



Universidade de Aveiro

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

2013

**ANA FILIPA
OLIVEIRA DE
ALMEIDA**

**NECESSIDADES DOS IDOSOS QUE
PROCURAM OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS**

**NEEDS OF THE ELDERLY WHO SEEK
PRIMARY HEALTH CARE**



**ANA FILIPA
OLIVEIRA DE
ALMEIDA**

**NECESSIDADES DOS IDOSOS QUE
PROCURAM OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS**

**NEEDS OF THE ELDERLY WHO SEEK
PRIMARY HEALTH CARE**

Projeto apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Piedade Brandão, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro e coorientação da Doutora Célia Maria Abreu de Freitas, Professora Assistente na Escola Superior de Saúde de Aveiro.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu pai que manteve a esperança até ao final e partiu como um lutador, à minha mãe que me tem acompanhado e ensinado a nunca desistir, ao meu irmão que é um exemplo de que o trabalho e empenho são a chave para o sucesso, ao Pedro que está sempre ao meu lado, me apoia e acredita em mim incondicionalmente, e à Fofa, fiel companheira durante 17 anos que não será esquecida.

o júri

presidente

Professora Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Amarílis Pereira Rocha

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu

Professora Doutora Maria Piedade Brandão

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Célia Maria Abreu de Freitas

Professora Assistente na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Piedade Brandão, orientadora desta tese, a minha gratidão pela sua total disponibilidade, pela dedicação, pelo apoio constante e por me ter dado a oportunidade de participar neste trabalho.

À Professora Doutora Célia Maria Abreu de Freitas, coorientadora desta tese, o meu reconhecimento pela sua colaboração, dedicação e ajuda constante.

Aos meus amigos por terem estado comigo num momento difícil e me darem força para continuar; Pedro, Rita, Graça, Samuel, Carla, Ana, Hilma e Mariana.

Às Enfermeiras Isabel Cruz e Arlete Parente pela orientação no Centro de Saúde, disponibilidade e ajuda.

Aos profissionais do Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha pela colaboração e simpatia.

A todos, muito obrigada!

palavras-chave

Pessoas idosas, cuidados de saúde primários, Centro de Saúde

resumo

O início do século XXI foi marcado por um expressivo aumento da esperança de vida em todo o mundo não só nos países desenvolvidos como em muitos países em desenvolvimento. O aumento da longevidade transfere novos desafios para a área da saúde, o que pode justificar o consumo de cuidados de saúde pelas pessoas idosas. A procura dos serviços de saúde devido a motivos que ultrapassam os clínicos tem sido questionada pelos diferentes profissionais da área. Deste modo, os determinantes da procura de Cuidados de Saúde Primários (CSP) pelas pessoas idosas carecem de aprofundamento. Este trabalho teve como propósito explorar os motivos e as necessidades das pessoas idosas na procura dos CSP no Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha e delinear um projeto de apoio a essas necessidades. Os motivos e as necessidades das pessoas idosas sobre a procura dos CSP foram identificados a partir da observação e da entrevista. Os dados foram obtidos a 14 utentes com 65 anos ou mais, dois médicos, dois enfermeiros, uma auxiliar de ação médica e uma administrativa. Para o desenvolvimento do projeto foi ainda utilizada a Metodologia da Pedagogia da Problematização a um grupo de 11 participantes. A análise dos resultados permitiu perceber algumas lacunas nas respostas dos CSP nomeadamente a nível da identificação de necessidades das pessoas idosas que podem afetar a sua saúde e bem-estar. Acredita-se que a continuidade do projeto nos CSP permitirá atuar sobre as necessidades das pessoas idosas que muitas vezes passam despercebidas.

kyewords

Elderly, seeking Primary Health Care, Health Center

abstract

The beginning of the XXI century was marked by a significant increase in life expectancy in the world both in developed and developing countries. Increased longevity transfers new challenges to health, which may justify the consumption of health care for the elderly. Seeking for health services due to non-clinical reasons has been questioned by different professionals. Thus, the determinants of the demand for Primary Health Care by the elderly require further research. This study aimed to explore the motives and needs of older people who seek a Health Centre located in Albergaria-a-Velha and outline a support project for those needs. Motives and needs of older persons who seek the Primary Health Care were identified from observation and interview. Data was obtained from 14 users with 65 or more years, two doctors, two nurses, one medical assistant and administrative worker. For the development of the project was used the Methodology of Pedagogy of Questioning with a group of 11 participants. The results allowed us to perceive gaps in Primary Health Care responses particularly in terms of identifying the needs of older people that can affect their health and well-being. It is believed that the continuation of the project in the Primary Health Care responses will allow acting on the older people's needs that often go unnoticed.

siglas

ACES – Administração de Centros de Saúde
AIVD's - Atividades Instrumentais de Vida Diárias
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DCNTs – Doenças Crónicas Não Transmissíveis
EA – Envelhecimento Ativo
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS – Inquérito Nacional de Saúde
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
NUT - Unidade Territorial Estatística de Portugal
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português de Sistemas de Saúde
SINUS – Sistema Informático de Unidade de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidades de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1.1. O envelhecimento e novos desafios para a saúde.....	29
1.1.1. Envelhecimento demográfico.....	29
1.1.2. Processo de envelhecimento.....	30
1.1.3. Pessoas idosas: o futuro do perfil de saúde.....	32
1.1.4. A saúde dos portugueses.....	33
1.2.2. A crise económica do século XXI em Portugal e as implicações na Saúde Pública.....	34
1.2. Respostas aos desafios do envelhecimento.....	35
1.2.1. O Envelhecimento Ativo como Política de Saúde.....	36
1.2.2. A educação para a saúde na terceira idade.....	38
1.2.3. Cuidados de Saúde Primários.....	40
1.2.4. Do modelo Biomédico ao modelo Biopsicossocial.....	43
1.2.5. Determinantes da procura de cuidados de saúde.....	44
1.2.5.1 Modelo de Andersen.....	45
1.2.5.2. Modelo de Crenças em Saúde.....	47
1.2.6. Evidências científicas sobre a procura de cuidados de saúde por pessoas idosas.....	48
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	51
2.1. Estudo descritivo e exploratório.....	53
2.1.1. Desenho do estudo.....	53
2.1.2. Participantes.....	53
2.1.3. Caracterização do Centro de Saúde e do seu contexto.....	53
2.1.4. Procedimentos de recolha de dados.....	54
2.1.5. Análise dos dados.....	56
2.1.6. Considerações éticas.....	58
2.2. Encontro Albergar(<i>ia</i>) ⁶⁵⁺	59
2.3. Esboço do projeto global.....	61
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
3.1. Estudo descritivo e exploratório.....	65
3.2. Encontro Albergar(<i>ia</i>) ⁶⁵⁺	79

CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES	83
Limitações do estudo	85
Quais as respostas em relação ao objetivo inicial	85
algumas recomendações	85
CAPÍTULO V - PROPOSTA DE CONTINUIDADE DO PROJETO	87
1. Identificação do projeto	89
2. Instituições envolvidas	89
3. Componente científica	90
4. Tarefas (5)	92
Cronograma.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	103
APÊNDICES	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Morbilidade presente contrastando com três possíveis cenários de futuro da morbilidade e longevidade. Adaptado de Fries, 2005.....	33
Figura 2 – Versão mais recente do modelo comportamental da utilização de serviços de saúde (década 80). Adaptado de Andersen, 1995.....	47
Figura 3 - Etapas da metodologia da problematização. Adaptado de Bordenave e Pereira (1991)	61
Figura 4 - Esquema dos procedimentos e do desenvolvimento do projeto.....	62

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Determinantes de EA	37
Quadro 2 - Categorias e subcategorias resultantes das entrevistas semiestruturadas....	58
Quadro 3 - Programas em desenvolvimento nos Centros de Saúde a nível nacional....	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Utilização de Centros de Saúde em Portugal	44
Tabela 2 - Procura da USF pelas pessoas idosas nos anos 2011 e 2012.....	66
Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos utentes.....	69
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Consultas de adultos no ano 2011.....	65
--	----

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida tem vindo a tornar-se uma realidade mundial em vários países, desenvolvidos e em desenvolvimento, desde o início do século XXI (Kinsella & Phillips, 2005). Em Portugal, prevê-se que a proporção de pessoas idosas duplique nos próximos 50 anos, representando, em 2060, 32,3% do total da população (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009).

O processo de envelhecimento pressupõe alterações biológicas e mudanças psicossociais, com influências do contexto e do estilo de vida (Netto, 2002). Com o passar dos anos aumenta a vulnerabilidade do corpo e a probabilidade de surgirem distúrbios físicos e mentais (Papália & Olds, 2000; Spirduso, 2005). Por sua vez, a adoção de um estilo de vida saudável pode influenciar a incidência de certas patologias e os recursos psicológicos e sociais dos indivíduos podem determinar a forma como este encara as implicações da incapacidade funcional (Bandura, 2004; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005).

O crescente envelhecimento populacional tem vindo a motivar debates e estudos, com contribuições importantes para a elaboração de políticas e intervenções nesta realidade. A OMS (2005) afirma existirem boas razões económicas para se implementar programas e políticas que promovam o Envelhecimento Ativo (EA), tais como a diminuição de mortes prematuras em estádios produtivos da vida; menos deficiências associadas às doenças crónicas na terceira idade; menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica. A mesma organização salienta ainda que à medida que as populações envelhecem, haverá mais pressão para que as políticas públicas mudem, principalmente se mais indivíduos atingirem a terceira idade com boa saúde e aptidão para o trabalho. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e reformas, assim como os custos com assistência médica e social. Deste modo, promover o EA revela-se uma boa aposta para as políticas sociais e de saúde (OMS, 2012).

O presente relatório assenta sobre o projeto desenvolvido no CS de Albergaria-a-Velha e encontra-se estruturado em quatro capítulos. No capítulo I realizou-se um enquadramento teórico que aborda os desafios que o envelhecimento transfere para a saúde dando enfoque i) ao processo de envelhecimento; ii) a estimativas do perfil de saúde das pessoas idosas; iii) ao cenário atual de saúde da população portuguesa e iv) à crise económica de em Portugal e as implicações na saúde pública. Posteriormente descrevem-se algumas respostas aos novos desafios, evidenciando-se o EA e a educação

para a saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os determinantes da procura de cuidados de saúde.

O capítulo II referente à metodologia, divide-se em duas partes. A primeira parte diz respeito à fase preliminar do projeto onde a partir de um estudo descritivo e exploratório, se apresentam as técnicas utilizadas no decurso das várias etapas que o constituíram. Efetuou-se uma breve descrição do contexto onde decorreu o projeto/estudo e dos participantes, a forma como os dados foram recolhidos, registados e analisados, e ainda as questões éticas inerentes às fontes e aos dados. Nesta parte também está descrita i) uma recolha exploratória de informação para caracterização da instituição; ii) o recurso à observação não-participante e à observação participante na sala de espera às pessoas idosas e iii) o recurso às entrevistas semiestruturadas aos utentes e aos profissionais da Unidade de Saúde Familiar (USF). A segunda parte deste capítulo dá ênfase à implementação duma atividade realizada com base nos resultados do estudo exploratório preliminar: a partir da Metodologia da Pedagogia da Problematização promoveu-se uma reunião com pessoas idosas, a qual se designou por *1º Encontro Alberg(ia)*⁶⁵⁺, com vista a explorar com mais profundidade os motivos e as necessidades pelo qual as pessoas idosas procuram os CS..

No capítulo III são apresentados os resultados obtidos nas etapas anteriores e é feita a sua discussão em simultâneo.

O capítulo IV apresenta as limitações identificadas ao longo de todo o processo deste trabalho e as principais conclusões do projeto, sendo que, dão enfoque a aspetos que foram emergindo e as suas implicações para prática profissional e para o futuro deste projeto.

O capítulo V descreve uma proposta de projeto de continuidade do projeto desenvolvido neste relatório.

Justificação deste projeto

Viver mais anos pode significar uma maior incidência e prevalência de patologias crónicas o que pode justificar o elevado consumo de cuidados de saúde pelas pessoas idosas (Amaral & Vicente, 2000; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Ministério da Saúde, 2006; Santos & Almeida, 2010). Alguns teóricos referem este consumo como um modo de estabelecer contactos sociais, supondo que ele é muitas vezes injustificável não representando reais necessidades de saúde (Campos, 2001).

Na prática, os profissionais de saúde referem também a elevada procura de serviços do Centro de Saúde (CS) por parte das pessoas idosas. Esta perceção tem vindo a ser questionada pelos profissionais do CS de Albergaria-a-Velha que a manifestaram perante a comunidade académica. Deste modo verifica-se que as motivações da procura de cuidados de saúde carecem de aprofundamento.

Assim, pode-se questionar: a elevada procura dos CSP é o resultado de reais necessidades de saúde ou existirão outras necessidades associadas? E se assim for, isso poderá representar uma necessidade de mudança nas respostas dos sistemas de saúde, de forma a atender a outras necessidades na promoção de saúde e bem-estar na velhice?

Na tentativa de esclarecer estas questões desenvolveu-se o projeto aqui apresentado. Um projeto constitui um conjunto de atividades que visam objetivos claros, a concretizar em tempo predefinido, para o qual são afetos os recursos e os materiais considerados adequados (Quadro de Referência Estratégico Nacional, 2012).

Objetivos

Os objetivos deste projeto centram-se na promoção de saúde e bem-estar na velhice tendo por base o estudo exploratório das necessidades das pessoas idosas que procuram os CSP. Assim, definiu-se como **objetivo geral** desenvolver um projeto de apoio às necessidades das pessoas idosas que procuram o CS de Albergaria-a-Velha tendo-se estabelecido os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar os motivos que levam as pessoas idosas a procurar os serviços do CS;
- Determinar se o isolamento ou a solidão, questionados pelos profissionais de saúde, são motivos determinantes da procura dos serviços de saúde por parte das pessoas idosas;
- Traçar recomendações que respondam a necessidades identificadas e orientem intervenções;
- Propor um projeto de promoção da saúde e bem-estar que vá ao encontro das necessidades identificadas.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O ENVELHECIMENTO E NOVOS DESAFIOS PARA A SAÚDE

Este primeiro ponto fará uma abordagem ao envelhecimento demográfico, a alguns aspetos do processo de envelhecimento numa perspetiva biopsicossocial, apresentando-se possíveis cenários futuros do perfil de saúde da população idosa, bem como o panorama da saúde dos portugueses de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006.

1.1.1. Envelhecimento demográfico

O termo envelhecimento populacional resume as mudanças na estrutura etária de uma população para idades mais avançadas; uma consequência direta da queda de fecundidade global e do declínio da mortalidade em indivíduos mais velhos (Gavrilov & Heuveline, 2003).

O índice de envelhecimento começou a aumentar na transição para o século XXI em alguns países (por exemplo na Itália, Alemanha, Bulgária e Japão) e prevê-se que em 2030 praticamente todos os países desenvolvidos apresentem um padrão semelhante. Na Europa, estima-se um aumento da proporção de pessoas com 65 e mais anos de 15% no ano 2000 para 23,5% em 2030 (Kinsella & Phillips, 2005).

Esta tendência é ilustrada pela estrutura etária da população dos 27 Estados-Membro da União Europeia, caracterizada por possuir uma base piramidal mais estreita e um topo mais largo (Eurostat, 2011), prevendo-se uma continuação deste fenómeno nas próximas décadas. Segundo a mesma fonte, o quadro demográfico da União Europeia demonstra um crescimento populacional alimentado principalmente pela imigração, e uma população cada vez mais velha e mais diversificada. Esta situação irá apontar para novas necessidades que poderão representar novos desafios para a saúde, tanto ao nível de políticas de saúde quanto no âmbito dos cuidados prestados.

A realidade demográfica portuguesa assemelha-se à europeia pelos indicadores descritos anteriormente. Segundo o INE (2011b), as últimas quatro décadas foram marcadas por uma duplicação da proporção de pessoas com 65 e mais anos, que passou de 9,7% para 18,2%. Projeções demográficas recentes estimam que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2060, 32,3% do total da população (INE, 2009).

Dos 20 países com maior percentagem de pessoas idosas no mundo, Portugal ocupa a 9ª posição (16,9%), logo a seguir a Itália, Japão, Grécia, Alemanha, Espanha, Suécia, Bélgica e Bulgária (Kinsella & Phillips, 2005).

1.1.2. Processo de envelhecimento

São vários os investigadores que têm estudado o processo de envelhecimento tentando compreendê-lo. De acordo com Netto (2002), o processo de envelhecimento é um fenómeno comum a todos os animais. No entanto, é difícil mensurar a idade biológica pois não existe nenhum marcador biofisiológico que permita calcular o seu início. O mesmo autor refere que a demarcação entre a maturidade e o envelhecimento é arbitrariamente fixada, mais por fatores socioeconômicos e legais do que biológicos sendo muitas vezes associada com a idade em se começa a receber pensões/reformas. A maioria dos países desenvolvidos aceita a idade cronológica de 65 anos, como uma definição de pessoa idosa (OMS, 2013).

Não sendo possível definir uma idade biológica, torna-se difícil adotar uma teoria sobre o fenómeno de envelhecimento, bem como uma definição que atenda aos múltiplos aspetos que o compõem. Não obstante, aceita-se que o processo envolva alterações não só biológicas, mas que se fazem acompanhar de mudanças psicossociais, com influências do contexto e estilo de vida (Netto, 2002).

Por sua vez, Spirduso (2005) refere-se ao processo de envelhecimento sob uma perspectiva biológica, definindo-o como um processo ou conjunto de processos que afetam a homeostasia com o passar do tempo. Assim ocorrem, no organismo, mudanças estruturais a nível dos órgãos e alterações funcionais dos sistemas que se traduzem numa diminuição progressiva da viabilidade e aumento da vulnerabilidade do corpo, conduzindo à morte (Spirduso, 2005).

