área, para a qual os enfermeiros devem direccionar a sua atenção, com vista à promoção da longevidade, com qualidade, conforme preconiza a Comissão das Comunidades Europeias (1999).

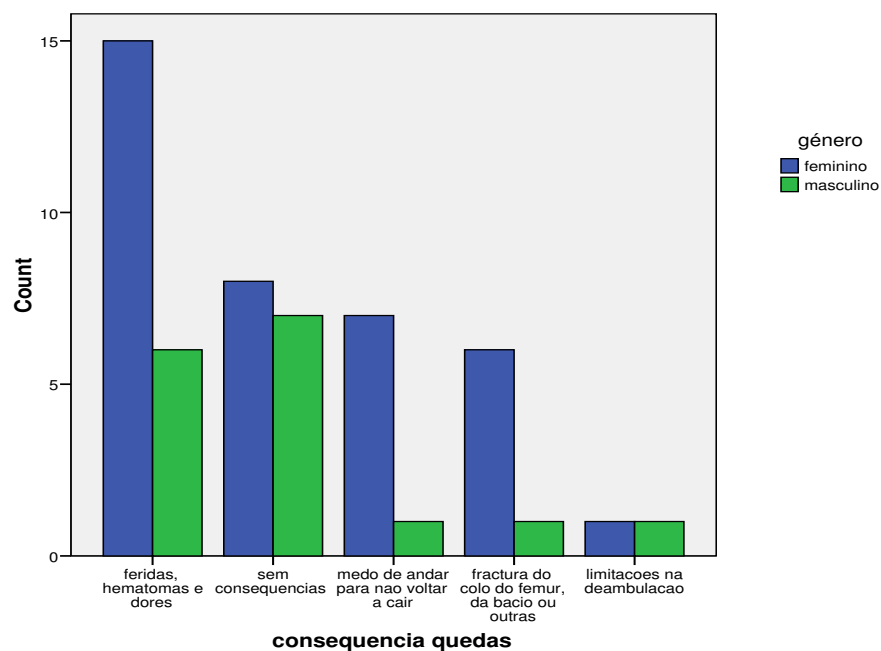
Apesar da *ocorrência de quedas e a prática de exercício físico* serem variáveis, independentes pelo teste de qui-quadrado (0,316), é interessante verificar que 62,3% dos clientes que caiu, *nunca fazia exercício físico* (cf anexo I – tabela 24). Tal situação vem de algum modo demonstrar que a prática de exercício físico, como defende a Direcção Geral da Saúde (2004), regular, preferencialmente, com carga, ao longo da vida, dentro das capacidades individuais, actua, benéficamente. Por isso, o Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, já em 1998, definiram como meta, para a promoção de vida activa, aumentar 20% a prevalência de pessoas, com mais de 40 anos a realizar actividade física moderada, diariamente.

Tabela 20 - Razões atribuídas à ocorrência das quedas, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
razao quedas	- dificuldade equilibrio e vertigens	N	19	5	24
	% razao quedas		79,2%	20,8%	100,0%
	% género		51,4%	31,3%	45,3%
	- falta forza nas pernas	N	7	5	12
	% razao quedas		58,3%	41,7%	100,0%
	% género		18,9%	31,3%	22,6%
	- tropeçou/escorregou	N	4	4	8
	% razao quedas		50,0%	50,0%	100,0%
	% género		10,8%	25,0%	15,1%
	- perda de sentidos	N	3	1	4
	% razao quedas		75,0%	25,0%	100,0%
	% género		8,1%	6,3%	7,5%
	- subir e descer escadas	N	2	1	3
	% razao quedas		66,7%	33,3%	100,0%
	% género		5,4%	6,3%	5,7%
	- ver mal	N	2	0	2
	% razao quedas		100,0%	,0%	100,0%
	% género		5,4%	,0%	3,8%
Total		N	37	16	53
		% razao quedas	69,8%	30,2%	100,0%
		% género	100,0%	100,0%	100,0%

As consequências das quedas mais referidas, nomeadamente, pelas mulheres (71,4%), como se pode verificar através do Gráfico 13, foram as *feridas, hematomas e dores* (cf anexo I – tabela 25). O *medo de andar para não voltar a cair* foi referido por 15,1% dos clientes, situação que induz a um ciclo vicioso e, cada vez, de maior risco de novas quedas, devido à redução da mobilização com todas as implicações, daí decorrentes. Será que estas situações não poderiam ser evitadas ou minimizadas se se realizasse regularmente rastreios aos factores de fragilidade, como preconiza a Direcção Geral da Saúde (2004)? Será que não poderiam ser prevenidas, através de informação e sensibilização, para hábitos de vida saudáveis, a nível da dieta, do exercício físico, das condições habitacionais e do ambiente?

Gráfico 13 - Consequências das quedas, segundo o género.



Respirar

A actividade de vida *Respirar* está comprometida em 16 clientes (cf Tabela 9), por sofrerem de bronquite, situação muito frequente, nos Açores. As bronquites crónicas, por estarem muito associadas ao uso de tabaco aparecem, sobretudo nos homens (Silva e Alves, 2003). No entanto, é de salientar que, neste estudo, foram as mulheres, que mais referiram esta problemática, apesar de, nesta geração, não ser comum o uso de tabaco pelas mulheres.

Eliminar

No que se refere à actividade de vida *Eliminar*, tal como verificaram Ruipérez e Llorente (1998), as perturbações mais frequentemente referidas foram a “dificuldade em urinar” em 84,6% dos homens e a “perda de urina” em 83,3% mulheres (cf Tabela 9). Tais situações, provavelmente, estão associados a hiperplasia da próstata e a incontinência vesical de esforço, muito frequentes, nas pessoas deste grupo etário (Erlen, 1997; Squire, 2002).

Comer e beber

No que se refere à actividade de vida *Comer e beber*, através da análise da Tabela 21, verifica-se que a maior parte dos clientes, considera que faz uma *alimentação saudável*, apenas, *às vezes* (31,5%), sendo este grupo, essencialmente, constituído por pessoas com 50 a 64 anos, ou seja pelos mais jovens (36,5%). Embora, pelo teste de qui-quadrado, a relação entre a realização de uma *alimentação saudável* e a *idade* não seja confirmada (0,151), o teste ANOVA fá-lo (0,025).

Existe uma forte correlação (0,001), entre o nível de ensino e a realização de uma alimentação saudável. Será que o nível de escolaridade, mais elevado, possibilitou mais fácil acesso à informação, sobre a importância da alimentação equilibrada? Apesar de já em 1998, de forma explícita o Ministério da Saúde pretender aumentar a percentagem da população, com mais de 40 anos, a fazer uma alimentação saudável, 26 % dos clientes referiram *nunca* ou, *raramente* o fazer, sendo este grupo constituído, essencialmente, por mulheres (cf anexo XIV - gráfico

8). Será que tal se deve à situação, relativamente comum, nas famílias açorianas, com baixo nível sócio-económico, das mulheres “*amanharem-se com qualquer coisa*” e se preocuparem mais com a alimentação dos maridos, por serem eles o “*ganha pão da família*” e, por isso, “*o melhor quinhão é para eles*”? Apesar do exposto, não existe relação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre o *género* e a realização de uma *alimentação saudável* (0,573).

Tabela 21 - Percepção do consumo de alimentação saudável, segundo a idade.

			classes de idade			Total
			50-64	65-79	>80	
alimentação saudável	nunca	Nº	2	5	2	9
		%	2,4%	8,1%	13,3%	5,6%
	raramente	Nº	19	10	4	33
		%	22,4%	16,1%	26,7%	20,4%
	às vezes	Nº	31	16	4	51
		%	36,5%	25,8%	26,7%	31,5%
	quase todos os dias	Nº	12	7	2	21
		%	14,1%	11,3%	13,3%	13,0%
	todos os dias	Nº	21	23	2	46
		%	24,7%	37,1%	13,3%	28,4%
	não sabe	Nº	0	1	1	2
		%	,0%	1,6%	6,7%	1,2%
Total	Nº	85	62	15	162	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

O poder económico parece condicionar a realização de uma alimentação saudável, o que, de algum modo, é sustentado, ao existir uma correlação muito próxima de 5% (0,066), entre estas variáveis. Aliás, através da Tabela 22, verifica-se que, dos 39 clientes que referiram que *nunca* ou, *raramente*, *faziam uma alimentação saudável*, 28 auferiam, mensalmente, *menos de 400 euros*. No entanto, verifica-se, também, que 46,5% dos clientes, que referiram fazer *alimentação saudável todos os dias*, mensalmente, podiam contar com 200 a 399 euros. Será que tal está relacionado com o facto, como referiram alguns clientes, de a sua sobrevivência depender da cultura do quintal/terras, da pesca e da criação de animais (galinhas, coelhos, vacas, etc) para consumo próprio?

Tabela 22 – Percepção do consumo de alimentação saudável, segundo o poder económico.

			quantidade com que pode contar por mês						Total
			menos 200 euros	200 a 399 euros	400 a 599 euros	600 a 799 euros	800 a 999 euros	mais de 1000 euros	
alimenta- ção saudável	nunca	N	2	5	0	0	0	1	8
		%alimentação saudável	25,0%	62,5%	,0%	,0%	,0%	12,5%	100,0%
		% dinheiro mês	15,4%	7,7%	,0%	,0%	,0%	5,9%	5,2%
	rara- mente	N	4	17	3	4	0	3	31
		%alimentação saudável	12,9%	54,8%	9,7%	12,9%	,0%	9,7%	100,0%
		% dinheiro mês	30,8%	26,2%	9,7%	21,1%	,0%	17,6%	20,1%
	às vezes	N	5	19	13	5	4	3	49
		%alimentação saudável	10,2%	38,8%	26,5%	10,2%	8,2%	6,1%	100,0%
		% dinheiro mês	38,5%	29,2%	41,9%	26,3%	44,4%	17,6%	31,8%
	quase todos os dias	N	0	4	7	4	4	2	21
		%alimentação saudável	,0%	19,0%	33,3%	19,0%	19,0%	9,5%	100,0%
		% dinheiro mês	,0%	6,2%	22,6%	21,1%	44,4%	11,8%	13,6%
	todos os dias	N	1	20	8	6	0	8	43
		%alimentação saudável	2,3%	46,5%	18,6%	14,0%	,0%	18,6%	100,0%
		% dinheiro mês	7,7%	30,8%	25,8%	31,6%	,0%	47,1%	27,9%
	não sabe	N	1	0	0	0	1	0	2
		%alimentação saudável	50,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%
		% dinheiro mês	7,7%	,0%	,0%	,0%	11,1%	,0%	1,3%
Total		N	13	65	31	19	9	17	154
		%alimentação saudável	8,4%	42,2%	20,1%	12,3%	5,8%	11,0%	100,0%
		% dinheiro mês	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Aliás, através da Tabela 23, verifica-se que dos 88 clientes que referiram que *nunca, raramente ou às vezes, é que faziam alimentação saudável*, 23,5% (grupo, essencialmente, constituído por mulheres) alegou, como principal motivo desta situação, as *dificuldades económicas*. Segundo Malcate (2003), as despesas, correspondentes a uma dieta adequada, representam 66% do orçamento mensal médio, das pessoas, nomeadamente, idosas. Estas, associadas a compromissos financeiros inadiáveis (aquisição de medicamentos, renda de casa, água e luz, no mínimo), levam a que haja a tendência, a recorrerem aos alimentos mais baratos, nomeadamente, aos hidratos de carbono, do que aos alimentos proteicos (Pinto,

2001). Por isso, Squire (2002) afirma que o rendimento reduzido pode ter efeito prejudicial, nos estilos de vida, na saúde e, conseqüentemente, no envelhecimento bem sucedido, ao impedir o acesso a um padrão de vida aceitável. O argumento utilizado em segundo lugar (17,3%) pelos clientes foi *preferirem comer o que gostavam*. Alguns destes tiveram, mesmo necessidade de referir, que estavam conscientes que não faziam alimentação equilibrada, apesar de poderem, economicamente, mas primeiramente, atendiam às suas preferências. Tal situação demonstra que, efectivamente, a mudança de comportamentos não passa, unicamente, pela obtenção de conhecimentos e pelo poder económico, é necessária a motivação para a mudança. Para além disso, as pessoas têm direito a escolher o seu comportamento, face à saúde, mesmo que não seja o “mais adequado”, desde que não prejudiquem outras (Squire, 2002).

Tabela 23 - Razões atribuídas ao consumo, frequente de uma alimentação saudável, segundo o género.

		género					
		feminino		masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Razões de não fazer alimentação saudável	- dificuldades económicas	26	27,7%	12	17,6%	38	23,5%
	- preferir comer o que gosta	14	14,9%	14	20,6%	28	17,3%
	- falta de interesse e descuido	16	17,0%	6	8,8%	22	13,6%
	- não ter quem faça as compras e confeccione alimentos	2	2,1%	4	5,9%	6	3,7%
	- falta de apetite	5	5,3%	1	1,5%	6	3,7%
	- falta de tempo	2	2,1%	0	,0%	2	1,2%

No que se refere aos cuidados que os clientes utilizavam para promoverem uma *alimentação saudável*, conforme se pode ver, através da Tabela 24, apenas 27,8% referiram *não ter cuidados, comer o que aparecia*.

Evitar o sal foi o cuidado referido, em primeiro lugar (35,2%), sendo este grupo, essencialmente, constituído por clientes hipertensos, o que vem demonstrar que a informação

é importante para a adopção de comportamentos saudáveis, como preconiza o Ministério da Saúde (2003) e a OMS (1985). Apesar de, apenas, 5 mulheres terem referido estratégias inadequadas (consumir sumos e sopas artificiais, dieta constituída, apenas, por papas, chá/café e pão com manteiga, ou queijo), estes dados vêm de algum modo, alertar para a importância de os enfermeiros reforçarem a sua intervenção, na educação da população, como, aliás, desejaram alguns clientes (cf Tabela 13).

Tabela 24 - Cuidados utilizados para a promoção da alimentação saudável, segundo o género.

		género					
		feminino		masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
cuidados	- evita sal	34	36,2%	23	33,8%	57	35,2%
alimentacao	- evita gorduras	33	35,1%	20	29,4%	53	32,7%
saudavel	- não tem cuidados come o que aparece	26	27,7%	19	27,9%	45	27,8%
	- evita açucar	19	20,2%	14	20,6%	33	20,4%
	- alimentacao variada	10	10,6%	12	17,6%	22	13,6%
	- dieta rica em vegetais, nomeadamente, atraves da sopa diaria	9	9,6%	9	13,2%	18	11,1%
	- ingere, diariamente, fruta	5	5,3%	5	7,4%	10	6,2%
	- dieta fraccionada	6	6,4%	4	5,9%	10	6,2%
	- evita refogados e apimentados	4	4,3%	3	4,4%	7	4,3%
	- ingere 1/2litros água dia	3	3,2%	4	5,9%	7	4,3%
	- evita chá café bebidas alcoolicas	2	2,1%	4	5,9%	6	3,7%
	- utiliza estratégias inadequadas	5	5,3%	0	,0%	5	3,1%

Comunicar

As disfunções dos órgãos sensoriais da audição e da visão são dos problemas de saúde mais frequentes, ligados à longevidade (Robine, 2000/1) e que mais perturbam a actividade de vida *Comunicar*. No que se refere à audição, através da Tabela 25, verifica-se que, a maioria dos clientes referiu *ouvir bem* ou *muito bem* (69,8%), grupo este, essencialmente, constituído por mulheres (76,6%). Já a maioria dos clientes que considerou *ouvir mal* ou *muito mal* (18,5%)

era, essencialmente, constituído, por homens (25,0%) o que vem ao encontro dos dados do Inquérito Nacional da Saúde, de 1998 (Instituto Nacional de Estatística, 1998/9). Aliás, a relação de dependência, entre o género e a capacidade auditiva, é confirmada ao existir correlação de 0,017, pelo teste de qui-quadrado. Idêntica situação se passa relativamente à capacidade auditiva e a idade (0,005), sendo o grupo dos 50 aos 64 anos o que apresentou menor frequência destas perturbações, as quais aumentam, progressivamente, à medida que avança a idade (cf anexo I - tabela 26). Tais dados estão em consonância com os dados do Inquérito Nacional da Saúde, anteriormente referido.

Tabela 25 - Percepção da capacidade auditiva, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
ouve	muito mal	Nº	1	5	6
		%	1,1%	7,4%	3,7%
	mal	Nº	12	12	24
		%	12,8%	17,6%	14,8%
	razoavelmente bem	Nº	9	10	19
		%	9,6%	14,7%	11,7%
	bem	Nº	52	21	73
		%	55,3%	30,9%	45,1%
	muito bem	Nº	20	20	40
		%	21,3%	29,4%	24,7%
	Total	Nº	94	68	162
		%	100,0%	100,0%	100,0%

No que se refere à capacidade visual, determinante do envelhecimento saudável, como o define Lloyd (2001), constata-se a partir da Tabela 26, que a maioria dos clientes considera que *vê bem* ou *muito bem* (43,2%), possuindo 55,8% destes 50 a 64 anos de idade (cf anexo I - tabela 27). Apesar disto, não existe relação de dependência, entre a idade e a capacidade visual, pelo teste de qui-quadrado (0,260), nem pelo teste ANOVA (0,164).

Foram, fundamentalmente, as *mulheres* que referiram que *viam mal* ou *muito mal* (25,6%), situação, também, coincidente com os dados do Inquérito Nacional da Saúde de 1998

(Instituto Nacional de Estatística, 1998/9) e confirmada pela existência de relação, altamente significativa (0,000), pelo teste de qui-quadrado.

Alguns dos clientes, que vêem e ouvem *mal ou muito mal*, referiram que nunca trataram destas situações, por dificuldades económicas. Aliás, para minimizar esta dificuldade, alguns expressaram o desejo de *ser facilitado o acesso às consultas de especialidade de oftalmologia e otorrinolaringologia* (cf Tabela 14). Outros clientes justificaram esta situação, por considerarem estas perturbações inerentes “à idade” e, por conseguinte, impossíveis de correcção. Esta situação alerta para a importância dos enfermeiros desmitificarem estas crenças e estimularem à sua vigilância e tratamento.

Tabela 26 - Percepção da capacidade visual, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
capacidade visual	nada	Nº	0	1	1
		%	,0%	1,5%	,6%
	muito mal	Nº	4	2	6
		%	4,3%	2,9%	3,7%
	mal	Nº	20	14	34
		%	21,3%	20,6%	21,0%
	razoavelmente bem	Nº	33	18	51
		%	35,1%	26,5%	31,5%
	bem	Nº	29	23	52
		%	30,9%	33,8%	32,1%
	muito bem	Nº	8	10	18
		%	8,5%	14,7%	11,1%
Total	Nº	94	68	162	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

No que se refere ao bem-estar dos clientes, obtido por *gostarem de viver, onde viviam*, através da Tabela 27, verifica-se que 61,7% referiram *gostar muito de viver, onde viviam*, contrariamente a 18,5% (grupo constituído por 21,3% das mulheres). A dependência entre estas variáveis é confirmada ao existir relação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre o *gosto de viverem, onde viviam* e o *género* (0,042), o que já não acontece com a *idade* (0,288).

Interessante é verificar que, a maioria dos clientes, que tinha *maior poder económico*, (42,0%), *gostava muito de viver onde vivia*, acontecendo o contrário com os que possuíam *fracos recursos* (83,3%) (cf anexo I – tabela 28). Aliás, pelo teste de qui-quadrado, é confirmada correlação significativa, entre estas variáveis (0,005). Será que tal se deve ao facto dos que possuíam maior poder económico poderem escolher onde e com quem queriam viver e controlar, de algum modo, a qualidade do meio envolvente?

Viviam em casa própria (eram proprietários ou inquilinos formais) 93,2% dos clientes, dos quais 29,6% viviam com os filhos solteiros, possuindo 66,7% destes, idade entre 50 e 64 anos, situação, relativamente, comum, na trajectória da vida das famílias. *Viviam, em sua casa, com filhos casados e família* 13,0% dos clientes (cf anexo I - tabela 29), situação cada vez mais comum, nas famílias açorianas, em consequência de divórcio, e/ou baixo poder económico.

Apenas 11,1% dos clientes viviam sozinhos, possuindo 38,9% destes 80 e mais anos, 77,8% eram mulheres e 83,3% viúvas/os (cf anexo I- tabela 29, 30 e 31). Barreto (2000) e Batalha (1999) verificaram que grande parte das mulheres viúvas optavam por viverem sozinhas e só quando confrontadas com doença física incapacitante ou insuficiência económica, é que aceitavam ir viver com os filhos.

Com o avançar do processo de envelhecimento, vai havendo o estreitamento do círculo de relações significativas, não só, por morte dos pares, mas, também, por irem seleccionando os familiares ou amigos, mais próximos, fazendo com que a qualidade das relações, tenda a ser determinante, na qualidade do envelhecimento e da satisfação com a vida (Paúl e Fonseca, 2005; Spirduso, 2005; Iwarsson, 2004; Ramos, 2001; Magalhães, 2001; Barreto, 2000). Deste modo, ao serem questionados sobre a *satisfação com a relação familiar*, a maioria dos clientes referiu estar *muito satisfeito* (40,1%), essencialmente, os *casados ou a viver como tal* (42,1%) e os *viúvos* (45,0%) (cf anexo I - tabela 32). Será que tal situação tem a ver com o facto de terem filhos? Apesar do exposto não existe relação significativa, entre a satisfação com a relação familiar e o estado civil (0,175), nem relativamente ao género (0,770), pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 27 - Opinião dos clientes de gostarem de viver, aonde vivem, segundo o género.

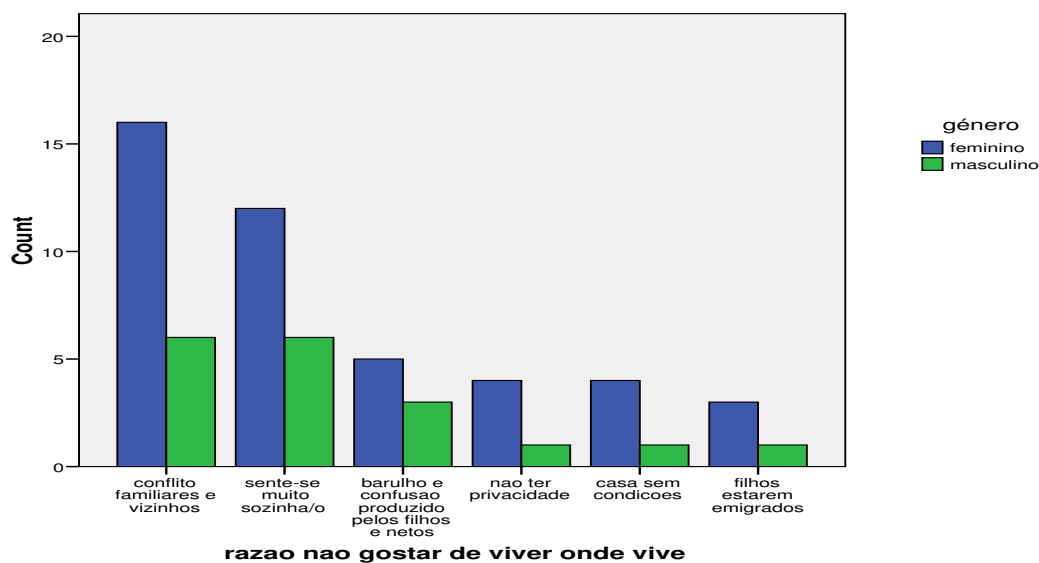
			género		Total
			feminino	masculino	
gosta de viver aonde vive	nada	Nº	5	1	6
		%	5,3%	1,5%	3,7%
	pouco	Nº	15	9	24
		%	16,0%	13,2%	14,8%
	razoavelmente	Nº	24	8	32
		%	25,5%	11,8%	19,8%
	muito	Nº	50	50	100
		%	53,2%	73,5%	61,7%
	Total		Nº	94	68
			%	100,0%	100,0%

No que se refere às razões atribuídas pelos clientes, ao facto de *não gostarem de viver, onde viviam*, através do Gráfico 14 verifica-se que a situação mais referida foi a *existência de conflitos familiares e com vizinhos*. De facto, a satisfação de vida depende muito da qualidade das relações sociais mantidas com os que nos rodeiam (Eliopoulos, 2001; Berger, 1995; Barreto, 2000; Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001, in Paúl e Fonseca, 2005). A inexistência de relações com outros, *sentindo-se muito sós*, foi a justificação referida, em segundo lugar. Pois, o homem, como ser social que é, necessita de relações, com outros, de acompanhar e estar acompanhado (Sá, 1992; Couvreur, 2001; Deecken, 1998). No entanto, é interessante verificar que, viver com muitas pessoas, também, é factor perturbador, como salientaram 12,9% dos clientes (cf anexo I - tabela 33), ao referirem que *não gostavam de viver, onde viviam*, devido ao *barulho e confusão produzida pelos filhos e netos*, que viviam com eles.

