

“VIDAS COM HISTÓRIA” INTERGERACIONALIDADE PARA A PROMOÇÃO DE ATIVIDADES RECREATIVAS COM IDOSOS

“Lives With History”

Intergenerationality for the Promotion of Recreational Activities With Elderly

Dina Pascoal

Escola Superior de Saúde de Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

dinapuidivalpascoal@gmail.com

Maria do Carmo Figueiredo

Escola Superior de Saúde de Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

mcarmo.pereira@essaude.ipsantarem.pt

Catarina Afonso

Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral,
da Administração Regional de Saúde do Centro, Portugal

catarinaines.afonso@gmail.com

Inês Pereira

Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral,
da Administração Regional de Saúde do Centro, Portugal

Ines_catarina_3@hotmail.com

RESUMO

As atuais alterações demográficas, são traduzidas na modificação e inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população e colocando à sociedade em geral, e particularmente à saúde, desafios para os quais não estavam preparadas. Pretende-se com o presente artigo, analisar a experiência realizada no âmbito do estágio de Enfermagem Comunitária. O percurso metodológico realizado, seguiu as etapas do planeamento em saúde e por uma *Scoping Review* com a questão: Quais as intervenções de enfermagem que promovem a integração dos idosos em atividades intergeracionais? Como suporte à prática de enfermagem comunitária foi mobilizado o modelo sistémico de *Betty Neuman*. O Projeto Vidas com História evidenciou, que as atividades intergeracionais, com crianças e idosos, são uma das hipóteses válidas e a ter em conta, para a valorização das pessoas mais velhas e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das sociedades de forma a torná-las mais coesas, colaborantes e solidárias.

Palavras-chave: Enfermagem, pessoa idosa, planeamento em saúde, promoção da saúde, relações intergeracionais.

ABSTRACT

The current demographic changes, are translate in the modification and inversion of the age pyramids, reflecting the aging of the population and posing to society in general, and particularly to health, challenges for which they were not prepared. The aim of this article is to analyze the experience carried out within the scope of the Community Nursing internship. The methodological path followed the stages of health planning and a Scoping Review with the question: Which are the nursing interventions that promote the integration of the elderly in intergenerational activities? In support of the community nursing practice, Betty Neuman's systemic model was mobilized. The Lives with History Project showed that intergenerational activities, with children and the elderly, are one of the valid hypotheses and must be taken into account, for the appreciation of older people and, consequently, for the development of societies in order to make them more cohesive and solidary.

Keywords: elderly person, health planning, health promotion, intergenerational relations, nursing.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária intitulado “Vidas com História-Intergeracionalidade para a Promoção de Atividades Recreativas com Idosos” surgiu, após o diagnóstico de situação feito à uma população de idosos com 65 ou mais anos residentes num bairro social.

O Regulamento 428/2018 define que, uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) é estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, sendo esta, o seu alvo de intervenção.

O planeamento em saúde tendo por objetivo fazer face às necessidades de saúde da população rentabilizando os recursos disponíveis, torna-se assim fundamental. É um processo contínuo e dinâmico constituído por várias etapas, sendo a primeira o diagnóstico de situação, que nos permite o conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, recursos e outros.

O diagnóstico de situação revelou que os idosos em estudo são maioritariamente independentes na realização das atividades de vida diária, porém, 97% dos idosos, não participaram nos últimos seis meses em qualquer tipo de atividade organizada, sendo que, 62,5% referiram não sentir necessidade de o fazer; revelou ainda, pelas entrevistas aos informantes chave, a inexistência de atividades recreativas e físicas direcionadas a esta faixa etária.

Como suporte à prática de enfermagem comunitária foi mobilizado o modelo sistémico de Betty Neuman. Este baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Segundo Neuman é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da enfermagem, em que se articulam as variáveis fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual (Neuman & Fawcett, 2011).

O modelo de Neuman assenta nos conceitos metaparadigmáticos: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. O sistema é representado por uma estrutura básica, que inclui fatores comuns como a estrutura genética, a estrutura do ego ou a capacidade cognitiva. Este sistema é representado por linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema. Estas linhas concêntricas, são a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência (Neuman, 1995). A linha flexível de defesa, é a que se encontra mais externamente à estrutura básica do sistema que é representado por linhas concêntricas que constituem os mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema. A linha flexível de defesa protege assim, a invasão do sistema por fatores de stress funcionando, metaforicamente, como uma barreira, mantendo o sistema cliente livre das primeiras reações a stressores (Neuman,1995). A linha normal de defesa representa o segundo

mecanismo de proteção do sistema cliente que consiste no resultado do ajustamento das variáveis do cliente aos fatores de stress a que se encontra sujeito este sistema. As linhas de resistência, as mais interiores, são ativadas involuntariamente, quando um fator de stress invade a linha normal de defesa, procurando estabilizar o sistema.