No entanto, as pessoas não envelhecem todas da mesma forma; estilos de vida adotados ao longo dos anos podem ter influencia mais ou menos direta no processo de envelhecimento (Papália & Olds, 2000). A longevidade aumenta a probabilidade de distúrbios físicos e mentais que tendem a ocorrer na terceira idade, mas a prática regular de uma atividade física pode ajudar os indivíduos a enfrentar mudanças inerentes ao processo de envelhecimento. Relativamente a este aspeto, os mesmos autores defendem que um programa de atividade física e uma dieta adequada podem atenuar muitas mudanças físicas e apresentar vários benefícios, nomeadamente, o fortalecimento do

coração e dos pulmões, a redução da probabilidade de desenvolver problemas nos músculos e articulações, a eficácia contra a hipertensão, a doença cardíaca e a osteoporose. No fundo, a melhoria dos padrões de vida e saúde pela adoção de um estilo de vida saudável (por exemplo, optar por não fumar ou realizar uma atividade física) pode influenciar a incidência de certas patologias (OMS, 2005).

A variável género parece também ter um peso significativo no processo de envelhecimento. Num estudo de diagnóstico sobre as condições de vida de homens e mulheres portuguesas baseado em dados do INE e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Perista e Perista (2012) verificaram que algumas doenças crónicas como a diabetes, enfarte do miocárdio, enfisema/bronquite crónica ou insuficiência renal apresentam maior incidência em homens idosos, ao passo que as mulheres idosas são mais afetadas pela osteoporose, doenças reumáticas, depressão e ansiedade crónica. Os autores fizeram também uma análise das taxas de mortalidade padronizadas da população idosa e averiguaram que à exceção da doença de Alzheimer e dos tumores malignos dos ossos, pele e mama, em todas as restantes causas de morte a taxa de mortalidade é superior entre os homens.

No que diz respeito às mudanças psicossociais, Netto (2002) refere que à última fase do ciclo da vida, se associam a perda dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas, motoras e afetivas. No entanto, os recursos psicológicos e sociais do indivíduo podem determinar a forma como este encara as implicações da incapacidade funcional. Bandura (2004) afirma que os fatores psicológicos refletem a perceção subjetiva do indivíduo e a sua avaliação das situações. O mesmo autor aponta a importância desses recursos na adaptação aos novos desafios que a pessoa idosa enfrenta, tais como o declínio funcional, a entrada na reforma ou a reestruturação de papéis.

Também o contexto de residência pode influenciar o processo de envelhecimento. Alguns estudos (Dong & Simon, 2010; Fonseca, 2006; Gómez & Curcio, 2004) têm apontado para diferenças físicas entre o meio rural e urbano que, juntamente com o estilo de vida poderão ter ação sobre a forma como as comunidades envelhecem. A influência do meio rural no processo de envelhecimento parece consagrar opiniões distintas. Alguns autores referem a existência de mais sentimentos de solidão, depressão, problemas de saúde mental e maior consumo de álcool em meio rural (Dong & Simon, 2010; Gómez & Curcio, 2004). Outros apontam um maior bem-estar e menos pressão nesses meios, onde os habitantes estão em harmonia com o

ambiente, possivelmente por se manterem ativos em atividades agrícolas e cuidando dos seus animais (Fonseca, 2006).

1.1.3. Pessoas idosas: o futuro do perfil de saúde

Apesar de diferenças individuais, estilos de vida ou o contexto terem uma ação sobre o processo de envelhecimento, a OMS (2001) reconhece que algumas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) se apresentam com maior incidência e prevalência em pessoas idosas, nomeadamente doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, demência, depressão e problemas visuais.

Uma análise histórica de políticas de saúde de países desenvolvidos revela que a incidência destas patologias tem sofrido alterações. Até aos anos 40-50 do século passado, as políticas de saúde focavam-se nas doenças infecciosas mas hoje, assistimos a elevadas prevalências de DCNTs nos países desenvolvidos que representam novas exigências de cuidados de saúde (OMS, 2001). Além disso, a OMS (2005) alerta que os países em desenvolvimento, ainda em luta contra as doenças infecciosas, começam já a deparar-se com as DCNTs o que acarreta uma “carga dupla de doenças”. Segundo a mesma fonte, em 1990, 50% da carga global de doenças em países em desenvolvimento e recentemente industrializados era representada por patologias crónicas, doenças mentais e lesões, prevendo-se um aumento da carga dessas doenças para aproximadamente 78% em 2020.

Desta forma, há já vários autores a perspetivarem o perfil de saúde da população mais velha sob diferentes eixos: Fries (2005b) apresenta três cenários possíveis, ilustrados na Figura 1.

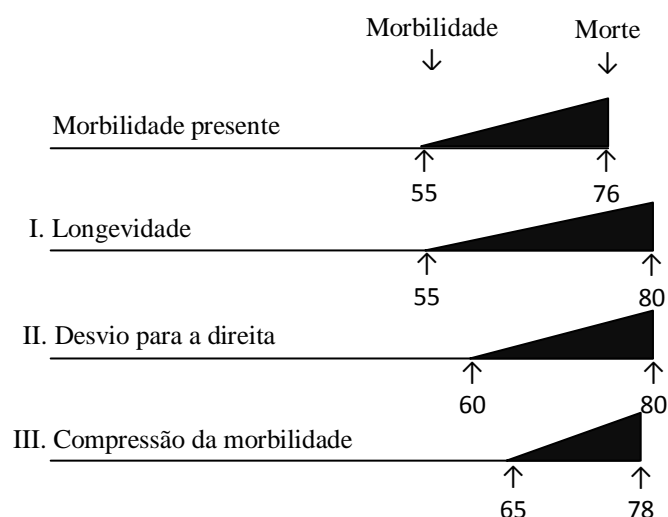


Figura 1 - Morbidade presente contrastando com três possíveis cenários de futuro da morbidade e longevidade. Adaptado de Fries, 2005.

A linha superior fornece uma estimativa gráfica de morbidade atual, expressa com uma área a negrito entre o início da incapacidade numa idade média de 55 anos e uma idade média de morte de 76 anos. Posteriormente é apresentado o cenário I, em que a morbidade aumenta da mesma forma que a esperança média de vida; o cenário II que apresenta um deslocamento da morbidade para os 60 anos de idade e o cenário III, mais positivo, representando a compressão da morbidade. Este último cenário defende que o aumento da longevidade irá traduzir-se numa quebra da morbidade devido a adoção estilos de vida mais saudáveis e avanços terapêuticos (Freedman, Martin, & Schoeni, 2002; Fries, 2005a).

A análise dos diferentes cenários permite questionar sobre o futuro do perfil de saúde das pessoas idosas portuguesas: ii) o aumento da longevidade resultará no aumento da morbidade aumentando assim a procura de cuidados de saúde? ou pelo contrário, iii) iremos deparar-nos com uma compressão da morbidade?

1.1.4. A saúde dos portugueses

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006, a doença crónica mais frequente é a hipertensão arterial tendo sido referida por 19,8% de residentes em Portugal e verificado um aumento da prevalência na idade de início a partir dos 45-54 anos de idade (INE / INSA, 2009). Além da hipertensão arterial, outras patologias crónicas apresentaram grande prevalência na população portuguesa, destacando-se a doença reumática, a dor crónica, depressão, diabetes,

osteoporose e asma (INE / INSA, 2009). Os resultados do mesmo INS mostraram ainda que 28,2% dos residentes em Portugal enfrentaram pelo menos uma situação de incapacidade temporária por motivos de saúde, sendo que a maioria desses residentes apresentava mais de 74 anos de idade (INE / INSA, 2009). Relativamente aos procedimentos adotados perante situações de doença ou incapacidade, a mesma fonte referiria que o consumo de medicamentos foi o procedimento mais utilizado para crianças entre 1 e 4 anos e nas pessoas idosas a partir dos 75 anos. O recurso à modificação da alimentação e ao uso de tratamentos caseiros perante a alteração do estado de saúde, ocorreu maioritariamente nos participantes com idade compreendidas entre os 45 e os 74 anos (INE / INSA, 2009).

No que diz respeito à procura dos serviços de saúde, de acordo com o mesmo INS, mais de metade da população residente em Portugal (56,6%) recorreu à consulta médica nos três meses anteriores à entrevista e fê-lo por motivos relacionados com uma doença ou um acidente (54,7%). Os motivos relacionados com exames complementares ou medicação e os associados à prevenção e/ou vigilância foram também indicados com frequência relevante, respetivamente 21,6% e 18,0% (INE / INSA, 2009). Até aos 45 anos, a maioria dos residentes em Portugal que recorreu à consulta médica fê-lo apenas uma vez. A partir desse grupo etário as pessoas referiram frequências de duas, três, quatro ou mais consultas por trimestre (INE / INSA, 2009).

1.2.2. A crise económica do século XXI em Portugal e as implicações na Saúde Pública

O Observatório Português de Sistemas de Saúde [OPSS] (2012) denunciou, no Relatório de Primavera 2012, restrições no acesso aos serviços de saúde, consequências da crise e da austeridade atual. A mesma fonte salientou também que a contenção de gastos no setor da saúde é sensível à degradação das condições económicas e sociais da população. No caso particular das pessoas idosas, há evidências de redução acentuada do número de pessoas com mais de 65 anos com isenção de taxas moderadoras (Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2012). Dados fornecidos pela Administração Regional de Saúde do Alentejo ao OPSS, demonstram que 64313 pessoas idosas deixaram de ter isenção. No relatório da OPSS, a análise do acesso aos cuidados de saúde considera também outras variáveis, nomeadamente o acesso a medicação. O relatório aponta para os resultados de um inquérito aplicado a utentes de

farmácias de Lisboa que refere que cerca de 20% desses utentes não adquiriu a totalidade dos medicamentos prescritos, sendo que, entre estes, predominam as mulheres, os desempregados e as pessoas idosas.

O mesmo relatório sugere ainda preocupações referentes ao transporte das pessoas até aos locais de prestação de cuidados. O custo com transporte de doentes, suportado pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), sofreu sérias reduções. A isto, acresce, uma rede de transportes públicos mais cara e muito deficitária, principalmente em locais do interior desertificado e envelhecido.

As variáveis descritas geram preocupação com o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, principalmente dos grupos mais vulneráveis. De facto, os cortes no orçamento da saúde que acompanham as crises financeiras de um Estado colocam em risco o acesso aos cuidados de saúde e medicamentos, constituindo um alerta para a necessidade do reforço de medidas de prevenção e proteção da Saúde Pública neste tipo de situação (Faria, 2011).

Faria (2011, p. 99) sugere que *“a Saúde Pública como todas as artes sociais “faz-se fazendo”, andando de casa em casa, nem que virtualmente, informando e convencendo as pessoas de algo tão simples quanto os benefícios que lhes trariam o exercício físico regular e uma alimentação equilibrada, enquanto poupariam dinheiro às suas famílias e ao próprio Estado”*. A autora acrescenta que a inovação é a chave para agir na Saúde Pública, devendo adequar-se a intervenção à realidade atual, com o objetivo de criar novas soluções.

1.2. RESPOSTAS AOS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO

São, sem dúvida, vários os desafios de uma população em processo de envelhecimento. A superação desses desafios requer um planeamento inovador assim como as reformas nas políticas de saúde. Tal como visto anteriormente, a mudança no padrão de doenças infecciosas para as DCNTs tem vindo a ocorrer rapidamente, e esta tendência irá crescer nas próximas décadas. É vital ampliar a consciência sobre envelhecer e sobre os recursos para manutenção da saúde no processo de envelhecimento.

1.2.1. O Envelhecimento Ativo como Política de Saúde

À medida que os indivíduos envelhecem, as DCNTs transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todo o mundo. Em muitos países estas patologias representam o maior número de gastos da medicina curativa, com elevados custos para os indivíduos, as famílias e o Estado. É importante chamar a atenção para os riscos destas doenças durante toda a vida, sendo sempre preferível prevenir ou retardar o máximo possível (OMS, 2005).

Em saúde, a prevenção refere-se à atuação antecipada de forma a reduzir a incidência e prevalência de patologias nas populações. Por sua vez, a promoção de saúde apresenta-se num sentido mais amplo, não se dirigindo à prevenção de patologias específicas mas com o objetivo de aumentar a saúde e bem-estar em geral (Czeresnia, 1999). Na elaboração da Carta de Ottawa, a Organização Mundial de Saúde (1986), referiu-se à promoção de saúde como um processo que pretende facultar às pessoas os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer maior controlo sobre a mesma. A mesma fonte mencionou ainda a saúde como um recurso para a vida em vez do objetivo da vida, apontando a importância da realização de aspirações pessoais e satisfação de necessidades, bem como o saber lidar com o meio ambiente.

Já desde a década de 1980 que a OMS tem vindo a dar enfoque a estratégias de promoção de saúde, mas no final da década de 1990, foi adotado o paradigma de EA. O EA foi assim definido como a otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança com vista a melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são mais vulneráveis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados, aplicando-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais (OMS, 2005). O Quadro 1 apresenta os fatores determinantes do EA, designadamente, o género, a cultura, os fatores económicos, os relacionados com os serviços de saúde e os serviços sociais, os fatores do meio social e físico e os fatores pessoais e comportamentais.

Quadro 1 - Determinantes de EA

Gênero	Uma “lente” através da qual se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres.
Cultura	Modela a forma de envelhecer, influenciando todos os outros fatores determinantes do EA.
Econômicos	Aspectos como a renda, o trabalho, e a proteção social têm um efeito particularmente relevante sobre o EA.
Serviços Sociais e de Saúde	Na promoção do EA, os sistemas de saúde devem ter uma perspectiva de curso de vida com vista à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidados primários e de longo prazo de qualidade. Os serviços sociais e de saúde devem ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos. Não pode haver discriminação de idade na prestação destes serviços.
Sociais	Apoio social (relações sociais animadoras e próximas), oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam o EA.
Pessoais	Aqui incluem-se fatores biogênicos (que têm grande influência no processo de envelhecimento) e fatores psicológicos que incluem a inteligência e a capacidade cognitiva.
Comportamentais	A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todas as fases da vida. Nunca é tarde demais para se adotarem esses estilos. O envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência tabágica e do álcool, e fazer usar adequadamente a medicação pode prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida.
Ambiente físico	Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência. A existência de barreiras físicas pode representar perigo de quedas ou evitar saídas de casa resultando em isolamento.

Adaptado de OMS (2005)

A OMS (2005) fornece orientações quanto às políticas de saúde perante uma comunidade em envelhecimento; estas devem assegurar um equilíbrio entre o apoio ao

“autocuidado” (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde). Deste modo, as políticas devem abordar os fatores determinantes mais abrangentes do EA, como por exemplo intervenções para evitar lesões, melhorar as dietas, promover a atividade física, aumentar a alfabetização e a oferta de empregos (OMS, 2005).

A OMS (2012) identificou, no *Regional Office for Europe*, cinco prioridades de intervenção sobre a integração de políticas de saúde enquanto resposta ao envelhecimento na Europa, nomeadamente:

- Prevenção de quedas;
- Promoção de atividade física;
- Vacinação da gripe *Influenza* de pessoas idosas e prevenção de doenças infetocontagiosas;
- Suporte público ao cuidado informal focalizado em serviços de apoio domiciliário;
- Capacitação dos profissionais das áreas social e de saúde e na atuação com as pessoas idosas.

Tendo por base o crescente envelhecimento populacional torna-se clara a importância de desenvolver programas na comunidade que possam responder às novas necessidades de grupos de pessoas idosas e cada vez mais exigentes. Os novos paradigmas de EA revelam-se como uma excelente forma de enfrentar anos vindouros com maior qualidade e satisfação pela vida, sendo assim urgente a educação para a adoção de novos comportamentos e manutenção de estilos de vida saudáveis. Este tipo de abordagem pode ser uma boa aposta a nível dos CSP. Para isto, é importante analisar as recomendações da OMS no âmbito do EA e enquadrá-las no Plano Nacional de Saúde, em conformidade com as necessidades verificadas na comunidade.

1.2.2. A educação para a saúde na terceira idade

O conceito de educação tal como define Dias (1993), é um processo natural e espontâneo que permite o desenvolvimento das capacidades do ser humano. Neste contexto, a educação e aprendizagem ocorrem naturalmente ao longo da vida e com as experiências vivenciadas. No entanto, o mesmo autor refere ainda que a educação pode adquirir um caráter intencional quando aleada ao estudo e orientar-se para objetivos, o que acontece no ensino. Enquanto o ensino tradicional, corresponde à simples

transmissão de conhecimentos e tem sido fortemente criticado por instigar a passividade nos educandos, Freire (1996), defende uma forma inovadora de educação, que cria possibilidades para a construção de conhecimentos, em que os educadores se tornam orientadores da sua própria aprendizagem e conduzem, de forma metodológica, os conteúdos ensinados para que a prática seja eficiente.

A partir da década de 60 surgem conceitos inovadores de educação (Dias, 1993; García, 2005): i) *educação permanente*, um processo contínuo e inacabado, que refuta o modelo linear de formação para jovens e pessoas ativas/empregadas, instaurando a ideia de aprendizagem ao longo da vida e ii) *educação comunitária*, um processo global e sequencial de desenvolvimento da comunidade, que parte da interação de processos de educação permanente de cada um dos membros dessa comunidade. Segundo García (2005) aprendizagem ao longo da vida abrange todas as pessoas, sem exclusões, e pode ser desenvolvida através de qualquer meio ou agente de educação. O autor refere que os programas de gerontologia educacional visam ajudar a pessoa idosa a:

- Questionar-se, abrir percepções da realidade e ser mais tolerante com as pessoas que pensam de forma diferente;
- Ter consciência das suas dificuldades e problemas e procurar soluções para eles;
- Potenciar a sua inteligência social e prática;
- Desenvolver a criatividade e a sabedoria;
- Capacitar o seu desenvolvimento pessoal, a vida comunitária e a participação social;
- Permitir experienciar relações de qualidade que ajudem a satisfazer as suas necessidades sócia afetivas e a aumentar sentimentos de pertença à comunidade.

Neste sentido, segundo o mesmo autor, as políticas gerontológicas podem atuar, gerando interesse nos aspetos formativos e no desenho de projetos educativos que respondam aos problemas emergentes de uma sociedade envelhecida.

A noção de educação para a saúde, definida por Wood na década de vinte como educação sanitária, apresentava-se como uma tentativa de modificar hábitos, atitudes e conhecimentos das pessoas e da comunidade, através de ações educativas, para prevenir doenças e promover a saúde (Precioso, 1992). Ao longo do tempo a definição de educação para a saúde sofreu algumas alterações, tendo sido incluídos aspetos

considerados importante tais como o ambiente dos destinatários, as estratégias de comunicação e mais recentemente aspetos como os valores individuais, a autoestima das pessoas e o *empoderamento* (Carvalho & Carvalho, 2006). Além disso, é também importante ter uma visão globalizante e crítica sobre as necessidades de saúde do público-alvo e, estar envolvido com o sujeito, os grupos ou comunidades alvo (Silva, 2006). Estas considerações, aleadas aos aspetos de EA e educação ao longo da vida, fornecem orientações para a planificação de ações educativas de promoção de saúde na terceira idade.