Ao questionar os clientes que referiram *gostar pouco* ou *não gostar nada de viver, onde viviam, com quem e onde gostariam de viver*, 19,4%, nomeadamente, mulheres (75%), não o conseguiram concretizar, demonstrando alguma impotência, em melhorar a sua situação (cf anexo I - tabela 34). Igual número, tal como verificou Eliopoulos (2001), deseja *ir viver para junto dos filhos*. Alguns destes clientes integraram a 3ª vaga de emigração para os Estados

Unidos da América e à custa da concretização do sonho de, com a obtenção da reforma, voltarem à terra natal, debatem-se com a situação de deixar os descendentes, no outro lado do Atlântico e ficar nos Açores, praticamente sós.

Gráfico 14 - Razões de não gostarem de viver, onde vivem, segundo o género.



A escassez de relações humanas é uma das condições susceptíveis de colocar em risco o envelhecimento bem-sucedido (Paúl e Fonseca, 2005). Bassols (2001) defende, mesmo, que se relaciona o número e a frequência de laços sociais, inversamente, à sintomatologia depressiva, nomeadamente, na velhice. O isolamento e a depressão, nesta etapa da vida, estão muito associados, entre outros factores, à falta de disponibilidade dos filhos e de outros familiares e amigos (Deecken, 1998; Goldenberg, 2001) e a problemas de mobilidade (Paúl e Fonseca, 2005). Como se verifica através da Tabela 28, 33,9% dos clientes sentiam-se sozinhos, *todos*, ou *quase todos os dias*, nomeadamente, mulheres. Aliás, existe mesmo, correlação, altamente significativa, entre estas variáveis (0,000), pelo teste de qui-quadrado, o

que já não acontece, relativamente, à idade (0,181). Apesar disso, existe a tendência para os clientes mais jovens (50 a 64 anos), *nunca* sofrerem de solidão (44,7%) e a maioria dos que possuem 80 e mais anos, *todos os dias*, a terem por companhia (33,3%) (cf anexo I – tabela 35). O mesmo se passa com 43,3% dos reformados e 52,0% dos clientes, com actividade laboral, nomeadamente, domésticas (cf anexo I – tabela 36), existindo correlação significativa entre estas variáveis (0,006).

As razões apontadas para justificarem a solidão, nomeadamente, as mulheres (71,4%), foram *não terem com quem falar* e com o facto de a *família sair para o trabalho e escola, de manhã e só regressar á noite* (77,3%) (cf anexo I – tabela 37).

Atendendo a que o isolamento induz à escassez de estimulações afectivas e cognitivas (memória episódica e inteligência fluida) e a sentimentos de menos-valia (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005), torna-se imperioso os enfermeiros sensibilizarem os clientes, famílias e comunidade, em geral, para a importância da criação de oportunidades promotoras da relação interpessoal, de estimulação afectiva e de ocupação, em actividades que exercitem competências físicas e cognitivas, como preconizado pela Direcção Geral da Saúde (2004).

Tabela 28 – Frequência com que os clientes se sentem sozinhos, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
costuma sentir-se sozinha/o	nunca	Nº	26	40	66
		%	27,7%	58,8%	40,7%
	raramente	Nº	3	2	5
		%	3,2%	2,9%	3,1%
	às vezes	Nº	20	16	36
		%	21,3%	23,5%	22,2%
	quase todos os dias	Nº	23	7	30
		%	24,5%	10,3%	18,5%
	todos os dias	Nº	22	3	25
		%	23,4%	4,4%	15,4%
Total		Nº	94	68	162
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Dar e receber apoio, podem constituir-se experiências importantes para o desenvolvimento do bem-estar psicológico (Silva in Paúl e Fonseca, 2005). No que se refere à necessidade dos clientes receberem ajudas, para a concretização das suas actividades de vida, através da Tabela 29, verifica-se que 71,6 % expressou *não necessitar de ajuda de outros*, tendo a maioria deste grupo 50 a 64 anos (85,9%) e serem, maioritariamente, homens (76,5%) (cf anexo I - tabela 38). Constata-se, ainda, que, à medida que se avança na trajectória vital, vai diminuindo a percentagem de clientes que não necessitam da ajuda de outros (50-64 anos – 85,9%; 65-79 anos – 61,3% e com 80 e mais anos – 33,3%) e aumenta o número de referências de necessidade de ajuda. Deste modo, parece poder afirmar-se que, à medida que aumenta a idade, aumenta, também, a necessidade de apoio para concretização das actividades de vida, como constatado, também, por Belenger e Abad (2000).

A necessidade de ajuda mais verbalizada, nomeadamente, pelas mulheres, foi a *limpeza da casa* (12,8%) e *apoio para andar na rua* (12,8%) (cf anexo I - tabela 38). Referiram as mulheres, que este apoio era essencialmente fornecido pelos *filhos* (9,6%) e os homens, pelas *esposas* (8,8%) (cf anexo I – tabela 39). Estes resultados vêm ao encontro dos obtidos por Robine (2000/1) numa pesquisa realizada nos países da OCDE que demonstrou que os principais suportes das pessoas, com necessidades de cuidados, provinham, essencialmente, dos filhos e dos cônjuges. Será que o facto das mulheres serem os principais apoios dos maridos se deve a ser-lhes atribuído o papel de cuidadoras? Os filhos serem os apoios mais significativos das mulheres, será que se deve à necessidade de retribuírem, às mães, o cuidado recebido na infância?

Os *vizinhos/amigos* (5,3%) foram referidos em segundo lugar, como os principais apoios o que parece confirmar que nos Açores, ainda funciona a rede de vizinhança. Barreto (2000) verificou que as mulheres, que vivem sós, mantêm ligações de vizinhança, o que já não acontece com as que passam a ir viver com os filhos, que restringem os seus contactos sociais diários.

Tabela 29 - Percepção de apoio de terceiros para a concretização das actividades de vida, segundo a idade.

		classes de idade							
		50-64		65-79		>80		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
ajuda que necessita	- não precisa de ajuda	73	85,9%	38	61,3%	5	33,3%	116	71,6%
	- limpar a casa	4	4,7%	8	12,9%	5	33,3%	17	10,5%
	- andar na rua	4	4,7%	7	11,3%	3	20,0%	14	8,6%
	- cozinhar	4	4,7%	5	8,1%	2	13,3%	11	6,8%
	- companhia	4	4,7%	4	6,5%	2	13,3%	10	6,2%
	- preparar medicamentos	2	2,4%	6	9,7%	1	6,7%	9	5,6%
	- entrar e sair da banheira	1	1,2%	4	6,5%	2	13,3%	7	4,3%
	- fazer compras	1	1,2%	5	8,1%	1	6,7%	7	4,3%
	- todas as referidas	0	,0%	1	1,6%	2	13,3%	3	1,9%
	- lavar a roupa	1	1,2%	0	,0%	1	6,7%	2	1,2%
	- lavar-se e vestir-se	0	,0%	2	3,2%	0	,0%	2	1,2%

A percepção de que se tem um papel, mais ou menos relevante, a desempenhar junto dos outros, pode constituir-se como objectivo de vida – ter pelo que viver e para quem viver - condições fundamentais ao bem-estar e à saúde mental (Silva, in Paúl e Fonseca, 2005).

No que se refere ao *sentimento de utilidade, relativamente a outros*, constatou-se que a maioria dos clientes considerou que *ajudava outros, todos os dias* (34,0%), sendo 39,4% destes mulheres, com 65 e mais anos (cf anexo I – tabela 40). A relação de dependência entre o sentimento de utilidade e a idade é confirmada pela existência de correlação altamente significativa, pelo teste de qui-quadrado (0,001), já o mesmo não se pode afirmar relativamente ao género (0,387). Será que o facto de elevada percentagem de homens ter considerado que nunca ajudava terceiros, se deveu a factores culturais, por ser atribuído, à mulher, o papel de cuidadora de outros?

Apesar de, também, não existir relação significativa, entre o *sentimento de ajuda a outros* e o poder económico (0,213) é de salientar que a maioria que referiu que o dinheiro *faltava*,

sempre, para o que precisava (43,5%), considerou que ajudava outros, todos os dias (cf anexo I – tabela 41). Será que o défice de poder económico induz ao desenvolvimento da interajuda?

Pela análise da Tabela 30, verifica-se que 35,5% dos clientes, nomeadamente, do sexo feminino (41,5%), considerou *ajudar os netos, a cuidá-los e a ir buscá-los e levá-los à escola*, já a maioria dos homens salientou a ajuda económica aos filhos (31,0%).

Tabela 30 - Percepção da pessoa/grupo a que mais ajudam e em quê, segundo o género.

		género					
		feminino		masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
percepcao de ajudar	- cuidar netos e ir levar e buscar escola	27	41,5%	11	26,2%	38	35,5%
outros e em que	- filhos nas lides domésticas	22	33,8%	2	4,8%	24	22,4%
	- cuidar pais, sogros cónjuge e outros familiares doentes	13	20,0%	6	14,3%	19	17,8%
	- filhos economicamente	3	4,6%	13	31,0%	16	15,0%
	- cónjuge lides domésticas	5	7,7%	11	26,2%	16	15,0%
	- ajudar vizinhos/amigos, nomeadamente, lides domésticas	7	10,8%	4	9,5%	11	10,3%
Total		65	100%	42	100%	107	100%

Higiene pessoal e vestuário

No que se refere à actividade de vida *Higiene pessoal e vestuário*, como se pode verificar, também, através da Tabela 29, apenas 7 clientes expressaram a dificuldade na *entrada e saída da banheira*, possuindo a quase totalidade 65 e mais anos. Uma das principais causas de degradação da qualidade de vida, com o avançar da idade, é a perda de capacidade funcional, conduzindo a perda de autonomia e de independência, com consequências a nível físico, psicológico, económico e social (Ramos, 2001; Quaresma, 2001).

Mobilizar

Com o intuito de se conhecer de forma mais profunda a actividade de vida *Mobilizar*, questionou-se os clientes sobre a *frequência com que costumavam sair de casa*. Através da análise da Tabela 31, verifica-se que a maioria dos homens saia *todos os dias de casa* (67,6%), enquanto que a maioria das mulheres saia, *raramente* (39,4%), relação confirmada pelo teste de qui-quadrado, ao existir correlação, altamente significativa, entre estas variáveis (0,000). Será que tal se deve a factores culturais? Ou será por limitações na mobilidade mais severas nas mulheres? Segundo o Inquérito Nacional da Saúde de 1998 (Instituto Nacional de Estatística, 1998/9), as mulheres apresentam taxas mais elevadas de incapacidade, relacionada com a locomoção, a qual aumenta, proporcionalmente, com a idade, chegando a atingir uma percentagem cinco vezes maior, depois dos 75 anos. No entanto, relacionando a *saída de casa*, com a *idade* dos clientes, pelo teste de qui-quadrado, este evidenciou a não existência de relação significativa entre estas variáveis (0,278), embora a tenha confirmado o teste ANOVA (0,053). De facto verifica-se que a maioria dos indivíduos com 50 a 79 anos, *saia todos os dias de casa* (50,6%), o que já não se passava com a maioria do grupo com 80 e mais anos (33,3%) que o fazia, *raramente* (cf anexo I – tabela 42). Será que a saída diária dos mais jovens se deve a exigências laborais? Não existe relação significativa, entre a *saída de casa* e a *situação face ao trabalho* (0,284), pelo teste de qui-quadrado. Para além disso, constata-se que a maioria dos *casados*, ou a *viver como tal*, *saia todos os dias* (48,6%), contrariamente às mulheres viúvas que o faziam *raramente* (32,5%) (cf anexo I - tabela 43), embora o teste de qui-quadrado, não evidencie relação entre estas variáveis (0,295). Será que as viúvas saem raramente, por pressão cultural?

Tabela 31 - Frequência com que os clientes saiem de casa, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
costuma sair de casa	raramente	Nº	37	5	42
		%costuma sair de casa	88,1%	11,9%	100,0%
		%género	39,4%	7,4%	25,9%
	às vezes	Nº	23	10	33
		%costuma sair de casa	69,7%	30,3%	100,0%
		%género	24,5%	14,7%	20,4%
	quase todos os dias	Nº	14	7	21
		%costuma sair de casa	66,7%	33,3%	100,0%
		%género	14,9%	10,3%	13,0%
	todos os dias	Nº	20	46	66
		%costuma sair de casa	30,3%	69,7%	100,0%
		%género	21,3%	67,6%	40,7%
Total	Nº	94	68	162	
	%costuma sair de casa	58,0%	42,0%	100,0%	
	%género	100,0%	100,0%	100,0%	

As razões apresentadas pelos clientes para justificar o facto de só *saiem de casa, raramente, ou às vezes*, como se pode constatar através da análise da Tabela 32, deve-se, em primeiro lugar, a *não gostarem de sair* (29,3%), aspecto referido, essencialmente, pelas *mulheres* (68,2%), nomeadamente, com 50 a 64 anos (cf anexo XIV – gráfico 9). Este argumento parece ser, altamente condicionado, pelo factor cultural, pois na população açoriana, com idade mais avançada, nomeadamente, residente nas freguesias, existe a crença que a promoção da dignidade da mulher passa pela sua permanência em casa. Aliás estas representações foram claramente expressas por algumas clientes, como foi o caso da D Maria Teresa e D Maria Rita⁷², ao justificarem a situação do seguinte modo, “...*sou mulher, tenho de me dar ao respeito...*” e “*se sair as vizinhas podem falar mal de mim...*”.

Ter *dificuldade em andar e o medo de cair* foi o aspecto referido em segundo lugar, nomeadamente, pelas *mulheres* (84,2%), com 65 a 79 anos (cf anexo XIV – gráfico 9).

⁷² Nomes fictícios.

Newson e Schulz (1996, in Bassols, 2001), nos estudos que realizaram, com pessoas, com 65 e mais anos, verificaram, a existência de dificuldade em se deslocarem. Considera Pinto (2001) que tal se deve a anomalias do equilíbrio e/ou da marcha, escassa actividade física, redução da força e alterações motoras, nomeadamente, a nível dos membros inferiores, perda da visão próxima, depressão e consumo de sedativos.

Tabela 32 - Razões de saírem pouco de casa, segundo género.

			género		Total
			feminino	masculino	
razoes sair pouco de casa	-nao gostar sair de casa	N	15	7	22
		%razoes sair pouco	68,2%	31,8%	100,0%
		%género	25,0%	46,7%	29,3%
	-ter dificuldade em andar e medo de cair	N	16	3	19
		%razoes sair pouco	84,2%	15,8%	100,0%
		%género	26,7%	20,0%	25,3%
	-cuida de familiares dependentes	N	9	2	11
		%razoes sair pouco	81,8%	18,2%	100,0%
		%género	15,0%	13,3%	14,7%
	-nao ter aonde ir	N	8	2	10
		%razoes sair pouco	80,0%	20,0%	100,0%
		%género	13,3%	13,3%	13,3%
-mulher tem de se dar ao respeito para nao falarem mal dela	N	7	0	7	
	%razoes sair pouco	100,0%	,0%	100,0%	
	%género	11,7%	,0%	9,3%	
-para nao apanhar frio	N	3	1	4	
	%razoes sair pouco	75,0%	25,0%	100,0%	
	%género	5,0%	6,7%	5,3%	
marido nao quer que saia de casa	N	2	0	2	
	%razoes sair pouco	100,0%	,0%	100,0%	
	%género	3,3%	,0%	2,7%	
Total	N	60	15	75	
	%razoes sair pouco	80,0%	20,0%	100,0%	
	%género	100,0%	100,0%	100,0%	

Controlar temperatura corporal

No que se refere à actividade de vida *Controlar temperatura corporal*, através da Tabela 32 verifica-se, também, que 5,3% dos clientes, dos quais 75,0% são mulheres, alegaram que *não saiam de casa, todos ou, quase todos os dias*, para não comprometer esta actividade de vida,

ou seja, “para não apanharem frio”. Será que esta situação não é salientada por mais clientes, atendendo ao clima ameno dos Açores? Num estudo, por nós realizado, nos Estados Unidos da América, com mulheres Açorianas, de meia idade, emigradas, a grande maioria referiu sair pouco de casa, no Inverno, por causa do frio, induzindo a sintomatologia depressiva, nomeadamente, tristeza acentuada (Bicudo e Currier, 2000).

Trabalhar e lazer

No que se refere à actividade de vida *Trabalhar e lazer*, pela análise da Tabela 33, verifica-se que a maioria dos clientes eram *reformados* (43,2%) e 34,0% *exercia actividade laboral*. Mais de metade (54,3%), integrava o grupo dos *trabalhadores não qualificados* (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 1994). Será que o número reduzido de clientes, das profissões do topo, se deve ao facto de terem maior capacidade económica para recorrerem à clínica privada e por isso não recorrem aos Centro de Saúde?

A Comissão das Comunidades Europeias (1999) defende como meios importantes para a promoção da qualidade de vida dos reformados, trabalhar durante mais tempo, participar, activamente, na comunidade local e na sociedade, em geral, havendo ganhos, não só para os próprios, ao concretizarem a aspiração a uma vida longa útil, como, também, para os que beneficiam dos serviços prestados. Sentir-se útil, membro vivo de um corpo social são factores fundamentais para a qualidade de vida das pessoas (Ramos, 2001; Magalhães, 2001; Lawton, 1999). No entanto, a esmagadora maioria do grupo de clientes reformados, que continuava a exercer actividade laboral (64,5% *trabalhadores não qualificados*), fazia-o como meio de angariar mais algum poder económico e outras por serem domésticas, que apesar de reformadas continuavam a exercer a actividade que, sempre, desenvolveram, ao longo da sua vida. Esta situação retrata, não só uma realidade regional e nacional, mas, também, de alguns países dos Estados Membros, pois mais de 50% destas mulheres, em idade activa, com mais de 50 anos, não exercia actividade remunerada (Vaz, 1998; Comissão das Comunidades Europeias, 1999).

Tabela 33 - Profissão dos clientes⁷³, segundo a sua situação face, ao trabalho.

			situação face ao trabalho					Total
			em actividade	reformado	reformado mas com actividade	desempre -gado	baixa medica	
p r o f i s s ã o	Quadros superiores	N	1	3	1	0	0	5
		% profissão	20,0%	60,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
		%situação face trabalho	1,8%	4,3%	3,2%	,0%	,0%	3,1%
	Técnicos e profissionais nível intermédio	N	1	10	1	0	1	13
		% profissão	7,7%	76,9%	7,7%	,0%	7,7%	100,0%
		%situação face trabalho	1,8%	14,3%	3,2%	,0%	25,0%	8,0%
	Pessoal administrativo e similares	N	1	6	1	1	0	9
		% profissão	11,1%	66,7%	11,1%	11,1%	,0%	100,0%
		%situação face trabalho	1,8%	8,6%	3,2%	50,0%	,0%	5,6%
	Pessoal dos serviços e vendedores	N	5	4	0	0	0	9
		% profissão	55,6%	44,4%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		%situação face trabalho	9,1%	5,7%	,0%	,0%	,0%	5,6%
	Agricultores e pescadores	N	5	11	4	0	1	21
		% profissão	23,8%	52,4%	19,0%	,0%	4,8%	100,0%
		%situação face trabalho	9,1%	15,7%	12,9%	,0%	25,0%	13,0%
	Operários e artífices	N	3	6	4	1	0	14
		% profissão	21,4%	42,9%	28,6%	7,1%	,0%	100,0%
		%situação face trabalho	5,5%	8,6%	12,9%	50,0%	,0%	8,6%
	Operadores de instalação e máquinas	N	1	2	0	0	0	3
		% profissão	33,3%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		%situação face trabalho	1,8%	2,9%	,0%	,0%	,0%	1,9%
	Trabalhadore s não qualificados	N	38	28	20	0	2	88
		% profissão	43,2%	31,8%	22,7%	,0%	2,3%	100,0%
		%situação face trabalho	69,1%	40,0%	64,5%	,0%	50,0%	54,3%
Total	N	55	70	31	2	4	162	
	% profissão	34,0%	43,2%	19,1%	1,2%	2,5%	100,0%	
	%situação face trabalho	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

⁷³ (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 1994).

Pela análise da Tabela 34, obtém-se um “retrato” da típica divisão de tarefas, nos Açores, por género. Verifica-se que a *actividade de trabalho*, que ocupou a maioria das mulheres (49,4%), foram as *lides domésticas* (72,3%) e dos homens, actividades *inerentes à profissão* (26,5%). Em segundo lugar, as mulheres salientaram a tarefa *cozinhar* (7,4%) (actividade, meramente, feminina), situação, relativamente, comum quando possuem idade mais avançada e possuem filhas que assumem as restantes tarefas domésticas. Salientaram os homens *cuidar da agricultura do quintal e das terras* (20,6%), situação, frequentemente, referida como estratégia de angariação de produtos para a alimentação, atendendo aos fracos recursos económicos.

Tabela 34 - Actividade de trabalho que mais ocupa os clientes, segundo o género.

		género					
		feminino		masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
actividades trabalho	- lides domesticas	68	72,3%	12	17,6%	80	49,4%
	- nao faz nada	10	10,6%	20	29,4%	30	18,5%
	- inerentes a profissao	3	3,2%	18	26,5%	21	13,0%
	- cuidar da agricultura do quintal e das terras	1	1,1%	14	20,6%	15	9,3%
	- cozinhar	7	7,4%	0	,0%	7	4,3%
	- cuidar dos netos	5	5,3%	1	1,5%	6	3,7%
	- cuidar da lavoura	0	,0%	2	2,9%	2	1,2%
	- cuidar de familiares doentes	0	,0%	1	1,5%	1	,6%

A resposta às necessidades psicológicas, nomeadamente, relacionadas com o *Lazer*, contribuiu para enriquecer o bem-estar, tendo o Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, considerado o lazer um direito de todos (in Comissão Independente População e Qualidade de Vida, 1998). São objectivos básicos do *Lazer*, actividades promotoras de relaxamento, recreação, divertimento, exercício, desporto, entre outras (Roper, Logan, Tierney, 1996).

A actividade de lazer mais utilizada pelos clientes, de ambos os sexos, como se verifica, através da Tabela 35, foi *ver televisão* (43,8%). Em segundo lugar, enquanto 28,7% das clientes optam por *fazer renda e bordados*, actividade típica das mulheres Açorianas, 19,1% dos homens opta, em ex aequo, por *actividades desportivas e passear a pé* e *ir conversar e jogar cartas para o café e/ou “canto”*. Estes dados estão em perfeita consonância com os de outros estudos, realizados, em outros locais do País, nomeadamente, por Valente (1999), Costa e Franco (2001), Azeredo (2001), entre outros. A excepção reside no facto de, enquanto nos outros estudos, os homens utilizam as praças e jardins, como ponto de encontro, neste, optam pelo café e ou “canto”, sítio central das freguesias, normalmente situado junto das igrejas, aonde se encontram, unicamente, homens para arranjar trabalho (construção civil, agricultura, entre outras), jogar e conversar. De salientar que 17,0% das mulheres referiram *ir à Missa e outras actividades de cariz religioso*, o que poderá explicar-se pelo facto de induzirem a saída de casa e o encontro/convívio com outras pessoas e, por conseguinte, terem considerado uma actividade de lazer.