Através do diagnóstico de enfermagem pretende-se colher dados apropriados e necessários, que permitem, deste modo, identificar, avaliar e classificar as interações dinâmicas entre as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema, e a presença real ou potencial, de fatores de stress (Neuman, 1995).

As Intervenções de Enfermagem devem ser dirigidas para os fatores de stress, sejam estes reais ou potenciais, mas que afetam, ou podem vir a afetar, a harmonia e o funcionamento do cliente-sistema. Neuman definiu três níveis de intervenção: primária que resulta da perceção do risco e das consequências da possível exposição a determinados fatores de stress, sendo que a reação ainda não ocorreu; secundária, que resulta da mobilização dos recursos internos e externos do cliente, de modo a selecionar as estratégias de intervenção que visam a reconstituição do equilíbrio do sistema e, a terciária que resulta da mobilização dos recursos do cliente para prevenir novas reações aos stressores ou regressão, de modo a manter o equilíbrio alcançado. Por fim Neuman, apresenta a fase de resultados de enfermagem em que inclui a avaliação acerca da mudança pensada e construída, ou melhor co construída, em parceria com o cliente ou, a própria reformulação de novas estratégias de intervenção (Neuman 1995).

Assim, o projeto de intervenção teve como objetivo, dar resposta aos diagnósticos obtidos e ao que foi identificado pelos idosos como uma prioridade: a necessidade da existência de atividades recreativas e o maior envolvimento comunitário para combater o isolamento social e o sedentarismo. Teve ainda a pretensão de tornar os idosos conscientes do papel ativo que podem ter na mudança da sua realidade, reforçando o poder das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos, naquele que foi considerado pela Carta de Ottawa (1986) como conceito de *empowerment*.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, um desafio à responsabilidade individual e coletiva. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população. Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia (Direção Geral da Saúde [DGS], 2006).

O índice de envelhecimento da população portuguesa que em 2011 era de 128, agravou-se para 147 em 2015, o que significa, que por cada 100 jovens existem 147 idosos. As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) apontam para que este índice possa, no cenário central, mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018), o que naturalmente, exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente, por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (DGS, 2017).

Em 2004, o secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Kofi Annan, lançou um desafio para que as sociedades não olhassem o envelhecimento da população como um peso, mas que retirassem daí um valor acrescentado e possibilidades de desenvolvimento, graças a uma população idosa ativa. Incentivou, desta forma, os países a construir uma sociedade intergeracional, ajustada na partilha entre gerações. A segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento de Madrid (2002) recomendou que os governos promovessem o apoio e a solidariedade intergeracional, pois, através das relações intergeracionais existe desenvolvimento social e a construção de uma verdadeira sociedade intergeracional.

Em Portugal, a DGS através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (ENEAS), propõe como medida para a criação de ambientes potenciadores da integração e participação: “Promover o desenvolvimento de programas no âmbito da interação social através da criação de espaços intergeracionais e ações tendentes a destacar o valor social e económico da solidariedade intergeracional na família e na comunidade” (DGS, 2017, p.30).

Perante este contexto social, económico e político, denota-se uma preocupação crescente pela Promoção da Saúde (PrS) e prevenção da doença, com a finalidade de ampliar os ganhos em saúde. Surgem assim, desafios e requisitos ao exercício profissional dos enfermeiros, principalmente aos especialistas em enfermagem comunitária (EC). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) compete ao EEECS desenvolver a sua prática “centrada na comunidade”, identificando as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) assegurando o acesso e a continuidade de cuidados de saúde eficazes, integrados e ajustados, bem como parcerias com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto geográfico, social, económico ou político (Regulamento nº428/2018). Evidencia-se, igualmente, a intervenção do enfermeiro especialista na participação em atividades de educação para a saúde (EpS), manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação.

O conceito de PrS é primordial em EC cujo objetivo é promover e preservar a saúde da população (Stanhope & Lancaster, 2011). A Carta de Ottawa (1986) e a Declaração de Jacarta (1997) reforçam a importância da PrS para a melhoria do estado de saúde das populações. A EpS é um dos instrumentos mais eficazes que contribui para o processo da PrS (Carvalho & Carvalho, 2006).