1.2.3. Cuidados de Saúde Primários

Em 1978 foi realizada na Conferência Internacional da OMS/UNICEF, uma declaração sobre os CSP que ficou conhecida como a Declaração de Alma Ata. O documento defende que os CSP deveriam assim ser colocados ao alcance universal dos indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. Segundo essa declaração, esses cuidados devem integrar o Sistema de Saúde do país, representando o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS e possibilitando cuidados de saúde o mais próximo possível do local de residência e trabalho das pessoas (OMS, 1978).

Os CSP revelam-se assim como uma combinação de algumas características essenciais (OMS, 2008a):

- Preocupação com a saúde de todos os membros duma comunidade;
- Contribuição para a equidade em saúde, justiça social e fim da exclusão, apontando para o acesso universal e a proteção social da saúde;
- Orientação para as pessoas, implicando uma continuidade de cuidados;
- Garantia de comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública nos CSP;
- Atenção generalizada para todos os problemas de saúde comuns e colaboração com serviços especializados quando os serviços gerais são insuficientes;
- Empoderamento dos utentes tornando-os ativos na gestão da própria saúde.

A cobertura generalizada do território nacional pelos CSP foi conseguida após a criação do SNS em 1979, segundo o Decreto-Lei n.º 214 de 15 de setembro de 1979. O

SNS português define-se como um instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. Envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (Miguel & Brito de Sá, 2010). O acesso ao SNS é gratuito, havendo a possibilidade de criar taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações (Ministério da Saúde, 2010).

No âmbito do SNS, os CSP são assegurados através de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Além dos ACES, fazem ainda parte do SNS os seguintes serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde: estabelecimentos hospitalares, e unidades locais de saúde (Ministério da Saúde, 2012).

A prestação de CSP em Portugal sofreu uma profunda reforma nos últimos anos que abrange a reorganização local dos cuidados, com a reorganização dos Centros de Saúde em ACES e o desaparecimento da estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde. A sua missão é assim garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade (Ministério da Saúde, 2008).

No processo de reconfiguração dos Centros de Saúde (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro) foram criados 74 ACES, e implementados cinco modelos de unidades funcionais: USF; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, definindo-as como unidades elementares de equipas multiprofissionais, que garantem a prestação de cuidados de saúde individuais e familiares.

As UCSP prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação

para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Às USP compete elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. Por fim as URAP prestam serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas anteriormente e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro).

Embora assentando na tríade clássica de profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e pessoal administrativo – os ACES, levados ao seu limite, segundo alguns defensores duma nova reforma dos CSP, deverão vir a englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional (Miguel & Brito de Sá, 2010).

Até ao momento, a carteira básica dos serviços de saúde (Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro) prestados pela equipa multiprofissional das unidades contempla:

- i) Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida (com especificidades na saúde da mulher a nível de planeamento familiar, cuidados pré concecionais e vigilância da gravidez);
- ii) Cuidados em situação de doença aguda;
- iii) Acompanhamento clínico das situações de doença crónica, contemplando-se a promoção da aceitação do estado de saúde, da autovigilância, da gestão e adesão ao regime terapêutico e do autocuidado nas atividades de vida diárias;
- iv) Cuidados no domicílio;
- v) Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

No âmbito da reestruturação do Plano Nacional de Saúde para os anos 2011-2016, foram feitas algumas propostas de expansão e reforço dos CSP. Algumas áreas específicas de intervenção são de alguma forma subvalorizadas na atualidade, o que justifica uma intervenção diferenciada até à sua estabilização na estrutura do sistema de saúde (Miguel & Brito de Sá, 2010). As áreas consideradas subvalorizadas eram designadamente, i) cessação tabágica, ii) comportamentos alimentares, iii) saúde mental, iv) saúde sexual e reprodutiva e v) saúde oral. A sugestão destas áreas prende-se com o facto de ser desejável e exequível uma intervenção no âmbito dos CSP, também por serem áreas nas quais as intervenções praticadas têm impactos positivos e mensuráveis na saúde, demonstrando uma boa relação custo-benefício, além de serem

áreas deficitárias no SNS, quer em termos de estrutura, quer de profissionais, quer de intervenções (Miguel & Brito de Sá, 2010).

1.2.4. Do modelo Biomédico ao modelo Biopsicossocial

O modelo biomédico surgiu com base na teoria mecanicista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e segue o modelo de ciência positivista do século XIX (Annandale, 1998). Annandale (1998) apresenta o modelo biomédico como o modelo de atuação em saúde que segue a visão médica tradicional, que considera a saúde como a ausência de doença, dor ou defeito, e que classifica como saudável a condição humana “normal”. A mesma autora refere que o foco do modelo são os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença. Annandale (1998) aponta lacunas no modelo por não considerar o papel dos fatores sociais ou a subjetividade individual e, do mesmo modo, ignorar o facto de que o diagnóstico é um resultado da negociação entre médico e paciente. Na intervenção característica desta abordagem tradicional, o interventor tem o papel de especialista, exterior ao sistema e objetivo, e detém o poder na relação terapêutica. Os sujeitos são percebidos como tendendo para a estabilidade, o que os torna resistentes à mudança (Sousa & Ribeiro, 2005).

Em contrapartida, o modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977) revela-se uma estrutura conceitual mais completa para orientar os clínicos no seu trabalho diário com os pacientes. Este modelo pressupõe que: i) a saúde e a doença são estados determinados por fatores biológicos, psicológicos e sociais; ii) a importância relativa destes fatores pode variar com a doença e o doente, mas eles devem ser considerados para avaliar aspetos como a etiologia, diagnóstico, prognóstico e prevenção; iii) os cuidados de saúde adequados requerem o tratamento, não apenas da doença, mas da pessoa que tem a doença (Engel, 1977).

Deste modo, o modelo afasta a definição de saúde como sinónimo de ausência de doença e contempla a interação entre aspetos biológicos, sociais, cognitivos, emocionais e motivacionais. O modelo inclui ainda o ambiente sociocultural e foca as perceções individuais sobre a saúde e a doença, permitindo explicar que o que alguns indivíduos classificam como doença, para outros pode significar apenas “problemas da vida” (Engel, 1977). A família e contexto dos indivíduos revelam-se também muito

importantes na adoção de uma abordagem biopsicossocial que não exclui nem as relações estabelecidas, nem o meio, nem o sujeito (Relvas, 2003).

O modelo biomédico tem influenciado a atenção à saúde, ao longo dos anos. No entanto, o paradigma do modelo biopsicossocial, ao fomentar a comunicação como forma de criação de vínculos, pode revelar-se facilitador na identificação de necessidades e para assegurar que os problemas e preocupações dos pacientes são entendidos pelos prestadores de cuidados (De Marco, 2006).

1.2.5. Determinantes da procura de cuidados de saúde

A incidência e prevalência de patologias crónicas na terceira idade podem resultar numa dependência de cuidados de saúde e de medicação e justificar o consumo de serviços de saúde por pessoas idosas (Bodenheimer et al., 2002; Ministério da Saúde, 2006; Santos & Almeida, 2010).

Num estudo sobre a utilização inadequada de urgências hospitalares, Carret, Fassa, e Kawachi (2007) verificaram que fatores como a falta de suporte social e existência de doenças crónicas se associavam a uma elevada utilização por parte de doentes idosos.

Na Tabela 1 estão patenteados os dados mais recentes publicados da taxa nacional de utilização de Centros de Saúde.

Tabela 1 – Utilização de Centros de Saúde em Portugal

		Taxa de utilização	Média anual de consultas
Saúde Juvenil	0 – 18 anos	53.1%	2,4
Saúde Adultos	19 – 44 anos	50.5%	2,6
	45 – 64 anos	65.8%	4,5
	≥ 65 anos	79.0%	6,3

Fonte: Ministério da Saúde (2006)

Em 2005 verificou-se que, em média, por CS existiam 30388 utentes inscritos dos quais uma média de 18167 correspondia a utentes utilizadores (que tiveram um contacto no CS pelo menos uma vez nesse ano) cuja taxa de utilização é cerca de 60%. Pela Tabela 1, verifica-se que a maior utilização é efetuada por pessoas com 65 anos ou

mais (79%), que apresentam uma média de 6,3 consultas por utente idoso no ano de referência dos dados.

A utilização dos serviços de saúde tem sido alvo de discussão por parte de vários autores que desenvolveram modelos teóricos na tentativa de explicar ou prever o consumo e acesso de serviços de saúde (Travassos & Martins, 2004).

1.2.5.1 Modelo de Andersen

Dos vários modelos, o proposto por Andersen (1995) tem sido o mais aplicado e citado em múltiplos estudos sobre acesso e utilização de serviços de saúde, designando-se modelo comportamental de utilização de serviços de saúde. Este modelo foi desenvolvido no final da década de 1960 com o objetivo de identificar os motivos pelos quais as famílias utilizavam os serviços de saúde e também para definir e medir o acesso equitativo aos cuidados de saúde. Numa fase inicial do modelo, Andersen (1995) sugeria que o uso de serviços de saúde ocorria em função de:

- *Fatores predisponentes* – afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde. Consideram-se dentro destes fatores as *características demográficas* como o sexo e a idade que são imperativos biológicos que influenciam a necessidade de cuidados de saúde; *sociais* como a escolaridade, a ocupação e a etnia; e as *crenças em saúde* como atitudes, valores e conhecimentos das pessoas sobre saúde e serviços de saúde que podem influenciar a sua perceção de necessidade e uso dos serviços de saúde;
- *Fatores capacitantes* – Os fatores capacitantes relacionam-se com a possibilidade e facilidade de acesso ao serviço. Englobam fatores individuais e familiares (rendimento, seguro de saúde, fonte regular de cuidados) e também são considerados os recursos na comunidade (facilidades e serviços de saúde na área de residência),
- *Necessidades de saúde* – condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde. As *necessidades percebidas* permitem compreender melhor a procura de cuidados e a adesão ao tratamento. As *necessidades diagnosticadas* relacionam-se com o tipo e quantidade de cuidado que será fornecido após o utente se apresentar aos prestadores de cuidados de saúde.

Desde a sua estrutura nos anos 60, o modelo de Andersen passou por inúmeras modificações ao longo dos anos contando com a colaboração de outros investigadores (Travassos & Martins, 2004). As revisões posteriores ampliam e clarificam o conceito de acesso, que passa explicitamente a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde. O conceito passou a tornar-se multidimensional, constituído por dois elementos (Andersen, 1995):

Acesso potencial – presença, no âmbito dos indivíduos, de fatores capacitantes ou facilitadores do uso de serviços (meios disponíveis às pessoas para que obtenham cuidados de saúde);

Acesso realizado – real utilização dos serviços, influenciada por fatores como tempo de espera, tempo da consulta, custo da consulta, meio de transporte, qualidade do atendimento, entre outros.

Na década de 70, o modelo continua a evoluir e passando a incluir explicitamente o *sistema de cuidado em saúde* reconhecendo que fatores contextuais (relacionados com políticas de saúde e oferta de serviços) intervêm de forma direta no uso dos serviços de saúde. Foi também adicionada, nesta fase, a *satisfação do consumidor*, um resultado explícito do uso de serviços de saúde.

Nas últimas revisões do modelo, nos anos 80 e 90, o autor inclui os *comportamentos de saúde*, destacando-se assim a importância dos serviços de saúde na manutenção e melhoria da saúde da população. É adicionada a condição de *saúde percebida* pela população e *saúde avaliada* pelos profissionais de saúde, bem como a satisfação do consumidor aos resultados de saúde (que incluem a saúde percebida pelos consumidores e avaliada pelos profissionais).

Ainda na década de 90, Andersen (1995) introduz ligações e direções que articulam os elementos do modelo e mostra que os resultados de saúde podem afetar os fatores predisponentes, facilitadores, as necessidades de saúde e o uso dos serviços de saúde. O modelo, no seu estado final, é apresentado na Figura 2.

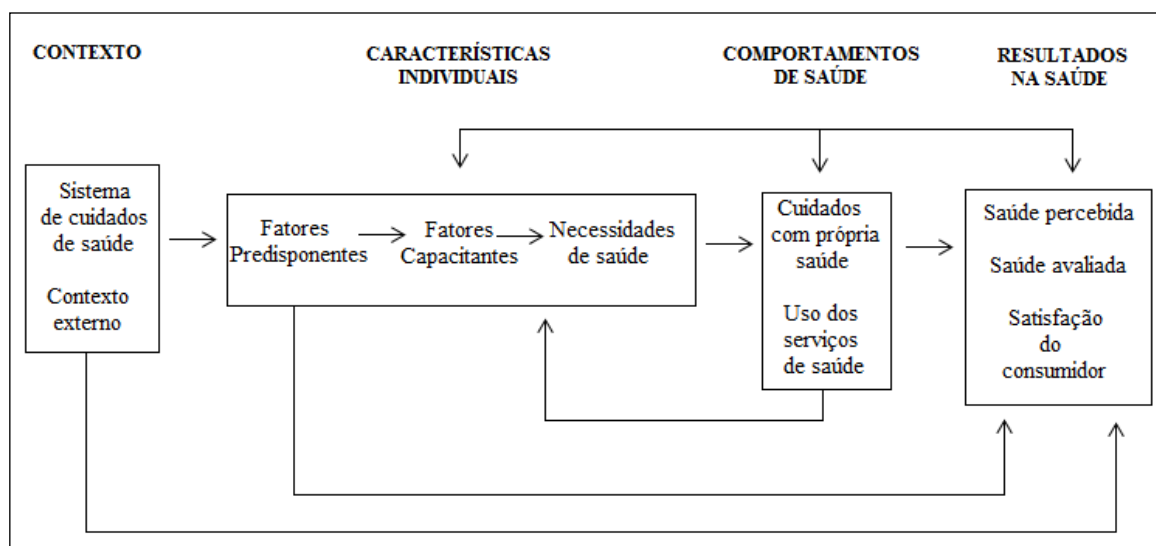


Figura 2 – Versão mais recente do modelo comportamental da utilização de serviços de saúde (década 80). Adaptado de Andersen, 1995.

1.2.5.2. Modelo de Crenças em Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde foi desenvolvido por Rosenstock nos anos 50 a fim de explicar falhas na adesão aos programas de prevenção e detecção precoce de doenças. O modelo analisa o comportamento de indivíduos saudáveis na utilização de serviços de prevenção e tratamento e os seus determinantes. Ele propunha que a probabilidade de um pessoa ter um determinado comportamento saudável, estava relacionada com as suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e da aferição do risco/benefício de praticar a ação recomendada (Rosenstock, 1996). Ou seja, a decisão para realizar um exame preventivo ou de diagnóstico depende das seguintes condições:

- i) A pessoa está psicologicamente preparada para realizar a ação (*readiness to act*), o que depende do quanto ela se sente suscetível de contrair a doença e da percepção que tem da gravidade e das consequências da doença para a sua saúde;
- ii) A pessoa acredita que o exame preventivo ou de diagnóstico é viável e apropriado para a sua saúde, e que poderá diminuir sua suscetibilidade ou gravidade percebida e de que não há barreiras psicológicas importantes para a tomada de ação;
- iii) Há um fator de estímulo para a tomada de ação, que pode ser interno (p.ex.: percepção de alterações orgânicas) ou externo (p. ex.: relações interpessoais,

influência dos meios de comunicação, propagandas de médicos, conhecimento de outras pessoas que tenham a doença, entre outros).

Substancialmente, o modelo propõe que o que determina os comportamentos das pessoas na procura de cuidados de saúde são as crenças relativamente à sua saúde e a auto percepção de suscetibilidade à doença.

1.2.6. Evidências científicas sobre a procura de cuidados de saúde por pessoas idosas

McCusker, Karp, Cardin, Durand, e Morin (2003) realizaram uma revisão sistemática da literatura a catorze estudos que utilizaram o modelo de Andersen para verificar os determinantes de utilização dos serviços de urgências por pessoas idosas. Em quatro dos estudos revistos, um estado de saúde auto percebido como pobre revelou-se determinante da utilização dos serviços de saúde. Os estados de saúde diagnosticados clinicamente, como a doença cardíaca ou a diabetes, foram também preditores da utilização de urgências hospitalares.

Em 1984 Evashwick, Rowe, Diehr e Branch, com uma amostra de 1317 pessoas com 65 anos ou mais, realizaram uma investigação, baseada no modelo de Andersen, para prever a utilização de cuidados de saúde por pessoas idosas. Utilizaram 20 variáveis com base no modelo para representar os fatores predisponentes (idade, sexo, etnia, educação, estado civil, composição agregado familiar) capacitantes (rendimento, ocupação, seguro de saúde, transporte) e as necessidades de saúde (avaliadas com índice de Katz, atividades como caminhar, subir escadas e atividade física, condição física e estado de saúde percebido). À partida, os investigadores previam que, de acordo com o modelo de Andersen, as pessoas com mais fatores capacitantes utilizariam mais os cuidados de saúde, mas verificou-se o contrário na maioria dos casos. Os principais resultados revelaram que dos fatores do modelo de Andersen (predisponentes, capacitantes e necessidades de saúde), apenas as necessidades de saúde (elevadas) se relacionavam com uma maior utilização da maioria dos serviços de saúde. Essas necessidades foram avaliadas no inquérito com recurso à aplicação de um instrumento de avaliação de atividades básicas de vida diária (índice de Katz), dificuldade em caminhar, subir escadas, realizar algum tipo de atividade física e ainda o estado de saúde percebido (Evashwick, Rowe, Diehr, & Branch, 1984). Em suma, o estudo

revelou que as pessoas procuram os serviços de saúde porque percebem que têm necessidades de saúde devido à sua condição física ou de saúde.

