

Idosos residentes na comunidade: conhecer para sustentar um programa de enfermagem de reabilitação

Elderly residents in the community: gaining knowledge to support a rehabilitation nursing program
Ancianos residentes en la comunidad: conocer para defender un programa de enfermería de rehabilitación

Ana da Conceição Alves Faria^I

ORCID: 0000-0002-5838-0080

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins^{II}

ORCID: 0000-0003-1527-9940

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro^{II}

ORCID: 0000-0001-9982-9537

Bárbara Pereira Gomes^{II}

ORCID: 0000-0001-9312-8051

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes^{II}

ORCID: 0000-0001-7251-5829

^IUniversidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar. Porto, Portugal.

^{II}Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal

Como citar este artigo:

Faria ACA, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Gomes BP, Fernandes CSNN. Elderly residents in the community: gaining knowledge to support a rehabilitation nursing program. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20200194. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0194>

Autor Correspondente:

Ana da Conceição Alves Faria
E-mail: acafaria@arsnorte.min-saude.pt



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Álvaro Sousa

Submissão: 04-05-2020 **Aprovação:** 25-08-2020

RESUMO

Objetivo: Analisar as condições sociodemográficas e de saúde dos idosos residentes na comunidade e descrever os pilares para a concepção de um programa de enfermagem de reabilitação na comunidade. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, com participação de 48 idosos selecionados por amostragem de conveniência. A coleta de dados realizou-se entre setembro de 2018 e julho de 2019, numa unidade de saúde do norte de Portugal, usando um formulário. **Resultados:** Todos os idosos têm processos patológicos e excesso de peso. Majoritariamente são sedentários, apresentam sentimentos de solidão e comportamentos relacionais inapropriados. Nos últimos seis meses, 25% caíram pelo menos uma vez, tendo sido notórias alterações no equilíbrio, estilos de vida e percepção do estado de saúde. **Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de os enfermeiros de reabilitação conceberem e implementarem programas de envelhecimento ativo que garantam acompanhamento individual dos idosos valorizando estilos de vida, treino de equilíbrio e promoção da participação social. **Descritores:** Descritores: Idoso; Enfermagem em Reabilitação; Reabilitação; Promoção da Saúde; Estilo de Vida.

ABSTRACT

Objective: To analyze the socio-demographic and health conditions of the elderly living in the community and describe the pillars for the design of a rehabilitation nursing program in the community. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study, with participation of 48 elderly selected by convenience sampling. Data collection took place between September 2018 and July 2019, in a health unit in northern Portugal, using a form. **Results:** All the elderly have pathological processes and overweight. Most of them are sedentary, have feelings of loneliness and inappropriate relational behaviors. In the last six months, 25% have fallen at least once, with notable changes in balance, lifestyles and perceived health status. **Conclusion:** The need for rehabilitation nurses to design and implement active aging programs that ensure individual accompaniment of the elderly by valuing lifestyles, balance training and promotion of social participation was highlighted. **Descriptors:** Elderly; Rehabilitation Nursing; Rehabilitation; Health Promotion; Life Style.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las condiciones sociodemográficas y de salud de ancianos residentes en la comunidad y describir los pilares para la concepción de un programa de enfermería de rehabilitación en la comunidad. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con participación de 48 ancianos seleccionados por muestreo de conveniencia. La recogida de datos se realizó entre septiembre de 2018 y julio de 2019, en unidad de salud del norte de Portugal, usando un formulario. **Resultados:** Todos los ancianos tienen procesos patológicos y sobrepeso. Mayoritariamente son sedentarios, sienten soledad y comportamientos relacionales inapropiados. En los últimos seis meses, 25% cayeron por lo menos una vez, siendo notorias alteraciones en el equilibrio, estilos de vida y percepción en la salud. **Conclusión:** Se evidenció la necesidad de los enfermeros de rehabilitación concebir e implementar programas de envejecimiento activo que garanticen acompañamiento individual de ancianos valorizando estilos de vida, ejercicios de equilibrio y promoción de la participación social. **Descriptor:** Anciano; Enfermería en Rehabilitación; Rehabilitación; Promoción de la Salud; Estilo de Vida.

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros de reabilitação a prestarem cuidados na comunidade deparam-se com a realidade de uma população envelhecida, que, para além das patologias que surgem no percurso de vida, apresentam problemas associados ao processo de envelhecimento. A população com mais de 60 anos está a crescer a uma taxa de cerca de 3% ao ano. Em 2017, estimava-se que, em todo o mundo, 962 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, representando 13% da população global⁽¹⁾. O contexto europeu, particularmente Portugal, não constitui exceção. Atualmente, a esperança de vida dos portugueses ultrapassa os 80 anos, e cerca de um milhão de idosos tem mais de 75 anos⁽²⁾.