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

O mundo global enfrenta hoje uma preocupação relativa ao aumento da população envelhecida (WHO, 2005a), com o prolongamento da esperança de vida e o envelhecimento demográfico a acentuar a importância das questões da saúde e bem-estar nas idades mais avançadas, tanto do ponto de vista individual como coletivo (Almeida, 2009).

O envelhecimento demográfico é, em conjunto com as alterações na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, referido no Regulamento n.º 348/2015 da OE, como determinante de novas necessidades em saúde, para as quais é importante organizar respostas adequadas, personalizadas, de qualidade e em proximidade, focalizadas na PrS.

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, o número de pessoas com 65 ou mais anos ultrapassa os dois milhões, representando cerca de 19% da população total do país, assistindo-se a um particular aumento das pessoas acima dos 75 anos (INE, 2012). A Região de Saúde do Centro apresenta o segundo índice de envelhecimento mais elevado do Continente, que tem vindo a aumentar nas últimas décadas (Programa Regional de Saúde [PRS], 2018).

Se o índice de envelhecimento da população portuguesa tem vindo assim a agravar-se, já a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,80 anos, 77,78 anos para os homens e 83,43 para as mulheres no período 2016-2018. Aos 65 anos os homens podem esperar viver mais 17,58 anos e as mulheres mais 20,88, o que representa ganhos de 1,23 anos e de 1,18 anos, respetivamente, nos últimos dez anos (INE, 2019). A região Centro em 2017 apresentava um índice de envelhecimento de 194 (por cada 100 jovens a região tinha 194 idosos) superior à média nacional, o que contrasta com um índice de envelhecimento de 144 em 2007 (INE, 2018).

Neste contexto social, económico e político, a preocupação pela PrS e prevenção da doença, com a finalidade de ampliar os ganhos em saúde é cada vez maior.

A PrS é definida na Carta de Ottawa (1986), como o processo que capacita os indivíduos e a comunidade a controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, reforçando desta forma, a responsabilidade e os direitos de cada um e da comunidade pela sua própria saúde. Esta, é assim, percebida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida, tornando-se, desta forma, um conceito primordial em EC cujo objetivo é promover e preservar a saúde das populações e de toda a comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011) num processo de capacitação das mesmas, com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania (OE, 2010, p.10, referido por Pereira, 2017). Pressupõe a instauração e manutenção de comportamentos não só saudáveis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Dias, 2006). Deste modo, segundo a mesma autora, a PrS é direcionada não só às pessoas doentes, no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, mas a todos os indivíduos de todos os estratos da população, quer na ausência, quer na presença de doença.

Na literatura encontram-se sobreposições entre a PrS e a EpS. Green e Kreuter, referidos por Laverack (2008) defendem que: “Enquanto a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas, a promoção de saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde” (p.12).

A EpS é assim, um componente básico na PrS, sendo definida como uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de vida saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem (OMS, 1969 referido por Dias, 2006).

Na verdade, de acordo com Stanhope e Lancaster (2011) as atividades de PrS envolvem comportamentos, que afetam positivamente o estado de saúde das pessoas, através de adoção de hábitos saudáveis e mudança no estilo de vida. Desenvolve-se através da ação concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planejando estratégias e implementando-as, visando atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que estas assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos (Carta de Ottawa, 1986) de forma a tornarem-se mais independentes, fomentando a sua autoconfiança.

Envelhecer, é um processo composto por uma sucessão de modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas, assim, os indivíduos envelhecem em ritmos diferentes e os vários sistemas fisiológicos, em qualquer indivíduo, envelhecem de modo diferente (Stanhope & Lancaster, 2011). Por se tratar de um processo gradual, não é consensual a idade a partir da qual se consideram as pessoas idosas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu projeto sobre envelhecimento ativo (WHO, 2002) considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) considera pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). O mesmo critério é adotado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) nas suas análises estatísticas.

Mas o envelhecimento não se reduz apenas às alterações biológicas e à passagem do tempo. Silva (2012, p. 28) refere que “é acima de tudo um fenómeno complexo, resultante da interação biopsicossocial e espiritual, e promotor de mudanças” que, segundo Simões (2006, p. 31), “embora se acentuem e evidenciem no fim da vida, têm origem num período anterior da existência” (Silva, 2012, p. 28). Essas mudanças incluem alterações nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas (OMS, 2015).