Com objetivos semelhantes e baseado também no modelo de Andersen, um outro estudo, realizado no ano de 2000 com uma amostra de 2143 participantes com 60 anos ou mais, pretendeu encontrar desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre pessoas idosas do município de São Paulo. O estudo revelou que as pessoas idosas apresentavam altas taxas de utilização de serviços de saúde, tendo uma média de 1,6 consultas nos 4 meses anteriores à entrevista realizada. Os resultados também revelaram forte associação entre a utilização de serviços de saúde e os seguintes fatores: sexo feminino, pior auto percepção de saúde, seguro de saúde e presença de doença crónica (principalmente diabetes) (Louvison et al., 2008). O estudo citado evidenciou que são as mulheres quem mais procura os serviços de saúde e fazem-no por terem seguro de saúde, por terem diagnóstico de diabetes ou outra doença crónica e por apresentarem pior percepção sobre a sua saúde.

Também em Portugal, em 2012, foi efetuado um estudo sobre a utilização e acesso aos cuidados de saúde na população portuguesa (Quintal, Lourenço, & Ferreira, 2012). O estudo utilizou dados do terceiro e quarto INS (anos 1998 e 2005 respetivamente) de pessoas com 65 e mais anos. As variáveis definidas, inseridas nas características individuais do modelo de Andersen, foram: residência, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação de atividade e rendimento. Outras variáveis estudadas foram os indicadores de saúde diagnosticada e existência de patologia, enquadrados na categoria saúde avaliada do modelo de Andersen, e também hábitos tabágicos, incluídos nos comportamentos de saúde do referido modelo. Os investigadores realizaram uma divisão por classes latentes: *utilizadores frequentes* (mais doentes) e *utilizadores ocasionais* (menos doentes). Os autores referem que o local de residência parecia ter alguma influência na utilização de serviços de saúde, aparecendo como um elemento mais ou menos facilitador da utilização devido à proximidade dos serviços. Verificaram ainda que viver só tem impacto significativo em utilizadores ocasionais do sexo feminino podendo ser um efeito de motivação para consultar o médico. Finalmente concluíram que fatores de risco relacionados com doenças crónicas (principalmente doenças cardiovasculares que são a principal causa de morte em Portugal) parecem influenciar pouco a utilização de cuidados de saúde preventivos.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

2.1. ESTUDO DESCRITIVO E EXPLORATÓRIO

2.1.1. Desenho do estudo

Foi efetuado um estudo descritivo e exploratório que, segundo Fortin, Côté, e Fillion (2009), tem como objetivo descrever um fenómeno ainda mal conhecido, neste caso a afluência das pessoas idosas no CS. O estudo teve uma abordagem qualitativa, uma vez que esta possibilita maior aproximação com o quotidiano e as experiências vividas pelos sujeitos (Fortin et al., 2009). Desta forma o estudo permitiu explorar os motivos e as necessidades que levam as pessoas idosas a procurar os CSP da USF Rainha D. Tereza de Albergaria-a-Velha e orientar as ações de acordo com esses motivos e necessidades.

2.1.2. Participantes

A recolha de dados foi efetuada a utentes e a profissionais da USF Rainha D. Tereza. Participaram neste estudo 14 utentes (oito do sexo feminino e seis do sexo masculino) com 65 anos ou mais e seis profissionais (uma administrativa, uma auxiliar de ação médica, dois médicos e duas enfermeiras).

2.1.3. Caracterização do Centro de Saúde e do seu contexto

Este projeto foi desenvolvido na UCC de Albergaria-a-Velha, unidade funcional do CS de Albergaria-a-Velha, como resposta a uma solicitação dos seus profissionais de saúde à problemática desenvolvida neste relatório. O concelho de Albergaria-a-Velha situa-se na sub-região do Baixo-Vouga que pertence à unidade territorial III das sub-regiões estatísticas de Portugal (NUT III) e integra-se no distrito de Aveiro, região Centro de Portugal (NUT II) (INE, 2001).

Com 25252 habitantes, a maioria da população do concelho está concentrada na freguesia de Albergaria-a-Velha (INE, 2011c). Segundo a mesma fonte, 18,16% da população tem idade igual ou superior a 65 anos encontrando-se em conformidade com a realidade demográfica nacional.

O concelho de Albergaria-a-Velha é predominantemente rural embora contemple freguesias semiurbanas, isto é, com densidade populacional entre os 100 e os 500 hab./Km² (INE, 1997, 2011a). A freguesia de Albergaria-a-Velha é considerada semiurbana (INE, 1997, 2011a).

O CS de Albergaria-a-Velha integra o ACES Baixo Vouga e tem associadas nove extensões de saúde distribuídas pelas freguesias do concelho. Na freguesia de Albergaria-a-Velha existem as seguintes unidades funcionais: USF, UCC e UCSP (Ministério da Saúde, 2013b), e tal como referido anteriormente, a recolha de dados teve lugar na USF Rainha D. Tereza. Nesta USF existem dois tipos de consultas médicas de acordo com a necessidade de presença, ou não do utente perante o médico. Desta forma, e no que concerne à tipologia de consultas médicas, as mesmas são designadas por presenciais, as quais exigem o contacto médico-utente (por exemplo pedidos de análises ou exames, consultas por doença crónica, consultas por doença aguda) e não presenciais, as quais são relativas aos pedidos de receituário no balcão de atendimento da USF. As consultas são marcadas para uma hora específica e é solicitado ao utente que comparece cerca de 10 a 15 minutos mais cedo para marcar a presença no balcão/sistema informático.

2.1.4. Procedimentos de recolha de dados

Recolha informações estatísticas (outubro – novembro 2012)

Para conhecer o tipo de utilizadores dos serviços do CS e qual a frequência com que recorreram ao mesmo nos anos 2011 e 2012, recolheram-se informações contidas no Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS). Estes dados consistiam no número de utentes inscritos no CS e na USF, o número de consultas de enfermagem e o número de consultas médicas de utentes com mais de 64 anos.

Foi também feito o levantamento dos projetos existentes no âmbito da promoção de saúde que estão a ser desenvolvidos por unidades funcionais de Centros de Saúde a nível nacional, especialmente nas UCC.

Observação participante e não participante (novembro 2012)

Triviños (1987) refere-se à observação como um procedimento que presta atenção às características de um conjunto (por exemplo animais, pessoas, objetos). Iniciou-se por fazer não participante e focalizada (livre) que, ao contrário da observação padronizada, deixa um espaço aberto para a observação, na medida em que não requer o estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenómeno que se observa (Triviños, 1987). Este procedimento foi realizado em contexto de sala de espera com o

objetivo de identificar as razões pelas quais os utentes idosos procuram os serviços do CS.

De seguida procedeu-se à interação com os utentes como forma de adquirir mais informação, passando-se assim à observação participante. Esta é técnica muito utilizada nas pesquisas de abordagem qualitativa, em que o investigador se integra completamente no grupo social que estuda, pressupondo-se uma interação entre este e o(s) participante(s) (Fortin et al., 2009), o que lhe possibilita sentir o que significa estar naquela situação.

Fortin (1999) refere que este tipo de observação é uma das formas mais recorrentes de observação não estruturada que consiste em recolher informação sobre os comportamentos, num momento que é julgado oportuno.

O processo de observação participante teve início no dia 29 de outubro 2012 e terminou no dia 13 de novembro de 2012, decorrendo entre as 8:30h e as 15:30h. Os registos foram feitos sob a forma de notas de campo. Teve-se em conta alguns indicadores úteis à análise posterior, nomeadamente i) número de pessoas idosas na sala de espera, ii) principais temas dos diálogos estabelecidos pelas pessoas idosas e iii) disposição das pessoas pela sala de espera (por exemplo, as pessoas idosas estão sozinhas, acompanhadas, sentam-se junto de outras ou procuram local mais isolado).

Entrevistas semiestruturadas (dezembro 2012 – fevereiro 2013)

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a utentes e a profissionais da USF. Para Triviños (1987) a entrevista semiestruturada é caracterizada por questões básicas, apoiadas em teorias e hipóteses que se relacionam com o tema da pesquisa e que originam novas hipóteses que surgem a partir das respostas dos informantes. A entrevista pode ser direcionada por um guião previamente elaborado, composto maioritariamente por questões abertas.

Entrevistas aos utentes

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a utentes com o objetivo de aprofundar as razões encontradas na observação participante relativas à procura de serviços do CS (ver Apêndice 1). As questões utilizadas nas entrevistas foram formuladas tendo em consideração o objetivo descrito anteriormente, e pretende recolher informação sobre i) dados sociodemográficos, ii) procura dos CSP, iii) rotinas, vi) rede social e v) atividades e interesses. A formulação da entrevista teve em conta

alguns determinantes de EA, nomeadamente determinantes sociais, económicos e comportamentais.

As entrevistas foram realizadas na sala de espera da USF a catorze participantes tendo sido adotadas para o efeito duas abordagens: 1) após consulta, médicos e enfermeiros encaminhavam os utentes com mais de 64 anos a um gabinete destinado ao efeito onde se encontrava a autora do estudo; 2) as pessoas idosas eram convidadas e recrutadas em simultâneo diretamente pela autora do estudo na sala de espera.

Entrevistas aos profissionais

Com o objetivo de conhecer a perceção dos profissionais acerca dos motivos pelos quais as pessoas idosas recorrem ao CS foram realizadas entrevistas a (ver Apêndice 2): uma técnica administrativa, uma técnica auxiliar de ação médica, dois médicos e duas enfermeiras, num total de seis participantes. As entrevistas contemplaram o objetivo descrito e os dados sociodemográficos dos entrevistados.

O projeto foi divulgado aos profissionais pela diretora do CS e esclarecidas todas as dúvidas no momento da entrevista aos profissionais envolvidos que foram entrevistados de acordo com a sua disponibilidade.

2.1.5. Análise dos dados

Fez-se a análise dos registos informáticos a partir do número de consultas de enfermagem e consultas médicas dos anos 2011 e 2012 com o intuito de verificar a taxa de utilização do CS de Albergaria, e verificar se houve alterações significativas na procura e utilização após a aplicação de medidas impostas pelo atual governo português (taxas moderadoras).

Os dados da observação foram registados através de notas de campo onde se incluíram todas as observações e reflexões realizadas sobre as expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as primeiro, e fazendo depois uma análise reflexiva das mesmas (Triviños, 1987).

Para as entrevistas dos utentes realizou-se a transcrição das gravações áudio. Segundo Triviños (1987) este tipo de registo permite contar com todo o material fornecido pela pessoa entrevistada, o que não ocorre utilizando apenas as anotações durante a entrevista. Relativamente às entrevistas aos profissionais, optou-se por não fazer gravação em áudio uma vez que a entrevista era relativamente curta,

contemplando apenas duas questões fechadas e duas questões abertas cujos dados foram registrados sob a forma de anotações.

A análise das entrevistas começou com a leitura das transcrições na sua totalidade. Optou-se pela *análise de conteúdo*, que, como refere Bardin (1977, p. 38), *é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens*. A mesma autora organiza a análise de conteúdo em três fases:

1) Pré-análise (leitura flutuante, escolha de documentos, preparação de material, referenciação dos índices e elaboração de indicadores);

2) Exploração do material: etapa de codificação (onde se fazem recortes semânticos em *unidades de registo* – palavras chave, e *unidades de contexto* – frase que faz entender as unidades de registo) e fase de categorização (na qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade).

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Sistematização dos resultados com os objetivos iniciais para construir conhecimento científico sobre o objeto de pesquisa.

As dimensões das entrevistas constituíram categorias que se dividiram em subcategorias, representadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias resultantes das entrevistas semiestruturadas

Utentes	Profissionais
<p>I. Caracterização sociodemográfica</p> <p>II. Procura e utilização dos CSP</p> <p>a. Necessidades de saúde</p> <p>b. Prevenção de doença</p> <p>c. Proximidade do CS</p> <p>III. Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD's) e outras</p> <p>IV. Relações sociais</p> <p>a. Frequentes e próximas</p> <p>b. Escassas e distantes</p> <p>V. Barreiras para a realização de atividades de lazer</p> <p>a. Incapacidade funcional</p> <p>b. Falta de transporte</p> <p>c. Outros motivos</p>	<p>I. Caracterização sociodemográfica</p> <p>II. Perceção dos profissionais em relação à procura e utilização dos CSP por parte das pessoas idosas</p> <p>a. Motivos clínicos (necessidades de saúde)</p> <p>b. Motivos não clínicos</p> <p>b.1) <i>Solidão/isolamento</i></p> <p>b.2) <i>Preocupações com saúde</i></p>

2.1.6. Considerações éticas

Foi realizada uma reunião no ACES para discussão do projeto e obtida a sua autorização bem como a autorização da Coordenadora da UCC para o desenvolvimento do mesmo (ver Anexo 1).

Em cada etapa do projeto as pessoas idosas com 65 anos ou mais e os profissionais foram convidados voluntariamente a participar. Aos participantes, foi fornecida toda a informação relativa: aos objetivos do estudo exploratório, aos procedimentos, ao tipo de perguntas, à possibilidade de desistência em qualquer altura e à confidencialidade dos dados.

Para além da informação que foi transmitida oralmente, todas as pessoas assinaram o consentimento informado, tanto para a realização de entrevistas (ver Apêndices 3 e 4) como para a participação no Encontro (ver Apêndice 5). Aquando da análise dos dados obtidos foram atribuídos códigos tanto aos utentes como aos profissionais em respeito pela confidencialidade dos dados e dos participantes.

A disponibilidade de cada pessoa participante no projeto também foi respeitada, pelo que não houve qualquer interferência nos horários das consultas nem dos transportes.

2.2. ENCONTRO ALBERGAR(IA)⁶⁵⁺

Após a análise dos resultados das entrevistas individuais e da observação (apresentados no capítulo seguinte) sentiu-se a necessidade de se realizar uma *Reunião-de Partilha*, designado neste trabalho por Encontro Albergar(ia)⁶⁵⁺, onde foram abordados os seguintes tópicos, recorrendo-se para isso a dinâmicas de grupo:

1. Saúde e bem-estar: porque envelhecer é ótimo!
2. Importância da família na saúde.
3. Vizinhos e amigos: partilha e ajuda na comunidade.

Este encontro, dadas as suas características, permitiu ainda explorar outros motivos e necessidades das pessoas idosas. A organização do Encontro Albergar(ia)⁶⁵⁺ teve como base teórica a *Reunião-Discussão* sugerida por Mucchielli (1981), que se refere-se a uma discussão que pretende chegar a resultados ou conclusões relativos a um grupo, e a Metodologia da Problematização (Berbel & Gamboa, 2011). A Metodologia da Problematização, segundo Berbel & Gamboa (2011), deve iniciar-se com base em suspeitas, dúvidas, indagações, que se tornam pontos de partida para o conhecimento da realidade. Os mesmos autores referem que esta metodologia encontra suporte teórico na Filosofia da Praxis de Adolfo Sanchez Vazquez e na Pedagogia Libertadora e Problematizadora de Paulo Freire. Bordenave e Pereira (1991) propõem um esquema explicativo da metodologia, designado Arco de Magueréz. O esquema parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade (Berbel & Gamboa, 2011). A Metodologia da Problematização, por meio do Arco de Magueréz, contempla cinco etapas: 1) observação da realidade e definição do problema; 2) pontos-chave a estudar; 3) teorização; 4) hipóteses de solução; e 5) aplicação à realidade. O desenvolvimento deste projeto contemplou procedimentos que se enquadram nas etapas da MP (Figura 3), onde se realizou

observação da realidade (prática), identificação de problemas e de necessidades, teorização, proposta de soluções para a aplicação das mesmas à realidade observada.

Assim, os objetivos estabelecidos para o Encontro *Albergar(ia)*⁶⁵⁺ foram: i) sensibilizar as pessoas idosas para os aspetos relacionados com a sua saúde e o processo de envelhecimento, ii) identificar e discutir as vivências das pessoas idosas no âmbito de comportamentos sociais e a sua relação com as necessidades de saúde e ii) promover a discussão e a partilha dessas vivências entre os participantes.

A designação *Albergar(ia)*⁶⁵⁺, considerada na divulgação deste encontro, teve em conta três aspetos: i) o nome da localidade; ii) o conceito da palavra *albergar*, que neste contexto significa *acolher* num espaço um conjunto de pessoas com um objetivo comum e iii) 65+ relativo às idades dos destinatários.

Para a divulgação do Encontro *Albergar(ia)*⁶⁵⁺ solicitou-se a colaboração de profissionais do CS na divulgação e distribuição de 40 folhetos informativos (ver Apêndice 6) nas consultas, tendo dois deles sido expostos num *placard* da entrada da USF e os restantes distribuídos em diferentes locais da USF (consultórios e na receção). No dia da reunião verificou-se que vinte dos folhetos não tinham sido recolhidos pelas pessoas idosas. Desta forma houve necessidade de recrutar pessoalmente os utentes que se encontravam na sala de espera, solicitando a sua participação voluntária no Encontro.

O Encontro foi conduzido pela autora do estudo tendo por base os pressupostos de Mucchielli (1981) e Berbel e Gamboa (2011) com recurso a um guião orientador (ver Apêndice 7) onde estavam incluídas diversas estratégias desde a conversa informal, visualização de um vídeo, a construção de um mapa de rede individual e discussão em grupo alargado gravada em formato áudio, com a duração de uma hora. Foram também tiradas fotografias no interior da reunião com autorização prévia dos intervenientes (ver Apêndice 8).