Tabela 35 - Actividade de lazer, segundo o género.

actividades de lazer	Género				Total	
	feminino		masculino			
	N	%	N	%	N	%
-ver televisão	42	44,7	29	42,6	71	43,8
-fazer renda/bordados ou outro artesanato	27	28,7	2	2,9	29	17,9
-cuidar agricultura/floricultura	10	10,6	10	14,7	20	12,3
-ir à Missa e outras actividades religiosas	16	17,0	3	4,4	19	11,7
-ler	10	10,6	9	13,2	19	11,7
-actividades desportivas e passear a pé	6	6,4	13	19,1	19	11,7
-ir conversar e jogar cartas no café/canto	0	,0	13	19,1	13	8,0
-sentar à porta a conversar com as vizinhas	12	12,8	0	,0	12	7,4
-não faz nada	6	6,4	2	2,9	8	4,9
-visitar familiares e amigos	2	2,1	5	7,4	7	4,3
-ir centro de convívio	6	6,4	0	,0	6	3,7
-voluntariado	1	1,1	5	7,4	6	3,7
-ir para os hipermercados	1	1,1	4	5,8	5	3,1
Total	94	100.0	68	100.0	162	100.0

Relativamente à determinante da saúde actividade/exercício físico (Brechat, 2008), estratégia fundamental, para combater as causas das principais doenças, relacionadas com os estilos de vida (Ministério da Saúde, 2004), constata-se, através da análise da Tabela 36, que a maioria (58,6%) dos clientes referiu *nunca praticar exercício físico*, sendo 71,3% destes, mulheres. Esta situação agrava-se com o facto de, como já foi referido, optarem por actividades de lazer muito sedentárias (ver televisão e fazer renda/bordados) e, raramente, saírem de casa. O Ministério da Saúde (2003) e a OMS (2005) salientam a prática de exercício físico, como estratégia fundamental para a ampliação da esperança de vida, sem incapacidades. Daí o Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, já em 1998, terem salientado a importância de promover a vida activa das pessoas com 40 anos, através da realização de, pelo menos, 30 minutos de actividade física diária. A maioria dos homens (41,1%) que a pratica, fá-lo *quase todos, ou todos os dias* e a maioria das mulheres, apenas, *às vezes* (13,8%), existindo correlação, altamente significativa, entre o hábito de fazer exercício físico e o género (0,000), pelo teste de qui-quadrado.

Estes dados salientam outra das áreas fundamentais, para os enfermeiros intervirem, com vista à promoção da longevidade saudável, como preconiza Brechat (2008) maior envolvimento na estimulação da população, nomeadamente, feminina, para a importância do exercício físico e sensibilização dos recursos da comunidade, para criarem condições adequadas à sua prática.

Relacionando, pelo teste de qui-quadrado, a prática de exercício físico com:

- a *idade* - verifica-se que não existe correlação entre estas 2 variáveis (0,513), constatando-se, mesmo, que mais de 50% de qualquer um dos 3 grupos etários, *nunca praticam exercício físico*. Silva e Alves (2003) concluíram que, a falta de hábito de praticar exercício físico, aumenta, proporcionalmente, com a idade, o que, de algum modo, também se verifica neste estudo, no que se refere à frequência da prática (cf anexo I - tabela 44);
- *situação dos clientes face ao trabalho* – existe, entre estas variáveis, alguma dependência (0,124), ao estar muito próxima de 10%, pois a maioria dos clientes que tem este hábito, *quase todos, ou todos os dias*, (75,0% e 40,0%, respectivamente), são reformados e, por

consequente, mais disponíveis para esta prática, nomeadamente, através de passeios e caminhadas (cf anexo I – tabela 45);

- *a capacidade económica* – verifica-se que existe correlação, altamente, significativa, entre estas 2 variáveis (0,000). Aliás, alguns clientes (60,9%) referiram que praticavam ginástica em ginásio, nomeadamente, mulheres (52,2%) o que exige algum poder económico (cf anexo I – tabela 46). Os clientes com 65 e mais anos, nomeadamente, do sexo masculino, optam pelos passeios a pé (cf anexo XIV – gráfico 10). Será por ser uma modalidade mais acessível em termos monetários?

Tabela 36 - Frequência da prática de exercício físico, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
costuma fazer exercício físico	nunca	Nº	67	28	95
		%costuma fazer exercício físico	70,5%	29,5%	100,0%
		% género	71,3%	41,2%	58,6%
	raramente	Nº	6	5	11
		%costuma fazer exercício físico	54,5%	45,5%	100,0%
		% género	6,4%	7,4%	6,8%
	às vezes	Nº	13	7	20
		%costuma fazer exercício físico	65,0%	35,0%	100,0%
		% género	13,8%	10,3%	12,3%
	quase todos os dias	Nº	4	12	16
		%costuma fazer exercício físico	25,0%	75,0%	100,0%
		% género	4,3%	17,6%	9,9%
	todos os dias	Nº	4	16	20
		%costuma fazer exercício físico	20,0%	80,0%	100,0%
		% género	4,3%	23,5%	12,3%
Total	Nº	94	68	162	
	%costuma fazer exercício físico	58,0%	42,0%	100,0%	
	% género	100,0%	100,0%	100,0%	

Através da Tabela 37 verifica-se que o argumento mais utilizado para *justificar a ausência da prática de exercício físico*, parece evidenciar falta de conhecimentos, ao ter a maioria dos clientes de ambos os sexos (65,0% mulheres e 35,0% homens) e de todos os grupos etários, terem referido *não precisarem de o praticar* (cf anexo I - tabela 47). Tal situação apela,

novamente, à necessidade de intervenção sistemática dos enfermeiros, demonstrando a importância da actividade física regular e adequada, à capacidade de cada pessoa, beneficiando a nível físico os aparelhos cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, a nível psíquico, as funções intelectuais, cognitivas, de reacção a estímulos, a memória, a inteligência e a atenção (Pinto, 2001) e, a nível social a relação interpessoal, em suma, a saúde física e mental.

Tabela 37 - Razões referidas, por ordem crescente, para justificar a ausência da prática de exercício físico, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
razao nao fazer exercicio fisico	- para nao fazer mal a saude	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	1 100,0% 1,2%	0 ,0% ,0%	1 100,0% ,8%
	- nao ter companhia	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	1 50,0% 1,2%	1 50,0% 2,5%	2 100,0% 1,6%
	- para vizinhas nao falarem mal	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	5 100,0% 5,8%	0 ,0% ,0%	5 100,0% 4,0%
	- nao saber fazer e nao ter possibilidades economicas	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	6 54,5% 7,0%	5 45,5% 12,5%	11 100,0% 8,7%
	- nao ter idade para isso	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	8 80,0% 9,3%	2 20,0% 5,0%	10 100,0% 7,9%
	- nao ter tempo	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	8 57,1% 9,3%	6 42,9% 15,0%	14 100,0% 11,1%
	- ter limitacoes fisicas	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	12 66,7% 14,0%	6 33,3% 15,0%	18 100,0% 14,3%
	- nao ter este habito	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	19 76,0% 22,1%	6 24,0% 15,0%	25 100,0% 19,8%
	- nao precisar	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	26 65,0% 30,2%	14 35,0% 35,0%	40 100,0% 31,7%
	Total	N %razao nao fazer exercicio fisico %género	86 68,3% 100,0%	40 31,7% 100,0%	126 100,0% 100,0%

Dormir

Interessante é verificar, através da Tabela 38 que 60% dos clientes, que referiram *fazer, todos os dias, exercício físico*, também, *dormiam bem, todos os dias* e que a maioria dos que *nunca o praticava*, tenha referido que *dormia bem, apenas, às vezes* (42,1%). Apesar de parecer que outro benefício do exercício físico é a melhoria da qualidade do sono, tal não se pode afirmar, estatisticamente, ao não existir relação significativa, entre estas variáveis, pelo teste de qui-quadrado (0,142). Para além do exposto, constata-se que a maioria dos clientes (38,9%), costuma dormir bem, apenas, *às vezes*, nomeadamente, as mulheres (44,7%), já, a maioria dos homens, fá-lo *todos os dias* (cf anexo I – tabela 48). A relação de dependência, entre o género e a qualidade do sono é confirmada pela existência de correlação significativa (0,007), pelo teste de qui-quadrado. Aliás, as mulheres consomem mais indutores de sono (77,3% - cf Tabela 17) do que os homens, situação, também, evidenciada no Inquérito Nacional da Saúde 2005/6 (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009). Será que, se as mulheres optassem mais pela actividade física, não melhorariam a qualidade do sono e, conseqüentemente, não diminuiriam o consumo dos indutores de sono? Enquanto a maioria dos clientes com 50 a 64 anos (37,6%), referiu *dormir bem, todos os dias*, a maioria dos que possuía 65 e mais anos considerou dormir bem, apenas, *às vezes* (cf anexo I - tabela 49). Deste modo, parece que, tal como afirma Oswald (1980, in Roper, Logan e Tierney, 1995), Berger (1995) e Rodriguez (2000), avançar, na trajectória vital, significa dormir com menos qualidade, situação reforçada ao existir correlação significativa, entre estas duas variáveis (0,032) pelo teste de qui-quadrado.

O *estado civil* dos clientes parece não interferir, na qualidade do sono (cf anexo I – tabela 50), o que se confirma pelo teste de qui-quadrado, ao não serem estas variáveis dependentes (0,153), o mesmo se passa, relativamente, à relação, entre a *qualidade do sono e a situação dos clientes, face ao trabalho* (0,889).

Tabela 38 - Percepção da qualidade do sono, segundo a prática de exercício físico.

			costuma fazer exercício físico					Total
			nunca	raramente	às vezes	quase todos os dias	todos os dias	
costuma dormir bem	nunca	N	0	0	0	0	1	1
		%	,0%	,0%	,0%	,0%	5,0%	,6%
	raramente	N	17	1	2	2	0	22
		%	17,9%	9,1%	10,0%	12,5%	,0%	13,6%
	às vezes	N	40	4	8	6	5	63
		%	42,1%	36,4%	40,0%	37,5%	25,0%	38,9%
	quase todos os dias	N	14	1	5	3	2	25
		%	14,7%	9,1%	25,0%	18,8%	10,0%	15,4%
	todos os dias	N	24	5	5	5	12	51
		%	25,3%	45,5%	25,0%	31,3%	60,0%	31,5%
Total		N	95	11	20	16	20	162
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Parece, também, que a qualidade do sono é condicionada pelo poder económico, pois a maioria que referiu *dormir bem, raramente* (68,2%), considerou que o *seu dinheiro faltava sempre* e a maioria dos que *conseguia poupar algum dinheiro* (45,1%), *dormia bem todos os dias* (cf anexo I – tabela 51). Esta situação é reforçada, ao existir relação significativa, entre estas duas variáveis, pelo teste de qui-quadrado (0,036). Para além disso, como se constata, através da Tabela 39, a *razão* mais referida para justificar a situação *de não dormirem bem*, principalmente, pelas mulheres (60,7%), foram *as preocupações, nomeadamente, económicas*.

Não conseguiram identificar as causas da perturbação do sono 16,1% dos clientes, tendo referido, apenas, *difficuldade em iniciar o sono*. Frequentemente, a *insónia inicial* está associada a situações de ansiedade elevada, como identificou, no seu estudo Rodrigues (2002). No entanto, esta situação necessita ser estudada com maior profundidade, atendendo a que, muito frequentemente, não se trata de insónia, mas sim, devido ao hábito dos indivíduos se deitarem muito cedo, terem dificuldade em iniciar o sono e/ou acordarem de madrugada, por já terem feito o período de sono, que necessitavam. Por outro lado, frequentemente, as

peessoas com idade mais avançada e/ou reformadas fazem sesta prolongada, ao longo do dia, induzindo a redução da necessidade de sono nocturno. Deste modo, a educação sobre higiene do sono emerge, como área pertinente, a ser privilegiada na intervenção dos enfermeiros, como aliás, também o desejaram os clientes (cf Tabela 13).

Tabela 39 - Razões atribuídas ao facto de não dormirem bem, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
Razões de não dormir bem	-preocupações, nomeadamente, económicas	N %não dorme bem %género	17 60,7% 28,3%	11 39,3% 40,7%	28 100,0% 32,2%
	-insónia inicial	N %não dorme bem %género	12 85,7% 20,0%	2 14,3% 7,4%	14 100,0% 16,1%
	-insónia terminal	N %não dorme bem %género	7 70,0% 11,7%	3 30,0% 11,1%	10 100,0% 11,5%
	-pesadelos e medo de ser assaltado e/ou de morrer	N %não dorme bem %género	8 88,9% 13,3%	1 11,1% 3,7%	9 100,0% 10,3%
	-dores e dispneia	N %não dorme bem %género	5 62,5% 8,3%	3 37,5% 11,1%	8 100,0% 9,2%
	-acordar para urinar	N %não dorme bem %género	4 50,0% 6,7%	4 50,0% 14,8%	8 100,0% 9,2%
	-perda de familiares por morte ou emigração	N %não dorme bem %género	4 100,0% 6,7%	0 0,0% 0,0%	4 100,0% 4,6%
	-ruídos ambientais	N %não dorme bem %género	2 66,7% 3,3%	1 33,3% 3,7%	3 100,0% 3,4%
	-insónia intermédia	N %não dorme bem %género	1 33,3% 1,7%	2 66,7% 7,4%	3 100,0% 3,4%
	Total	N %não dorme bem %género	60 69,0% 100,0%	27 31,0% 100,0%	87 100,0% 100,0%

Exprimir a sexualidade

Exprimir a sexualidade faz parte integrante da vida humana, embora, frequentemente, “se aceite” ser inerente à juventude e um facto inevitável o seu declínio ou cessação, com o avançar da idade. Quando esta expressão continua, após a idade adulta, nomeadamente, através da relação sexual, por vezes, é-lhe atribuída conotação perversa ou “viciosa”, acabando as próprias pessoas, com idade mais avançada, por interiorizarem e pactuarem com estas crenças, envergonhando-se de a assumir, como uma necessidade humana básica, que deve ser cultivada, em qualquer idade (Vaz, 2003; Zimmerman, 2000). Talvez por isso, como se pode verificar, através da Tabela 40, 6,8% dos clientes não quiseram responder a esta questão (sendo 63,6% destes, homens) e 46,3% referiram *nunca terem relações sexuais*, sendo 78,7% destes, *mulheres*. Alguns clientes tiveram a necessidade *de salientar que* optavam por outro tipo de comportamentos, nomeadamente, beijos e carícias, o que demonstra que, de facto, a expressão da sexualidade ultrapassa, em muito, as relações sexuais (Eliopoulos, 2001).

Foram, essencialmente, os homens que referiram ter relações sexuais (66,2%) se bem que *raramente* (52,5%), existindo correlação, altamente significativa, entre o género e a ocorrência de relações sexuais (0,000). Será que tal se deve a, culturalmente, ser melhor aceite o desejo e a satisfação sexual, no homem, do que na mulher?

Ao relacionar a ocorrência de *relações sexuais*, com *a idade*, parece que a frequência destas vai diminuindo à medida que o indivíduo avança na idade (cf anexo I - tabela 52). No entanto, tal não se pode afirmar, por estas variáveis serem independentes, pelo teste de qui-quadrado (0,376). Já o mesmo não se verifica, relacionando-a com *o estado civil*, ao existir correlação, altamente significativa (0,000), entre estas variáveis, como já o havia concluído Eliopoulos (2001).

Tabela 40 - Ocorrência de relações sexuais, segundo o género.

			género		Total
			feminino	masculino	
ocorrência relações sexuais	-não quer responder	Nº	4	7	11
		%ocorrência relação sexuais	36,4%	63,6%	100,0%
		%género	4,3%	10,3%	6,8%
	-nunca	Nº	59	16	75
		%ocorrência relação sexuais	78,7%	21,3%	100,0%
		%género	62,8%	23,5%	46,3%
	-rara- mente	Nº	19	21	40
		%ocorrência relação sexuais	47,5%	52,5%	100,0%
		%género	20,2%	30,9%	24,7%
	-às vezes	Nº	11	22	33
		%ocorrência relação sexuais	33,3%	66,7%	100,0%
		%género	11,7%	32,4%	20,4%
	-quase todos os dias	Nº	1	2	3
		%ocorrência relação sexuais	33,3%	66,7%	100,0%
		%género	1,1%	2,9%	1,9%
Total	Nº	94	68	162	
	%ocorrência relação sexuais	58,0%	42,0%	100,0%	
	%género	100,0%	100,0%	100,0%	

De facto, a razão mais referida, nomeadamente, pelas mulheres (86,0%), para justificar *nunca ou raramente* terem relações sexuais foi *serem viúvos/solteiros* (28,1%) como se pode verificar através da Tabela 41. Será que tal se deve a factores culturais, atendendo a que existe a crença, que uma forma de as viúvas “respeitarem o falecido” e das solteiras (que não se casaram até por volta dos 30/40 anos) “se manterem dignas” passa por não se relacionarem com homens?

Vendo por grupo etário, interessante é verificar que o argumento de “*o próprio e/ou parceiro não terem idade para isso*” foi utilizado por 60,0% dos clientes com 50 a 64 anos. Deste modo, verifica-se que são os mais jovens os que mais utilizam este argumento. Será que consideram que esta é uma actividade de vida dos jovens e dos jovens adultos?

Uma vida sexual activa, ao longo de toda a vida, um bom estado físico e mental, a manutenção de actividade física regular e repouso, boa nutrição, ingestão limitada de álcool, controlo do stress, boa higiene e arranjo pessoal e ter um parceiro sexual activo e atencioso são determinantes de uma vida sexual activa, na idade avançada (Vaz, 2003; Eliopoulos, 2001). Para além disso, sentir-se importante e desejado por outro e o relacionamento significativo, entre pessoas, proporciona segurança, conforto e bem-estar emocional. Deste modo, a desmitificação das crenças, relacionadas com a expressão sexual, deverá ser outra área a valorizar, pelos enfermeiros, na relação com esta população.

Tabela 41 - Razão atribuída à não ou rara ocorrência de relações sexuais, segundo a idade.

			idade			
			50-64	65-79	≥80	Total
razão atribuída à não ocorrência de relações sexuais	- por ser viúva/o ou solteira/o	N %razão atribuída % idade	19 41,3% 22,4%	19 41,3% 30,6%	8 17,4% 53,3%	46 100,0% 28,4%
	- por o próprio e/ou parceiro ser doente	N %razão atribuída % idade	15 60,0% 17,6%	10 40,0% 16,1%	0 ,0% ,0%	25 100,0% 15,4%
	- por não ter necessidade/desejo	N %razão atribuída % idade	4 25,0% 4,7%	7 43,8% 11,3%	5 31,3% 33,3%	16 100,0% 9,9%
	- por o próprio e/ou parceiro “não ter idade para isso”	N %razão atribuída % idade	6 60,0% 7,1%	4 40,0% 6,5%	0 ,0% ,0%	10 100,0% 6,2%
	- por impotência devido a medicamentos e/ou prostatectomia	N %razão atribuída % idade	5 55,6% 5,9%	4 44,4% 6,5%	0 ,0% ,0%	9 100,0% 5,6%
	- por incompatibilidade conjugal	N %razão atribuída % idade	3 50,0% 3,5%	3 50,0% 4,8%	0 ,0% ,0%	6 100,0% 3,7%
	- por só ocorrer quando parceiro solicita	N %razão atribuída % idade	1 50,0% 1,2%	1 50,0% 1,6%	0 ,0% ,0%	2 100,0% 1,2%
	-por ter medo que faça mal à saúde	N %razão atribuída % idade	1 100,0% 1,2%	0 ,0% ,0%	0 ,0% ,0%	1 100,00 ,6%

Morrer

A inevitabilidade da *morte* é uma sombra que acompanha a existência do ser humano, cada vez mais presente, com o avançar da idade. Esta situação parece confirmar-se pela análise do Gráfico 15, ao ter expressado a maioria dos clientes (nomeadamente, as mulheres) que *pensava no futuro, o fazia, pensando na morte, todos os dias* (cf anexo I – tabela 53, 54 e 55). A reforçar a dependência entre estas variáveis (*pensar no futuro e a morte*), existe correlação significativa pelo teste de qui-quadrado (0,100), para nível de significância de 10%.

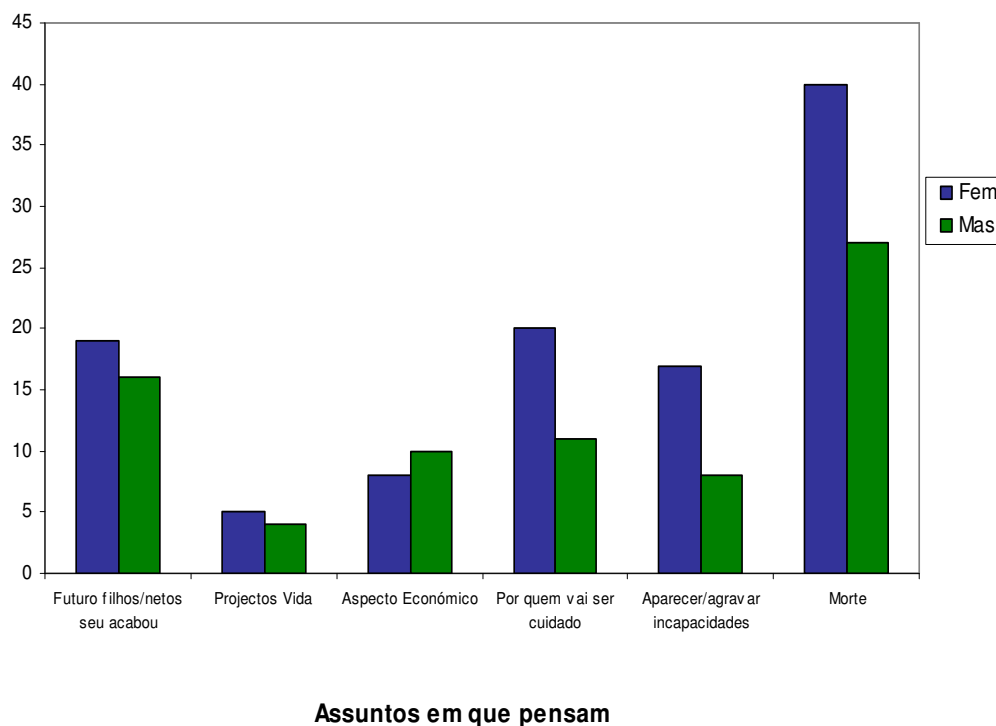
Esta situação vem vincar a importância dos enfermeiros se disponibilizarem para ouvir os clientes partilharem as suas alegrias e tristezas, as suas certezas e dúvidas e as suas preocupações, inclusivamente, relacionadas com a morte.

Por a probabilidade de significância (0,061), entre a *idade* e a frequência, com que os clientes *pensam no futuro*, estar entre 5 e 10 %, decidiu-se realizar o teste ANOVA, o qual confirma a existência de correlação significativa, entre estas variáveis (0,013). Será que o facto da maioria dos clientes, com 80 e mais anos não ter referido, como pensamento de fundo, a morte, se deve a ter-se adaptado a esta realidade e por isso não a identificou? Ou será que não o fez, por mecanismo de defesa tentando “ignorá-la”?

Em segundo lugar, 35 clientes referiram *pensar não no seu futuro, mas sim no dos filhos e dos netos, porque o seu já havia acabado*. Tal situação parece demonstrar, por um lado, que entraram numa “morte psicológica”, relativamente, a si próprios (Zimerman, 2000). Mas, por outro, parece que se estavam a eternizar, através dos filhos e netos (Sá, 1992).

Em terceiro lugar, 31 clientes, cuja sobrevivência do cônjuge e ou dos filhos dependia do próprio, por se encontrarem em situação de dependência, o tema de pensamento dominante foi a preocupação “*quem irá cuidar de mim e dos que dependem de mim, se surgir alguma doença?*”, sendo 64,5% destes mulheres (cf anexo I - tabela 53). Esta situação parece evidenciar a falta de recursos na comunidade, para apoio eficaz às pessoas em situação de dependência e suas famílias, interferindo, continuamente, na qualidade do seu envelhecimento.