A melhoria das condições de vida, o acesso aos cuidados de saúde e os avanços da medicina com terapêuticas e medicamentos mais inovadores e a diminuição da prevalência de algumas doenças têm contribuído para prolongar a vida das pessoas. Contudo, a par do aumento da esperança de vida, ocorre também o aumento significativo de doenças crónicas, degenerativas e multimorbilidades, com implicações na capacidade funcional, cognitiva e qualidade de vida das pessoas idosas⁽²⁾, e isso faz com que a assistência nessa idade por parte dos enfermeiros de reabilitação se distinga em dois pilares: um com enfoque nos processos de doença mais frequentes e comuns; e outro na promoção de estilos de vida saudáveis, promotores de bem-estar e de um envelhecimento ativo.

Hoje já temos evidência de que Portugal é um dos países onde se vive com pior saúde durante mais anos, e os estilos de vida e os comportamentos de saúde continuam a ser os principais fatores de risco para a perda de anos de vida saudável. A alimentação inadequada, o abuso de álcool, o tabagismo e o sedentarismo encontravam-se, em 2016, entre os principais fatores de risco de perda de anos de vida saudável em Portugal, sendo que uma parte importante dessa carga de doença relaciona-se com a mortalidade por eles causada⁽²⁾.

As condições de saúde são determinantes no processo de envelhecimento, contudo este também é influenciado pelo ambiente físico, rede de suporte familiar, comunitário e social, bem como pelas condições económicas e culturais, devendo os profissionais de saúde estar atentos a todas essas condicionantes para que sejam facilitadores de um envelhecimento salutar^(1,3). Na literatura, estão disponíveis modelos e instrumentos de pesquisa que avaliam os estilos de vida promotores de envelhecimento saudável. De acordo com o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os principais componentes de um estilo de vida promotor do envelhecimento saudável são: a atividade física; a nutrição adequada; a responsabilidade em saúde; as relações interpessoais; o crescimento espiritual; e a gestão do estresse⁽⁴⁾. O instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual considera cinco fatores essenciais para um envelhecimento positivo: a atividade física, a nutrição, o comportamento preventivo, o nível de gestão do estresse e o relacionamento social⁽⁵⁾.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS), em conformidade com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Europeia (CE), reconhece a importância de todos os programas de saúde e sociais que contribuam para a criação de ambientes seguros e de condições que permitam o acompanhamento dos idosos⁽⁶⁾.

Promover o envelhecimento ativo e a participação social dos idosos é um desafio para os profissionais de saúde, destacando-se

o papel do enfermeiro de reabilitação, de acordo com o seu perfil de competências, na promoção de estilos de vida saudável, educação para a saúde, prevenção da doença, gestão dos processos de comorbilidade e apoio em situações de vulnerabilidade e limitação da atividade⁽⁷⁾. O enfermeiro de reabilitação não só promove a literacia em saúde, mas também motiva para a adesão aos comportamentos promotores da saúde, procura compreender as barreiras que dificultam o acesso a esses comportamentos, favorecendo assim a sua inclusão, coopera com as estruturas da comunidade de modo a promover um ambiente seguro, assim como procura compreender a autoeficácia para a ação, potenciando a capacidade funcional e integração social das pessoas idosas.

De acordo com a revisão da literatura dos últimos dez anos, as áreas de intervenção de enfermagem nos programas de envelhecimento ativo e promoção da saúde são: a promoção do exercício físico⁽⁸⁻¹⁷⁾, a prevenção de quedas⁽¹⁸⁾, a estimulação cognitiva^(8-9,13), o ensino sobre hábitos alimentares saudáveis^(8-11,13-14,16-18), a prevenção e a gestão de doenças crónicas^(8-10,13-14,17-18), a gestão do regime medicamentoso^(8-10,13-14,17-18) e a promoção da interação social^(8-11,17).

Os ganhos em saúde relatados com a implementação dos programas de envelhecimento ativo são: a melhoria da capacidade funcional⁽⁸⁻¹⁶⁾, da qualidade de vida⁽¹⁴⁾, da participação social⁽¹⁷⁾ e da satisfação com a saúde⁽¹⁵⁾. Também é descrita a ampliação do conhecimento sobre os estilos de vida saudáveis⁽¹⁸⁾ e a diminuição dos episódios de agudização⁽¹²⁾, do índice de fragilidade⁽¹²⁻¹³⁾, do medo de cair⁽¹⁵⁾ e da dor⁽¹⁵⁾.

Importa referir que os programas descritos na literatura, apesar de implementados em diferentes contextos, evidenciam importantes ganhos em saúde, quer por meio de atividades em grupo, quer mediante intervenção individual na residência dos idosos. Os programas em contexto domiciliário, para além de servirem à individualidade da pessoa e promoverem comportamentos saudáveis, diminuem os sentimentos de solidão e isolamento social, favorecendo a inclusão.

Atendendo à relevância da implementação desses programas numa população cada vez mais envelhecida e de forma a sustentar um programa de enfermagem de reabilitação na comunidade não só na evidência da literatura descrita anteriormente, mas também nas reais necessidades de saúde e sociais das pessoas idosas, um grupo de investigadores procurou compreender o processo de envelhecimento na perspetiva das pessoas idosas e desenvolver na referida comunidade um programa. Este estudo está integrado numa investigação mais ampla intitulada "*PT4ageing: Personal Trainer para a gestão da saúde de pessoas com mais idade*".