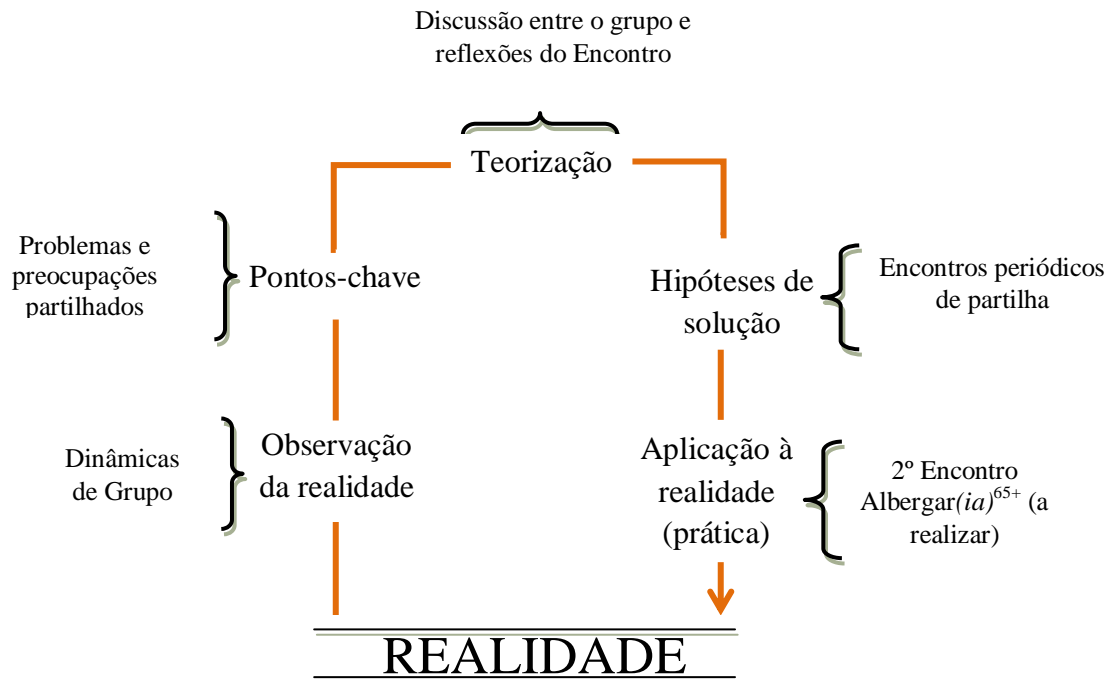


Figura 3 - Etapas da metodologia da problematização. Adaptado de Bordenave e Pereira (1991)

2.3. ESBOÇO DO PROJETO GLOBAL

A **Figura 4** explica esquematicamente os procedimentos do projeto e como este foi desenvolvido ao longo do tempo (cronograma).

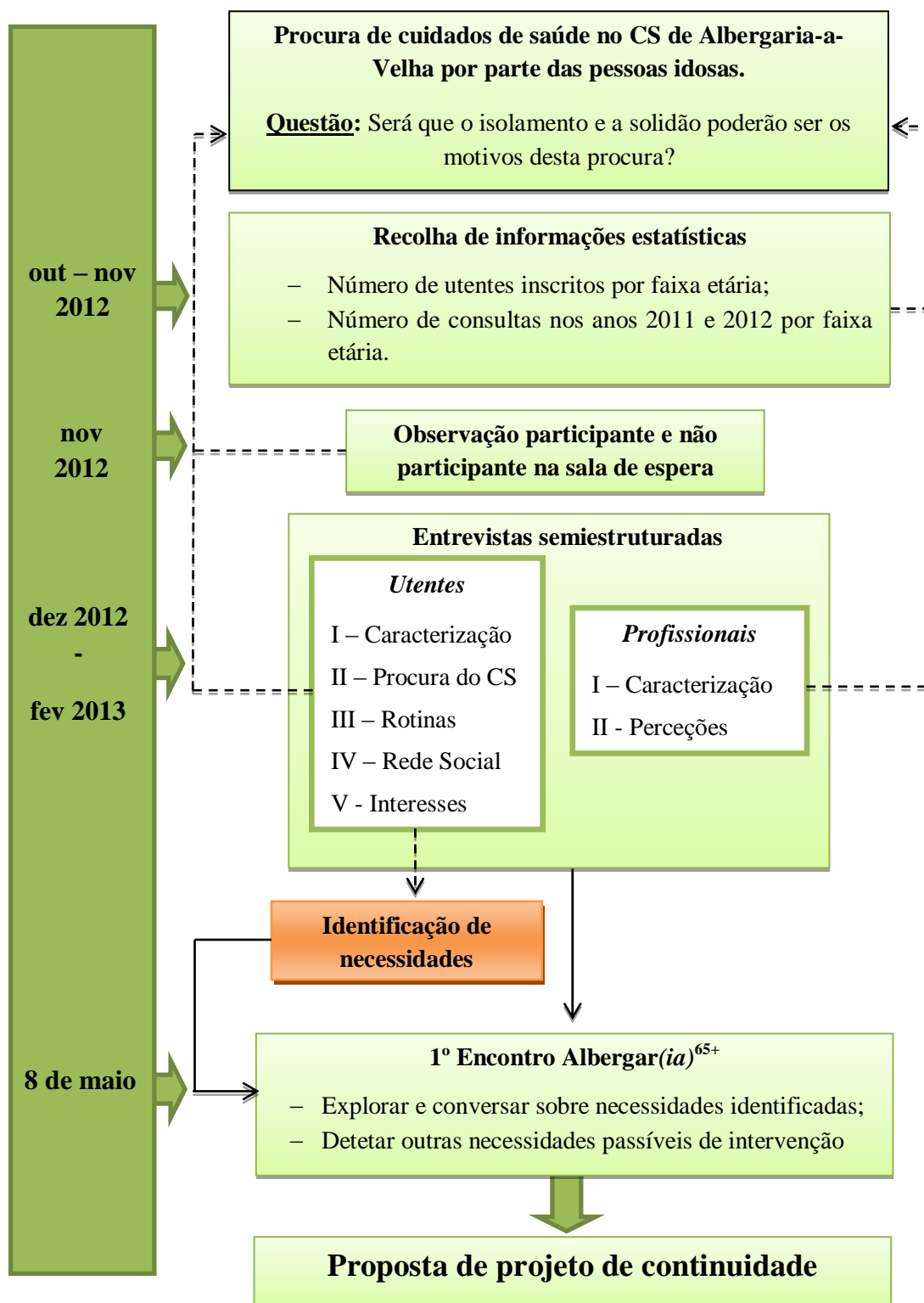


Figura 4 - Esquema dos procedimentos e do desenvolvimento do projeto

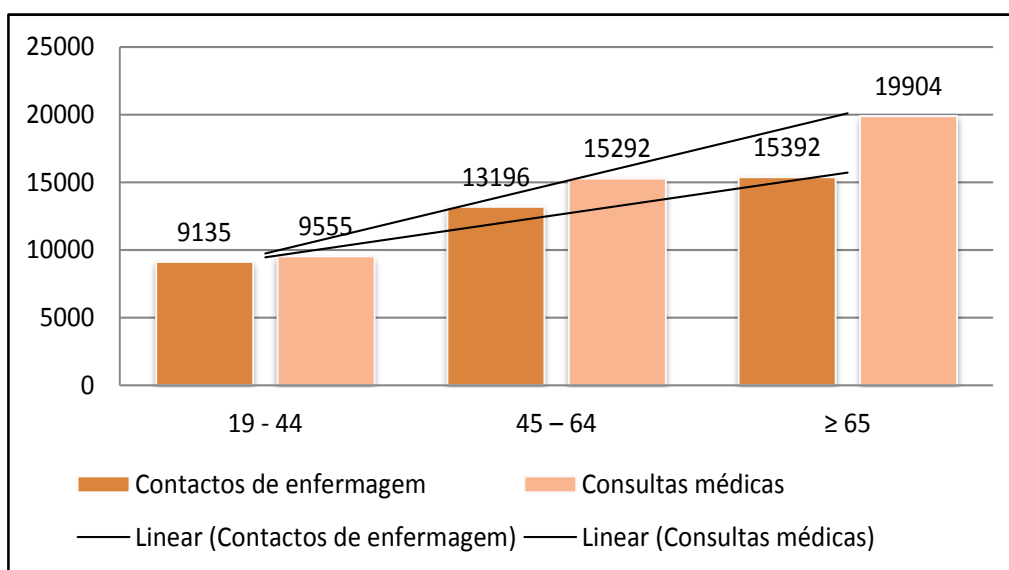
CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. ESTUDO DESCRITIVO E EXPLORATÓRIO

Recolha exploratória de informação

À data do início deste projeto (Outubro de 2012), a USF Rainha D. Tereza, apresentava 12475 pessoas inscritas, das quais 2135 (17,1%) eram pessoas com 65 e mais anos. O Gráfico 1 refere-se ao número de consultas de adultos (consultas médicas e contactos de enfermagem) do ano 2011.

Gráfico 1 - Consultas de adultos no ano 2011



Fonte: SINUS

Verifica-se que a maior procura de cuidados foi efetuada pelas pessoas com 65 anos ou mais. As estatísticas mais recentes do *Movimento Assistencial dos Centros de Saúde* apresentam dados que corroboram com os resultados verificados e mostram uma taxa de utilização de Centros de Saúde de 79% para as pessoas idosas.

Nota-se também uma linha de tendência ascendente à medida que o grupo etário sobe. Os dados mostram que o consumo de cuidados aumenta em função da idade.

A Tabela 2 reporta aos anos de 2011 e 2012 e apresenta os números de consultas (médicas e de enfermagem).

Tabela 2 - Procura da USF pelas pessoas idosas nos anos 2011 e 2012

Consultas médicas	2011	2012
Com presença	14248	12892
Sem presença	5656	4994
Total	19904	17886

Fonte: SINUS

Tal como se pode observar, as consultas médicas de pessoas com mais de 64 anos registaram um total de 35296 em 2011, e um total de 25830 em 2012, notando-se uma diminuição considerável no número de consultas de um ano para o outro. Esta diminuição foi significativamente maior a nível das consultas de enfermagem.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), na monitorização mensal da atividade assistencial, tem verificado que as consultas médicas presenciais tiveram um decréscimo em 2012 face a igual período de 2011, justificando o decréscimo com um efeito de substituição por consultas médicas não presenciais e um aumento da prescrição de receitas renováveis que evitam visitas desnecessárias aos serviços de saúde.

No entanto, com a entrada em vigor da Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro a partir do dia 1 de Janeiro de 2012, definiram-se a tabela de valores de taxas moderadoras e foi realizada uma revisão quanto à isenção das mesmas, o que parece justificar o decréscimo na procura das consultas atrás referido.

Relativamente aos projetos que estão a ser desenvolvidos por unidades funcionais de Centros de Saúde, principalmente em UCC, verificou-se que há um total de 47 projetos, dos quais dez (apresentados na Tabela 3) são direcionados à população mais velha (Ministério da Saúde, 2013a).

Quadro 3 - Programas em desenvolvimento nos Centros de Saúde a nível nacional

<i>Projeto de Saúde do Idoso - Qualidade de vida do Idoso</i>	ACES Porto Oriental (USP)
<i>Jornada Sénior</i>	ACES Beja
<i>Mais Viver - Programa de Promoção de Saúde Mental em Idosos em Centros de Dia</i>	ACES Guimarães / Vizela
<i>Programa de Saúde Mental para Grupo Vulneráveis - Idosos</i>	ACES Baixo Mondego I
<i>Ambientes seguros, comportamentos seguros em idosos</i>	ACES Beja (CS da Vidigueira)
<i>Pessoas Idosas: Promoção de ambientes seguros e de comportamentos seguros</i>	ACES Beja
<i>Prevenção do Risco de Queda nos indivíduos com 65 e mais anos, residentes no concelho de Mértola</i>	ACES Beja (CS de Mértola)
<i>Universidade Sénior</i>	ACES Beja
<i>Colaboração com aulas de Saúde da Universidade Sénior de Estremoz</i>	ACES Alentejo Central 1 (UCC Estremoz)
<i>A sexualidade no idoso</i>	ACES Beja (CS de Serpa)

Fonte: Ministério da Saúde, 2013a

Observação participante e não participante

A partir da observação não participante decorrida em quatro dias na sala de espera da USF, em média mais de metade das pessoas (56,1%) parecia ter 65 anos ou mais.

Quando se partiu para a observação participante, constatou-se que as pessoas conversam principalmente sobre as suas patologias, referindo ser esse o motivo da sua vinda ao CS. No período citado acima uma utente referiu vir mais cedo para a consulta marcada por ter companhia e não passar tanto tempo sozinha.

“Enquanto espero aqui tenho companhia, a mim custa-me estar sozinha”.

Outra utente com que se estabeleceu diálogo referiu não ter consulta marcada mas ter vindo na tentativa de tirar uma dúvida com o médico.

“Não tenho consulta marcada mas queria ver se falava com o médico porque estou a tomar um medicamento e acho que sou alérgica”

Apesar de se observarem conversas entre os utentes idosos, aparentemente os que conversam entre si já se conhecem, uma vez que as pessoas idosas que entram sozinhas se sentam sozinhas, em locais mais calmos e isolados. Esta observação parece contrariar a opinião de Campos (2001) de que as pessoas idosas apreciam passar tempo nos Centros de Saúde em busca de contactos sociais.

Entrevistas semiestruturadas

Nesta secção são apresentados e discutidos os resultados das entrevistas semiestruturadas realizadas aos utentes e aos profissionais.

Entrevistas aos utentes

I. Caracterização dos participantes

A Tabela 3 apresenta os dados sociodemográficos dos utentes que responderam às entrevistas semiestruturadas.

Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos utentes

<i>Variável</i>		H N (%) 6 (42,9)	M N (%) 8 (57,1)	Total N (%) 14 (100,0)
Idade (média)		Média (dp) 73,5(8,7)	Média (dp) 72,8(5,8)	Média (dp) 73,1(6,9)
		n(%)	n(%)	n(%)
Estado civil	Casado (a)	4 (66,7)	5 (62,5)	9 (64,3)
	Viúvo (a)	2 (33,3)	3 (37,5)	6 (42,9)
Educação formal	Não tem	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (14,3)
	1 a 4 anos	4 (66,7)	8 (100,0)	12 (85,7)
Rendimento	Não chega	1 (16,7)	1 (12,5)	2 (14,3)
	Mesmo à justa	4 (66,7)	6 (75,0)	10 (71,4)
	Sobra algum	1 (16,7)	1 (12,5)	2 (14,3)
Principais gastos	Medicação	6 (100,0)	7(87,5)	13 (92,9)
	Consultas	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (7,1)
	Alimentação	0 (0,0)	3 (37,5)	3 (21,4)
Profissão atual	Habitação	1 (16,7)	3 (37,5)	4 (28,6)
	Reformado/Pensionista	6 (100,0)	8 (100,0)	14 (100,0)
	Agricultura	0 (0,0)	5 (62,5)	5 (35,7)
Profissão anterior	Doméstica	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (14,3)
	Trabalho técnico	6 (100,0)	1 (12,5)	7 (50,0)

Como se pode verificar na Tabela 4, o projeto contou com a participação de 14 utentes (oito mulheres e seis homens), com uma média de idades de 73,1 (dp=6,9) anos. Relativamente ao estado civil, nove participantes são casados. Em termos de educação formal, apenas dois participantes não frequentaram qualquer nível de ensino, sendo que os restantes estudaram entre uma a quatro anos. A maioria dos participantes refere que o seu rendimento é mesmo à justa para as suas necessidades e quase todos afirmam gastar a maior parte do rendimento em medicação. Todos os utentes questionados são reformados e no que se refere à profissão anterior, cinco das mulheres trabalharam na agricultura e todos os homens exerceram trabalhos técnicos.

II. Procura e utilização dos CSP

A maioria das pessoas refere procurar com frequência o CS, utilizando os seus serviços pelo menos uma vez por mês. Os motivos da procura enquadram-se em três subcategorias:

a. Necessidades de saúde

Onze utentes referem recorrer ao CS devido a necessidades de saúde. Condições de saúde percebidas, patologias agudas ou crónicas diagnosticadas e a aquisição de receitas para essas patologias revelam-se determinantes da procura de cuidados de saúde.

Desde 2004 que tenho andado mais a ir para o médico porque tenho bronquite. (UT03)

Para vir às consultas da diabetes, que são de 3 em 3 meses e para vir buscar receitas. (UT01)

Venho sempre que estou doente, com gripe ou assim. (UT04)

As necessidades aqui percebidas vêm corroborar a teoria subjacente ao modelo de Andersen (1995), o qual sugere que a procura de cuidados de saúde se pode relacionar com necessidades de saúde autopercibidas e diagnosticadas. A literatura mostra também que a existência de sintomas e patologias, bem como a incapacidade funcional estão relacionadas com uma maior procura de cuidados de saúde (Dall’Agnol, Lima, & Ramos, 2009; Wu et al., 2013).

A perceção da própria saúde e a crença de que uma idade mais avançada se relaciona com pior estado de saúde também foi um motivo encontrado para a procura dos CSP pelas pessoas idosas estudadas.

Porque tenho necessidade, a gente vai para velho e parece que as doenças são mais difíceis de curar do que quando somos mais novos. (UT09)

A forma como as pessoas idosas percecionam a própria saúde pode influenciar os comportamentos de saúde (Rosenstock, 1996). Algumas pesquisas salientam a associação entre idade e a autoperceção de saúde nas pessoas idosas, sugerindo que o aumento da idade entre as pessoas idosas se relaciona com uma pior autoperceção de saúde (Dachs, 2002; Maniecka-Bryla, Gajewska, Burzyńska, & Bryla, 2013).

b. Prevenção da doença

Nove utentes referem ir ao CS como forma de prevenção de doença. Consideram importante a vigilância e acompanhamento das suas patologias crónicas e referem também como motivos de procura, o pedido de meios complementares de diagnóstico, a avaliação da pressão arterial e do colesterol.

Para exames de rotina, faço todos os anos exames ao sangue para ver o colesterol, também faço exames para ver a próstata. (UT11)

Nesta idade aparece-nos de tudo e é preciso ir vigiando. (UT07)

Quatro participantes também demonstraram algum interesse em receber informação sobre saúde.

Saber mais sobre a saúde é sempre bom! (UT013)

Alguns autores têm referido a preocupação e interesse das pessoas idosas no que respeita à prevenção. Oliveira, Feitosa, e Ferreira (2012) analisaram as perceções de pessoas idosas relativamente à importância de práticas corporais na atenção primária. Os autores verificaram que a maioria das pessoas idosas afirmava participar por motivos de prevenção de doença. Rizzolli e Surdi (2010) também referem o valor atribuído pelas pessoas idosas à prevenção. No seu estudo verificam que a prevenção de perdas funcionais e recuperação de capacidades revela-se um fator de motivação para pessoas idosas participarem em grupos de terceira idade.

A preocupação com a prevenção da doença parece influenciar os comportamentos de saúde das pessoas idosas, mas é importante lembrar a distinção entre prevenção e promoção de saúde. Promover significa fomentar, originar, gerar, e desta forma a promoção de saúde pressupõe um fortalecimento da autonomia e capacidade individual e coletiva para lidar com os condicionantes da saúde (Czeresnia, 1999). A promoção de saúde é assim mais ampla do que a simples prevenção, sendo importante consciencializar as pessoas idosas neste sentido.

c. Proximidade do Centro de Saúde

A proximidade do CS é descrita como sendo impulsionadora e facilitadora da sua utilização, sendo referida por dois utentes.