Gráfico 15 - Assuntos do futuro em que pensam, segundo o género.



Os sonhos são projectos de vida que irrigam a vida de prazer e de sentido (Augusto, 2007). Deste modo, o envelhecimento com qualidade depende, também, da capacidade que cada pessoa tem de sonhar e desenvolver um projecto de vida e das expectativas e exigências de desenvolvimento pessoal (Ramos, 2001; Quaresma, 2001). Através da análise da Tabela 42, constata-se que o *sonho/desejo*, mais referido pelos clientes de ambos os sexos e de todos os grupos etários (cf anexo I – tabela 56) foi o de o *próprio ter mais saúde, assim como os filhos e cônjuge* (29,0%). Tal situação parece demonstrar que o bem-estar, como defende Spirduso (2005), está, altamente, relacionado, com a satisfação dos indivíduos, não só consigo mesmo,

mas, também, com a família. Em segundo lugar, nomeadamente, as mulheres *desejam ser mais felizes* (24,5%) e os homens *ter segurança económica, até ao fim da vida* (23,5%).

Constata-se, ainda, que 14,2% dos clientes referem *não terem sonhos/desejos*, abrangendo ambos os sexos e todos os grupos etários, de forma semelhante. *Será* que estão a vivenciar o “síndrome de desistência” (Zimerman, 2000)? Pois, sem razão de ser, sem objectivos nem finalidades, a vida não tem qualidade (Fernández-Ballesteros, 2002; Novelli e Workman, 2006; Magalhães, 2001). Tais dados alertam para a importância dos enfermeiros estimularem os clientes a criarem sonhos e arquitectarem projectos, recheando a vida de sentido com qualidade.

Tabela 42 - Maior sonho/desejo dos clientes, segundo o género.

	género					
	feminino		masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
-Ter mais saúde assim como filhos e cônjuge	30	31,9%	17	25,0%	47	29,0%
-Ser mais feliz no fim de vida do que é, actualmente	23	24,5%	7	10,3%	30	18,5%
-Ter segurança económica	9	9,6%	16	23,5%	25	15,4%
-Não tem sonhos desejos	12	12,8%	11	16,2%	23	14,2%
-Morrer sabendo que familiares(cônjuge, filhos e netos) ficam bem	12	12,8%	6	8,8%	18	11,1%
-Viajar	7	7,4%	7	10,3%	14	8,6%
-Ter casa própria	6	6,4%	1	1,5%	7	4,3%
-Melhorar relação conjugal	3	3,2%	3	4,4%	6	3,7%
- Concretizar outros projectos de vida	1	1,1%	4	5,9%	5	3,1%
-Marido autorizar saídas de casa para se distrair	3	3,2%	0	,0	3	1,9%
-Gozar reforma	0	,0%	3	4,4%	3	1,9%

Conhecida a percepção e as práticas dos clientes, torna-se pertinente conhecer as dos enfermeiros e os factores que as condicionam, com vista à identificação de estratégias promotoras de envelhecimento saudável e longevidade com qualidade.

CAPÍTULO 5 – ENFERMEIROS E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ÁREA PRIVILEGIADA

Para “Identificar a área do objectivo dos centros de saúde (promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e reabilitação), privilegiada pelos cuidados de enfermagem aos clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano”, questionou-se os Enfermeiros da prestação de cuidados (*EnfPCuid*), os Enfermeiros chefes (*EnfChef*), a Vogal de Enfermagem (*VEnf*) e o Presidente do Conselho de Administração do Centro de Saúde (*PresCAdm*), o Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros (*POrdEnf*), a responsável pela implementação, na Região, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (*RProgNSPI*) e o Secretário Regional dos Assuntos Sociais (*Sec*).

Todos os participantes foram de opinião que a área do objectivo dos centros de saúde, privilegiada pelos cuidados de enfermagem aos clientes, com 50 e mais anos, era o tratamento, como expressou a POrdEnf “...em termos ideais devia ser a promoção da saúde e a prevenção da doença...mas, na realidade, é o tratamento (...) é só o tratamento...” (16-27). Segundo Roper, Logan e Tierney (1995), a enfermagem perdeu a visão mais alargada da sua própria actividade e está orientada para a doença. Considerando Carapinheiro (2006) e Squire (2002), que esta situação abrange a maioria dos profissionais dos Centros de Saúde. O Ministério da Saúde (2003), assume que de facto, as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, nem sempre ocupam lugar de primazia, a nível dos Centros de Saúde. Tal situação, parece contrariar as directrizes salvaguardadas pela OMS, desde Alma Ata (1978), na Constituição da República Portuguesa, no artigo 64º (Canotilho e Moreira, 1993) e na Lei de Bases da Saúde⁷⁴. Para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, é fundamental o investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, inclusive, das pessoas com 50 e mais anos (Comissão da União Europeia no Domínio da Saúde Pública,

⁷⁴ Lei nº 48/90, D. R. I Série, de 24 de Setembro de 1990.

1995; OMS, 2000; The European Older People's Platform, 2007, entre outros). Só assim se pode contribuir para que, neste século, se viva mais e com melhor qualidade de vida, dando mais anos à vida e mais vida aos anos (OMS, 2000).

Para se compreender a situação exposta e encontrar estratégias minimizadoras da sua ocorrência, pesquisou-se possíveis causas deste fenómeno.

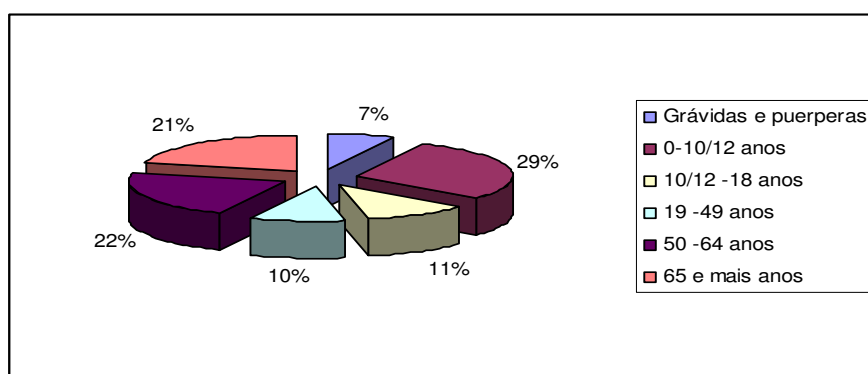
5.1 – FACTORES CONDICIONADORES E ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DE LONGEVIDADE

Atendendo a que o objectivo da investigação científica é, não só descobrir e descrever acontecimentos e fenómenos, mas, também, compreender e explicar a razão da ocorrência das situações (Polit e Hungler, 2001), acrescentou-se a esta pesquisa os seguintes objectivos: “Identificar os factores que condicionam os cuidados de enfermagem prestados aos clientes, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde Açoriano” e “Analisar estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem, para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, tendo por base as políticas de saúde internacionais, nacionais e regionais”.

A Direcção Geral da Saúde (2004) concretiza para a promoção do envelhecimento activo, com ganhos em anos de vida com independência, assegurar a continuidade de cuidados sem hiatos, ao longo do tempo. Fruto do exposto, solicitou-se aos enfermeiros da prestação de cuidados, a identificação do tempo utilizado, durante uma semana, na prestação de cuidados directos aos clientes, ao longo de todo o ciclo vital, por áreas de intervenção. Como se verifica pela análise do Gráfico 16, os enfermeiros começam a promover o envelhecimento saudável e a longevidade, desde a concepção, cuidando das grávidas (7%), dedicando mais tempo às crianças, até aos 10/12 anos (29%). A partir dessa idade, há um desinvestimento considerável dos enfermeiros (21%), voltando a haver grande envolvimento, nas pessoas com 50 e mais anos (43%). Clarifica a Enfermeira Chefe Rita, o tipo de intervenção tido e é aceite, pelo

restante grupo “...começamos a desinvestir na prevenção, pelos 10/12 anos (...), não é de forma voluntária, mas, só depois das patologias já estarem instaladas, é que começamos, novamente, a investir, neste grupo etário...e no tratamento (...) A promoção da saúde não pode ser só nos Dias Mundiais da diabetes, da saúde, da alimentação, do idoso, etc, etc...”(568-587), acrescenta a Enfermeira Chefe Leonor. Do exposto, parece que o investimento nas pessoas com 50 e mais anos, ocorre no tratamento de doenças que deviam ter sido prevenidas no período de interregno.

Gráfico 16 - Tempo utilizado pelos enfermeiros, na prestação de cuidados, ao longo de todo o ciclo vital.



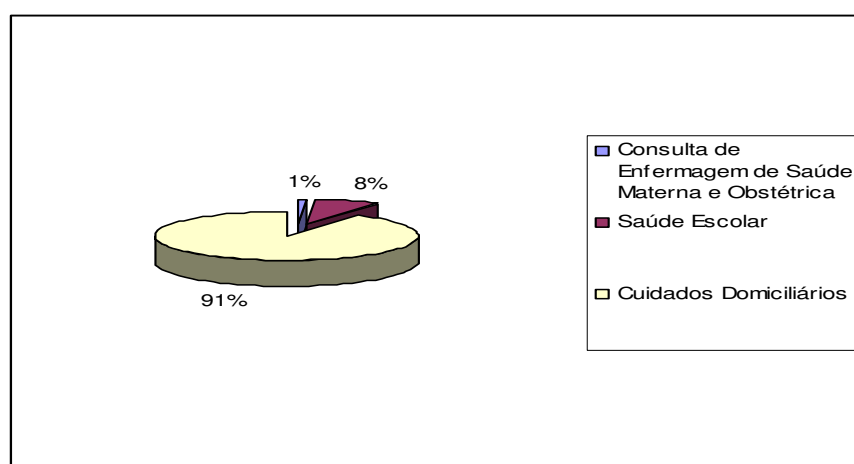
O desenvolvimento das actividades dos centros de saúde não se confina ao seu espaço físico, antes se estende à escola, à fábrica ou às colectividades⁷⁵. No entanto, o *local da prestação de cuidados*, privilegiado pelos enfermeiros, com os clientes ao longo de todo o ciclo vital, foi a Unidade de Saúde, absorvendo 76,2% do seu tempo. O restante foi empregue na comunidade, em que 91% deste tempo, foi utilizado na prestação de Cuidados Domiciliários, conforme se verifica através do Gráfico 17. Como explica o enfermeiro Edmundo⁷⁶ “...os

⁷⁵ Decreto Regulamentar Regional nº3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

⁷⁶ Nomes fictícios

cuidados domiciliários são para o tratamento dos doentes dependentes..., que já não conseguem deslocar-se à Unidade de Saúde para receberem os cuidados..., essencialmente, pensos, algáliações e entubações... e, por isso, necessitam, da intervenção de enfermagem, no domicílio...” (FGC 345-357). Será que esta percentagem de tempo não se devia inverter para a promoção da saúde e prevenção da doença, nos locais de trabalho, nos centros de dia, nas escolas, nas Casa do Povo, entre outros, atendendo a que os Cuidados de Saúde Primários estão essencialmente vocacionados para estas áreas?

Gráfico 17 - Tempo utilizado, pelos enfermeiros, na prestação de cuidados directos, aos clientes fora da Unidade de Saúde, segundo as áreas de intervenção.

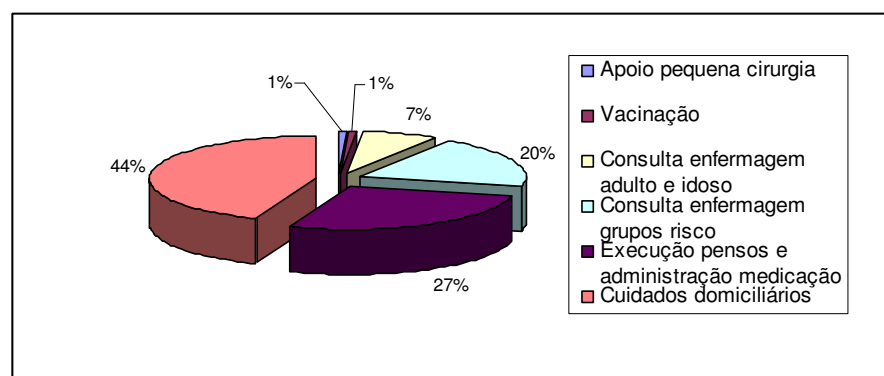


Direccionando o foco de atenção para o *tempo utilizado na prestação de cuidados aos clientes, com 50 e mais anos*, como se verifica através do Gráfico 18, este foi utilizado, em 6 áreas, tendo sido, de facto, os *Cuidados Domiciliários* a que mais absorveu os enfermeiros (44%). Parece que, a *Vacinação* é a única área, declaradamente direccionada, para a prevenção das doenças, embora ocupe apenas 1% do tempo, o que se deve, como explica a Enfermeira Chefe Conceição, “...a *vacinação* não é feita de forma sistemática (...), não existe uma norma instituída...vai acontecendo, ou não, conforme as crenças dos enfermeiros...” (313-323). Será que esta é uma das

razões dos Açores terem mais pessoas, do que o Continente, que nunca se vacinaram contra a gripe (74,6% e 70,3%, respectivamente) (Instituto Nacional de Estatística, 2007)? Ou será que tem a ver com o poder económico das pessoas, atendendo a que estas vacinas são apenas comparticipadas? Será que não seria uma política eficaz, para a promoção da longevidade, integrar esta vacina no Calendário Nacional de Vacinação?

Em todas as outras áreas, parece confirmar-se que os cuidados de enfermagem se direccionam para pessoas com perturbações de saúde, como clarifica a Enfermeira Maria de Deus, “...à *consulta do adulto e idoso (...)* *vão todos os adultos e idosos com as mais variadas patologias (...)* *que recorrem à consulta médica...*” (FGC 102-118) e “...os *grupos de risco são diabéticos e hipertensos...*” (FGA 364-369), concretiza a Enfermeira Fátima. O Ministério da Saúde, em 1994, já tinha verificado, que o trabalho dos enfermeiros, nos Centros de Saúde, se caracterizava, fundamentalmente, por o alvo de cuidados ser o indivíduo doente, com predominância de técnicas curativas, ao invés de actividades, na comunidade, de promoção da saúde e prevenção da doença. A Direcção Geral da Saúde, em 2004, salienta como desadequado o paradigma curativo, para responder às necessidades de saúde de uma população a envelhecer, mas parece que este paradigma continua a predominar nos cuidados às pessoas com 50 e mais anos.

Gráfico 18 – Tempo utilizado na prestação de cuidados de enfermagem, aos clientes com 50 e mais anos, segundo a área de intervenção.



Através da análise de conteúdo dos dados obtidos nas sessões de “focus group” e nas entrevistas individuais, conseguiu-se clarificar melhor a situação. Desta, emergiram 3 Temas de *Factores* que têm condicionado a ser privilegiado o *tratamento*, na intervenção da enfermagem, com os clientes com 50 e mais anos: inerentes ao *Meio Envolverte*, aos *Enfermeiros* e à *População*.

- *Factores relativos ao Meio Envolverte* -

Relativamente a este Tema, foram identificadas 4 categorias de *Factores*, como se pode verificar pela análise da Tabela 43: a *Representação social de pessoa idosa e do processo de envelhecimento*, as *Políticas de Saúde Nacionais e Regionais*, a *Política Institucional* e os *Recursos*.

- A *Representação social de pessoa idosa e do processo de envelhecimento*, que os políticos, gestores, enfermeiros e outros profissionais e a sociedade em geral, inclusivamente, idosa possuem é um dos factores altamente responsáveis pela falta de investimento, na promoção da saúde e prevenção da doença desta população, segundo a opinião de todos os participantes, excepto do PresCAadm e do Sec, como expressou, o Enfermeiro João Pedro “...vê-se muito estas peessoas, como aquelas (...), que são doentes e, portanto, precisam de tratamento. Na prevenção..., acham que não vale a pena investir, porque já são velhas. Quantas destas pessoas não são doentes, nem precisam destes cuidados?...”(FGC 334- 342). Estas crenças estão de tal modo enraizadas, que condicionam os comportamentos “mais banais” do dia-a-dia do enfermeiro, como demonstrou o comentário da Enfermeira Chefe Vitória “...quando uma criança falta, contactamos, logo, mas, se for um adulto, é muito raro contactar. Com 50 e mais anos, não contactamos ...”(890-898). Tal situação parece expressar que o princípio da igualdade, previsto no artigo 13º, da Constituição da Republica Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993) é posto em causa, no que se refere às pessoas, com mais idade. Nas sociedades em que, culturalmente, se associa o envelhecimento à fatalidade das doenças, dá-se, geralmente, menos importância aos cuidados de prevenção e detecção precoce (Direcção Geral da Saúde, 2004; Scholl, 2008).

- No que se refere às *Políticas de Saúde Nacionais e Regionais*, na opinião de todos os enfermeiros, excepto da POrdEnf, como expressou o Enfermeiro Pedro, “...a política de saúde está errada (...), os cuidados de saúde primários, de facto, estão definidos no papel, mas, depois, na aplicação prática (...), dá-se exactamente ao contrário ...”(FGF 282-297). Porque, como clarificou o Enfermeiro João “...a política de saúde apela ao tratamento, preocupa-se, apenas, com a doença...”(FGE 409-412), por isso, “... investem mais nos Hospitais e a outra parte fica para trás, apesar de ficar mais caro ter uma pessoa internada, do que investir na prevenção...”(FGA 268-278), acrescentou a Enfermeira Leonor. É assumido pela Direcção Geral da Saúde (2004), que, de facto, não existe estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, para promover, ao longo da vida, o envelhecimento activo. Apesar disso, o Sec considerou que “...a política de saúde nacional e regional, a este nível está perfeitamente definida, está, perfeitamente, orientada para as diversas áreas e, em particular, para este segmento de cidadãos...” (821-832).

Apesar da Comissão das Comunidades Europeias (1999) salientar que devem ser adoptadas políticas que visem limitar as dependências, através da promoção de um envelhecimento saudável e de reabilitação, após uma doença, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direcção Geral da Saúde, 2004), aprovado em 2004, ainda não está a ser implementado, nos Açores. Como é sabido, os défices de saúde estão, altamente relacionados com as políticas vigentes (Basto, 2000).

- A nível da *Política Institucional*, como referiram 3 grupos de EnfPCuid e o dos EnfChef, nomeadamente, através da Enfermeira Chefe Conceição: “...não existem metas definidas pelo Centro de Saúde (...), tudo funciona um pouco ao contrário...”(460-482). Tal facto, leva, como salientou o grupo da Enfermeira Maria “... sentimos que estamos muito divididos, muito sozinhos, cada um está a trabalhar na sua direcção...e não temos aquela força de grupo (...). Não há investimento nos enfermeiros, enquanto pessoas, enquanto gente a trabalhar para o mesmo fim ...Cada um trabalha na sua direcção...”(FGB 859-864). Por isso é que Kotler (2004), defende, como fundamental, existir nas organizações, orientações base, para que cada um actue, com consistência, direcção e oportunidade, para a concretização das metas da organização. Aliás, na Carta de Ottawa (OMS, 1986), é bem claro que, para a promoção da saúde e prevenção da doença, para além da definição das políticas de saúde pública, é fundamental a reorientação dos serviços de saúde.

A situação, atrás referida, deve-se, como assumiram os 2 elementos do Conselho de Administração: “... o Plano do Centro de Saúde está em fase de acabamento, ainda não está a ser implementado...” (EI 60-63). No entanto, o novo Plano, também, não contempla metas/objectivos direccionados, especificamente, para a promoção do envelhecimento saudável, da população com 50 e mais anos, como explicitou o PresCAdm “...O Plano não tem um programa específico, para esta área (...), agora o que há, nas pessoas deste escalão etário, volto a referir, é a questão da multipatologia e da multimedicação e, aí, sim, temos que pensar fortemente sobre estes assuntos e acompanhá-los, dentro das nossas possibilidades...” (85-91). Fruto desta filosofia, a política “oculta” do Centro de Saúde, também está centrada no tratamento, como exemplificou a Enfermeira Ana: “...criam-se equipas de cuidados continuados e cá está, outra vez, o tratamento e não se criam equipas para a promoção da saúde, desta faixa etária, por exemplo,...é a cultura organizacional...” (FGD 670-675). Segundo Carapinheiro (2006), de facto, a inexistência de concepções específicas dos Cuidados de Saúde Primários, nos Centros de Saúde, induz a que não se definiam estratégias promotoras destes cuidados.

- O facto das políticas estarem direccionadas para o tratamento da doença e para o hospital, o investimento nos Centros de Saúde é reduzido, o que induz a défices nos *Recursos* humanos, financeiros, materiais, entre outros, como clarifica a Vogal de Enfermagem “a política de saúde privilegia os hospitais...em termos de recursos...recursos humanos, por exemplo, por muito que se fale em promoção de saúde e prevenção da doença, as cotas são, sempre, maiores para os Hospitais...é o que valorizam...” (188-198). Deste modo, os recursos existentes são, fundamentalmente, direccionados para as pessoas com perturbações de saúde, como acrescenta a Enfermeira Maria de Deus “...aos doentes que nos procuram não podemos dizer que não, é uma obrigação, não há outra hipótese... e o resto fica...” (FGG 204-210). Daí que, todos os grupos de enfermeiros e o Sec, também tenham salientado, como factor condicionador, a *Falta de trabalho em equipa, por défice de recursos humanos e de sensibilização*, como expressa o grupo do Enfermeiro Miguel, “...também, se deve ao facto de o enfermeiro estar completamente sozinho. Precisamos do apoio de um médico, de um psicólogo, de um sociólogo, de um assistente social, não os temos ..., estamos, completamente, de mãos amarradas..., não temos apoio. Mesmo aqui, na Unidade, para termos apoio de um médico, às vezes, é, quase, por especial favor...” (FGE 280-290). De facto, o processo de capacitação para o envelhecimento

saudável implica intervenções estruturadas multidisciplinares (Lancaster e Stanhope, 1999; Direcção Geral da Saúde, 2004).

Tabela 43 - Factores do *meio envolvente* que condicionam a ser privilegiado o tratamento.

CATEGORIA	INDICADOR	Enumeração					
		6 grupos de Enfermeiros da Prestação de Cuidados (N= 31)	1 grupo de Enfermeiros Chefes (N= 4)	2 elementos do Conselho de Administração	Presidente da Ordem dos Enfermeiros	Responsável Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas	Secretário Regional dos Assuntos Sociais
Representação social de pessoa idosa e de envelhecimento	- Ausência de investimento, nesta população, devido aos estereótipos que políticos, gestores, enfermeiros e outros profissionais e sociedade em geral, inclusive, idosa, possuem sobre o envelhecimento e a pessoa idosa “ser doente”;.....	... 5 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....
Políticas de Saúde Nacionais e Regionais	- Políticas de saúde, na prática, estão centradas na doença/tratamento/Hospital....	... 6 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	.....
	- Inexistência de políticas para a promoção da saúde e prevenção da doença.....	... 2 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	... 1 ...	.....
Política institucional	- Inexistência de Plano, no Centro de Saúde e as directrizes existentes estão centradas na doença/tratamento;.....	... 3 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Inexistência de projecto de Unidade despotencializa projectos individuais.....	... 2 ...	.....	.....	.....	.....	.....
Recursos	- Falta de trabalho em equipa, por défice de recursos humanos e de sensibilização;.....	... 6 ...	... 1 ...	...1...	.....	.....	... 1 ...
	- Falta de recursos materiais e o acesso aos existentes, dificultado por burocracia;.....	... 6 ...	.....	.....	... 1 ...	.....	.....
	- Inadequada estrutura física de Unidades;...	... 4 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Deficientes recursos financeiros;.....	... 4 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	.....
	- Acesso aos serviços de saúde dificultado, pela falta de recursos humanos e horário;...	... 3 ...	.....	.....	.....	.....	... 1 ...
	- Falta de recursos na comunidade.....	... 2 ...	.....	.....	.....	.....	.....