OBJETIVO

Analisar as condições sociodemográficas e de saúde dos idosos residentes na comunidade e descrever os pilares para a concepção de um programa de enfermagem de reabilitação na comunidade.

MÉTODOS

Aspetos éticos

O desenvolvimento desta pesquisa atendeu aos preceitos éticos e legais em todas as fases, conforme o preconizado pelas Normas Nacionais e Internacionais de Ética para a realização de

pesquisa que envolvam seres humanos. O presente estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética da Administração Regional de Saúde da região do Norte de Portugal em janeiro de 2018. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e finalidade do estudo e assinaram o consentimento informado, tendo-se garantido a confidencialidade e anonimato na utilização da informação coletada.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), realizado em uma unidade de saúde da região urbana no norte de Portugal, no período de setembro de 2018 a julho de 2019. A coleta de dados com recurso a um formulário foi realizada em ambiente privado na unidade de saúde referida, em que o investigador e o participante tiveram privacidade para a aplicação do formulário.

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

A população em estudo foram pessoas com mais de 65 anos residindo no domicílio, e a técnica de amostragem usada foi a não probabilística de conveniência, sendo a amostra constituída por 48 idosos. Os critérios de inclusão foram: ser idoso inscrito em uma unidade de saúde de uma região urbana do norte de Portugal; ter se deslocado à referida unidade de saúde; de acordo com o juízo clínico dos enfermeiros de família, apresentar benefício terapêutico na implementação do programa de enfermagem de reabilitação; e aceitar participar no projeto de investigação. Foram excluídos todos os idosos que não apresentavam capacidade cognitiva para responder ao formulário ou evidenciavam incapacidade para se deslocar à referida unidade de saúde. Para averiguar a capacidade cognitiva, efetuamos avaliação das pessoas nas seguintes áreas: orientação; memória; pensamento concreto; disponibilidade; e volição.

Protocolo do estudo

O protocolo do estudo abrangeu três fases: 1) seleção dos idosos participantes; 2) coleta de dados com aplicação de formulário; e 3) concepção de um programa de enfermagem de reabilitação na comunidade baseado nos modelos descritos na literatura e nas necessidades de saúde identificadas nas pessoas idosas em estudo.

A seleção dos idosos participantes foi efetuada mediante critérios de inclusão no estudo. Após a seleção, os idosos foram convidados a participar no estudo e foram marcadas as datas da coleta de dados na referida unidade de saúde, conforme disponibilidade dos pesquisadores e dos idosos.

Com base na revisão da literatura, verificou-se que, com o envelhecimento, ocorrem diversas alterações nas condições de saúde dos idosos e a adoção de estilos de vida negativos, associados às alterações do equilíbrio que ocorrem com o avançar da idade: tudo isso ocasiona o seu isolamento e solidão. Assim, de forma a avaliar essas variáveis, os investigadores construíram um formulário composto por quatro partes: características sociodemográficas (género, idade, estado civil, número de elementos do

agregado familiar, número de filhos, nível de escolaridade, fonte de rendimento); condições de saúde (percepção do estado de saúde, conhecimento de processos patológicos, percepção de sintomas, regime medicamentoso, peso, altura, registo de quedas e percepção do risco de queda, equilíbrio estático e dinâmico e número de horas de sono), estilos de vida (alimentação, atividade física, comportamento preventivo, comportamento relacional e controlo do estresse) e percepção de sentimentos de solidão.

Para avaliação das variáveis “equilíbrio estático e dinâmico”, “estilos de vida” e “solidão”, foram selecionados respetivamente o Índice de Tinetti, o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual e a Escala de Solidão, da Universidade da Califórnia, em Los Angeles (UCLA)^(5,19-20).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados com recurso do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0, e utilizada estatística descritiva e analítica mediante cálculo de frequências absolutas (N), relativas (%); medidas de tendência central (média e mediana); medidas de dispersão (mínimo, máximo e desvio-padrão); e teste de Mann-Whitney. Para a análise de dados, foi adotado o valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo. Observou-se que as escalas adotadas para o formulário, na amostra em estudo, tiveram um alfa de Cronbach entre 0,7 e 0,9, o que certifica a consistência interna do instrumento.

RESULTADOS

No estudo, participaram 48 idosos, predominantemente do género feminino (66,67%), estado civil de casado/união de facto (56,25%), 4º ano de escolaridade (43,8%), com dois elementos no agregado familiar (37,5%), com dois filhos (41,3%) e tendo a aposentadoria como fonte de rendimento (87,49%). A idade dos participantes variou entre 65 e 90 anos (média = 75; desviopadrão = 6,8), sendo que 77,08% estavam na terceira idade (entre 65 e 80 anos) e 22,92% na quarta idade (entre 81 e 90 anos), conforme Tabela 1.