Temos perto a quem recorrer quando precisamos e estamos doentes. (UT04)

É importante também porque podem passar as análises e assim estamos mais perto de casa em vez de ir para o hospital, para longe, perder muitas horas. (UT12)

Dall’Agnol et al. (2009) realizaram um estudo com 520 utentes de um ambulatório básico de saúde de Porto Alegre, tendo chegado a conclusões semelhantes, sendo que a maioria referiu a proximidade dos cuidados de saúde da sua residência como o principal motivo da procura dos serviços.

Ao serem questionadas sobre a forma como se deslocam ao CS, verificou-se que cinco pessoas recorrem a boleia de familiares, outros cinco realizam a deslocação em viatura própria e dois fazem-no a pé. Dois participantes referiram ter que utilizar o táxi e queixam-se do valor elevado deste tipo de transporte para as deslocações necessárias. Estes participantes apontam dificuldade no acesso aos transportes públicos e desconhecimento de horários. De facto, nenhum dos participantes referiu utilizar transportes públicos, o que pode ser um indicador da existência de barreiras no acesso aos serviços e participação das pessoas.

III. Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD’s) e outras

Treze participantes referiram realizar atividades de agricultura ou de vida doméstica. As pessoas referem que os motivos da saída das suas habitações são a realização de atividades instrumentais (por exemplo compras ou pagamento de contas) mas algumas também referem envolvimento em atividades religiosas e atividade física como as caminhadas.

Vou à lenha, arrumo a minha casa conforme posso, ando lá na horta a tratar das minhas coisas. Também gosto de fazer caminhadas devagarinho a rezar o terço. (UT01)

Eu tenho terrenos e por isso dedico-me um pouco à agricultura nas horas vagas. Saio para tratar de assuntos relacionados com a vida de casa, pagar contas, fazer umas compritas. E estando fora de casa já se “bate um bocado de papo”, é uma maneira de aliviar o stresse. (UT11)

Arranjo o meu almoço, limpo devagarinho a minha casa e vou passando assim o tempo. (UT12)

Temos uma hortazita e plantamos umas couves e semeiam-se batatas...tem por lá dois cães que nem são meus, mas vou-me ocupando deles e arranjo-lhes a comida. (UT13)

Estes resultados parecem contrariar o estereótipo de que as pessoas idosas são dependentes, frágeis e inativas vindo a corroborar alguns estudos (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). Os mesmos autores mostram que o cenário da qualidade de vida e bem-estar dos portugueses idosos é bastante bom uma vez que 62,8% da amostra estudada por eles não demonstrou incapacidade em nenhuma das áreas consideradas (atividades de vida diárias, bem-estar, mobilidade e comunicação).

O envolvimento de pessoas idosas em atividades agrícolas aqui evidente foi também discutido por outros autores (Fonseca, 2006; Nogueira, Silva, & Santos, 2006).

Um dos participantes referiu não ter nenhum tipo de ocupação ao longo do dia justificando-a com a incapacidade física. Este participante referiu ainda que as saídas de casa são apenas realizadas por motivos de saúde.

Estou por casa e vejo televisão. Eu costumava fazer umas coisas por casa; tratava dos animais e varria o cimento, mas desde que cá já não posso, não tenho forças e não me equilíbrio bem. Quando saio é para vir ao CS (UT05)

IV. Relações Sociais

a. Frequentes e próximas

Sete participantes vivem com o cônjuge, dois com cônjuge e com um filho com patologia mental e um vive com uma filha. Referem estabelecer contactos frequentes com familiares e manter boas relações de vizinhança ou de amizade. Os participantes referem prestar apoio de familiares (por exemplo cuidar de netos) e também recebem apoio por parte destes (como é o exemplo de filhos que confeccionam as refeições). A entajuda da vizinhança (por exemplo trabalho agrícola ou costura) também é relatada.

Saio muito para visitar a família, falo com o meu irmão todos os dias porque vivemos perto. (UT04)

Perto de casa não tenho muitos vizinhos mas tenho uns mais longe, estão mais distantes mas como tenho o telefone deles falamos quase todos os dias. (UT07)

É boa, falo com os meus vizinhos todos os dias. Eu faço arranjos de costura e eles vão lá a casa muitas vezes por causas das peças que querem que eu arranje. (UT08)

Tenho uma boa relação com eles, eles também andam nas terras e vamos falando e trabalhando juntos. (UT09)

Vou todos os dias a casa da minha filha porque é ela que me faz o almoço. Dou-me muito bem lá com dois velhotes amigos e falo com eles todos os dias. (UT10)

Ao realizarem um estudo sobre o bem-estar da pessoa idosa em meio rural, Sequeira e Silva (2002) chegaram a resultados semelhantes verificando que a maioria das pessoas idosas percebe o contacto com a família como frequente (45%), ou muito frequente (40%). Os autores notaram ainda que os participantes que percebem um contacto mais frequente com a família revelam uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento. Os mesmos autores também verificaram que as pessoas que vivem acompanhadas revelam menos sentimentos de solidão e insatisfação, apresentando níveis de bem-estar de acordo com a escala de ânimo.

b. Escassas e distantes

Apesar da maioria dos inquiridos viver com alguém, quatro participantes referem viver sozinhos e passar a maior parte dos dias sem contacto com outras pessoas, sendo todos estes viúvos. Cinco participantes afirmam também ter uma relação distante com os vizinhos e falar raramente com eles e uma participante refere ter contactos pouco frequentes com familiares, pelo facto destes viverem longe.

Os meus filhos trabalham no estrangeiro e vêm cá só de vez em quando. Têm a vida deles. Com os vizinhos, não falo muito, eles gostam de falar da vida dos outros e assim fico na minha casinha e não me meto com ninguém. (UT01)

Tenho poucos vizinhos e não falo muito com eles. (UT04)

No estudo realizado por Sequeira e Silva (2002), os autores comentam a situação dos participantes viúvos que referiam sentir tristeza pela casa vazia e refeições passadas a sós, falavam também de saudade e referiam o medo face à possibilidade de doença ou de dependência.

A OMS (2005), ao referir-se aos determinantes sociais de EA, apresenta algumas conclusões sobre a importância dos contactos sociais na velhice, referindo que o rompimento de laços pessoais, solidão e interações conflituosas são as maiores fontes de stresse.

V. Barreiras para a realização de atividades de lazer

a. Incapacidade funcional

Nove participantes referiram ter vontade de realizar determinadas atividades (por exemplo renda, ginástica ou pesca) para ocupação do tempo embora, por motivos de incapacidade funcional consideram que não conseguem realizar as mesmas.

Já fiz algumas rendas e costura e até gostava de ainda poder fazer mas não faço porque não vejo bem (UT03)

Gosto de bordar mas agora já não faço muito porque as mãos incham. (UT04)

Às vezes fazia caminhadas e gostava, também gostava de jogar às cartas e tratar do jardim mas não tenho feito nada depois de que caí. Gostava de poder fazer alguma atividade, de fazer o que fazia mas agora não tenho equilíbrio, e como caí não consigo fazer as coisas que fazia. (UT05)

Gostava de pescar, quando era mais novo pescava com o meu pai que era pescador. Agora não posso por causa de andar com as moletas. As minhas pernas estão piores e sinto dores no peito muitas vezes. (UT12)

Num estudo conduzido por Ribeiro, Zacaroni, Rogatto, e Rogatto (2010) os autores verificaram que 46,2% dos participantes referiu desistir de um programa de atividade física por motivos de doença, o que parece ir ao encontro dos resultados obtidos.

b. Falta de transporte

A questão da falta de transporte foi também referida como uma barreira para a realização de atividades e de contactos com amigos por um dos participantes.

Gostava de poder ir onde costumava ir sem ter que andar sempre a pedir a alguém. Ia à lenha e ia tirar umas ervitas lá dos terrenos mas não tenho transporte agora. Quando eu podia andar na motorizada vinha até aqui dar uma volta e vinha conversar com uns amigos mas agora não posso conduzir. (UT13)

As orientações da OMS (2008b) no que diz respeito às *Cidades Amigas dos Idosos* referem a questão dos transportes como um fator chave que influencia o EA, ao

afirmarem que a possibilidade de deslocação nas cidades determina a participação cívica e social e o acesso a serviços comunitários e de saúde.

c. Outros motivos

Quatro participantes não manifestaram interesse na realização de quaisquer atividades tendo apresentado como principal motivo, a falta de tempo devido aos afazeres diários.

Não há assim nada que gostasse de fazer, vou andando na lavoura e gosto, é uma maneira de passar o tempo. (UT02)

Não sei, até gostava de fazer trabalhos manuais mas não tenho tempo porque tenho o trabalho em casa e nas terras. (UT09)

Entrevistas aos profissionais

I. Caracterização dos participantes

Na Tabela 5 estão representados os profissionais da USF participantes nas entrevistas realizadas.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos profissionais

Código	Profissão	Sexo	Idade	Anos serviço	Anos serviço no CS
			Média (dp) 56,5 (7,31)	Média (dp) 31,2 (6,82)	Média (dp) 20,2 (11,9)
PR01	Médico	F	59	34	25
PR02	Administrativa	F	61	41	40
PR03	Auxiliar	F	65	32	16
PR04	Enfermeira	F	44	20	20
PR05	Enfermeira	F	53	30	4
PR06	Médico	M	57	30	16

Participaram no projeto seis profissionais da USF (cinco mulheres e um homem), com idades compreendidas entre os 44 anos e os 65, sendo a média de idades 56,5 (dp=7,31). A maioria dos profissionais trabalha no CS há mais de 15 anos, sendo a média de anos de serviço naquela instituição de 20,2 (dp=11,9). A administrativa é a

pessoa com mais anos de serviço na unidade (40 anos) e uma das enfermeiras trabalha somente há quatro anos neste CS.

I. Perceção dos profissionais em relação à procura e utilização dos CSP por pessoas idosas

Todos os profissionais, à exceção de um, consideram que os idosos são os principais utilizadores de CSP realizando visitas frequentes, uma vez por mês ou mais.

De facto, e como se pode verificar pelo número de consultas da USF relativas aos anos de 2011 e de 2012, as pessoas idosas são os principais utilizadores de cuidados da USF.

De seguida apresentam-se as categorias emergentes das entrevistas relativamente a este tópico, nomeadamente:

a. Motivos clínicos (necessidades de saúde)

Todos os profissionais consideram que o principal motivo da procura de CSP pelas pessoas idosas é para o pedido de receitas e consultas por doença aguda ou crónica.

É mais por causa das consultas de rotina das patologias crónicas ou por doenças agudas. (PR04)

Talvez pelas receitas e por doença aguda. (PR06)

Estes resultados vêm ao encontro da ideia central do modelo comportamental da utilização de serviços de saúde de Andersen (1995) que reforça a relação entre a utilização de serviços e a necessidade autopercebida ou avaliada (pelos profissionais de saúde). Por outro lado, estes resultados parecem entrar em confronto com a dúvida inicial dos profissionais de saúde (e que serviu como ponto de partida para este projeto) de que a procura poderia ser motivada por questões de solidão e isolamento.

b. Motivos não clínicos

b.1) Solidão/isolamento

Três dos profissionais entrevistados (enfermeira, médico e auxiliar) acreditam que motivos sociais como solidão e isolamento podem também ser uma motivação da procura do CS.

A nível social, as condições sociofamiliares. Muitos vivem sós e encontram uma forma de passar o tempo, vêm mais cedo e dão uma palavrinha com as pessoas na sala de espera. (PR06)

Às vezes vêm para se distrair, principalmente os que acompanham, aproveitam para conversar e não estar sozinhos. Conheço pessoas na zona que vivem sós, não têm filhos e muitas vezes vêm cá não só por causa da doença mas para falar e dizem que aliviam o stresse. (PR03)

Os resultados da observação participante contestam esta ideia, uma vez que, como referido anteriormente, verificou-se que as pessoas idosas não estabelecem diálogos com os utentes na sala de espera a menos que encontrem alguém conhecido e cumprimentem essa pessoa. Campos (2001) refere que as idas ao CS pelas pessoas idosas são momentos de prazer por permitirem “excitantes conversas” com vizinhos e familiares. O mesmo autor (p. 26) acrescenta ainda que há *clínicos gerais que lamentam ter as consultas ocupadas com idosos saudáveis que ali vão conversar e pedir prescrições de medicamentos com que justifiquem a sua trivial existência.*

Os resultados das entrevistas das pessoas idosas contrariam esta ideia, uma vez que as motivações encontradas para a utilização do CS se prendem com necessidades de saúde, prevenção de doença e proximidade geográfica da residência (UT01, UT03, UT04, UT07, UT09, UT11, UT12).

c.2) Preocupações com saúde

Dois profissionais afirmam que muitos utentes idosos procuram o CS para conversar sobre dúvidas de saúde. Referem o fator confiança que as pessoas idosas depositam no profissional de saúde e o valor que lhe atribuem.

Muitos solicitam bastante os serviços. Mesmo não vindo cá, ligam para falar com o enfermeiro porque gostam de tirar dúvidas sobre a sua saúde mas depois até acabam por perguntar outras coisas e fazer conversa, perguntam como foi o Natal... (PR04)

Quando vêm conversar percebemos que procuram orientação, por vezes por causa da doença ou mesmo para alguma medicação que estejam a fazer. (PR05)

As preocupações com saúde apontadas pelos profissionais vão ao encontro de uma das motivações identificadas nas entrevistas às pessoas idosas – a prevenção de doença. A preocupação das pessoas idosas com a própria saúde tem sido referida em alguns estudos (Oliveira et al., 2012; Rizzolli & Surdi, 2010) e pode revelar-se uma motivação para a adesão a programas de promoção de saúde.

3.2. ENCONTRO ALBERGAR(IA)⁶⁵⁺

O Encontro Albergar(ia)⁶⁵⁺ surgiu na sequência dos resultados anteriores, nomeadamente sobre as preocupações das pessoas idosas com a saúde e procura de informação de saúde nos Centros de Saúde, relações sociais escassas e distantes e afirmação dos profissionais relativa à procura de informação sobre saúde pelas pessoas idosas. Apesar da solidão e isolamento parecer não se revelar um motivo da procura do CS pelas pessoas idosas, os profissionais percecionam estes problemas nos diálogos com as pessoas idosas, o que também impulsionou a procura de mais informação através do encontro. Este revelou-se enriquecedor pois permitiu uma interação entre os participantes e discussão/reflexão sobre os conteúdos programados, bem como a desocultação de outras necessidades e problemas/preocupações dos participantes.

Saúde e bem-estar: porque envelhecer é ótimo!

Neste tópico foram sondadas e debatidas as perceções dos participantes quanto ao envelhecimento. Embora muitos dos participantes lançassem uma perspetiva do envelhecimento como uma fase de perdas, a discussão permitiu a alguns reconhecer e valorizar ganhos com os novos papéis sociais (avós e avôs).

- *Envelhecimento faz-me lembrar o fim, é triste ser velho e não poder.*
- *Eu acho que envelhecimento é mesmo aquele que já não pode nada, pode ser muito novo mas também pode ser muito velho. Para mim, envelhecimento é um estado de espírito, não tem nada a ver com a idade.*

- *Eu sou sempre nova, considero-me nova, faço tudo sozinha. Estive muito doente mas arrebitei logo, a cabeça ainda está boa. Os velhos são os que não podem.*
- *Há aqui na zona, muitos velhinhos sozinhos e há muita tristeza em uma pessoa viver só. Mas eu estou rodeada de amigas!*
- *Também perdemos pessoas de quem gostamos.*
- *Mas envelhecimento também é amor! Temos os filhos e depois vêm os netos e amamos mais pessoas e mais tempo!*
- *Mas é tudo muito relativo, cada caso é um caso e os problemas das pessoas são todos diferentes e por isso é que se calhar temos opiniões assim diferentes, por causa do que temos em casa e do que conhecemos.*

Importância da família na saúde / vizinhos e amigos: partilha e ajuda na comunidade

A dinâmica de construção de mapa de rede também permitiu lançar uma reflexão sobre a importância dos contactos sociais (*família, vizinhos*):

- *Os meus filhos têm o trabalho e a vida deles. Estou com eles aos fins de semana mas durante o dia estou sozinho e ao meio-dia vêm lá as senhoras da instituição para me deixarem a comida. Mas estou sozinho, nem tenho por lá muitos vizinhos.*
- *Às vezes não temos a família próxima mas podemos ter amigos e pessoas que nos ajudam.*

Em conjunto, os participantes partilharam algumas “estratégias” para lidar com a distância dos familiares que estão longe (por exemplo ter uma operadora com chamadas gratuitas para o estrangeiro de forma a poder ligar mais vezes) e reconheceram a importância de relações significativas com amigos e vizinhos - pessoas que estão mais próximas e que podem prestar apoio perante determinadas necessidades.

- *As pessoas podem não estar próximas mas serem importantes e termos uma relação chegada. O meu filho está na França mas falamos quase todos os dias e eu sei que se precisasse de alguma coisa ele vinha ou arranjava alguma forma de conseguir ajudar-me.*

- *Sim, tenho lá duas pequenas que são minhas vizinhas, são mãe e filha e são como se fossem minhas filhas, ajudam-me muito.*

As pessoas idosas têm maior probabilidade de perder familiares e amigos, de ter menos contactos sociais e estarem mais vulneráveis à solidão, isolamento social, o que, por sua vez, pode relacionar-se com um declínio de saúde física e mental (OMS, 2005).

A OMS (2005) defende a importância de promover redes de contactos sociais para as pessoas idosas dando alguns exemplo: i) grupos de apoio; ii) grupos comunitários liderados pelas pessoas idosas; iii) trabalho voluntário; iv) ajuda da vizinhança; v) serviços comunitários; vi) cuidadores familiares. Estas respostas podem ser promovidas pelas autoridades, organizações não-governamentais, indústrias privadas e os profissionais de serviço social e de saúde.

Outro resultado do encontro foi a possibilidade de conhecer algumas realidades e preocupações dos participantes, possibilitando desocultar necessidades, tais como a dificuldade de acesso a informação sobre atividade física adaptada, o desconhecimento de horários dos transportes públicos ou as dificuldades de um cuidador informal idoso.