- *Estratégias de melhoria relativas ao Meio Envolverte:*

- Como se pode observar, através da Tabela 44, todos os participantes afirmaram, excepto um grupo de EnfPCuid e o PresCAadm que a primeira e grande *Mudança* tem de ocorrer, a nível das *atitudes* relativamente à pessoa idosa e à promoção do envelhecimento saudável, como sintetizou o grupo da Enfermeira Fátima, “...a primeira coisa que tem que mudar...são as «cabeças»,... as mentalidades.. o mais difícil de mudar (...) começando por nós, por cada um de nós...desde o político, ao idoso...”(FGG 931-943), “... temos de intervir junto do idoso, para ele próprio, também, mudar a sua maneira de ser idoso, salientando todas as capacidades que tem e estimular a utilizá-las em benefício da sociedade...”(FGF 690-698), acrescentou a Enfermeira Teresa. Para além disso, salientou a POrdEnf “...tem que haver vontade para mudar, a começar pelas cúpulas,...tem de se acreditar que é possível promover o envelhecimento saudável...” (90-108). Deste modo, o investimento nesta população tem de ser diferente, tem de haver mudança de paradigma, como expressou a RProgNSPI “...nós todos envelhecemos, é transversal, mas podemos envelhecer com saúde (...), à medida que envelhecemos, consumimos mais serviços de saúde, mas podemos consumi-los num acto preventivo...é uma questão de mudança de mentalidades...”(63-74). O Ministério da Saúde, já em 1999, pretendeu implementar uma nova política de saúde que visasse influenciar as formas de pensar e actuar, as decisões e os comportamentos, para a melhoria da saúde, mas, pelo que parece, ainda sem resultados muito efectivos.

- No que se refere às *Políticas de Saúde* todos os participantes, excepto o PresCAadm e o Sec, consideraram, como expressou claramente a Enfermeira Catarina, “...tem de haver mudança no topo da política de saúde, depois, vem tudo por aí fora,...primeiro da política do país, depois da região, vem, hierarquicamente, por aí fora,... da instituição, à orgânica do serviço da própria Unidade de Saúde, isto é a base., apostar na promoção da saúde e na prevenção da doença desta população...”(FGD 665-687). De facto, a OMS (2000), defende que tem de haver uma modificação “radical” das políticas de saúde, dando prioridade mais elevada, à promoção da saúde e prevenção da doença. Pois, como defende o Ministério da Saúde (2004), a incidência de políticas de prevenção tem impacto na qualidade de vida, no envelhecimento normal e activo, com maior autonomia e independência. O Sec afirmou que “...até ao final deste ano (2007), é possível termos o plano todo estruturado e no próximo ano implementar...” (973- 979). O que é facto, é que já estamos quase no final de 2009 e, ainda, continuam por definir o Plano Regional de

Saúde e as políticas para a promoção da saúde desta população. Tal como explicou a RProgNSPI “...é necessário vontade política para a implementação deste Programa (Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas)...” (654-661). No entanto, há que salientar que os enfermeiros gestores e a Ordem dos Enfermeiros têm o dever de exercer influência, junto das entidades competentes, para a definição das políticas promotoras de envelhecimento saudável (Comissão da União Europeia, 1995; Ordem dos Enfermeiros, 1998).

- Para além destas mudanças, a nível da *Política Institucional*, todos os enfermeiros consideraram, excepto a POrdEnf, como salientou o Enfermeiro João, “...as cúpulas têm de mudar as suas directrizes para a aposta nos estilos de vida saudáveis, tem de haver directrizes,...isto é fundamental...”(FGE 410-417) e, com base nestas, como defendeu a Enfermeira Maria, há que “...elaborar programas para a promoção da saúde e prevenção da doença, direccionados para idades chave e esta é uma delas «com 50 e mais anos»...”(FGA 412-414). Acrescentou a VEnf “...o envelhecimento saudável é possível (...), nós todos, a começar por mim, podemos contribuir para que isto aconteça (...). Penso que as medidas vão ser tomadas (...), não faltará muito, para serem definidas (...), orientando os cuidados que se prestam hoje de outra forma, redimensionando e avaliando (...). Compete ao Centro de Saúde saber que tipo de respostas vai ter que dar,...vamos arregaçar as mangas...e avançar...” (EH 737-809). Exemplificou a Enfermeira Teresa “...Se durante um ano (...), ou então, se no próximo triénio, fossemos todos trabalhar, naquela área (...). Dissemos o objectivo é este,...assim, íamos ver os resultados efectivos da nossa intervenção,...e ter a sensação de todos estarem a trabalhar para o mesmo (...) Se houvesse uma conjugação de esforços, era mais eficaz,...é uma questão de gestão da Unidade e da Instituição...”(FGB 868-881).

- A Direcção Geral de Saúde (2004) preconiza que as estratégias vigentes, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, sejam adequadas, a nível regional e local, atendendo às suas diversidades, através dos seus planos de acção, desenvolvendo-as, numa perspectiva multidisciplinar e integrada e em permanente ligação às avaliações que forem sendo feitas. Todos os participantes excepto os ECAdm⁷⁷ e a POrdEnf, expressaram concordância com esta directiva a nível dos *Recursos*, como salientou o Enfermeiro José Vasco “...precisamos de uma boa articulação, entre as várias valências... de trabalho em equipa (...), se queremos que as pessoas mudem comportamentos, elas têm de se sentir apoiadas, amparadas (...). Isto não pode ser, objectivo único da enfermagem, tem de haver um grande trabalho de equipa, efectivo, com técnicos multidisciplinares...”(FGB 747-754).

⁷⁷ Quando se utilizar a expressão ECAdm entenda-se Elementos do Conselho de Administração.

Partilha desta opinião o Sec, ao ter salientado, como estratégia de mudança, “...começar a incutir novas mentalidades nas escolas que formam técnicos de saúde e começar a passar a mensagem de que cada um é importante e cada um tem de saber relacionar-se com os restantes elementos da equipa (...) Para além disso, o recrutamento e fixação de mais profissionais de saúde é fundamental ...” (771-802).

Alertou o grupo da Enfermeira Rita, para a importância de se atender às preferências individuais dos profissionais, “...haver um grupo, totalmente voltado para esta área da promoção da saúde e prevenção da doença, deste grupo populacional, (...), com apetências, para ela. As apetências têm de ser aproveitadas, porque, assim, é que se rentabiliza (...) fazer um levantamento... cada enfermeiro dizer onde prefere trabalhar e direccioná-lo para a sua área de eleição, para que cada um invista, onde se sente melhor...” (FGE 425-449).

Tabela 44- Estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável, relativas ao meio envolvente.

CATEGORIA	INDICADOR	Enumeração					
		6 grupos de Enfermeiros da Prestação de Cuidados (N= 31)	1 grupo de Enfermeiros Chefes (N= 4)	2 elementos do Conselho de Administração	Presidente da Ordem dos Enfermeiros	Responsável Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas	Secretário Regional dos Assuntos Sociais
Mudar atitudes	- Mudar atitudes (políticos, gestores, enfermeiros e outros técnicos e sociedade em geral, inclusiva idosa), relativamente, à pessoa idosa e à promoção do envelhecimento saudável;.....	... 5 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...
Redefinir políticas de Saúde Nacionais e Regionais	- Direcção das políticas de saúde para a promoção da saúde e prevenção da doença deste grupo etário; .	... 6 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....
	- Estimular as entidades governamentais para a redefinição da política social, a nível económico e da ocupação desta população;.....	... 3 ...	.....	.....	.....	... 1 ...	.....
Definir política institucional	- Elaborar Plano e assumir como prioritária, esta população e área, definindo metas, objectivos e estratégias, para a promoção da saúde e prevenção da doença;	... 6 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	.....
	- Elaborar projecto de Unidade;	... 4 ...	.....	.....	.....	.....	... 1 ...
Melhorar Recursos	- Promover trabalho em equipa multidisciplinar com apetências para a área;.....	... 6 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Promover continuidade de cuidados interinstitucional e intrainstitucional;.....	... 3 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Obter recursos financeiros, através de fundos;.....	... 4 ...	.....	... 1 ...	.....	... 1 ...	.....
	- Reestruturar as Unidades de Saúde;.....	... 2 ...	.....	... 2 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Estimular criação e intervenção nos recursos;.....	... 2 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Promover acesso aos serviços de saúde através de horário e de recrutamento e fixação de técnicos;.....	... 2 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Disponibilizar mais recursos materiais;.....	... 2 ...	.....	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....

- Factores relativos aos Enfermeiros -

Dos Factores, relativos aos Enfermeiros, que condicionam a ser privilegiado o tratamento, salientaram, como se pode verificar através da Tabela 45, *a Prática e a Formação dos Enfermeiros, o Desconhecimento da População e a Desmotivação*.

- A indução da reflexão acerca desta problemática, levou a que todos os enfermeiros, excepto a POrdEnf e a RProgNSPI, salientassem da *Prática dos Enfermeiros, a Organização do trabalho*, como questionou a Enfermeira Chefe Ana, relativamente, às Consultas de Saúde Infantil, “...Para que é que se fazem consultas de enfermagem aos meses, aos ...aos 3, aos 4, aos 5, aos 8, aos 9, aos 10 jiiijjjj...blá, blá, blá ...e, depois não se faz o resto (...), não dá e isto tem mesmo a ver com a organização...e, assim, temos cada vez mais pessoas, mais doentes e dependentes a solicitar cuidados, no domicílio, e a estas não podemos dizer que não...e o resto fica descurado...”(874-890). Clarificou a situação a Enfermeira São “...isto deve-se à história de enfermagem...é uma consequência da junção dos Serviços Materno-Infantil, aos Médico-Sociais (...), juntou-se a saúde materna e a saúde infantil e o tratamento(...) e isto absorve, de tal maneira o trabalho dos enfermeiros, que resta muito pouco tempo para as actividades de prevenção primária, propriamente dita (...) com este grupo populacional...”(FGG 490-567). Do exposto, conclui-se que os enfermeiros continuam a apostar numa necessidade identificada, na década de 50, com a elevada taxa de mortalidade infantil, nos Açores, mas, já ultrapassada (em 2003, a nível regional, apresentava o valor mais reduzido do país, 2,9‰) (Instituto Nacional de Estatística, 2004). As actuais prioridades são outras, nomeadamente, com este grupo populacional, com 50 e mais anos, como opina a Enfermeira Bárbara:“...estas pessoas... deviam ser a grande prioridade do Centro de Saúde. É, uma das prioridades da actualidade e há que consciencializar isto...”(FGD 489-502).

Será que, com estas estratégias, não estarão os enfermeiros, inadvertidamente, a contribuir para a previsão de Robin (2000/1), relativamente ao aumento do número de pessoas, em situação de dependência? Será que não estarão a contribuir para que a esperança de vida dos Açorianos se mantenha à distância de 3,3 anos do contexto nacional e, de 4,1 anos, do europeu? Não seria pertinente dar outra organização ao trabalho dos enfermeiros, em função das necessidades actuais? Salienta a Direcção Geral de Saúde (2004) que o aumento do envelhecimento populacional lança enormes desafios aos serviços de saúde para a promoção

da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência. Considera que tal implica a implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas e que satisfaçam as necessidades específicas de cada população.

- O *Desconhecimento da População*, com 50 e mais anos, no seu todo, é outro factor de base, salientado por 3 grupos de EnfPCuid que condiciona a intervenção para a promoção do envelhecimento saudável, desta população, como transmitiu a Enfermeira Leo, “...nem conhecemos esta população, como devíamos, vamos intervindo com aquelas pessoas que nos aparecem na Unidade, ou que nos vão dizendo: em tal sítio, há uma senhora, assim, assim e nós vamos, lá a casa (...). Mas e os outros?!!!. Ficamos só pelos que precisam de tratamento....” (FGC 324-335). De facto, um dos primeiros passos, para o sucesso da intervenção passa pelo conhecimento da população, das suas necessidades, para a partir daí se definirem objectivos e estratégias adequadas à realidade (Barroso, 2005; Redman, 2003).

- A *Desmotivação para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença desta População* está relacionada com vários aspectos, nomeadamente, com o facto dos *enfermeiros não poderem actuar de acordo com os seus quadros de referência, para a promoção do envelhecimento saudável*. Este aspecto foi o mais salientado por 5 grupos de EnfPCuid e pelo de EnfChef, como verbalizou a Enfermeira Beatriz “...podemos ter muito boas intenções, mas, sensibilizamos para irem fazer uma mamografia, leva não sei quanto tempo, vão marcar o electrocardiograma, leva, leva,... (...), se se despista um problema visual, uh! Aí então, é...é um problema...E dos dentes (...), acaba por ser uma frustração tão grande, investimos tanto e depois?(...). Não temos resposta...(.) Isto vai desgastando... desgastando... Apesar de sabermos e acreditarmos que é importante...com o tempo vamos ficando..não sei como...” (FGA 850-876). Tal como já se referiu, o envelhecimento da população terá de ser abordado de forma multidisciplinar e multisectorial (Giraldes, 1997). Garantir uma articulação, em tempo útil, entre os diferentes tipos de cuidados, com o acesso rápido e gratuito, a todos os exames complementares de diagnóstico, de natureza preventiva, é uma das estratégias definidas no Plano Regional de Saúde 2004-2006 (Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2003), mas não conseguida, na prática. Os enfermeiros, ao verem-se limitados, perante um direito do cliente e um dever dos profissionais e instituições, ficam desmotivados (Costa, 1999).

- Os cuidados prestados à população são, também, altamente, condicionados pela *Formação* dos enfermeiros, daí que como salientaram 3 grupos de Enfermeiros, nomeadamente, o da Enfermeira Chefe Deusa, tenham considerado: “...o problema já começa no curso de base, vamos ver quando é que durante o curso de enfermagem, os alunos têm um estágio na área de saúde do idoso? Não têm! Não têm! Têm uma disciplina teórica e mais nada (...) e a situação começa por aí. Nenhum dos meus enfermeiros e eles são todos novos, tem um projecto para a promoção da saúde do adulto e do idoso (...), porque ficam só pela teoria. Nos estágios, vão para os domicílios - idosos doentes (...), as famílias são seleccionadas porque têm uma criança. Como é?...Será que as escolas de enfermagem não deviam, elas próprias, ser agentes de mudança? Deixar de apostar tanto na doença e apostar mais na saúde e não só das crianças?...”(80-103). Mas o défice foi, também, atribuído, pelos mesmos grupos de enfermeiros, à formação contínua, como referiu a Enfermeira Ana“...Existe carência de formação, no Centro de Saúde, em algumas áreas, nomeadamente, nesta, porque estão sempre em mudança os problemas de saúde, precisamos de estar sempre informados..., actualizados ...”(FGE 325-337). Assim, como a formação pós-básica, como expressou a Enfermeira Ceição “...quando se começou a falar na reestruturação das especialidades(...), já se falava que seria uma para os adultos e os idosos, porque esta área não estava trabalhada e já lá vão 20 e tal anos e continuamos iguais (FGB 426-428). Carapinheiro (2006), também, concorda que um dos factores responsáveis pela predominância da vertente curativa, nos Centros de Saúde, deve-se ao facto dos profissionais terem sido formados, nesta área e, portanto, não terem sido investidos dos saberes e motivações, para produzirem outro tipo de actividades. Deste modo, como defende Costa, a formação dos enfermeiros deve incorporar as mudanças sociais (in Paúl e Fonseca, 2005).

Tabela 45 - Factores relativos aos *enfermeiros*, que condicionam a ser privilegiado o tratamento.

CATEGORIA	INDICADOR	Enumeração					
		6 grupos de Enfermeiros da Prestação de Cuidados (N= 31)	1 grupo de Enfermeiros Chefes (N= 4)	2 elementos do Conselho de Administração	Presidente da Ordem dos Enfermeiros	Responsável Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas	Secretário Regional dos Assuntos Sociais
Prática dos enfermeiros	- Organização do trabalho centrado na saúde infantil e nesta população no tratamento, nos domicílios e nas Unidades de Saúde, absorvendo todo o tempo dos enfermeiros;.....	... 6 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Modelo tradicional de prestação de cuidados (essencialmente, centrado na rotina e com fraca individualização);.....	... 5 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Ausência de avaliação da intervenção, com esta população;.....	... 5 ...	.....	... 1 ...	.....	.....	.....
	- Deficiente rentabilização dos enfermeiros, com a pré-consulta médica e pelo desvio dos especialistas, para a gestão;.....	... 2 ...	.....	.....	.....	.....	.....
	- Limitada autonomia e afirmação de enfermagem;.....	... 2 ...	.....	.....	.....	.....	.....
	- Prática dos enfermeiros condiciona percepção dos clientes de saúde e de enfermagem;.....	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
Enfermeiros desconhecem esta população na sua globalidade	- Inexistência de diagnóstico de saúde, desta população, sendo conhecidos, apenas, os clientes que recorrem à Unidade de Saúde e do domicílio que necessitam de tratamento;.....	... 3 ...	.....	.....	.....	.....	.....
Desmotivação para a promoção da saúde e prevenção da doença desta população	- Por não poderem actuar de acordo com o seu quadro de referências (conhecimentos e valores), para a promoção do envelhecimento saudável;.....	... 5 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Por não haver continuidade de cuidados intrainstituição e interinstituições;.....	... 5 ...	.....	.....	.....	.....	.....
	- Por falta de incentivo, pelos chefes, pela administração e pela carreira;.....	... 4 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Pela invisibilidade de mudança de comportamentos dos clientes, por dificuldade em monitorizar/medir resultados;.....	... 2 ...	.....	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Por deficientes recursos materiais e das infraestruturas;.....	... 2 ...	.....	.....	... 1 ...	.....	... 1 ...
	- Pelo preconceito de enfermeiro competente ser o da área hospitalar;.....	... 2 ...	.....	.....	... 1 ...	.....	.....
	- Por acomodação dos profissionais.....	... 1 ...	.....	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....
Formação dos enfermeiros	- Formação de base, de saúde do adulto e do idoso, ser só teórica e os estágios valorizarem o tratamento e a doença;.....	... 2 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Inexistência de formação pós-básica em gerontologia e saúde comunitária e contínua sobre envelhecimento saudável;.....	... 2 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....

- *Estratégias de melhoria relativas aos Enfermeiros:*

- Como se pode constatar, através da Tabela 46, 4 grupos de EnfPCuid, o dos EnfChef e a POrdEnf, salientaram a importância de se *Estimular os Enfermeiros para Melhorarem a Prática*, como expressou o grupo da Enfermeira Teresa “... foi muito motivante esta discussão (...) foi muito importante, tirou-nos da nossa rotina diária e fez-nos reflectir, sobre isto e consciencializar que temos que mudar...Mas, é já... Acredite...estou entusiasmada..., devíamos continuar com reuniões deste género...e dizerem óptimo, este aspecto foi muito bem..., este outro, se tentassem assim?!... Era importante!!...Sentíamo-nos reforçadas e apoiadas...Primeiro temos de nos sentirmos cuidadas para depois podermos cuidar dos outros...” (FGB 598-629).

- O Sec e todos os grupos de enfermeiros (excepto 1) preconizaram, tal como a Ordem dos Enfermeiros (2002) e expressou a Enfermeira Maria, como fundamental, *Conhecer esta População*, “...temos de fazer um levantamento de cada pessoa, de cada local, é tão diferente de um local, para o outro...”(FGE 463-477). Acrescenta o Enfermeiro Pedro, “...nós temos que começar a fazer diagnósticos situacionais...para sabermos quais são as situações prioritárias da nossa população, que exigem, da nossa parte, intervenção preventiva...”(FGF 337- 346). Deste modo, salienta a Enfermeira Chefe Rita “...trabalhar em estratégia de risco é importante, insistimos, sempre, no mesmo (...), temos que ver quais são as prioridades, hoje...”(890-899). Interroga-se a Enfermeira Margarida “...O que é que a sociedade espera que eu faça?...Qual é o meu papel? Qual é a minha área de intervenção?...” (FGC 564-585). Barroso (2005) e Redman (2003) salientam como fundamental para a promoção da saúde: realizar o diagnóstico da situação, analisando os recursos disponíveis e os obstáculos previsíveis; contextualizar a intervenção atendendo aos determinantes da saúde individuais (crenças, atitudes, valores, conhecimentos, personalidade, estilos pessoais, auto-estima, auto-eficácia, criatividade), sociais (papeis e normas), ambientais (acessibilidade aos serviços, condições económicas, centros de decisão política) e proceder à avaliação, ao longo de todo o processo e os ajustes adequados.

- No que se refere às estratégias de melhoria dos *Cuidados de Enfermagem*, todos os participantes, excepto a POrdEnf, salientaram, como o fez a Enfermeira Beatriz: “...para contrariar esta cultura voltada para a doença,...os enfermeiros têm de se organizar no sentido de, com certeza, assegurarem a prevenção secundária, mas disponibilizar enfermeiros para saírem fora dos seus «muros» de trabalho, para irem ao encontro das pessoas,...aos seus locais de trabalho, aos seus locais de lazer, aos lares (...), para a promoção da

saúde e prevenção da doença, deste grupo etário...” (FGF 327- 426). Acrescenta o Enfermeiro Manuel, “...*temos de descer muito, muito, ao nível daquela pessoa...e ver qual é o seu objectivo? (...) E saber: o que ela quer que eu lhe dê?...*” (FGB 757-798). As acções mais próximas dos cidadãos capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às suas necessidades, permitem minimizar custos, humanizar os cuidados e ajustarem-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o de cada população (Direcção Geral da Saúde, 2004). Daí que, como preconiza Barroso (2005), seja fundamental centrar as acções nos clientes, nas suas experiências de vida, dando-lhes oportunidade de identificarem os seus interesses em função das suas necessidades. Para tal, como defende Roper, Logan e Tierney (1996), torna-se fundamental observar, escutar e analisar com os clientes, o tipo de ajuda de enfermagem, que precisam para desempenharem as suas actividades de vida de tal forma que maximizem a sua qualidade de vida.

- Concretizaram a nível da *Formação*, 3 grupos de EnfPCuid e a RProgNSPI, como salientou a Enfermeira Luana, a necessidade de “... *formação no Centro de Saúde para melhor conhecimento. Como é que se pode promover um envelhecimento saudável? Não sei se isto está bem claro, nas cabeças de todos nós (...). A mudança passa, também, por uma mudança de cultura...*”(872-888), acrescenta o Sec, “...*para esta mudança de filosofia...para a promoção, para a prevenção e para a informação*, ainda há um caminho que precisa ser consolidado (...) *por todos os envolvidos, neste processo, nomeadamente, pelos núcleos de formação profissional* ...”(932-943). O Comité Consultivo para a Formação, no Domínio dos Cuidados de Enfermagem (Comissão da União Europeia, 1995), classifica o processo de formação, a pedra angular da qualidade dos cuidados, pelo que preconiza, relativamente à formação de base dos enfermeiros, no domínio dos cuidados aos idosos, para além de reforço teórico, a formação prática obrigatória, na comunidade, tendo por base, os Cuidados de Saúde Primários. Para além disso, considera importante a formação contínua e os cursos de especialização, tendo em vista a prática avançada, a gestão do ensino e dos cuidados, a investigação e a participação na elaboração das políticas. Apesar disto, continua a não haver formação especializada em enfermagem, nesta área. A interrupção, por motivos legais, induziu a que a nível nacional, tenha ocorrido

apenas 7 cursos na área de enfermagem gerontológica/geriátrica (Costa, in Paúl e Fonseca, 2005).