Relativamente à percepção de saúde, 50% consideram-na aceitável; 37,4%, boa, e igual percentagem consideraram-na má, muito boa e excelente (4,2% cada). No que concerne à condição de saúde/doença, destacam-se os seguintes processos patológicos: doenças cardiovasculares (76,6%), doenças endócrinas (56,8%), doenças musculoesqueléticas (45,7%), depressão (16,3%), doenças respiratórias (14,3%) e doenças cerebrovasculares (9,3%). Relativamente aos sintomas, salientam-se: dores musculoesqueléticas (56,5%), diminuição da visão (55,6%), dificuldade em andar (32,6%), desequilíbrio constante e sentimentos de tristeza (22,2% cada), perdas de urina (17,8%) e alterações da memória (13,3%). Todos os idosos tomam medicação, e apenas um não soube mencionar os medicamentos. Em relação aos grupos farmacológicos, prevaleceram os antidiabéticos orais (57,1%), os analgésicos (26,3%), os antidepressivos (25%), os anti-inflamatórios (24,3%), a insulina (16,2%) e os sedativos (13,9%).

No que se refere ao equilíbrio, avaliado com recurso ao Índice de Tinetti, confirmou-se um escore médio de 26, sendo que o mínimo foi de 16, o máximo de 28 e o desvio-padrão de 2,8. Nos últimos seis meses, 25% caíram pelo menos uma vez e 33,3% têm medo de cair.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos idosos (N = 48), Porto, Portugal, 2019

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Género		
Feminino	32	66,67
Masculino	16	33,33
Idade		
65-80	37	77,0
81-90	11	22,92
Estado civil		
Casado (a)/união de facto	27	56,25
Viúvo (a)	15	31,25
Divorciado (a)	4	8,33
Solteiro (a)	2	4,17
Fonte de rendimento		
Aposentadoria	42	87,49
Trabalho	2	4,17
Rendimento social de inserção	2	4,17
Outro	2	4,17
N.º de elementos do agregado familiar		
0-1	18	37,50
2-4	29	60,42
≥ 5	1	2,08
Escolaridade (em anos completos)		
≤ 9	45	93,75
> 9	3	6,25

Relativamente ao estilo de vida, verificou-se que 54,2% dos idosos são pouco ativos, 52,1% têm comportamentos relacionais inapropriados, 47,9% têm dificuldade em controlar o estresse, 7,8% não têm comportamentos preventivos e 37,5% têm hábitos alimentares inadequados. Todos os utentes apresentavam excesso de peso, com repercussão no Índice de Massa Corporal, que possuía em todos os casos valores superiores a 28 (média = 44,4; desvio-padrão = 6,8).

No que concerne à percepção da solidão, avaliada com uso da Escala UCLA, a média foi de 27,4, a mediana ocorreu na pontuação 25, o mínimo foi de 18, o máximo de 47, e o desvio-padrão foi de 9,3. A maioria dos idosos (66,7%) apresentou baixo nível de solidão; 20%, moderado nível de solidão; e apenas 13,3% dos idosos estão satisfeitos socialmente.

Ao analisar a associação entre as diferentes variáveis em estudo, com recurso ao teste de Mann-Whitney de amostras independentes, notou-se a existência de diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre o género e a percepção do estado de saúde com relação à solidão; entre o género, a percepção do estado de saúde e a percepção do risco de queda com relação ao equilíbrio total e entre a percepção do estado de saúde com relação aos estilos de vida, conforme Tabela 2.

Quando se explorou a distribuição da solidão, detetou-se que as mulheres, para além de mostrarem maior representação de solidão, evidenciam também valores mais elevados de solidão que os homens, verificando-se que, do total de idosos que apresentam solidão, 74,4% são mulheres e 25,6% são homens. Em relação à percepção de saúde, a totalidade das pessoas que consideram a sua saúde como má apresentam moderados níveis de solidão e, embora a distribuição da solidão seja a mesma para as várias fontes de rendimento, é de salientar que os aposentados têm maior dispersão, sendo o valor do ponto médio do grupo de 24,35. Quando analisado o agregado familiar, constatamos que não há diferenças significativas entre os números de elementos ($p = 0,107$), contudo os que têm maiores pontuações são os que

vivem sós (um elemento de agregado familiar), sendo o ponto médio desse grupo de 28,66.

Tabela 2 – Associação das condições sociodemográficas e de saúde dos idosos (N = 48), Porto, Portugal, 2019

Variáveis	Solidão Significância	Equilíbrio Significância	Estilos de vida Significância
Género	0,009*	0,037*	0,233
Idades	0,900	0,413	0,352
Estado civil	0,720	0,470	0,517
Escolaridade	0,772	0,886	0,502
Fontes de rendimento	0,261	0,556	0,445
Nº de elementos do agregado familiar	0,107	0,793	0,103
Percepção do estado de saúde	0,034*	0,031*	0,025*
Quedas nos últimos seis meses	0,384	0,722	0,079
Percepção do risco de queda	0,961	0,010*	0,923

Nota: *Diferença estatisticamente significante – teste de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

No tocante aos estilos de vida, foram detetadas diferenças significativas com relação à percepção de saúde ($p = 0,025$), sendo que a totalidade das pessoas que consideram a sua saúde como má apresentam estilo de vida mediano e a totalidade das pessoas que percebem a sua saúde como excelente possuem estilo de vida positivo. As pessoas que evidenciam um estilo de vida negativo percebem a sua saúde como aceitável.