- *Eu até gostava de fazer exercício, fui experimentar uma aula de dança mas não dava para eu participar porque as outras pessoas já tinham mais experiencia e estavam habituadas e a professora ficou preocupada que, com a minha idade e sem treino, pudessem surgir problemas.*
- *Eu gostava de poder participar mais porque é uma forma de conhecermos pessoas e falarmos sobre assuntos importantes mas estou muito condicionada. Estou sozinha mas tenho o meu sogro para cuidar e não tenho disponibilidade. Ele está em cadeira de rodas e agora estou com condicionada fisicamente e não consigo empurrar a cadeira, senão até gostava de o trazer, mas ele também não é uma pessoa muito sociável. E é difícil na sociedade atual termos apoio para estas situações, só o dinheiro é que move estas coisas.*
- *Nós não temos facilidade em vir, ele (marido) agora vai ficar sem a carta e não sei como vai ser mesmo quando for para vir às consultas, hoje é a última vez que ele pega no carro.*

O diálogo informal com um casal participante permitiu saber que o marido tem Alzheimer e por isso não pode renovar a carta novamente. O casal não sabe como vai

resolver os problemas de transporte para as deslocções necessrias. Desconhecem os horrios dos autocarros que v3o at3 ao CS. A esposa refere grande preocup33o com a evolu33o da doen3a no marido por j3 ter presenciado os efeitos da mesma doen3a na sua nora. N3o foi comunicado ao marido a doen3a que tem por recear a sua re33o uma vez que, nesta fase, ele ainda consegue perceber a gravidade da situa33o O marido revela-se frustrado por ficar sem a carta de condu33o e acredita que o motivo seja a sua doen3a epil3tica.

T3m sido utilizadas v3rias estrat3gias para a identifica33o de necessidades das pessoas idosas tais como a aplica33o de escalas ou testes. Contudo essas estrat3gias n3o permitem o aprofundamento de algumas quest3es que podem ser melhor exploradas ao conversar e conhecer-se a pessoa. O Encontro Albergar(*ia*)⁶⁵⁺ pareceu ter sido o mais indicado para identifica33o/desoculta33o de necessidades. A ocorr3ncia de um “di3logo informal” estabelecido com os participantes e a partilha de problemas e preocupa33es revelaram-se uma excelente estrat3gia para essa finalidade por facilitar a “quebra de gelo” e deixar as pessoas mais 3 vontade para falarem e partilharem o que as preocupa sem se sentirem “avaliadas”. Esta partilha de problemas e preocupa33es comuns entre os participantes e as reflex3es foram ao encontro da filosofia subjacente aos Grupos de Ajuda M3tua (GAM). Os GAM s3o encontros sociais abertos, volunt3rios e gratuitos de pessoas com um mesmo problema que, ao partilhar as suas experi3ncias e preocupa33es, esperam diminuir o stresse associado ao problema e aumentar as compet3ncias para lidar com os mesmos (Humphreys, 2004).

CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Salientam-se as limitações metodológicas e de operacionalização deste trabalho, nomeadamente a conjuntura económica atual que implicou um aumento das taxas moderadoras e perda de isenção de algumas pessoas idosas. Este fator pode ter sido o responsável da diminuição significativa do número de consultas do ano 2011 para o 2012, o que poderá ter tido alguma influência nos resultados encontrados.

QUAIS AS RESPOSTAS EM RELAÇÃO AO OBJETIVO INICIAL

O estudo descritivo e exploratório realizado permitiu perceber que os principais motivos da procura de cuidados de saúde no CS se relacionam com i) as necessidades de saúde diagnosticadas e sentidas pelas pessoas idosas, ii) preocupações com a saúde e prevenção de doenças e iii) proximidade ao CS. Os motivos encontrados desmistificam a ideia inicialmente referida pelos profissionais de saúde de que a procura do CS poderia estar relacionada com solidão e isolamento.

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

Perante uma população idosa em ascensão, a carteira básica de serviços dos CSP e as propostas de reforço e expansão dos CSP 2011-2016 (Miguel & Brito de Sá, 2010; Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro) não contemplam a avaliação das necessidades das pessoas mais velhas. Com o desenvolvimento deste projeto foi possível identificar necessidades (não clínicas) das pessoas idosas que procuram os CSP que podem ser fonte de stresse e afetar o bem-estar das mesmas. Neste sentido, toma-se consciência da importância da transição de um modelo de intervenção biomédico para um modelo de intervenção biopsicossocial e que considere não só a dimensão física do indivíduo como também as dimensões psicológica e social.

Por manterem uma posição privilegiada de proximidade das populações, torna-se importante que os CSP envidem esforços no sentido da implementação de programas comunitários direcionados às pessoas idosas (como é o exemplo das UCC, atualmente em funcionamento em alguns Centros de Saúde). Os programas devem considerar as necessidades efetivas da população idosa inserida no seu contexto sendo importante

uma análise prévia das mesmas que devem ser o centro da atenção no planeamento de intervenções.

**CAPÍTULO V - PROPOSTA DE CONTINUIDADE DO
PROJETO**

A proposta de projeto a seguir apresentada obedece às normas gerais propostas pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e é baseada no trabalho desenvolvido e apresentado neste relatório.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto: TEIIA – Tecer Estratégia Integradoras para Idosos de Albergaria

Palavras-chave: pessoas idosas; serviços comunitários; partilha; necessidades

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

a) Instituição proponente: Universidade de Aveiro (UA)

A UA (<http://www.ua.pt/>) tem mais de 14500 alunos distribuídos por 231 cursos de graduação, pós-graduação e cursos pós-secundários. É realizada investigação em vários centros autónomos avaliados periodicamente por padrões internacionais como muito bons e excelentes. Em 2000, a UA lançou o Programa Ciências da Saúde que define o envelhecimento como área principal de treino e de pesquisa. O envelhecimento é uma das áreas em desenvolvimento nos últimos 12 anos, que envolve programas de licenciatura, mestrado e doutorado (realizados em colaboração com a Universidade do Porto). Nesta área a UA desenvolveu vínculos institucionais estreitos com as organizações de saúde, nomeadamente com o Ministério da Saúde, onde o programa EASY-Care foi incluído no SNS no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes como o instrumento de avaliação das pessoas idosas para identificar e responder a necessidades de saúde e de cuidados das pessoas idosas.

b) Instituição participante: Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha/Unidade de Cuidados na Comunidade

O CS de Albergaria-a-Velha integra o Agrupamento de CS Baixo Vouga e tem associadas nove extensões de saúde distribuídas pelas freguesias do concelho. Na freguesia de Albergaria-a-Velha existem as seguintes unidades funcionais: USF, UCC e UCSP.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA

a) Fundamentação teórica

A procura de CSP por parte das pessoas tem sido referida por vários autores (Amaral & Vicente, 2000; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Ministério da Saúde, 2006; Santos & Almeida, 2010). Estes afirmam que a longevidade, trazendo mais doenças crónicas implica um maior consumo de cuidados de saúde. A questão do envelhecimento não pode ser vista numa lente puramente biológica, pois consiste num processo biopsicossocial que sofre influência do contexto e estilo de vida (Netto, 2002). Assim, a intervenção junto da população idosa deve encarar os múltiplos fatores que podem influenciar o seu bem-estar, sendo que se apontam lacunas ao modelo de atuação biomédico (Annandale, 1998) e sugere-se uma transição deste modelo de intervenção para um modelo de intervenção biopsicossocial (Engel, 1977). Este último, proposto por Engel (1977) afasta a definição de saúde como sinónimo de ausência de doença e contempla a interação entre aspetos biológicos, sociais, cognitivos, emocionais, motivacionais, ambiente sociocultural e perceções individuais sobre a saúde e a doença.

Uma vez que se reconhece que as necessidades das pessoas e intervenção em saúde ultrapassam a visão puramente biológica, é importante pensar que a carteira básica de serviços das Unidades de Saúde e as propostas de reforço e expansão dos CSP 2011-2016 não contemplam a avaliação das necessidades das pessoas mais velhas numa perspetiva biopsicossocial (Miguel & Brito de Sá, 2010; Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro). Os CSP colocam-se na primeira linha de cuidados em termos de diagnóstico, de tratamento e de prevenção (OMS, 1978; Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro) mas, considerada a sua missão e a proximidade junto da população, podem ser também locais de excelência para detetar necessidades e referenciar ou articular os serviços numa vertente de intervenção comunitária, fornecendo opções de respostas no sentido de promover a qualidade de vida da população idosa. A articulação de serviços e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação fazem parte da missão dos CSP (OMS, 1978; Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro), o que apoia a necessidade de uma intervenção neste sentido uma vez que parecem haver questões e necessidades que, de acordo com os resultados do estudo efetuado, não estão a ser atendidas ou passam despercebidas.

b) Plano e Métodos

Apesar das pessoas idosas procurarem o CS por questões clínicas, os profissionais percebem problemas de solidão e de isolamento a partir das conversas informais, e identificam-se outras necessidades (não clínicas) que podem ser fonte de stress e afetar a saúde e o seu bem-estar. Além dessas necessidades, questões como o acesso a informação sobre transportes, encontrar uma atividade física adequada na região ou necessidades de pessoas idosas que são cuidadores informais, emergiram do estudo realizado e do Encontro *Albergar(ia)*⁶⁵⁺.

Embora fosse importante a implementação deste projeto em Centros de Saúde ao longo do país, este será implementado apenas num CS, como um projeto-piloto, de forma a testar a aceitabilidade e verificar se os resultados são positivos. O bem-estar das pessoas idosas está no topo das preocupações com a implementação deste projeto e criar estratégias integradoras que ajudem as pessoas e encontrar soluções para as suas preocupações e responder a determinadas necessidades poderá revelar-se como um estímulo ao EA (OMS, 2005). Em sintonia com as tendências globais, espera-se que até 2033, o número de pessoas com mais de 65 anos em Portugal seja o dobro daqueles com idade inferior a 14 anos. Com esta consciência, o projeto "TEIIA", oferece uma nova perspetiva sobre olhar o envelhecimento.

O TEIIA irá considerar todas as pessoas idosas (com 65 e mais anos) da área de abrangência do CS e os seus efeitos e resultados serão apreciados, através do inquérito de opinião às pessoas e da verificação da existência de respostas eficientes para suas necessidades.

Este projeto respeitará todas as questões éticas e será dividido em cinco tarefas: 1ª Criação de uma base de dados da população idosa da área de abrangência do Centro de Saúde; 2ª Criação de uma base de dados dos serviços na comunidade existentes no concelho; 3ª Criação de um banco de serviços comunitários; 4ª Divulgação do TEIIA; 5ª Implementação do TEIIA.

4. TAREFAS (5)

1º. Criação de uma base de dados da população idosa da área de abrangência do Centro de Saúde

Data de início e duração da tarefa: Mês 1 (janeiro) Duração: 1 mês

Objetivos: obter uma base de dados com informação relativa a todas as pessoas com 65 e mais anos inscritos no CS.

Metodologia: Pesquisa na base de dados do CS e inquéritos por telefone.

Resultados esperados: Obter uma base de dados com as seguintes informações

- Nome e idade da pessoa, local de residência, rendimento, meio de transporte utilizado nas deslocações, execução de atividades de vida diárias (básicas e instrumentais), patologias crónicas, existência de pessoas a cargo, existência de cuidador informal, agregado familiar, ocupação do tempo.

2º. Criação de base de dados de serviços na comunidade existentes no concelho

Data de início e duração da tarefa: Mês 2 Duração: 2 meses

Objetivos: Obter uma base de dados com informação relativa aos serviços comunitários existentes no concelho.

Metodologia: Recolha da informação a partir da Carta Social, nas autarquias, na internet e em paróquias e estabelecer contactos com os serviços.

Resultados esperados: Obter uma base de dados dos serviços comunitários que existem na comunidade tais como:

- Grupos de Ajuda Mútua (por exemplo: apoio ao luto, apoio a cuidadores), associações; serviços de alívio ao cuidador, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, bancos de voluntariado sénior, entre outros.

3º. Criação de um banco de serviços do TEIIA

Data de início e duração da tarefa: Mês 3 Duração: 3 meses

Objetivos:

- Desenvolver serviço de consulta ou reunião de grupo para de análise de necessidades das necessidades de forma a poder realizar posterior articulação;
- Desenvolver serviço de encontros periódicos de partilha (filosofia dos GAM) de forma a partilhar preocupações e soluções entre as pessoas idosas e promover a interação entre os participantes dos encontros;
- Desenvolver grupo de voluntários idosos que possam ajudar vizinhos e amigos na comunidade em determinados aspetos (visitas a pessoas que vivem sozinhas, auxílio no transporte para deslocação a serviços de saúde, entre outros).

Metodologia:

- Realizar entrevistas/questionários à população de forma a encontrar temas-chave para abertura dos encontros, agrupar pessoas com problemas semelhantes e encontrar pessoas idosas que queiram ingressar no grupo de voluntários;
- Realizar calendário dos encontros periódico;
- Solicitar espaço para a realização das tarefas (sala para reuniões de grupo e gabinete para consulta individual);
- Solicitar material informático possivelmente necessário aos encontros (computador, data-show e colunas) e às consultas (computador);
- Desenvolver sistema informático que, através de motor de pesquisa rápida com palavras-chave, encontre os serviços inseridos na base de dados de serviços existentes para determinada necessidade;
- Desenvolver fluxogramas orientadores para as possibilidades de resposta de necessidades mais comuns na população idosa do contexto de desenvolvimento do projeto.
- Angariar patrocínios junto do comércio, indústria e/ou outros locais;
- Encontrar “padrinho” para a ideia com impacto na região

Resultados esperados: O banco de serviços estar funcional/operacional

4º. Divulgação do TEIIA

Data de início e duração da tarefa: Mês 7 Duração: 1 mês

Objetivos: Informar as pessoas sobre a existência do TEIIA e do banco de serviços

Metodologia: Entrega de folhetos informativos no CS, divulgação por médicos e enfermeiros no CS, rádio local, igreja.

Resultados esperados: Recrutar pessoas idosas interessadas

5º. Implementação da TEIIA

Data de início e duração da tarefa: Mês 8 Duração: 6 meses

Objetivos: Identificar necessidades das pessoas idosas (na base de dados das pessoas) e fazer articulação com serviços na comunidade (existentes na base de dados dos serviços); identificar potencialidades e interesse em voluntariado e ajuda na comunidade (pessoas idosas inscritas podem ajudar outras)

Metodologia: Realizar uma reunião com as pessoas para informar sobre i) a funcionalidade do TEIIA; ii) e o tipo de ajuda e serviços disponíveis; iii) a forma como podem solicitar um serviço; iv) a calendarização de próximos encontros.

Resultados esperados:

- a) Partilha de preocupações problemas e sentimentos, bem como de soluções possíveis;
- b) Fornecer opções para aliviar problemas e necessidades que podem ser fonte de stress para as pessoas idosas.
- c) O fortalecimento das identidades locais, destacando o sentido de pertença e o sentido da mudança dos atores sociais dos CS alvo.
- d) A organização e gestão social como forma de promoção do trabalho em rede entre instituições de saúde e serviços comunitários.

CRONOGRAMA

Designação da tarefa	Duração																					
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12										
1º. Criação de uma base de dados da população idosa.	■	■	■																			
2º. Criação de base de dados dos serviços comunitários		■	■	■	■	■																
3º. Criação de um banco de serviços			■	■	■	■	■	■	■													
4º. Divulgação do TEIA							■	■	■													
5º. Implementação do TEIA									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M. F., & Vicente, M. O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18, 23-31.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Annandale, E. (1998). *The sociology of health medicine: a critical introduction* (1ª ed.). Cambridge: Policy Press.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berbel, N. A. N., & Gamboa, S. A. S. (2011). A metodologia da problematização com o Arco de Magueres: uma perspectiva teórica e epistemológica. *Filosofia e Educação (Online)*, 3(2), 264-287. Retirado de <http://www.fae.unicamp.br/revista/index.php/rfe/article/view/2363>
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *Journal of the American Medical Association*, 288(15), 1909-1914.
- Bordenave, J. D., & Pereira, A. M. (1991). Introdução. In J. D. Bordenave & A. M. Pereira (Eds.), *Estratégias de ensino-aprendizagem* (12ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Campos, A. C. (2001). O envelhecimento da população e os gastos com a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19(1), 25-27.
- Carret, M. L., Fassa, A. G., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, 7(1), 131.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). Educação e saúde: Dois campos em sinergia. In A. Carvalho & G. Carvalho (Eds.), *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Universidade do Minho: Lusociência.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 701-709.
- Dachs, J. N. W. (2002). Determinantes das desigualdades na autopercepção do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 641-657.
- Dall'Agnol, C. M., Lima, M. A. D. S., & Ramos, D. D. (2009). Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, 11(3), 674-680. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* 30(1), 60-72. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>
- Decreto-Lei n.º 214 de 15 de Setembro de 1979. Iª Série, Diário da República.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 161.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 38.
- Dias, J. R. (1993). Filosofia da Educação: Pressupostos, funções, método, estatuto. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 49(1/2), 3 - 28.
- Dong, X. Q., & Simon, M. A. (2010). Health and aging in a Chinese population: urban and rural disparities. *Geriatrics & Gerontology International.*, 10(1), 85-93.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129 - 136.