Perante a complexidade destas mudanças, Stanhope e Lancaster (2011) afirmam que, “uma única teoria pode não responder totalmente às questões do envelhecimento, mas pode tentar explicar as forças existentes no organismo que afetam o processo de envelhecimento”. Ao nível biológico, por exemplo, o envelhecimento é associado ao acumular de uma grande variedade de danos a nível celular e molecular, que com o tempo, levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, a um aumento do risco de contrair doenças e a um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, podendo mesmo, resultar na sua morte (OMS, 2015). Essas mudanças, não sendo lineares ou consistentes, são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.

O processo de envelhecimento não é um processo unilateral, mas antes, a soma de vários processos entre si; é um acontecimento biológico com repercussões a nível psicossocial e espiritual. Deste equilíbrio resultará um bem-estar consciente, permitindo às pessoas o desenvolvimento das suas capacidades físicas e psicológicas, reagindo ao meio físico e social que o envolve, sem sofrimento (Silva, 2012). O conceito de bem-estar é um dos temas mais enfaticamente discutidos e aplicados para compreender os fatores psicológicos que integram uma vida saudável (Siqueira & Padovam, 2008).

Um envelhecimento bem-sucedido será, pois, aquele em que a pessoa consegue vivenciar as transições da vida alcançando bem-estar. O desafio para os enfermeiros, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007 referido por Pereira, 2011).

Meleis (2010) refere que o termo transição deriva da palavra latina *Transition* que significa atravessar, passar de um para outro estágio, assunto, posicionamento, ou seja, mudar. As mudanças que ocorrem ao longo do tempo, ao nível individual e das famílias, na identidade, no desempenho de papéis, nos relacionamentos interpessoais, nas capacidades, e nos padrões comportamentais, constituem transições (Meleis, 2010).

A consciencialização sobre a influência do ambiente sociocomunitário, no qual a pessoa está inserida, é, para Schumacher e Meleis (1994), extremamente importante para os profissionais de enfermagem, pois permite-lhes desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade no sentido de promover transições saudáveis. As intervenções de enfermagem têm assim, como objetivo, auxiliar o cliente a ultrapassar essas transições, alcançando o bem-estar, fator importante num envelhecimento bem-sucedido, facilitador de um envelhecimento saudável e ativo.

Palmeirão (2009) afirma que, as relações intergeracionais tendem a enfraquecer à medida que envelhecemos, surgindo assim, problemas sociais que levam a uma maior vulnerabilidade. A par do envelhecimento demográfico, as sociedades deparam-se com o problema de as gerações estarem cada vez mais separadas. Se, por um lado, coexistem no mesmo espaço temporal, por outro lado, esta coexistência não se traduz num maior contacto, diálogo e relações entre pessoas de diferentes gerações, consequência de múltiplas causas, como, as mudanças da estrutura familiar, as alterações dos papéis sociais e de género, as mudanças na economia e no trabalho, entre outras (Ferreira, 2017).

É importante intervir no sentido de contrariar o isolamento através de dispositivos formais (clubes, associações, centros de convívio) e das redes familiares informais (Bárrios & Fernandes, 2014) onde o diálogo e a interação entre gerações podem provocar a mudança mútua. Perante estas mudanças na sociedade Delgado e Martinez (2006) referem que os Programas Intergeracionais (PI) surgem como uma nova metodologia de ação social, pois, são veículos para o intercâmbio concreto e continuado de recursos e de aprendizagem entre as gerações idosas e as mais jovens, com o objetivo de alcançar benefícios mútuos, individuais e sociais (Ferreira, 2008).

Newman e Sánchez (2007) referem que “para falar sobre intergeracionalidade não é suficiente estar juntos; o importante é fazer e fazer-se juntos, e que esse fazer vá mais além da mera interação e passe a relação” (p. 42). É pois, o relacionamento e não o assunto (geração), o que realmente importa neste conceito, sendo este enfoque partilhado por diferentes autores (Ferreira, 2017; Sánchez, Kaplan & Sáez, 2010). Assim, não existindo consenso sobre uma definição de intergeracionalidade, mas apenas uma ideia do que representa, é importante sublinhar que a intergeracionalidade consiste na criação e promoção de oportunidades que garantam a construção de relações intergeracionais e a continuidade da educação entre indivíduos de diferentes gerações, de modo a fomentar a solidariedade, interdependência, reciprocidade, partilha de conhecimentos e a transformação entre indivíduos, contribuindo juntos para a construção de um modelo de sociedade mais justo e solidário (Ferreira, 2017). A intergeracionalidade surge nas políticas do envelhecimento como resposta ao problema do envelhecimento demográfico e como estratégia para um envelhecimento ativo.