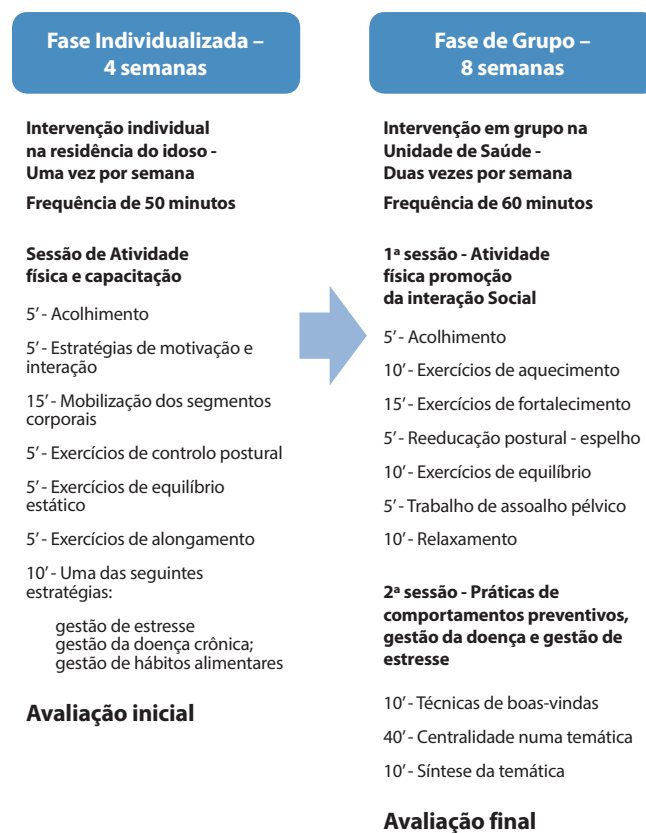


Figura 1 – Pilares do Programa de Enfermagem de Reabilitação na comunidade

Ao analisar a variável "equilíbrio", foram identificadas diferenças significativas com relação ao gênero ($p = 0,037$), com valores mais elevados nos homens. Enquanto nas mulheres a média do equilíbrio total foi de 25,4 e desvio-padrão de 3,1, a média do equilíbrio total nos homens foi de 27,1 e o desvio-padrão de 1,4. Foram também detetadas diferenças entre o equilíbrio e a percepção de saúde ($p = 0,031$), sendo que os idosos que apresentam melhor percepção de saúde são também os que têm pontuações mais elevadas no equilíbrio total. Da mesma forma, os idosos que percebem não ter risco de queda são os que mostram o valor de equilíbrio total mais elevado.

Dos achados, podemos desenhar orientações para a concepção e futura implementação de um programa de enfermagem de reabilitação na comunidade baseado nos modelos descritos na literatura e nas necessidades de saúde identificadas nas pessoas idosas em estudo, conforme Figura 1. Esse programa pretende iniciar-se na residência dos idosos; e em grupo, numa segunda fase, para o desenvolvimento de programas globais que promovam a interação social.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a amostra é constituída majoritariamente por mulheres (32 mulheres e 16 homens), e a idade média dos participantes foi de 75 anos, à semelhança do panorama nacional, em que a esperança média de vida total é de 80,8 anos, sendo que as mulheres vivem em média 83,4 anos, ao passo que os homens, em média até 77,8 anos⁽²¹⁾. Verificamos que a maioria é casada, e o agregado familiar é composto por dois elementos, o que está em consonância com os dados do INE (2019), os quais descrevem que, em Portugal, a dimensão média do agregado familiar doméstico é 2,5 pessoas, e em 12,4% dos agregados, residem apenas pessoas com 65 ou mais anos⁽²¹⁾.

Viu-se também que 31,3% dos idosos não possuem qualquer tipo de escolaridade, e 43,8% têm apenas o 1º ciclo. Estudos nacionais descrevem que cerca de 20% dos idosos portugueses são analfabetos, e 52,9% possuem o 1º ciclo como nível de escolaridade⁽²¹⁾.

Relativamente à fonte de rendimento, a maioria dos idosos são aposentados (87,49%), corroborando os dados de estudos segundo os quais, em média, os portugueses começam a receber a aposentadoria aos 63,8 anos de idade⁽²¹⁾.

Neste estudo, constatou-se também que a maioria dos idosos considera o seu estado de saúde aceitável. De acordo com um estudo efetuado em Portugal, 14,7% dos portugueses entre 65 e 74 anos e 7% dos idosos portugueses com 75 e mais anos considera a sua saúde muito boa ou boa⁽²²⁾. Outro autor afirma que, quando os idosos definem a sua saúde como boa, não se caracterizam como estando isentos de doenças, mas sendo capazes de adquirirem estratégias para agirem sobre o meio⁽²³⁾.

Todos os idosos referiram apresentar condição patológica, sendo a doença cardiovascular a patologia mais frequente nesta amostra (76,6%), seguindo-se a doença endócrina (56,8%), as doenças musculoesqueléticas (45,7%), a depressão (16,3%), as doenças respiratórias (14,3%) e as doenças cerebrovasculares (9,3%). Num estudo realizado em Portugal, confirmou-se que 71% dos portugueses na faixa etária dos 65 aos 74 anos é hipertenso, e 23,8% apresentam diabetes⁽²⁾. A OMS (2015) refere que as doenças crónicas não transmissíveis, circulatórias, malignas, endócrinas e as

respiratórias são as principais causas de morte no mundo⁽²⁴⁾, o que reforça a pertinência de se incentivarem estilos de vida saudáveis.