- Eurostat. (2011). *Demography Report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Evashwick, C., Rowe, G., Diehr, P., & Branch, L. (1984). Factors Explaining the Use of Health Care Services by the Elderly. *Health Services Research*, 19(3), 357-382.
- Faria, P. L. (2011). Saúde pública e crise: uma reflexão. *Rev Port Saúde Pública*, 29, 97-99.
- Fonseca, A. M. (2006). Envelhecer em Portugal: Um olhar psicológico. *Povos e Culturas*, 10, 65-80.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freedman, V. A., Martin, L. G., & Schoeni, R. F. (2002). Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 288(24), 3137-3146.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (31ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Fries, J. F. (2005a). The compression of morbidity. *The Milbank Quarterly* 83(4), 801-823.
- Fries, J. F. (2005b). Frailty, Heart Disease, and Stroke: The Compression of Morbidity Paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(51), 164 - 168.
- García, L. B. (2005). *Gerontologia Educativa: Como diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid: Panamericana.
- Gavrilov, L. A., & Heuveline, P. (2003). Aging of population. In P. Demeny & G. McNicoll (Eds.), *The Encyclopedia of Population* (pp. 32-37). Nova Iorque: Macmillan Reference USA.
- Gómez, J. F. M., & Curcio, C. L. B. (2004). *Envejecimiento rural: el anciano en las zonas cafeteras colombianas*. Universidade de Caldas, Manizales.
- Humphreys, K. (2004). Definitions, scope, and origin of the health-related self-group movement. In K. Humphreys (Ed.), *Circles of Recovery: Self-Help Organizations for Addictions*. Cambridge: University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (1997). Freguesias urbanas, semi urbanas e rurais (para fins estatísticos) Retirado de <http://winlib3.ine.pt/winlib/cgi/winlib.exe?skey=919417C7575C445295E6D56D726219B6&cap=&pesq=5&thes1=7972&label=PORTUGAL.+INE-Instituto+Nacional+de+Estat%C3%ADstica&hist=no&doc=17619>
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). Concelhos - NUTS 2002 (Nível II) por distrito. Retirado a 31 maio, 2013, de <http://smi.ine.pt/Correspondencia/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011a). Densidade populacional (N.º/km²) por Local de residência (à data dos Censos 2011); Decenal Retirado a 13 janeiro de 2013, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006044&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2011b). Distribuição da população residente (%) por Grupo etário Retirado a 22 nov, 2012, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001276&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística. (2011c). População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal. Retirado a 2 de fevereiro 2012, de INE

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005979&contexto=bd&selTab=tab2

- Instituto Nacional de Estatística / Instituto Nacional de Saúde. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE / INSA.
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global Aging: the challenge of success. *Population Bulletin* 60(1), 3-44.
- Louvison, M. C. P., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., Malik, A. M., & Almeida, E. S. d. (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 42, 733-740.
- Maniecka-Bryla, I., Gajewska, O., Burzyńska, M., & Bryla, M. (2013). Factors associated with self-rated health (SRH) of a University of the Third Age (U3A) class participants. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 0. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2013.03.006>
- McCusker, J., Karp, I., Cardin, S., Durand, P., & Morin, J. (2003). Determinants of Emergency Department Visits by Older Adults: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 10(12), 1362-1370. doi: 10.1197/s1069-6563(03)00539-6
- Miguel, L. S., & Brito de Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde em 2005*. Lisboa: IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). ACES. Retirado a 24 out, 2012, de <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=180>
- Ministério da Saúde. (2010). História do Serviço Nacional de Saúde. Retirado a 2 de janeiro 2013, de Portal da Saúde <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Ministério da Saúde. (2012). Serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde. Retirado a 2 janeiro 2013, de Portal da Saúde <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/composicao+do+sns/sns2.htm>
- Ministério da Saúde. (2013a) Retirado a 13 de junho, 2013, de <http://www.mcsp.min-saude.pt/>
- Ministério da Saúde. (2013b). Prestadores - Centro de Saúde Albergaria-a-Velha. Retirado a 5 maio, 2013, de <http://www.portaldasauade.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providorid=342>
- Mucchielli, R. (1981). *A Condução de Reuniões*. São Paulo: Martins Fontes.
- Netto, M. P. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, P. Y. Ligia, F. A. X. Cançado & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira, M. A. M., Silva, D. J. L., & Santos, J. A. R. (2006). Actividade física habitual em idosos portugueses rurais e urbanos. *Rev Bras. Ciência e Movimento*, 14 23-30.
- Observatório Português de Sistemas de Saúde. (2012). Crise & Saúde: Um país em sofrimento.
- Oliveira, B. N., Feitosa, W. G., & Ferreira, H. S. (2012). Análise da percepção dos idosos integrantes de grupo de práticas corporais na Atenção Primária: aspectos motivacionais e o fazer multiprofissional. *Motrivivência*, 149-158.

- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa. Primeira Conferencia Internacional sobre Promoção de Saúde*. Ottawa: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference of Primary Health Care*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Health and Aging: a discussion paper*. Geneve.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2008a). *Cuidados de saúde primários agora mais que nunca*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2008b). Guia global: cidade amiga do idoso. Retirado de <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Policies and priority interventions for healthy aging*.
- Organização Mundial de Saúde. (2013). Health statistics and health information systems: Definition of an older or elderly person Retirado a 30 maio, 2013, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Papália, D. E., & Olds, S. W. (2000). Desenvolvimento Físico e Cógnitivo na Terceira Idade (D. Bueno, Trans.) *Desenvolvimento Humano* (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Perista, P., & Perista, H. (2012). *Género e envelhecimento: Planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico*. Lisboa: CIG - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro. Diário da República 1.ª série — N.º 242
- Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro. Diário da República - 1.ª série, N.º 201.
- Precioso, J. A. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extra-curricular para promover e educar para a prática de uma alimentação racional. *Revista Portuguesa de Educação*, 5(2), 111 - 128.
- Quadro de Referência Estratégico Nacional. (2012). Glossário 2007 – 2013 Retirado a 24 de junho, 2013, de http://www.qren.pt/item1.php?lang=0&id_channel=3&id_page=99
- Quintal, C., Lourenço, Ó., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Rev portuguesa de saúde pública*, 30, 35-46.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho : da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, L. B., Zacaroni, L. M., Rogatto, G. P., & Rogatto, P. C. V.-. (2010). Tempo de adesão, motivos de desistência e perspectivas de retorno de idosos ex-participantes de um programa de atividades físicas. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, 9(4), 225-230. Retirado de <http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-9/Vol9n4-2010/Vol9n4-2010-pag-225a230/Vol9n4-2010-pag-225a230.pdf>
- Rizzolli, D., & Surdi, A. C. (2010). Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13, 225-233.
- Rosenstock, I. M. (1996). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-124.
- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 149-162.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

- Silva, J. L. L. (2006). Educação em saúde e promoção da saúde: A caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. *Informe-se em Promoção da Saúde, 1*. Retirado de www.uff.br/promocaodasaude/educacao
- Sousa, L., & Ribeiro, C. (2005). Percepção das famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências. *Psicologia, 19*, 169-191.
- Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento* (P. Bernardi, Trans.). Barueri, SP: Manole.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública, 20*(2), 190-198.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas S.A.
- Wu, C.-Y., Hu, H.-Y., Li, C.-P., Fang, Y.-T., Huang, N., & Chou, Y.-J. (2013). The association between functional disability and acute care utilization among the elderly in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 0*.

ANEXOS

Anexo 1 – Aceitação do projeto pela coordenadora da UCC



Exma. Senhora
Enf. Arlete das Neves Tavares Parente
Albergaria-a-Velha

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
UCC / 12

A-a-Velha
10-12-2012

ASSUNTO:

No seguimento dos contatos estabelecidos, e por me ter sido solicitado, venho desta forma formalizar a disponibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade para a realização do projeto ” **Programa de Apoio a Idosos Solitários que procuram os cuidados de saúde primários**” incluído no 2º ano do Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro.
O referido estudo terá como população alvo os utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Tereza, com a qual será feita toda a articulação necessária para o desenvolvimento do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Coordenadora da UCC


(Enf. Isabel Cruz)
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
ALBERGARIA-A-VELHA

APÊNDICES

Apêndice 1 – Guião de entrevista aos utentes

Utente | Código:

Data:

I – Caracterização do(a) participante

1.1. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
1.2. Idade: _ _ anos Data de Nascimento: ____/____/____
1.3. Estado civil atual: Casado(a) / União de facto <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) / Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/>
1.4. Anos de educação formal: Não tem <input type="checkbox"/> 1-4 anos <input type="checkbox"/> 5-12 anos <input type="checkbox"/> Mais de 12 anos <input type="checkbox"/>
1.5. Situação profissional: Reformado(a) <input type="checkbox"/> Não tem reforma porque não descontou <input type="checkbox"/> Trabalho remunerado <input type="checkbox"/> Especificar: _____
1.6. Situação profissional anterior: _____
1.7. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês? Não chega para as necessidades <input type="checkbox"/> É mesmo à justa para as necessidades <input type="checkbox"/> Sobra algum dinheiro <input type="checkbox"/>
1.8. Em que gasta a maior parte do seu rendimento? Alimentação <input type="checkbox"/> Habitação <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/>

II – Procura dos Cuidados de Saúde Primários

2.1. Com que periodicidade vem ao Centro de Saúde (CS)? Menos de 1x por mês <input type="checkbox"/> 1x por mês <input type="checkbox"/> Mais de 1x por mês <input type="checkbox"/>
2.2. Como realiza a sua deslocação até ao CS?
2.3. Quais os principais motivos pelos quais costuma vir ao CS? (exemplo: análises, receituário, consulta por doença crónica, consulta doença aguda)
2.4. Porque considera importante vir ao CS?

III – Rotinas

3.1. Conte-me como é normalmente o seu dia

(exemplo: O que costuma fazer? Sai de casa ou passa maior parte do tempo em casa? Quando sai fá-lo por que motivos?)

5.1. Como ocupa os seus tempos livres/tempo de lazer?

(exemplo: agricultura/jardinagem; leitura; jogos; TV/Rádio; conversar e passear; atividade física)

IV – Rede Social

3.1. Como são os seus contactos diários?

(exemplo: Com quem vive? Passa a maior parte dos dias sozinho ou na companhia de alguém?)

3.2. Tem muitos vizinhos? Sim Não

3.3. Como considera ser a sua relação com os seus vizinhos?

3.4. Cuida atualmente de alguém? Sim Não

Informação

adicional: _____

4.5. Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados? Sim Não

Informação

adicional:

V - Atividades e interesses

5.1. O que gostava de fazer mas não faz?

(exemplo: agricultura/jardinagem; leitura; jogos; TV/Rádio; conversar e passear; atividade física)

5.2. Porque motivo (s) não faz a (s) atividade (s) mencionada (s)?

5.3. Gostava de receber ter acesso a informação sobre alguma área de interesse (exemplo hábitos saudáveis, alimentação, etc.)? Se sim, de que forma?

Obrigada pela sua participação!

Apêndice 2 – Guião de entrevista aos profissionais

Profissional | Código:

I – Caracterização do(a) participante

1. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
2. Idade: _ _ anos Data de Nascimento: ____/____/____
4. Estado civil atual: Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/União de facto <input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/>
5. Profissão: Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/>
6. Anos totais de serviço: _____ Anos de serviço nesta instituição: _____

II – Perceção dos profissionais

2.1. Quem considera serem os maiores utilizadores do CS? Crianças <input type="checkbox"/> Jovens <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Idosos <input type="checkbox"/> 2.1.1. Classifique de acordo com a recorrência ao Centro de Saúde por parte das pessoas idosas: <table border="1" data-bbox="528 1312 1126 1429"><thead><tr><th>Menos 1x/mês</th><th>1x/mês</th><th>Mais 1x/mês</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Menos 1x/mês	1x/mês	Mais 1x/mês	1	2	3
Menos 1x/mês	1x/mês	Mais 1x/mês				
1	2	3				
2.2. Quais os principais motivos que levam as pessoas idosas a procurarem o CS? (exemplo: análises, receituário, consulta de doença crónica ou aguda)						
2.3. Considera que outros motivos ou necessidades (não clínicos) podem levar as pessoas idosas a recorrerem ao CS? Se sim, quais os motivos/necessidades e como os consegue identificar?						

Obrigada pela sua participação!

Apêndice 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido direcionado aos utentes

UNIVERSIDADE DE AVEIRO - SECÇÃO AUTÓNOMA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna de Mestrado do Curso de Gerontologia da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e estou a desenvolver o meu projeto de mestrado, sob orientação das professoras Maria Piedade Brandão e Célia Pires, acerca dos motivos de procura de Cuidados de Saúde Primários por parte das pessoas idosas.

A sua participação neste projeto é completamente voluntária. Se desejar poderá desistir a qualquer momento e em nenhum momento será penalizado por recusar participar. Contudo, a sua participação é muito importante, dado que permitirá conhecer melhor a realidade e necessidades das pessoas idosas que se dirigem ao Centro de Saúde.

Para tal, a sua participação consistirá em permitir que eu lhe faça algumas perguntas acerca das suas atividades diárias e idas ao Centro de Saúde. Esta entrevista será gravada em áudio, todos os dados recolhidos são confidenciais e usados somente para o estudo sem que o seu nome seja revelado.

Eu,, fui esclarecido(a) sobre a investigação: “Projeto de Intervenção em idosos utilizadores do Centro de Saúde”. Concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Albergaria-a-Velha, ___ de _____ de 2013.

(Assinatura do participante)

Com os melhores cumprimentos,

(Ana Almeida)

Apêndice 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido direcionado aos profissionais

UNIVERSIDADE DE AVEIRO - SECÇÃO AUTÓNOMA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna de Mestrado do Curso de Gerontologia da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e estou a desenvolver o meu projeto de mestrado, sob orientação das professoras Maria Piedade Brandão e Célia Pires, acerca dos motivos de procura de Cuidados de Saúde Primários por parte das pessoas idosas.

A sua participação neste projeto é completamente voluntária. Se desejar poderá desistir a qualquer momento e em nenhum momento será penalizado por recusar participar. Contudo, a sua participação é muito importante, dado que permitirá conhecer melhor a realidade e necessidades das pessoas idosas que se dirigem ao Centro de Saúde.

Para tal, a sua participação consistirá em permitir que eu lhe faça algumas perguntas relacionadas com a procura do Centro de Saúde pelas pessoas idosas. Todos os dados recolhidos por esta entrevista são confidenciais e usados somente para o estudo sem que o seu nome seja revelado.

Eu,, fui esclarecido(a) sobre a investigação: “Projeto de Intervenção em idosos utilizadores do Centro de Saúde”. Concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Albergaria-a-Velha, ___ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Com os melhores cumprimentos,

(Ana Almeida)

Apêndice 6 – Folheto informativo do 1º encontro Albergar(ia)⁶⁵⁺

Albergar(ia)⁶⁵⁺



1º ENCONTRO
DIA 8 DE MAIO DE 2013 ÀS 10 HORAS

Convidam-se todas as pessoas, com 65 ou mais anos, de Albergaria-a-Velha, a participar no 1º Encontro Albergar(ia)⁶⁵⁺ para uma conversa sobre:

- Saúde e bem-estar: porque envelhecer é ótimo!
- Importância da família na saúde.
- Vizinhos e amigos: partilha e ajuda na comunidade.



Local do encontro

Sala de reuniões do Centro de Saúde de Albergaria-a-Velha
(se não souber onde fica, perguntar na secretaria)

Responsável pelo Encontro

Ana Almeida - Gerontóloga e Mestranda da Universidade de Aveiro

Albergar(ia)⁶⁵⁺



Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno que se verifica um pouco por todo o mundo e resulta da diminuição de nascimentos e do aumento da longevidade. Em Portugal, o número de pessoas com 65 e mais anos é quase o dobro nos últimos 40 anos e prevê-se que volte a duplicar nos próximos 50 anos. Albergaria-a-Velha é um concelho que segue esta tendência pois a maior parte dos residentes são pessoas com mais de 64 anos.

Viver mais anos e com qualidade de vida é uma preocupação pública e representa vários desafios nomeadamente, no planeamento de políticas sociais e de saúde.

Este encontro pretende ser uma conversa sobre viver com mais de 65 anos e vai incidir nos seguintes aspetos:

- 1. Saúde e bem-estar: porque envelhecer é ótimo!**
- 2. Importância da família na saúde.**
- 3. Vizinhos e amigos: partilha e ajuda na comunidade**

Objetivos

- Sensibilizar para comportamentos de saúde e bem-estar no processo de envelhecimento;
- Identificar vivências dos idosos no âmbito de comportamentos sociais e discutir a sua relação com a saúde;
- Promover a discussão e a partilha dessas vivências entre os idosos.

Procedimentos

1º. Apresentação

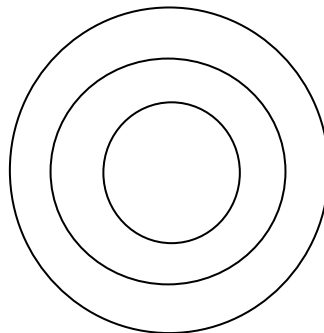
- Apresentação dos participantes para que se fiquem a conhecer e a conhecer o dinamizador. Cada participante se apresenta, à vez, ao resto do grupo. Pode dizer o seu nome e uma palavra que o caracteriza (exemplo: *Chamo-me **Maria** e sou **divertida***)
- Apresentação do objetivo do encontro: referir os assuntos que serão abordados, com uma breve justificação sobre a sua escolha e relevância.

2º. Visualização de um vídeo:

Vídeo que representa o envelhecimento ativo e bem-estar na velhice (duração:

3º. A Rede Social:

Cada elemento realiza o seu mapa de rede. Pretende-se que as pessoas façam uma reflexão sobre as suas relações e gerar um debate sobre a importância do contacto com a família, os vizinhos e os amigos.



4º. Dinâmica dos problemas:

Cada participante escreve (anonimamente) problema(s) que considera advir do envelhecimento e colocam-se todos num saco; depois lêem-se os problemas e escrevem-se todos num quadro. Em conjunto, todos os participantes e a dinamizadora vão discutir sobre as possíveis estratégias de como superar ou lidar com esses problemas.

(Nota: Se algum participante não souber escrever pode fazer-se a dinâmica *Brainstorming*).

Ou...

Dinâmica *Brainstorming*:

Os participantes vão lançando ideias/palavras sobre envelhecimento, e posteriormente faz-se uma análise distinguindo ideias positivas e mais negativas sobre o envelhecimento para, posteriormente promover a discussão e a partilha de ideias.

e/ou...

5º. Jogo dos cartões:

Existem alguns cartões com palavras-chave (**MEDO; PREVENÇÃO; FAMÍLIA; AMIGOS; AJUDA**). O objetivo é que as pessoas falem sobre sentimentos que a palavra presente cartão lhes desperta, gerando uma discussão sobre esses elementos.



Avaliação do Encontro

No início do encontro perguntam-se aos participantes se há algum constrangimento em fazer uma gravação áudio para posterior análise. Além da gravação, pode ainda retirar-se notas de campo relativas às reações das pessoas às dinâmicas realizadas ou no final faz-se um apanhado dos aspetos mais importantes do encontro.

Apêndice 8 – Fotografias do encontro Albergar(ia)⁶⁵⁺