Tabela 46- *Estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável, relativas aos enfermeiros.*

CATEGORIA	INDICADOR	Enumeração					
		6 grupos de Enfermeiros da Prestação de Cuidados (N= 31)	1 grupo de Enfermeiros Chefes (N= 4)	2 elementos do Conselho de Administração	Presidente da Ordem dos Enfermeiros	Responsável Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas	Secretário Regional dos Assuntos Sociais
Estimular a melhorar prática	- Consciencializar os enfermeiros da necessidade de melhorarem a prática, reforçando os que investem na área;.....	... 4 ...	... 1 ...	.....	... 1 ...	.....	.....
Conhecer esta população	- Fazer diagnóstico de saúde desta população e organizar projectos de intervenção;.....	... 5 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	... 1 ...
Centrar cuidados de enfermagem na promoção da saúde e prevenção da doença	- Promover e vigiar a saúde, prevenir a doença, a nível da prevenção primária e secundária, centrando os cuidados na pessoa/grupo;.....	... 6 ...	... 1 ...	... 2 ...	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Avaliar a mudança de comportamentos dos clientes e o tipo de intervenção de enfermagem com esta população;.....	... 4 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Promover intervenção na comunidade, com esta população e nos recursos;.....	... 4 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Promover a afirmação da enfermagem pela divulgação da intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença;.....	... 3 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Promover a vacinação desta população;.....	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	.....
Centrar formação na filosofia dos cuidados de saúde primários	- Promover formação contínua para a mudança de paradigma, para a promoção da saúde e prevenção da doença, desta população;	... 3 ...	.....	.....	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Promover investigação para melhorar prática dos enfermeiros;	... 2 ...	.....	... 1 ...	.....	.....	.....
	- Promover formação de base teórica e prática sobre promoção do envelhecimento saudável e trabalho em equipa multiprofissional;.....	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	... 1 ...
	- Promover especializações e pós-graduações, em enfermagem gerontológica, geriátrica e de saúde comunitária;.....	... 2 ...	.....	.....	.....	.....	.....

- Factores relativos à População -

- Dos Factores inerentes à População, que induzem a ser privilegiado o tratamento, como se constata, pela análise da Tabela 47, todos os participantes, excepto o PresCAdm, a RProgNSPI e a POrdE, salientaram dos *Determinantes da Saúde*, as *Crenças* que a população possui, acerca da saúde e de enfermagem. Assim o referiu o grupo da Enfermeira Teresa “... a própria população só vem à Unidade de Saúde quando está doente,...tem a ver com a cultura da população, naquilo que acredita e até com o que acha que é a enfermagem (...). Se dizemos, «não tem aparecido, elas dizem: senhora enfermeira o que vinha fazer, eu não estava doente»...É, exactamente, ou então, «para que é que eu hei de vir cá? Eu já não tomo a pílula, nem estou grávida, os meninos já estão grandes!...»...”(FGG 898-928). Os comportamentos que resultam em saúde e bem-estar, ou em doença, assim como os valores e crenças sobre saúde são, frequentemente, aprendidos dentro da família (Roper, Logan e Tierney, 1996). Para além desta influência, será que os enfermeiros, também, não estão a alimentar nos clientes esta concepção de saúde e de enfermagem pela sua intervenção e postura, no dia-a-dia?

Outro dos factores que induz a ser privilegiado o tratamento, salientado por todos os grupos de enfermeiros, pela RProgNSPI e pelo Sec, é o impacto dos *Fracos Recursos Económicos*, de uma grande faixa desta população, na sua saúde, como referiu a Enfermeira Leonor, “...um outro aspecto, que não podemos, de maneira alguma, esquecer, tem a ver com a política social... A esmagadora maioria dos nossos idosos sofre baixas pensões e os que trabalham têm baixos salários..., o que não contribui, de modo algum, para a sua qualidade de vida, nem para as mudanças para melhorar a saúde (...). O que nós enfermeiros podemos fazer para isso?!...”(FGF 654-667). De facto a pobreza foi identificada como determinante da saúde pela WHO (2005). Giraldes (1997) perspectivava, para 2005, a melhoria do nível sócio--económico dos países do Sul da Europa o que induziria a uma procura de serviços de saúde preventivos, por parte de grupos da população que, até então, só os procuravam, numa fase avançada da doença. Atendendo aos testemunhos dos participantes, tal situação parece não ter ocorrido na Região Ultraperiférica dos Açores, pondo em causa a qualidade de vida, desta população, preconizada no artigo 81º, da Constituição da República Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993). Deste modo, os enfermeiros que prestam cuidados na comunidade, desempenham um papel fundamental, na preservação e melhoria da sua saúde, não só pela prestação de cuidados

directos, mas, também, pela informação dos políticos, acerca das problemáticas da população, estimulando a implementação de políticas adequadas à realidade (Lancaster e Stanhope, 1999).

Tabela 47- Factores relativos à *população*, que condicionam a ser privilegiado o tratamento.

CATEGORIA	INDICADOR	Enumeração					
		6 grupos de Enfermeiros da Prestação de Cuidados (N= 31)	1 grupo de Enfermeiros Chefes (N= 4)	2 elementos do Conselho de Administração	Presidente da Ordem dos Enfermeiros	Responsável Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas	Secretário Regional dos Assuntos Sociais
Determinantes da saúde da população	- Crenças de saúde e acerca da enfermagem condicionam a que recorram à Unidade de Saúde, só quando estão doentes;.....	... 6 ...	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...
	- Fracos recursos económicos;.....	... 6 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Estilos de vida dependem da idade, do sexo, profissão e local de residência;.....	... 4 ...	.....	.....	.....	.....	.....
	- Dificuldade de acesso à informação por iliteracia;.....	... 3 ...	.....	.....	.....	.....	... 1 ...
	- Multipatologia pessoal/familiar indisponibiliza para a promoção da saúde e prevenção da doença.....	... 1 ...	.....	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...

- *Estratégias de melhoria relativas à População:*

- Como se pode observar na Tabela 48, para a promoção do envelhecimento saudável, desta população, expressaram claramente todos os participantes (excepto os ECAdm), nomeadamente, a Enfermeira Leonor, complementada pelos colegas, “...temos que insistir, insistir muito, na educação desta população, para a adopção de estilos de vida saudáveis,...já diz o ditado popular «água mole em pedra dura, tanto dá, até que fura»...e temos experiência muito palpável e com resultados muito positivos, com a intervenção de enfermagem na redução da mortalidade infantil nos Açores (...). Então vamo-nos agarrar a isto e avançar com este grupo populacional...” (FGD 352-369). São os indivíduos, família e comunidade que têm o poder e a capacidade para gerir o seu potencial de saúde. No entanto, as opções saudáveis serão possíveis se tiverem informação clara, simples e rigorosa, que possam utilizar e sintam cada vez mais necessidade de a obter, desenvolvendo as suas capacidades cognitivas, sócio--afectivas, psicomotoras e sensoriais (OMS, 1986; Pender, 1987; Navarro, 1995; Lancaster e Stanhope, 1999). Por isso, não se trata de ensinar às pessoas, mas de se aprender a descobrir com elas, o que exige estar perto delas, conhecê-las, ouvi-las, aprender a conhecer e a compreender as suas formas de vida, fazê-las participar mobilizando os seus conhecimentos (Collière, 1989; Barroso, 2005).

O envelhecimento, com sucesso, é uma alternativa possível ao envelhecimento com dependência, doença, sendo fundamental a educação (Pinto, 2001). Redman (2003) considera que existe pouquíssima incidência de educação para a saúde, aos idosos, por factores variadíssimos, que não a falta de receptividade destes à mudança. Aliás, Berger (1995), considera que este grupo etário é muito receptivo à mudança de comportamentos que vise a promoção da saúde e consequente longevidade.

O desenvolvimento de capacidades e competências individuais que habilitem as pessoas a utilizar a informação, para exercerem um maior controlo sobre a sua própria saúde e a dos outros e a lidarem com a doença crónica ou com situações de stress, de forma equilibrada e autónoma, é uma dimensão de extrema importância e absolutamente necessária, em qualquer processo de promoção da saúde (Ministério da Saúde, 1998).

Tabela 48 - *Estratégias* de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável, relativas à população.

CATEGORIA	INDICADOR	Enumeração					
		6 grupos de Enfermeiros da Prestação de Cuidados (N= 31)	1 grupo de Enfermeiros Chefes (N= 4)	2 elementos do Conselho de Administração	Presidente da Ordem dos Enfermeiros	Responsável Programa Nacional para a Saúde Pessoas Idosas	Secretário Regional dos Assuntos Sociais
Promover envelhecimento saudável desta população	-Promover sessões de educação para a saúde (individuais e/ou em grupos pequenos ou através de meios de comunicação social), personalizadas, sistemáticas, apelativas (jogos, cartazes, panfletos, concursos, conferências), para a vigilância e promoção da saúde, pela adopção de estilos de vida saudáveis (exercício físico, autonomia, sexualidade, alimentação, ocupação, preparação para a reforma, projectos de vida);.....	... 6 ...	... 1 ...	.....	... 1 ...	... 1 ...	... 1 ...
	-Estimular mudança de atitudes relativamente ao envelhecimento e às pessoas idosas, ajudando a adaptação a este processo;.....	... 3 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...	... 1 ...
	- Orientar para a prevenção das perturbações mais frequentes, nesta etapa da vida (sexualidade, depressão, ansiedade, isolamento, obesidade, tabagismo, doença de Alzheimer e Parkinson e intoxicação medicamentosa);.....	... 3 ...	... 1 ...	.....	.....	.....	.....
	- Encorajar à utilização dos recursos da comunidade;.....	... 1 ...	... 1 ...	.....	.....	... 1 ...	... 1 ...

Para concluir, como expressou a Enfermeira Maria José e foi aceite por todo o grupo, “...os enfermeiros estão preparados para intervir..., querem mudar e têm gosto em trabalhar nesta área, pondo em prática a essência dos Cuidados de Saúde Primários..., contribuindo para que esta população seja, cada vez mais saudável, feliz e tenha melhor qualidade de vida...”(FGD 324-342). Como preconiza a Ordem dos Enfermeiros, promovendo a aprendizagem dos clientes, aumentando o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidarem com os desafios de saúde (2004), através de intervenções multiprofissionais (2002).

CAPÍTULO 6 - CONTRIBUTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE COM QUALIDADE

Este capítulo integra as conclusões que emergiram dos estudos desenvolvidos e estratégias de melhoria para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade.

6.1 – VALORIZAÇÃO DO TRATAMENTO POR CONDICIONALISMOS INERENTES AO MEIO ENVOLVENTE, AOS ENFERMEIROS E À POPULAÇÃO

Através da pesquisa realizada, verificou-se que os cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde Açoriano), contribuem para a promoção da longevidade dos clientes, com 50 e mais anos, privilegiando o tratamento. Tal situação deve-se a factores inerentes ao Meio Envolverte, aos Enfermeiros e à População (Figura 2).

No que se refere ao Meio Envolverte evidenciou-se como factor condicionador a representação que políticos, gestores, enfermeiros, outros profissionais de saúde e sociedade em geral, inclusive, idosa possuem de pessoa idosa “ser doente” e, por conseguinte, necessitar de tratamento. De facto a maioria dos clientes percepcionou a sua saúde como razoável, por se considerar doente. Em consequência disso, as Políticas de Saúde Nacionais, Regionais e Institucionais, direccionadas para esta população, ao contrário das internacionais, parecem estar, essencialmente, centradas na doença, no tratamento e no hospital. Esta situação traduz-se no Centro de Saúde por défices de Recursos humanos, financeiros, temporais e materiais, que inviabilizam o fácil acesso dos clientes à equipa multiprofissional, para a promoção da saúde e prevenção da doença. A Direcção Geral da Saúde (2004) assume que, de facto, não existe estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, para promover, ao longo da vida, o envelhecimento activo.

Dos factores relacionados com os *Enfermeiros* salientou-se o domínio do modelo tradicional na organização e na prestação de cuidados. Em consequência da junção dos Serviços Materno/Infantis, aos Médicos Sociais⁷⁸, os cuidados de enfermagem estão, essencialmente, direccionados para a promoção da saúde das crianças até aos 10/12 anos. A partir desta idade parece que há um desinvestimento considerável dos enfermeiros, voltando a haver grande envolvimento com a população, com 50 e mais anos, quando começam a manifestar-se as patologias que não foram prevenidas no percurso de vida anterior. Ou seja, estão centralizados no início e fim da trajectória vital, parecendo que continuam a investir numa necessidade identificada, há 50 anos nos Açores, pela elevada taxa de mortalidade infantil (embora, actualmente o arquipélago possua o índice mais baixo, do país, a nível regional). No outro extremo, o investimento dos enfermeiros, com as pessoas com 50 e mais anos, parece abranger um leque de cuidados limitado, ao os confrontar com os preconizados no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direcção Geral da Saúde, 2004). No essencial, parecem estar direccionados para o tratamento (herança dos Serviços Médico Sociais) de pessoas em situação de dependência (Cuidados Domiciliários), que integram os chamados “grupos de risco”: “diabéticos” e “hipertensos” e necessitam da execução de pensos e administração de medicação injectável, na Unidade de Saúde.

As situações apresentadas parecem evidenciar a contradição existente, por um lado, entre a realidade e o preconizado para os Cuidados de Saúde Primários, de estarem vocacionados para actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, que não se limitam ao Centro de Saúde, mas antes estendem-se à escola, à fábrica ou às colectividades⁷⁹. Por outro, com o que preconiza a Direcção Geral da Saúde (2004) para a promoção do envelhecimento activo, relativamente, à continuidade de cuidados, sem hiatos, ao longo da trajectória vital. Ou seja, continua a prevalecer o paradigma curativo e de afastamento da população, apesar da Direcção Geral da Saúde (2004) já o ter identificado como desadequado para a promoção do

⁷⁸ Decreto Regional nº36/80/A, de 27 de Agosto de 1980.

⁷⁹ Decreto Regulamentar Regional nº 3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

envelhecimento saudável e da longevidade. Esta situação “perpetua-se”, ao longo dos tempos, por não haver avaliação da intervenção dos enfermeiros, nem dos cuidados que prestam a esta população e pela desmotivação induzida pela dificuldade de agirem de acordo com o seu quadro de referência, para a promoção do envelhecimento saudável.

Outro factor condicionador é o facto dos enfermeiros só conhecerem, no essencial, a população que recorre às Unidades de Saúde e dos “Cuidados Domiciliários”, que necessita de tratamento.

Reforça, também, esta prática o facto de a formação de base dos enfermeiros, teoricamente, valorizar a promoção do envelhecimento saudável e nos ensinamentos clínicos o tratamento/doença e não haver formação contínua, nomeadamente, avançada nesta área.

Os factores referidos condicionam e são condicionados, por outros, inerentes à *População*, tais como: as crenças que tem de saúde e de enfermagem, induzem a que recorra ao Centro de Saúde só quando está doente. De facto, foi reduzido o número de clientes que referiu ter recorrido ao Centro de Saúde para vigilância de saúde, sem perturbações desta ordem, identificadas. Esta situação parece demonstrar, também, que a responsabilização individual para a promoção da saúde, preconizada pela OMS (1979), desde Alma Ata não está a ser conseguida de forma efectiva. Mas, por outro lado, também poderá estar a evidenciar a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e à informação, pois ao ser-lhes solicitada a identificação de outros cuidados que desejassem, para além da necessidade de acesso rápido às consultas médicas, expressaram o desejo dos enfermeiros realizarem rastreios e educação para a saúde para a prevenção e controlo de doenças, aspectos preconizados pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2003), pela WHO (2000), pelo Parlamento Europeu (2002 e 2007) e pela European Older People`s Platform (2007). Deste modo, parece, também, demonstrar que a difusão das noções e cuidados básicos para a

promoção da saúde e prevenção da doença esperados destes profissionais⁸⁰, como salientado pela OMS desde 1985, está a ocorrer deficitariamente.

Predominam patologias, essencialmente, relacionadas com os estilos de vida, nomeadamente, hipertensão e diabetes, altamente incapacitantes e, em larga medida, possíveis de prevenir, como defende a OMS (1986), o Ministério de Saúde (2004), a Direcção Geral da Saúde (2004), a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2003), entre outros.

A saúde foi a determinante da qualidade de vida que surgiu em segundo lugar, a que mais se evidenciou foi o poder económico, que da maioria dos clientes era baixo. Quanto mais baixo o estatuto sócio-económico, pior é o estado de saúde (WHO, 2005), o que parece demonstrar a existência de um “fosso” entre as condições de vida preconizadas na Constituição da Republica Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993) e a realidade. As Nações Unidas (1990), defendem como fundamental para o aumento da esperança de vida com saúde e para um nível de vida aceitável, o acesso aos recursos adequados. Aliás, as dificuldades financeiras evidenciaram-se como factor perturbador da concretização de várias actividades de vida.

A actividade de vida *Manter ambiente seguro*, foi posta em causa, em cerca de 1/3 dos clientes, nomeadamente, com 65 e mais anos, pela ocorrência de quedas, induzidas por desequilíbrio e vertigens. Para além disso, a quase totalidade destes, consome medicamentos, diariamente, por prescrição médica (poucos fazem auto-medicação) e não sabe ler. O rastreio de fragilidade, avaliação do risco de acidentes e a aquisição de saberes são fundamentais para o aumento da esperança de vida com saúde e redução da morbilidade e mortalidade, conforme defende as Nações Unidas (1990), a Comissão das Comunidades Europeias (1999) e a Direcção Geral de Saúde (2004).

A maioria, nomeadamente, com 50 a 64 anos, considerou que *Comia e bebia, saudavelmente*, apenas, às vezes, por dificuldades económicas e tinha como principal cuidado evitar o sal.

⁸⁰ Decreto Regulamentar Regional nº 3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

Relativamente à actividade *Comunicar*, a maioria dos clientes expressou ouvir e ver bem. No entanto, alguns que tinham perturbações a nível destes sentidos não as trataram, por as considerarem inerentes “à idade”, por dificuldades económicas e de acesso às consultas médicas de especialidade, o que mais uma vez evidencia a discrepância entre o preconizado pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais (2003), pela WHO (2000), pelo Ministério da Saúde (2004) e a realidade.

A grande maioria vivia na sua casa, gostava muito de viver onde vivia e estava muito satisfeita, com a relação familiar que possuía. No entanto, essencialmente, mulheres com baixo poder económico e que viviam com filhos casados e família, salientaram a existência de conflitos familiares e outras a solidão, como factores perturbadores da sua qualidade de vida. Tal situação evidencia a necessidade da criação de recursos minimizadores destas realidades, como preconiza a Constituição da Republica Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993).

No que se refere ao sentimento de utilidade, nomeadamente, as mulheres com baixo poder económico salientaram que, ajudavam outros, todos os dias, principalmente os netos e não necessitavam de ajuda de terceiros, para a concretização das suas actividades de vida. No entanto, à medida que aumenta a idade, aumenta, também, a necessidade de apoio, nomeadamente, para limpeza da casa, andar na rua e a nível da *Higiene pessoal e vestuário*, para entrar e sair da banheira e vestir e despir. Aos homens este apoio era, essencialmente, fornecido pelas esposas (também elas com idade avançada) e às mulheres pelos filhos, o que reforça a necessidade de recursos na comunidade para apoio aos cuidadores, não só mais idosos, como também, aos mais jovens, com redução de horários de trabalho, entre outros benefícios, potenciadores da prevenção do desgaste do cuidador e da qualidade de cuidados à pessoa em situação de dependência.

No que concerne à actividade de vida *Trabalhar*, a maioria estava reformada e era ou tinha sido trabalhador não qualificado, essencialmente, domésticas. Apesar do preconizado pela Comissão das Comunidades Europeias (1999), pela OMS (2002), pelo Ministério da Saúde (2004) e The European Older People`s Plataform (2007), acerca da ocupação após a reforma,

perspectivando o envelhecimento activo, verificou-se que possuíam percepção negativa da sua qualidade de vida cerca de 1/3 dos reformados, que continuavam a desenvolver uma actividade laboral. A maioria destes fazia-o por dificuldades económicas, o que evidencia a pertinência de reestruturação das políticas sociais e de trabalho, que garantem as condições de vida preconizadas na Constituição da República Portuguesa (Canotilho e Moreira, 1993).

A actividade de trabalho que mais ocupava as mulheres, eram as lides domésticas e os homens, as inerentes à profissão. Ver televisão foi a actividade de Lazer mais referida pelos clientes, de ambos os sexos. Esta situação associada ao facto da maioria, nomeadamente, das mulheres, nunca fazer exercício físico e, raramente, saírem de casa, em termos da actividade *Mobilizar*, evidenciou-se a vida sedentária desta população. Atendendo aos amplos benefícios da prática de exercício físico, como estratégia fundamental para a promoção da longevidade saudável, revelou-se de crucial importância sensibilizar esta população à adopção deste comportamento e responsabilizar os recursos da comunidade, como preconizado pela Direcção Geral de Saúde (2004) e The European Older People`s Platform (2007). Relacionando a actividade de vida *Dormir* com a prática de exercício físico, verificou-se que os que o praticavam dormiam bem, todos os dias, acontecendo o contrário com a maioria dos que nunca o fazia. As preocupações, nomeadamente, económicas, foram as causas mais referidas para justificar a deficiente qualidade de sono, recorrendo cerca de 1/3 a fármacos indutores de sono.

Expressar a sexualidade através de relações sexuais, foi um comportamento assumido por uma minoria de clientes, essencialmente, constituída por homens casados e que referiram que este tipo de relacionamento ocorria, raramente. Alguns dos argumentos utilizados para justificarem a não ocorrência de relações sexuais evidenciam a importância de desmitificar crenças, como preconiza a Direcção Geral da Saúde (2004).

A *morte* foi o pensamento *diário* expresso pela maioria dos clientes, nomeadamente, por medo de morrer quando estiverem sozinhos. Os sonhos, mais referidos pela maioria, foram ter mais saúde, assim como os filhos e cônjuge, serem mais felizes (nomeadamente, as

mulheres) e terem segurança económica, até ao fim da vida (nomeadamente, os homens), o que mais uma vez evidencia o factor económico como condicionador da qualidade de vida.

Como *Estratégias de Melhoria para a promoção do envelhecimento saudável e de longevidade com qualidade*, emergiu, a nível do *Meio Envolverte*, a importância de políticos, gestores, enfermeiros e outros profissionais e sociedade em geral, inclusive idosa, consciencializarem que se “pode ser pessoa idosa saudável” e que é possível a promoção do envelhecimento e da longevidade saudável, como preconiza a Direcção Geral da Saúde (2004) e The European Older People`s Plataform (2007), entre outros. Consideraram os participantes que este investimento deve começar pelas Políticas de Saúde (Nacionais, Regionais e dos Centros de Saúde), como previsto, também, na Carta de Ottawa (OMS, 1986) e no II Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública 2008 – 2013⁸¹, com linhas orientadoras para todos os grupos etários, elegendo a população com 50 e mais anos, um dos grupos prioritários de intervenção, em equipa multidisciplinar.

A inaplicabilidade das políticas à prática demonstra a pertinência da reapreciação das metas e estratégias preconizadas, com vista aos ganhos em saúde, com consequentes ganhos em longevidade com qualidade. Para além disso, evidenciou-se a importância de potenciar os recursos existentes e de criar outros que possibilitem a implementação efectiva das directrizes definidas, em função da população alvo, como defende a OMS (2000), a Direcção Geral da Saúde (2004) e The European Older People`s Plataform (2007).

A nível da prática dos *Enfermeiros*, consideraram prioritário a realização do diagnóstico de saúde de toda a população, com 50 e mais anos (não se limitar, à que recorre às Unidades de Saúde e identificada no domicílio), como preconizado em Alma Ata (OMS, 1978) e, com base neste, organizar projecto de intervenção que privilegie a promoção da saúde e prevenção da doença (não negligenciando o tratamento e a reabilitação), fundamentalmente, na comunidade (locais de trabalho, centros de dia e de ocupação, entre outros), como

⁸¹ Decisão nº 1350/2007/CE, de 20 de Novembro de 2007.

preconizado nos Cuidados de Saúde Primários⁸² e pela Direcção Geral da Saúde (2004). Salientaram a importância dos superiores hierárquicos valorizarem o trabalho nesta área e os enfermeiros que o desenvolvem.

Realizar pesquisas nesta área e avaliar a intervenção dos enfermeiros e os cuidados prestados, em equipa multiprofissional, a esta população, com vista às modificações necessárias adaptadas à realidade actual e local, foi salientada pelos participantes, como preconiza a Direcção Geral da Saúde (2004).