Relativamente aos sintomas, as dores musculoesqueléticas (56,5%), a diminuição da visão (55,6%), o desequilíbrio constante (22,2%) e as perdas de urina (17,8%) predispoem à dificuldade de andar (32,6%), os episódios de quedas (25%) e o medo de cair (33,3%). A dor crónica é um sintoma comum entre as pessoas idosas, afetando cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade. Frequentemente associa-se a sentimentos de solidão e depressão, tendo forte impacto na qualidade de vida dos idosos⁽²⁵⁾. Em relação às quedas e desequilíbrios, vários estudos mencionam que as pessoas idosas apresentam alterações de equilíbrio, medo de cair, pouca confiança no seu próprio equilíbrio, limitando as suas atividades do dia a dia e isolando-se da participação social. Essa situação leva a um ciclo vicioso em que o sedentarismo acentua a perda funcional e a dependência nas atividades diárias do idoso⁽²⁶⁻²⁷⁾. A instabilidade postural, os problemas de mobilidade, de equilíbrio e de continência, as alterações nos sistemas sensoriais, o comprometimento cognitivo, a polimedicação e a síndrome da síncope são determinantes para ocorrência de quedas⁽²⁸⁻²⁹⁾. Também foi verificado que os homens apresentam maiores escores de equilíbrio em relação às mulheres, corroborando os estudos segundo os quais a osteoporose mais prevalente nas mulheres influencia a sua perda de equilíbrio e quedas superiormente aos homens⁽³⁰⁾.

Verificamos que os idosos apresentam estilos de vida que condicionam a saúde e, quando analisamos os cinco componentes da escala dos estilos de vida, constatamos que os piores resultados se associam ao comportamento "atividade física" (54,2%), seguido do comportamento relacional (52,1%), controlo do estresse (47,9%), comportamento preventivo (37,8%) e, por fim, o estilo de vida "alimentação" (37,5%). Esses dados vão confirmar um estudo recente cujos dados são de que, em Portugal, 89% dos homens e 86% das mulheres com mais de 55 anos não praticam exercício físico⁽³¹⁾.

Estudos relatam que, na população idosa, problemas no estado de saúde geral, na funcionalidade e na interação social são agravados pela inatividade, a qual se deve à percepção de barreiras como limitação física, medo de quedas, presença de dores, falta de disposição, falta de segurança e sensação de não conseguir realizar o exercício por nunca o ter realizado anteriormente^(32,33). Em relação aos hábitos alimentares, um estudo recente refere que 8 em cada 10 idosos apresentam excesso de peso, o que ratifica os dados encontrados neste estudo, em que 37,5% não têm hábitos alimentares adequados⁽²⁾. Foi detetado também que as pessoas com estilos de vida menos positivos são as que apresentam pior percepção de saúde, e tal fato confirma que os comportamentos são determinantes para a saúde das pessoas.

Relativamente aos sentimentos de solidão, foi detetado que 86,7% dos idosos percebem sentir solidão, sendo que a maioria descreve níveis ligeiros de solidão; e 20%, moderados. Verificou-se também que as mulheres mostram maiores níveis de solidão, e esta afeta a percepção de saúde, sendo que a totalidade dos idosos com níveis moderados percebem-se como tendo uma má saúde. Estudos relatam que o gênero feminino, o baixo estatuto socioeconómico, o viver sozinho, o contacto social desadequado, os recursos sociais escassos e os problemas de saúde influenciam a percepção de sentimentos de solidão, sendo um preditor de resultados negativos na saúde. A rede familiar estruturada, o

apoio e participação social funcionam como fatores de proteção na vivência de sentimentos de solidão⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Também, a personalidade de cada idoso e a forma como viveram até ao momento a sua vida podem influenciar a percepção de sentimentos de solidão nos idosos, e os que não conseguem superar esses sentimentos estão em risco de fragilidade e institucionalização precoce⁽³⁶⁾. Um estudo recente nos cuidados de saúde primários revela que cerca de 91% dos idosos na comunidade descrevem sentir algum grau de solidão e um terço descreve níveis graves⁽³⁷⁾. Segundo os mesmos autores, é importante que se compreenda que a solidão nos idosos leva a maior somatização do seu sofrimento, sintomas depressivos, instabilidade dinâmica, distúrbios do sono, quedas e acidentes, bem como a menor adesão à terapia médica ou a sobremedicação⁽³⁷⁾.

Sabendo que a esperança de vida saudável depende muito dos comportamentos individuais, a promoção do envelhecimento ativo deve ser um investimento primordial dos enfermeiros de reabilitação, incentivando assim os idosos a manterem uma variedade de atividades após a aposentadoria, preservando a utilidade social e prevenindo o declínio funcional, a solidão e a fragilidade que ocorrem a par do envelhecimento.