Consideraram, também, pertinente investir na afirmação da enfermagem, divulgando a sua intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença. Esta necessidade parece substanciar-se pelas práticas referidas pelos clientes para a promoção da sua saúde, em que o recurso às consultas de enfermagem só surgiu em terceiro lugar.

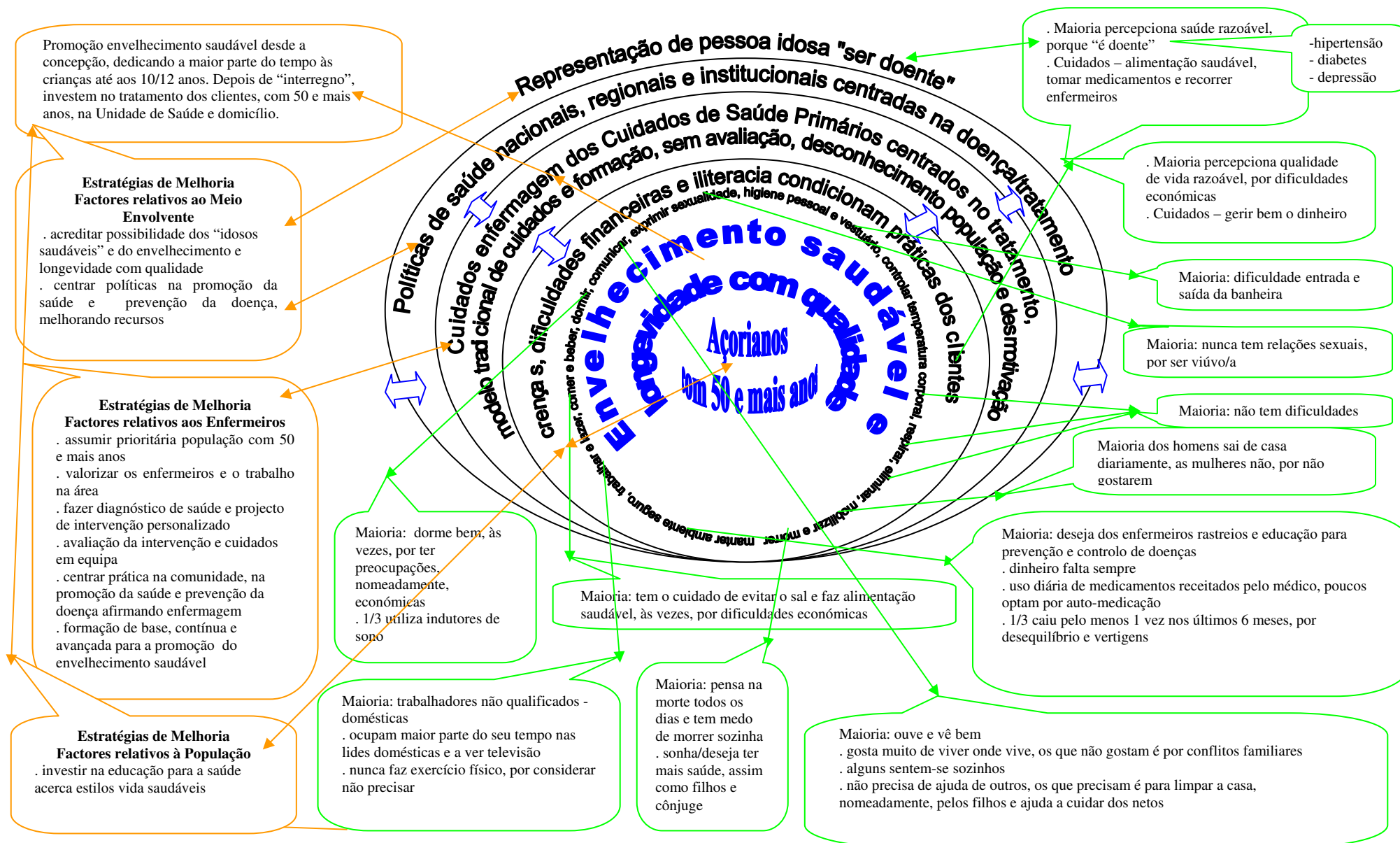
A nível da Formação dos enfermeiros, evidenciou-se como fundamental a centralização dos currículos na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente, da população com idade mais avançada, desde o curso base (a nível teórico e prático), à formação avançada na área, como preconiza o Comité Consultivo para a Formação, no Domínio dos Cuidados de Enfermagem (Comissão da União Europeia, 1995) e a OMS (2000 e 2005).

Evidenciou-se, como fundamental, para a promoção do envelhecimento saudável e da maior longevidade, com qualidade, dos Açorianos, a implementação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos recursos que o tornem exequível, na Região.

Parece que o quadro, anteriormente descrito, não corresponde apenas ao Centro de Saúde aonde se realizou o estudo, atendendo à coincidência de opinião, no essencial, da Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros, da responsável pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e do Secretário Regional dos Assuntos Sociais, com a dos Enfermeiros da prestação de cuidados, dos Enfermeiros chefes, da Vogal de Enfermagem e do Presidente do Conselho de Administração.

⁸² Decreto Regulamentar Regional nº3/86/A, de 24 de Janeiro de 1986.

Figura 2 - Percepção e práticas dos clientes e dos enfermeiros para a promoção da longevidade com qualidade.



6.2 – ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

Fruto das conclusões obtidas sugerem-se algumas estratégias, que se consideram de crucial importância para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade, das pessoas com 50 e mais anos. Destas destacam-se a intervenção pelos enfermeiros que desempenham cargos políticos, de gestão, nos núcleos de formação profissional, na prestação de cuidados, na docência, nas organizações profissionais e como cidadãos do mundo, junto:

- das *entidades Governamentais da Saúde*, com os seguintes objectivos: responsabilizar os políticos e as políticas pelo envelhecimento saudável e pela longevidade com qualidade; estimular a integração, no Plano de Saúde, de metas e estratégias para a promoção da saúde e prevenção da doença, desta população; estimular a criação de um grupo de trabalho para pesquisar a resposta dos Centros de Saúde a esta população (composto por elementos ligados aos Cuidados de Saúde Primários, designadamente: 1 político, 1 gestor, 1 enfermeiro, 1 médico, outro profissional de saúde e 1 cliente), recorrendo a sessões de “focus group” (com representantes de todos os autores dos Centros de Saúde), tendo por base as 3 questões integradas no guião do “focus group”, desta pesquisa e entrevistar uma amostra de clientes, sobre os cuidados recebidos e desejados, tendo por base as questões 8.1 e 8.2, que integram o guião da entrevista aos clientes, desta pesquisa (anexo III), para, a partir deste estudo, planear e implementar respostas adequadas. A nível dos Açores, apresentar e discutir os resultados deste estudo ao Secretário Regional da Saúde (a 26/01/09 a investigadora disponibilizou-se para o fazer, aguardando calendarização. Para além disso, será convidado para participar no Congresso “*Promover o Envelhecimento Saudável – Uma responsabilidade individual e colectiva*”, na mesa redonda “Das políticas à prática”, na qual serão apresentados os resultados deste estudo); sensibilizar para a discrepância da esperança média de vida dos açorianos, relativamente à maioria dos portugueses e dos europeus; sensibilizar para a

integração no novo Plano Regional de Saúde (está em fase de elaboração) metas e estratégias para a promoção do envelhecimento saudável e longevidade com qualidade ou a implementar o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, na Região; solicitar apoio para implementar a pesquisa, anteriormente referida, na região;

- de *Associações Profissionais de Enfermeiros*, com os seguintes objectivos: responsabilizar pela promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a esta população, a qual passa pela promoção da saúde e prevenção da doença, exercendo “pressão” junto dos políticos e gestores dos Cuidados de Saúde Primários para a definição de políticas e respectivos recursos promotores de envelhecimento saudável e de longevidade com qualidade. A nível da *Ordem dos Enfermeiros – Sessão Regional dos Açores*, sensibilizar para a discrepância da esperança média de vida dos açorianos, relativamente à maioria dos portugueses e dos europeus; apresentar e discutir os resultados deste estudo (a investigadora revelou disponibilidade à Presidente Regional da Ordem dos Enfermeiros para o fazer, aguardando calendarização para Agosto/Setembro pf); estimular para exercer “pressão” junto das Entidades Governamentais para integrarem, no novo Plano Regional de Saúde, metas e estratégias promotoras de envelhecimento saudável e de longevidade, para esta população e/ou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e a proporcionarem os recursos necessários à sua implementação; responsabilizar a Ordem por sensibilizar as Administrações dos Centros de Saúde e os enfermeiros para a promoção do envelhecimento saudável e de longevidade com qualidade dos açorianos;

- das *Escolas de Enfermagem*, com os seguintes objectivos: responsabilizar pelo desenvolvimento de competências nos enfermeiros para a promoção do envelhecimento saudável e de longevidade com qualidade; sensibilizar para a realização de cursos de pequena duração, pós-graduações, mestrados e doutoramentos, na área; realizar investigação, na área, em parceria com os enfermeiros da prática de cuidados. A nível das Escolas dos Açores:

sensibilizar para a discrepância da esperança média de vida dos açorianos, relativamente à maioria dos portugueses e dos europeus; apresentar e discutir os resultados deste estudo (já ocorreu na Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo, em Maio de 2007 e, no próximo ano, ocorrerá na de Ponta Delgada); sensibilizar para a centralização dos currícula na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários (a nível do Curso de Licenciatura em Enfermagem, tem-se vindo a introduzir conteúdos direccionados para a promoção da saúde, para além disso, já se introduziu a palavra “Saúde” na designação das disciplinas “Enfermagem de Saúde do Adulto” e “Enfermagem de Saúde do Idoso”, esperando as mudanças inerentes; embora a nível de estágios ainda não se conseguiu desenvolver um na comunidade direccionado apenas para este grupo populacional); dinamizar pós-graduações e cursos breves e de longa duração na área, (no Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, de 17 de Abril de 2009 foi aceite a ocorrência, no próximo ano lectivo, do Congresso integrado na Pós-Graduação “*Promover o envelhecimento saudável – Uma responsabilidade individual e colectiva*”); dinamizar pesquisas na área em parceria com os Centros de Saúde (no Centro de Saúde onde se realizou o estudo, em Novembro próximo, na Unidade de Saúde Z, iniciar-se-á o projecto de intervenção piloto, com a participação da equipa e do enfermeiro responsável pelo Núcleo de Formação Profissional); realizar um estudo comparativo num Centro de Saúde do Continente e numa instituição equivalente a centro de saúde, dos Estados Unidos da América (já existem conversações para realizar um estudo em parceria com a Universidade de Massachussets);

- dos *Conselhos de Administração dos Centros de Saúde*, com os seguintes objectivos: responsabilizar e estimular a integração nos Planos dos Centros de Saúde, de metas e estratégias de intervenção direccionadas para a promoção do envelhecimento saudável e longevidade com qualidade, desta população; estimular a criação de Consulta de Enfermagem de Saúde do Adulto e Idoso; estimular a criação de equipas multiprofissionais para a área;

estimular a exercerem “pressão” junto das Entidades Governamentais para integrarem, no Plano de Saúde, metas e estratégias de intervenção direccionadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, desta população; sensibilizar para estimularem as equipas a elaborarem projectos de intervenção nesta área. A nível do Centro de Saúde, onde se efectuou a pesquisa: sensibilizar para a discrepância da esperança média de vida dos açorianos, relativamente à maioria dos portugueses e dos europeus; apresentar e discutir os resultados deste estudo (pelo facto de nas 2 reuniões proporcionadas, com este intuito, o Conselho de Administração não ter tido disponibilidade para participar nas mesmas, aguarda-se nova calendarização); estimular a integrar metas e estratégias promotoras de saúde e prevenção da doença, para esta população, no Plano do Centro de Saúde (em processo de elaboração); disponibilizar-se, a investigadora para dinamizar os projectos de intervenção na área, através de um protocolo de cooperação com a Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada – Universidade dos Açores;

- dos *Núcleos de Formação Profissional dos Centros de Saúde*, com os seguintes objectivos: responsabilizar pela promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade; estimular para a dinamização de formação na área; estimular para exercerem “pressão”, junto dos respectivos Conselhos de Administração e das chefias para a definição de metas e estratégias de intervenção, direccionadas para a promoção da saúde e prevenção da doença desta população e para a criação de equipas multiprofissionais, com apetência para a área. A nível do Núcleo de Formação Profissional do Centro de Saúde onde se realizou o estudo, sensibilizar para a discrepância da esperança média de vida dos açorianos, relativamente à maioria dos portugueses e dos europeus; apresentar e discutir os resultados deste estudo e disponibilizar-se a investigadora para colaborar na dinamização dos projectos de intervenção das Unidades de Saúde direccionados para a promoção do envelhecimento saudável (as

sugestões apresentadas já foram debatidas com o elemento de enfermagem do Núcleo de Formação Profissional, havendo o compromisso de participar no projecto de intervenção);

- dos *Enfermeiros Chefes e dos Enfermeiros da Prestação de Cuidados* e dos restantes *elementos da Equipa Multiprofissional, dos Centros de Saúde*, com os seguintes objectivos: responsabilizar todos os envolvidos pela promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade; estimular a reivindicação, junto dos Conselhos de Administração, da definição de metas e estratégias de intervenção, no Plano do Centro de Saúde, para a promoção do envelhecimento saudável, desta população; sensibilizar cada equipa a fazer o diagnóstico de saúde desta população, tendo por base o guião da entrevista utilizado, nesta pesquisa (anexo III); sensibilizar para a importância do trabalho em equipa multiprofissional e para a criação das respectivas equipas, com apetência para a área; estimular os enfermeiros chefes a integrarem no projecto de Unidade, metas e estratégias de intervenção, direccionadas para esta população; estimular o levantamento dos recursos da comunidade e o trabalho em rede entre todos os recursos, ficando um enfermeiro, de cada equipa, responsável por dinamizar este trabalho. A nível do Centro de Saúde onde se realizou o estudo: sensibilizar para a discrepância da esperança média de vida dos açorianos, relativamente à maioria dos portugueses e dos europeus; apresentar e discutir os resultados deste estudo (já foram realizadas 2 sessões, mas, como, apenas, 16 enfermeiros conseguiram participar, decidiu-se programar uma sessão em cada Unidade de Saúde, aguardando-se resposta à calendarização apresentada) e disponibilizar-se, a investigadora, para colaborar na dinamização dos projectos de intervenção, direccionados para a promoção do envelhecimento saudável, desta população. Estimular os enfermeiros à personalização de cuidados e à sistematização do planeamento, execução, avaliação, registo e continuidade dos mesmos, através da utilização da “*Grelha Orientadora para a Promoção do Envelhecimento Saudável e da Longevidade com Qualidade*”, que se segue (orientações de utilização - anexo XV):

Cuidados de enfermagem	Data	Enfermeiro	Data	Enfermeiro
→ Informar e desmitificar o processo de envelhecimento	...	...	...	...
→ Estimular à vigilância periódica de saúde.....	...	...	...	...
→ Educar para a adopção de estilos de vida saudáveis:	...	...	...	...
- <i>manter ambiente seguro</i>	...	...	...	...
- orientar para segurança e saúde doméstica e laboral	...	...	...	...
- rastrear risco de cair e de outros acidentes no domicílio.....	...	...	...	...
- estimular rastreio de osteoporose	...	...	...	...
- prevenir violência	...	...	...	...
- orientar gestão de medicamentos	...	...	...	...
- <i>comunicar</i>	...	...	...	...
- disponibilizar-se para escutar	...	...	...	...
- estimular relacionamento interpessoal	...	...	...	...
- promover auto-estima	...	...	...	...
- estimular rastreio da visão e audição	...	...	...	...
- rastrear a depressão	...	...	...	...
- rastrear doença de Alzheimer e de Parkinson	...	...	...	...
- <i>mobilizar</i>	...	...	...	...
- avaliar capacidade de concretização das actividades de vida.....	...	...	...	...
- rastrear factores de fragilidade	...	...	...	...
- <i>comer e beber</i>	...	...	...	...
- estimular alimentação equilibrada	...	...	...	...
- estimular rastreio saúde oral	...	...	...	...
- rastrear hiperglicémia, hipertensão e obesidade	...	...	...	...
- <i>higiene pessoal e vestuário</i>	...	...	...	...
- <i>trabalhar e lazer</i>	...	...	...	...
- estimular preparação para a reforma	...	...	...	...
- estimular ocupação saudável (trabalho e lazer)	...	...	...	...
- estimular prática de exercício físico e intelectual	...	...	...	...
- <i>dormir</i>	...	...	...	...
- estimular higiene do sono	...	...	...	...
- <i>respirar</i>	...	...	...	...
- <i>eliminar</i>	...	...	...	...
- controlar a temperatura corporal	...	...	...	...
- <i>expressar sexualidade</i>	...	...	...	...
- desmitificar crenças	...	...	...	...
- estimular rastreio de doenças sexualmente transmissíveis	...	...	...	...
- estimular rastreio da mama e colo do útero	...	...	...	...
- estimular rastreio da próstata	...	...	...	...
- <i>morrer</i>	...	...	...	...
- estimular a definição e desenvolvimento de projectos de vida	...	...	...	...
- estimular expressão de sentimentos, medos e angústias	...	...	...	...
→ Educar para o tratamento, controle e prevenção de complicações de:	...	...	...	...
- hiperglicémia	...	...	...	...
- hipertensão	...	...	...	...
- depressão	...	...	...	...
- uso de álcool, tabaco e de outras substâncias	...	...	...	...
- obesidade	...	...	...	...
- stress (reforço da capacidade de coping e técnicas de relaxamento)	...	...	...	...
→ Vacinar contra a gripe, tétano e difteria.....	...	...	...	...
→ Informar e estimular utilização dos recursos da comunidade	...	...	...	...
→ Outros:	...	...	...	...

- *dos recursos da comunidade*, com os seguintes objectivos: responsabilizar pela promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade; estimular a identificação dos contributos que poderão proporcionar (companhia, exercício físico, relação interpessoal intergeracional, nomeadamente, das pessoas em situação de dependência e famílias, apoio na concretização das actividades de vida, ocupação e lazer, apoio financeiro, entre outros);
- *da comunidade científica*, com os seguintes objectivos: realizar comunicações em publicações periódicas e em congressos e outros eventos, sensibilizando para estratégias promotoras da longevidade saudável, desta população. Tem-se apresentado comunicações na área, das quais se destaca: na 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, em Lisboa, em 2006; no Congresso Internacional de Investigação Científica em Enfermagem, em Angra do Heroísmo, em 2007; na Universidade dos Açores, em Outubro, de 2007 e 2008; na Universidade do Paraná, no Congresso “A mulher portuguesa na diáspora”, em 2009. Para além disso, tem-se feito publicações: em 2007, num sítio Canadano; na Revista *Geriatrics*; na Revista *Enfermagem* (foi seleccionado, aguarda publicação);
- *da população em geral*, com os seguintes objectivos: realizar comunicações nos meios de comunicação social, em escolas, centros de idosos, universidades, inclusive, de seniores e em outros locais, sensibilizando para estratégias promotoras de envelhecimento saudável e para a desmitificação do processo de envelhecimento, entre outras, que se evidenciem pertinentes. Com este objectivo a 7 de Abril de 2009, participou-se no programa da RDP Açores “Entre as Mulheres” (1 hora e 45 minutos); em Maio de 2008, na Universidade dos Açores, dinamizou-se o Curso Breve “*Promoção de envelhecimento saudável*”, o que voltará a acontecer em 2010.

REFERÊNCIAS

Apresenta-se as referências segundo as orientações do INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE - *Norma Portuguesa - NP 405-1. Informação e documentação*. Lisboa: IPQ, 1994.

BIBLIOGRÁFICAS

- ABADES, P. - Reintegrar al anciano en sociedad. *Revista Rol de Enfermeria*. Barcelona. Nº 131-132 (Jul.-Ag. 1989), p. 68-70.
- ANDRADE, H. – *Saúde na terceira idade*. Rio de Janeiro: Viver Saúde, 2000.
- ARRUFAT [et al.] – Pacientes y calidad de vida. *Revista Rol de enfermería*. Barcelona. Nº 202 (1995), p. 23-26.
- AUGUSTO, C. – *Nunca desista dos seus sonhos*. Cascais: Pergaminho, 2007.
- AZEREDO, Z. - Como despende o idoso o seu tempo. *Geriatrics: a revista portuguesa de medicina geriátrica*. Lisboa. Vol. XIV Nº 131 (Fev. 2001), p. 14-21.
- BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1995.
- BARRETO, A; PRETO, C. – *Portugal 1960/1995: Indicadores Sociais*. Cadernos do Público. Mirandela: Banco Português de Investimento, 1996.
- BARRETO, J. Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*. Lisboa. Nº6 (2000), p.12-16.
- BARROSO, T. [et al.] – *Educação para a saúde - Formação Pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau, 2005.

- BASSOLS, A. [et al.] – *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BASTO, M. [et al.] – *Contributo de enfermagem para a promoção de saúde da população*. Lisboa: Ministério da Saúde e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, 2000.
- BASTO, M.; MAGÃO, M. – Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *Revista Investigação em enfermagem*. Coimbra. Nº 4 (2001), p. 18-21.
- BATALHA, M.- Solidão. *Enfermagem*. Lisboa. Nº 15 (Jul./Set. 1999), p. 8-11.
- BELENGER T.; ABAD, F. - Autonomia funcional y ocupacional del tiempo libre en personas mayores. *Revista Rol de Enfermeria*. Barcelona. Vol. 23 Nº 3 (Mar. 2000), p. 231-234.
- BERGER, L. - *Pessoas idosas - Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BICUDO, M.; CURRIER, P. – *Estudo transcultural piloto – A depressão na mulher açoriana de meia-idade*. [s.p.] 2000.
- BOLANDER, V. – *Enfermagem fundamental – Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998.
- BRECHAT, PH. – What prevention programmes and which organizations are needed to support health ageing. *Santé Public*. France. (Sep-Oct 2008), p. 475-487.
- BUTLER, R.; JASMIN, C. – *Longévité et qualité de vie*. Paris : [s.n.], 1999.
- CABRAL, F. – Perspectiva económica da qualidade de vida. *Cadernos de bio-ética*. Coimbra. Nº 4 (1992), p. 34-39.
- CARAPINHEIRO, G. org. – *Sociologia da saúde – Estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página, 2006.
- CARMO, H; FERREIRA, M. – *Metodologia da investigação – Guia para auto - aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

- CARPENITO, L. – *Diagnósticos de enfermagem – Aplicação à prática clínica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CARREIRO, H.- *O estado e a saúde*. Cadernos do Público. Mirandela: Banco Português de Investimento, 1996.
- CASSOU, B. – Medir a qualidade de vida numa idade avançada. *Servir*. Lisboa. Vol.49 Nº5 (2001), p. 23-26.
- CERVO, A; BERVIAN, P. – *Metodologia científica*. 5ªed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- COELHO, R.; AMORIM, M. – Saúde, doença e qualidade de vida. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Nº3 (1999), p 43-50.
- COLLIÈRE, M. – *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COMISSÃO INDEPENDENTE POPULAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA – *Cuidar o futuro – Um programa radical para viver melhor*. Lisboa: Trinova Ed., 1998.
- COSTA, A.; SILVA, M. - Estudo exploratório sobre o bem-estar psicológico de familiares cuidadores de idoso com doença crónica. *Geriatrics: a revista portuguesa de medicina geriátrica*. Lisboa. Vol. XIII Nº 126 (Jun. 2000), p. 15-18.
- COSTA, L.; FRANCO, I. – Níveis de dependência dos idosos. *Nursing: revista de formação contínua em enfermagem*. Lisboa. Nº161 (2001), p.12-18.
- COSTA, M. – *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2002.
- COSTA, M. – *Enfermeiros – Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século, 1998.
- COSTA, M. [et al.] - *O idoso: problemas e realidade*. Coimbra: Formasau, 1999.
- COUVREUR, C. – *A qualidade de vida – Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociências, 2001.