Nesse sentido, de forma a satisfazer as necessidades de saúde das pessoas idosas em estudo e sustentar o programa de enfermagem de reabilitação a idosos residentes na comunidade nos modelos descritos na literatura, foram desenhadas orientações para a sua concepção e implementação. O programa pretende atender à individualidade e dificuldades das pessoas, assim como promover estilos de vida saudáveis, sobretudo no que tange à atividade física, interação social, capacitação para a adoção de comportamentos preventivos, gestão da doença e gestão do estresse. Esse programa pretende iniciar-se na residência dos idosos, visto que é uma oportunidade relevante para traçar estratégias adequadas ao seu ambiente domiciliar; e, na fase de grupos, se realizará nas instalações da Unidade de Saúde. O intuito é de reduzir os sentimentos de solidão e promover a interação por meio da rica troca de experiências entre os idosos, tal como vários autores defendem, atendendo a que um programa de intervenção individualizada, complementado com a intervenção em grupo, promove vantagens quer na capacidade funcional, quer na participação social⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Limitações do estudo

As limitações do estudo se encontram no fato de que ele é meramente descritivo e exploratório e de que a amostra foi de conveniência e de dimensão reduzida, impedindo a generalização dos resultados.

Contribuições para a área de Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Nos últimos anos, tem ocorrido debates sobre a importância dos programas de envelhecimento ativo de forma a retardar a fragilidade e a dependência que decorrem do envelhecimento; contudo, tais programas não sustentam a sua intervenção nas reais necessidades dessa população.

Neste estudo, confirmou-se que os idosos apresentam estilos de vida pouco saudáveis, são sedentários e evidenciam equilíbrio estático e na marcha. Essas condicionantes fazem com que os idosos se refugiem em casa, tenham baixa participação social e vivenciem sentimentos de solidão. Desse modo, é vital melhorar as condições de saúde dos idosos, promover a acessibilidade, reduzir a vulnerabilidade e a solidão, assim como apostar na capacitação e empoderamento das pessoas idosas para adotarem estilos de vida saudáveis e escolherem ambientes salutaros.

CONCLUSÃO

Dos atributos dos idosos participantes no estudo, emerge um perfil que traduz as alterações sociodemográficas e de saúde atuais. De facto, o predomínio das doenças cardiovasculares, endócrinas, musculoesqueléticas, psiquiátricas e respiratórias culminam em sinais e sintomas que deterioram significativamente a qualidade de vida dos idosos.

As condições de saúde deles levam a afirmar que os enfermeiros de reabilitação têm que valorizar o equilíbrio, os estilos de vida e a participação social nas intervenções de enfermagem de uma forma individualizada, motivo pelo qual, ao serem criados grupos para programas de envelhecimento ativo, deve-se ter em conta subgrupos para intervir em aspetos de maior risco. As estratégias do programa de enfermagem de reabilitação na comunidade devem ser adequadas ao nível de compreensão, escolaridade e necessidades específicas dos participantes.

Também, quanto ao género, foram verificadas diferenças entre idosos masculinos e femininos nas intervenções do programa. Nesse sentido, propõe-se a realização de um programa de Enfermagem de Reabilitação em articulação com a restante equipa de saúde e com os parceiros da comunidade.

Os pilares para a concepção de um programa de enfermagem de reabilitação para idosos na comunidade devem abordar todos os componentes dos estilos de vida, o equilíbrio estático e dinâmico, particularizando o desenvolvimento da marcha e a postura.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan ageing and health [Internet]. Switzerland: WHO; 2017 [cited 2020 Feb 02]. 46 p. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>.
2. Portugal. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde 2018 [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 Jan 15]. 87 p. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
3. Bárrios MJ, Fernandes AA. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. Rev Port Saúde Pública. 2014;32:188-96. doi:10.1016/j.rpsp.2014.09.002
4. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Upper Saddle River: Pearson/Prentice-Hall; 2015.
5. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável. 6ª edição. Londrina: Midiograf; 2013.

6. Direção Geral de Saúde (PT). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 [Internet]. Lisboa; Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Feb 15]. 52 p. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
7. Presidência do Conselho de Ministros (PT). Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [Internet]. Diário da República, Série II, n.º 35/2011, 18 Feb 2011. [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/3477014/details/maximized>
8. Behm L, Wilhelmsen K, Falk K, Eklund K, Ziden L, Dahlin-Ivanoff S. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58(3):376-83. doi: 10.1016/j.archger.2013.12.010
9. Dahlin-Ivanoff S, Gosman-Hedström G, Edberg A-K, Wilhelmsen K, Eklund K, Duner A, et al. Elderly persons in the risk zone: design of a multidimensional, health-promoting, randomised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. *BMC Geriatr*. 2010;10(1):27. doi: 10.1186/1471-2318-10-27
10. Gustafsson S, Eklund K, Wilhelmsen K, Edberg A-K, Johansson B, Kronlöf GH, et al. Long-term outcome for adl following the health-promoting rct—elderly persons in the risk zone. *Gerontol*. 2012;53(4):654-63. doi: 10.1093/geront/gns121
11. Haider S, Dorner TE, Luger E, Kapan A, Titze S, Lackinger C, et al. Impact of a home-based physical and nutritional intervention program conducted by lay-volunteers on handgrip strength in prefrail and frail older adults: a randomized control trial. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169613. doi: 10.1371/journal.pone.0169613
12. Henwood T, Hetherington S, Purss M, Rouse K, Morrow J, Smith M. Active@home: investigating the value of a home care worker-led exercise program for older adults with complex care needs. *J Aging Phys Act*. 2019;27(2):284-9. doi: 10.1123/japa.2017-0443
13. Kono A, Kanaya Y, Fujita T, Tsumura C, Kondo T, Kushiya K, et al. Effects of a preventive home visit program in ambulatory frail older people: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(3):302-9. doi: 10.1093/gerona/qlr176
14. Markle-Reid M, Browne G, Gafni A. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. *J Eval Clin Pract*. 2013; 19(1):118-31. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01782.x
15. Muramatsu N, Yin L, Berbaum ML, Marquez DX, Jurivich DA, Zanon JP, et al. Promoting seniors' health with home care aides: a pilot. *Gerontol*. 2018;58(4):779-88. doi: 10.1093/geront/gnx101
16. Watanabe Y, Yamada Y, Yokoyama K, Yoshida T, Yoshinaka Y, Yoshimoto M, et al. Comprehensive geriatric intervention program with and without weekly class-style exercise: research protocol of a cluster randomized controlled trial in Kyoto-Kameoka Study. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1019-33. doi: 10.2147/CIA.S151427
17. Granbom M, Kristensson J, Sandberg M. Effects on leisure activities and social participation of a case management intervention for frail older people living at home: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2017;25(4):1416-29. doi: 10.1111/hsc.12442
18. Barrios MDM, Pardo LHS, Ceballos GC. Fragilidad en el adulto mayor. Intervención educativa sobre los cuidados en el anciano. *MediCiego* [Internet]. 2010 [cited 2020 Feb 15];16(4). Available from: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1235/1362>
19. Félix Neto F. *Psicologia Social (Volume II)*. Lisboa: Universidade Aberta; 2000. 744 p.
20. Vries OJ, Peeters GM, Elders PJ, Muller M, Knol DL, Danner SA, et al. Multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2010;170(13):1110-7. doi: 10.1001/archinternmed.2010.169
21. Instituto Nacional de Estatística INE. Lisboa: Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet].; 2019 [cited 2020 Jan 25]. Available from: <http://www.ine.pt/>
22. Direção-Geral da Saúde (PT). Direção de Serviços de Informação e Análise. *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa; 2016. 177 p.
23. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:159-65. doi:10.1590/S0034-89102010000100017
24. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. [Internet]. Suíça: World Health Organization; 2015 [cited 2020 Jan 15]. 28 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=46BD986C56534D0B7CDBD08FC8B5ED33?sequence=6
25. Hall T. Management of persistent pain in older people. *J Pharm Pract Res*. Março de 2016;46(1):60– 7. doi: 10.1002/jppr.1194
26. Santos S, Figueiredo D. Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(1):77-86. doi:10.1590/1413-81232018241.29932016
27. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PH. Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ*. 2016;353:i1419. doi: 10.1136/bmj.i1419
28. Swift CG, Iliffe S. Assessment and prevention of falls in older people—concise guidance. *Clin Med*. 2014;14(6):658-62. doi: 10.7861/clinmedicine
29. Borel L, Alescio-Lautier B. Posture and cognition in the elderly: interaction and contribution to the rehabilitation strategies. *Neurophysiol Clin*. 2014;44(1):95-107. doi: 10.1016/j.neucli.2013.10.129
30. Santos ML, Borges GF. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. *Fisioter Mov*. 2010;23:289-99. doi: 10.1590/S0103-51502010000200012
31. European Commission. Special Eurobarometer 472. Sport and Physical Activity [Internet]. Brussels, Belgium; 2018. [cited 2020 Feb 20]. 133 p. Available from: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9a69f642-fcf6-11e8-a96d-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-82747397>

32. Carvalho J. Pode o exercício físico ser um bom medicamento para o envelhecimento saudável? *Acta Farm Port*[Internet]. 2014[cited 2020 Feb 20];3(2):125-33. Available from: <http://www.actafarmaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/52/87>
 33. Krug R, Lopes M, Mazo G. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. *Rev Bras Med Esporte*. 2015;21(1):57-64. doi: 10.1590/1517-86922015210101673
 34. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martin-Maria N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190033. doi: 10.1371/journal.pone.0190033
 35. Faísca LR, Afonso RM, Pereira H, Patto MAV. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*. 2019; 37:209-22. doi: 10.14417/ap.1549
 36. Azeredo Z, Barbeiro AP. O Idoso fragilizado no domicílio. *Hospitalidade*. 2015; 49 (307):36-9.
 37. Rocha-Vieira C, Oliveira G, Couto L, Santos P. Impact of loneliness in the elderly in health care: a cross-sectional study in an urban region of Portugal. *Fam Med Prim Care Rev*. 2019;21:138-43. doi: 10.5114/fmpcr.2019.84550
-