- DEECKEN, A. – *Saber envelhecer*. 4ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998.
- DEEG, D. – Health and quality of life. In *Social Indicators Research Series - Quality of life in old age*. [S.P.]: [s.n.], 2003, p. 27-43.
- DESHAIES, B. – *Metodologia da investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.
- DINIZ, J. – *Envelhecimento, empowerment e capacitação*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa, 1997.
- DOHNER, H. [et al.] – EASYcare – Sistema de avaliação de idoso - versão portuguesa – *Escala Geriátrica de depressão*. União Europeia: Copyright, 1997.
- ELIOPOULOS, C. – *Enfermagem gerontológica*. 5ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2001.
- ERLÉN, J. [et al.] – Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of life research*. [S.l.]. Vol.7 Nº1 (1997), p. 19-30.
- EUROSTAT – *Life expectancy by sex and age*. Eurostat, 2008.
- EUROSTAT – *Statistic in focus*. Eurostat, 2008.
- EUROSTAT – *Statistics in focus. Population and social conditions*. Eurostat, 2004.
- FERNANDES, A. – Demografia – Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social: revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*. Lisboa. Nº183 (2007), p.419 – 443.
- FERNANDES, A. – *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta, 1997.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. – *Envejecer bien. Qué es y como lograrlo?* Madrid: Pirâmide, 2002.
- FORCIEA, M.; LAVIZLO-MOURFY, R. - *Segredos em geriatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FORTIN, M. – *O processo de investigação – Da concepção à realidade*. Loures: Lusociências, 1999.

- FREITAS, O.; VARANDA, E. – Qualidade de vida em idosos residentes em lar. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. Nº17 (1998), p. 39-43.
- FRYXELL, M. – Acompanhar projectos na velhice. *Futurando: teorias e práticas*. Lisboa. Nº 2 (2001), p. 10 – 16.
- GAUQUELIN, M. – *Dicionário de psicologia*. Viseu: Verbo, 1990.
- GIRALDES, M. – Tendências de evolução previsíveis dos sistemas de saúde em países da EU para o ano 2005. *Economia da saúde*. Lisboa. Vol.15 Nº1 (Jan./Mar.1997), p. 5-39.
- GODFREY, M. – Prevention: Developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social care in the Community*. [S.l.], 2001.
- GOLDENBERG, F. - Velho que dorme está longe da morte? *Servir*. Lisboa. Vol. 49 Nº 5 (Set./Out. 2001), p. 247-249.
- HESBEEN, W. – *Qualidade em enfermagem-Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.
- HILL, M.; HILL, A. – *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabas, 2000.
- HNILICA, K. - Diagnosis and age modelate the relation among health, emotional life, and life satisfaction. *CESKOSLOVENSKA Psychology*. [S.l.]. (2006), p. 489-506.
- HONORÉ, B. – *La santé en projet*. Paris: Interéditions, 1996.
- IMAGINÁRIO, C. – *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, 2004.
- INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – *Classificação Nacional de Profissões*. Lisboa: Artes Gráficas, 1994.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – 4º *Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006 – Informação à Comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2007.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2001 – XIV Recenseamento Geral da População, IV Recenseamento Geral de Habitação – Resultados Definitivos – Açores*, Lisboa: INE, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas Demográficas 2001*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas Demográficas 2003*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Inquérito Nacional de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 1998/1999.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA I.P. E O INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE I.P. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa – Portugal, 2009.
- IWARSSON, S. [et al.] – Challenges of cross-national housing research with older persons: lessons from the ENABLE-AGE project. *European Journal of ageing*. [S.l.] (Dec. 2004) 8.
- KETELE, J.; ROEGIERS, X. – *Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.
- KIDDER, L (Org.) – *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EPU, 1991.
- KOTLER, P. – *Administração de marketing*. 10ª ed. São Paulo: Pearson Education, 2004.
- LANCASTER, J.; STANHOPE, M. – *Enfermagem comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 1999.
- LAVERACK, G. – *Promoção de saúde- Poder e Empoderamento*. Camarate: Lusodidacta, 2008.
- LAWTON, M. – Quality of live in chronic illness. *Gerontology*. London. N°45 (1999), p. 23-30.

- LE BOTERF, G. - *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris: Les Éditions D'Organisation, 1995.
- LLOYD, A. – Ocular biomaterials and implants. *Biomaterials*. [S.l.] Vol. 22 Nº 2 (2001), p.769-785.
- MAGALHÃES, V. – Qualidade de vida – Desafios e ambiguidades. In RENAUD, Michel [et al.] – *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.
- MALCATE, F. – O idoso, a nutrição e a sociedade: considerações sobre a quantidade e qualidade de vida. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.
- MAROCO, J. – *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo, 2007.
- MARQUES, J.[et al.] – Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que trabalham em cuidados intensivos. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Lisboa. Nº1 (1992), p. 28-32.
- MARTÍN, A.; CANO, P. – *Manual de cuidados primários: organização e protocolos de actuação na consulta*. 2ªed. Lisboa: Farmapress Edições, 1991.
- MELEIS, A.; SAWYER, L.; MESSIAS, D. [et al.] – Experiencing Transitions: Na emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. 23 Nº1(2000), p.12-28.
- MERCADER [et al.] – Calidade de vida en los ancianos. *Rol Revista de enfermería*. Barcelona. Nº165 (1992), p. 12-16.
- MONDE, M.; STELLA, K. - An investigation of quality of life of the elderly in South Africa. *Research in Quality of Life*. South Africa. Vol 1. (2006), p. 3-4.
- MOREIRA, A. [et al.] – *Manual de andrologia*. Sociedade Portuguesa de Andrologia. [S.l.]: Artes Gráficas, 2002.
- NASCIMENTO, J. – *Anos dourados... Anos sonhados*. 2ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2000.
- NAVARRO, M. – Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde pública*. Lisboa. Vol. 13 Nº4 (1995), p. 9-15.

- NAZARETH, J. – O envelhecimento demográfico. *Psicologia*. Lisboa. Vol. 6 Nº 2 (1988), p.135-146.
- NETTO, M. – *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S Paulo: ATHENEU, 1999.
- NOVELLI, B.; WORKMAN B. – *50+ igning a revolution to reinvent America*. New York: St. Martin`s Press, 2006.
- OLIVEIRA, M.; FREITAS, H.– Focus group, pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planeamento. *RAUSP*. São Paulo. Vol.33 Nº3 (Jul./Set.1998), p.5-7.
- PAHLAVANI, M. – Intervention in the aging immune system: Influence of dietary restriction, dehydroepiandrosterone, melatonin, and exercise. *Biomedical and Life Sciences*. Netherlands. Vol.21 Nº4 (Oct. 1998), p.60-68.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. Coord. - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005.
- PENDER, N.– *Health promotion in nursing practice*. 2ºed. Norwalk: Appleton & Lange, 1987.
- PERISTA, H. – Envelhecimento e condições de vida – Breves notas sobre a situação Portuguesa. *Futurando: teorias e práticas*. Lisboa. Nº 2 (2001), p. 6-9.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. – *Bioética e a longevidade humana*. São Paulo: Loyola, 2006.
- PIJNAPPELS, M. - Tripping without falling: lower limb strength a limitation for balance recovery and a target for training in the elderly. *Journal of Electromyography e Kinesiology*. [S.l.] (Apr. 2008) 4.
- PIMENTEL, L. – O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto, 2001.
- PINTO, A. – *Envelhecendo vivendo*. Coimbra: Quarteto Ed., 2001.

- POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- QUARESMA, M. – Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. *Futurando: teorias e práticas*. Lisboa. Nº 2 (2001), p. 3-5.
- QUIVY, R. – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RAMOS, H. – Qualidade de vida e envelhecimento. In RENAUD, Michel [et al.] – *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, 2001.
- RAPOSO, M. – *Remexendo o “baú” de um serviço*. Ponta Delgada: Secretaria Regional da Educação e Assuntos Sociais e Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, 2001.
- REBELO, T. – Do fazer ao dizer enfermagem. Que obstáculos? *Enfermagem*. Lisboa. Nº10 (Abr./Jun. 1998), p.14-19.
- REBELO, T. – Sobre a noção de prática. *Pensar enfermagem*. Lisboa.Vol.1 Nº0 (1997), p. 3-4.
- REDMAN, B. – *A prática da educação para a saúde*. 9ª ed. Camarate: Lusociências, 2003.
- RIBEIRO, J. – A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. Lisboa. Nº2/3 (Abr./Set.1994), p.179-191.
- ROBINE, J. [et al.] – *La sté des personnes âgées dans les pays de l’OCDE s’améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population?* OCDE, 2000/1.
- RODRIGUES, C.– *Percepções de saúde em pessoas idosas: factores determinantes*. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2002. Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde.
- RODRIGUEZ, F. [et al.]– Una forma de ayudar al anciano itinerante. *Revista Rol de Enfermería*. Barcelona. Vol. 23 Nº 10 (Oct. 2000), p. 697-699.
- ROPER, N.; LOGAN, W; TIERNEY, A. – *Modelo de enfermagem*. 3ª ed. Alfragide: McGraw Hill, 1995.

- ROPER, N; LOGAN, W; TIERNEY, A. – *The elements of nursing – a model for nursing based on a model of living*. 4ªed. London: Churchill Livingstone, 1996.
- ROWE, J.; KALM, T. – Sucessessful aging. *The Gerontologist*. (1997), p. 4-8.
- RUIPÉREZ, C.; LLORENTE, D. - *Geriatría*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.
- SÁ, E. - Perspectiva psicológica da qualidade de vida. *Cadernos de bio-ética*. Coimbra. Nº 4 (1992), p. 14-19.
- SCHOLL, J.- Stereotypes, stereotype threat and ageing: implications for the understanding and treatment of people with Alzheimer`s diseases. *AGEING&SOCIETY*. [S.l.]. (Jan. 2008), p.103-130.
- SCHUTZ, B. – Health and health psychology in later life – research at the German Centre of Gerontology (Deutsches Zentrum for Altersfragen, DZA). *Zeitschrift fur GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE*. Tesch-Romer. (2008), p. 161-163.
- SERVIÇO REGIONAL DE ESTATÍSTICA DOS AÇORES – *Anuário Estatístico da Região Autónoma dos Açores - 2007*. Angra do Heroísmo: Instituto Regional de Estatística Dos Açores, 2007.
- SERVIÇO REGIONAL DE ESTATÍSTICA DOS AÇORES – *Censos 2001 – XIV Recenseamento Geral da População, IV Recenseamento Geral da Habitação*. Serviço Regional de Estatística dos Açores, 2003.
- SHERIFF, JN. – Ageing well in the over 45s: Using a health chec log. *Australian Journal of Primary Health* (Apr. 2008) 6.
- SILVA, L.; ALVES, F. – *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento, 2003.
- SPIRDUSO, W. - *Dimensões físicas do envelhecimento*. S Paulo: Manole, 2005.
- SQUIRE, A.- *A saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência, 2002.

- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.
- VALA, J. – Análise de conteúdo. In SILVA, A.; MADUREIRA, P. – *Metodologia das Ciências Sociais*. 13ª ed. Porto: Afrontamento, 2005, p.101-128.
- VALENTE, J. – *Reformados e tempos livres*. Lisboa: Colibri, 1999.
- VALERO, C.– Indicadores de qualidade de vida. *Revista Rol de enfermería*. Barcelona. Nº150 (1991), p.13-17.
- VARANDA, E.; FREITAS, O. - Qualidade de vida em idosos residentes em lar. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 17 (Mar. 1998), p. 39-43.
- VAZ, E. – Mais idade e menos cidadania. *Análise Psicológica*. Lisboa. Nº 2 (1998), p. 621-633.
- VAZ, J. [et al.] Coord. – *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto, 2003.
- VIRGILI, M. – Calidade de vida enfermera – Condición indispensable para prestar cuidados de calidad. *Revista Rol de enfermería*. Barcelona. Nº 154 (1991), p. 83-84.
- ZGANEC, N. – Trends in the care for the elderly in the Republic of Croatia and in the EU member states. *CESKOSLOVENSKA Psychology*. EU. (2008), p. 171-188.
- ZIMERMAN, G. – *Velhice aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DOCUMENTAIS

- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL - 41ª ASSEMBLEIA GERAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL – *Recomendações sobre abuso contra ancião - Declaração de Hong Kong*. Hong Kong, 1989.
- BYWEB - *Projecto TIO (Terceira Idade On Line) e Projecto Net@vó e VIVER*, Lisboa, 1999.
- CANOTILHO, J.; MOREIRA, V. – *Constituição da República Portuguesa anotada*. 3ªed. Coimbra: Coimbra Ed., 1993.
- CIRCULAR Informativa nº17/DSMIA. (01/09/07).
- CIRCULAR Normativa nº13/DGCG. (04/07/02).
- COMISSÃO DA UNIÃO EUROPEIA – *Acções comunitárias a favor das pessoas idosas 1991-1993*. Bruxelas: CE, 1995.
- COMISSÃO DA UNIÃO EUROPEIA – DIRECÇÃO GERAL XV – *Relatório e recomendações sobre linhas de orientação para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem aos idosos*. Bruxelas: Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem, 1995.
- COMISSÃO DA UNIÃO EUROPEIA – *O futuro dos Cuidados de Saúde e dos Cuidados para as Pessoas Idosas*. Comissão da União Europeia, 2001.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – *Uma Europa para todas as idades – Promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*. Bruxelas: Serviços das Publicações oficiais da Comunidade Europeia, 1999.
- COMISSÃO EUROPEIA – *Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos - 2007*. Plataforma Europeia das Pessoas Idosas – AGE, 2006.
- DECISÃO nº 1350/2007/CE. Parlamento Europeu e do Conselho. (07/11/20).

- DECISÃO nº 1786/2002/CE. Parlamento Europeu e do Conselho. (02/09/23).
- DECRETO Legislativo Regional nº 2/2000/A. *D.R. I Série A*. (00/01/12).
- DECRETO Legislativo Regional nº4/08/A. *D.R. I Série*. (08/03/04).
- DECRETO Legislativo Regional nº15/2008/A. *D.R. I Série*. (08/06/11).
- DECRETO Legislativo Regional nº16/2008/A. *D.R. I Série*. (08/07/24).
- DECRETO Legislativo Regional nº28/99/A. *D.R. I Série*. (99/07/31).
- DECRETO Regional nº35/2002/A. *D.R. I Série*. (02/12/21).
- DECRETO Regional nº36/80/A. *D.R. I Série*. (80/08/22).
- DECRETO Regulamentar Regional nº6/90/A. *D.R. I Série*. (90/02/24).
- DECRETO Regulamentar Regional nº18/2003/A. *D.R. I Série*. (03/04/01).
- DECRETO Regulamentar Regional nº3/86/A. *D.R. I Série*. (86/01/24).
- DECRETO Regulamentar Regional nº32/80/A. *D.R. I Série*. (80/12/11).
- DECRETO-LEI nº26/08. *D.R. I Série*. (08/02/22).
- DECRETO-LEI nº 56/79. *D.R. I Série*. (79/09/15).
- DECRETO-LEI nº 60/03. *D.R. I Série A*. (03/04/01).
- DECRETO-LEI nº72/91. *D.R. I Série*. (91/02/08).
- DECRETO-LEI nº101/06. *D.R. I Série AN*. (06/06/06).
- DECRETO-LEI nº 102/97. *D.R. I Série*. (97/03/28).
- DECRETO-LEI nº118/92. *D.R. I Série A*. (92/06/25).
- DECRETO-LEI nº 133-A/97. *D.R. I Série A – 1º suplente*. (97/05/30).
- DECRETO-LEI nº135/99. *D.R. I Série*. (99/04/22).
- DECRETO-LEI nº157/88. *D.R. I Série*. (88/05/04).
- DECRETO-LEI nº231/90. *D.R. I Série*. (90/07/14).
- DECRETO-LEI nº234/03. *D.R. I Série A*. (03/09/27).
- DECRETO-LEI nº236/06. *D.R. I Série*. (06/12/11).

- DECRETO-LEI nº254/82. *D.R. I Série.* (82/06/29).
- DECRETO-LEI nº265/99. *D.R. I Série A.* (99/07/14).
- DECRETO-LEI nº270/02. *D.R. I Série.* (02/12/02).
- DECRETO-LEI nº 276/78. *D.R. I Série.* (78/09/06).
- DECRETO-LEI nº281/03. *D.R. I Série A.* (03/11/08).
- DECRETO-LEI nº 320/87. *D.R. I Série.* (87/11/13).
- DECRETO-LEI nº322/90. *D.R. I Série.* (90/10/18).
- DECRETO-LEI nº 329/93. *D.R. I Série A.* (93/09/25).
- DECRETO-LEI nº391/91. *D.R. I Série.* (91/10/10).
- DECRETO-LEI nº 412/98. *D.R. I Série.* (98/12/30).
- DECRETO-LEI nº413/71. *D.R. I Série* (71/09/27).
- DECRETO-LEI nº 498/72. *D.R. I Série.* (72/12/09).
- DESPACHO 662/03. *D.R. I Série.* (03/10/02).
- DESPACHO Conjunto dos Ministérios da Saúde, do Emprego e da Segurança Social de 1 de Julho de 1994. (94/07/01).
- DESPACHO Conjunto dos Ministérios da Saúde, do Emprego e da Segurança Social de 4 de Julho de 1996. (96/07/04).
- DESPACHO Conjunto nº259/97. *D.R. II Série.* (97/08/21).
- DESPACHO Conjunto nº407/98. *D.R. II Série.* (98/06/18).
- DESPACHO ED/DRSS/97/4. *D.R. II Série.* (97/09/28).
- DESPACHO nº1916/2004. *D.R. II Série.* (04/01/28).
- DESPACHO Normativo nº 12/1998. *D.R. I Série.* (98/02/25).
- DESPACHO Normativo nº 62/99. *D.R. I Série - B.* (99/11/12).
- DESPACHO Normativo nº 97/83. *D.R. I Série.* (83/03/22).
- D/SSRAS/14. J.O. (99/07/27).

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direcção Geral da Saúde, 2004.
- DIRECÇÃO REGIONAL DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – *Ano Internacional das Pessoas Idosas – Uma Sociedade para todas as idades*. Região Autónoma dos Açores, 1999.
- DIRECTIVE nº77/453. CEE. (77/06/27).
- INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL – *Programa de apoio integrado a idosos - Relatório Actividades 97/98*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social, 1999.
- JORNAL Oficial nºC 191. (92/07/09).
- LEI nº 11/2008. D.R. I Série. (08/02/20).
- LEI nº 48/90. D.R. I Série. (90/09/24).
- LEI nº52/2007. D.R. I Série. (07/08/31).
- LEI nº53/2006. D.R. I Série. (06/12/07).
- LEI nº 64/90. D.R. I Série. (90/12/28).
- MINISTÉRIO DA ECONOMIA, DA SEGURANÇA SOCIAL E DO TRABALHO. *Programa Turismo Sénior*. Lisboa: MESST, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Contributos para um Plano Nacional de Saúde – orientações estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Formar para agir – Um projecto de mudança nos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Saúde um compromisso – A estratégia de saúde para o virar do século (1998- 2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE- *Sistema de formação do Ministério da Saúde– Desenvolvimento de uma estratégia*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Vigilância da Gripe e vacinação anti-gripal*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1998/99.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE – *Guia cartão 65*. Lisboa: Fundação Cartão do Idoso e Secretaria de Estado da Inserção Social, 1998.
- MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL de 4 de Julho de 1996. (96/07/96).
- NAÇÕES UNIDAS - I Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento. Viena, 1982.
- NAÇÕES UNIDAS - *Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas*. Nações Unidas, 1990.
- NAÇÕES UNIDAS - *Relatório para o Desenvolvimento Humano*. Nações Unidas, 2002.
- NAÇÕES UNIDAS - *Princípios das Nações Unidas a Favor das Pessoas Idosas*. Nações Unidas, 1991.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - *Relatório da Primavera de 2003*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - *Relatório da Primavera de 2004 – Incertezas – Gestão de mudança na saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.
- OMS – *As Recomendações de Adelaide para a promoção da saúde: Políticas favoráveis à saúde*. II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Ministério da Saúde, 1988.
- OMS – Bureau Regional da Europa - *Metas da saúde para todos no ano 2000*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1985.

- OMS – *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Genève, 1986.
- OMS - *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários OMS/FISE – Declaração de Alma Ata, Recomendações*. Geneva, 1978.
- OMS – *Declaração de Jakarta*. IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no século XXI. Jakarta, 1997.
- OMS - *Declaração de Munique*. II Conferência Interministerial de Munique. Região Europeia da OMS, 2000.
- OMS – *Declaração de Sundsvall*. III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Suécia, 1991.
- OMS – *Relatório da Saúde na Europa*. OMS, 2005.
- OMS – *Relatório mundial da saúde 2001- Saúde mental: nova compreensão, nova esperança*. Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde, 2002.
- OMS – *WHOQOL 100 – Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida*. OMS, 1998.
- OMS- *Enfermagem e “Midwife”- Saúde 21*. Ministério da Saúde, 2000.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Estatuto*. Ordem dos Enfermeiros, 1998.
- PARLAMENTO EUROPEU – *Comissão - Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho 2007-2012*. Bruxelas: Parlamento Europeu, 2008.

- PARLAMENTO EUROPEU - *Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde Pública*. Bruxelas: Parlamento Europeu, 2002.
- PARLAMENTO EUROPEU - *Programa de Acção Comunitária no Domínio da Saúde*. Bruxelas: Parlamento Europeu, 2007.
- PARLAMENTO EUROPEU - *Relatório de Avaliação da Estratégia Comunitária em Matéria de Saúde e de Segurança no Trabalho 2002-2006*. Bruxelas: Parlamento Europeu, 2001.
- PORTARIA nº1547/08. *D.R. I Série*. (08/12/31).
- PORTARIA nº211/08. *D.R. I Série*. (08/02/29).
- PORTARIA nº9996/03. *D.R. I Série*. (03/05/06).
- RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros de 19 de Novembro de 1998. (98/11/19).
- RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros nº59/2008. *D.R. I Série*. (08/04/01).
- RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros nº 197/97. *D.R. I Série*. (97/11/18).
- RESOLUÇÃO nº113/2003. *JORAA*. (03/09/11).
- RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros nº128/2003. *D.R. I Série*. (03/10/09).
- SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS - *Plano Regional da Saúde 2004/2006*. Direcção Regional da Saúde, 2003.
- THE EUROPEAN OLDER PEOPLE`S PLATAFORM - *Healthy Ageing Good Practice Example Recommendations Policy Actions*. The European Older People`s Plataform: [S.l.], 2007.
- UNIÃO EUROPEIA – *Carta dos Directos Fundamentais da União Europeia*. Nice: União Europeia, 2000.
- UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – *Equidade, Compromisso Social e Qualidade de Vida – Efectividade da Promoção da Saúde*. Sub-Região Brasil: Oficina Regional Latino-Americana, 2005.

- WHO – *Active ageing. A policy framework*. Genebra, Departement of Health Promotion, 2002.
- WHO – *Final report of the Global Commission on Social Determinants of Health (CSDH)*. Gobal Commission on Social Determinants of Health, 2005.
- WHO – *México Global Conference for Health Promotion*. WHO, 2002.
- WHO – *The world health report 2000: health systems – improving performance*. Geneva: WHO, 2000.

ENTREVISTAS

- MACHADO, G., Presidente da Direcção Regional da Ordem dos Enfermeiros. Entrevista sobre contextualização das práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, nas políticas de saúde, promotoras de envelhecimento saudável, a 7 de Junho de 2006, 1 hora e 20 minutos;
- MOURA, M., Responsável pela implementação, nos Açores, do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Entrevista sobre contextualização das práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, nas políticas de saúde, promotoras de envelhecimento saudável, a 29 de Junho de 2006, 1 hora;
- CUNHA, D., Secretário Regional dos Assuntos Sociais. Entrevista sobre contextualização das práticas dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, nas políticas de saúde, promotoras de envelhecimento saudável, a 9 de Julho de 2007, 45 minutos.

ANEXOS