A ONU (2003) reconhece que a capacidade de responder de forma eficiente ao envelhecimento da população está nas mãos dos próprios idosos, devendo ser estes os principais responsáveis pela melhoria da sua saúde e qualidade de vida, numa perspetiva de *empowerment* desta população.

No planeamento de projetos intergeracionais é fundamental que as pessoas estejam envolvidas em todo o processo pois, só assim, é possível que o grupo atinja os mesmos objetivos e trabalhe em conjunto. “A participação completa só acontece quando as decisões são tomadas pelas próprias pessoas que hão-de pô-las em ação” (Teiga, 2012, p.35). Com a filosofia do “*empowerment*” as

escolhas sobre saúde e bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio cidadão. Este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas e aumentar o controlo que tem sobre a sua própria saúde, melhorando-a, o que pressupõe, um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre as pessoas e os profissionais de saúde (Bernardino, Silva & Figueiredo, 2013 referidos por Pereira, 2017). O *empowerment* é desta forma uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo o eixo central da PrS, é assumido não como um fim, mas como um meio (Irvine, 2007; Piper, 2008; Richard, Gendron, Beaudet, Boisvert, Sauve & Garceau-Brodeur, 2010; Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010 referidos por Pereira, 2017).

3 MÉTODO

Segundo a OE (2010), e conforme as competências específicas do EEECS, o enfermeiro deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O método adotado foi a metodologia do planeamento em saúde. Este deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, e integra diversas fases, iniciando-se com o diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e a própria execução e, por fim a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993, Nunes, 2016), que se descrevem, de seguida.

3.1 Diagnóstico de situação

Para a realização do diagnóstico a uma população de 65 idosos, com 65 ou mais anos, residentes em habitações de cariz social, realizado entre janeiro e fevereiro de 2019, foi definida uma amostra de 33 idosos pelo método de amostragem probabilística sistemática, que teve como objetivo avaliar a capacidade funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física, atividades de vida diárias), e ainda, analisar a utilização e necessidade sentida de serviços.

Como instrumentos de recolha de dados para o presente estudo foram utilizadas entrevistas semiestruturadas a informantes chave da comunidade e o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos, versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services Program* (OARS), após pedido de autorização ao autor. Foi pedida autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém e o consentimento informado aos participantes, garantindo a confidencialidade dos mesmos e dos dados. Foi ainda, pedida autorização ao Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde. Todos os participantes do estudo foram informados relativamente à justificação da pertinência do estudo, seus objetivos, o início e término previsto para a realização do mesmo.

O diagnóstico de saúde revelou que os idosos em estudo são maioritariamente independentes na realização das atividades de vida diária, porém:

- 97% Refere não ter participado nos últimos 6 meses em nenhuma atividade ou viagem organizada e 62.5% refere não ter necessidade de o fazer;
- 51.5% Refere ter necessidade de viajar;
- 100% Dos inquiridos refere não ter participado ou assistido a algum curso de educação para adultos e 60,6% refere não necessitar desta preparação para as suas atividades de vida diária;
- “(...) Ações de animação sociocultural.” E1: In10
- “Para os idosos não temos atividades”. E2: In57
- “Necessidade de apoio aos idosos que vivem sós”; E1: In43
- “(...) Ações de desenvolvimento comunitário e fomento da prática desportiva.” E1: In10
- “No futuro desenvolver as classes de mobilidade, à semelhança do que já acontece em algumas IPSS, onde um fisioterapeuta, ou professor de educação física desenvolvem atividades específicas.” E1: In35

As entrevistas aos informantes chave destacaram a inexistência de atividades recreativas e físicas direcionadas a esta faixa etária.

O diagnóstico de enfermagem posteriormente elaborado, tendo em conta o referencial teórico de Betty Neuman (1995), revelou que existe: Proteção inadequada da linha flexível de defesa, dos idosos com 65 ou mais anos de idade, evidenciado por stressores inter e extrapessoais: envolvimento comunitário diminuto e atividades recreativas deficientes.

De acordo com o referencial teórico, a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é *stressante*, e como um “filtro” quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento pretendendo conservar o estado de bem-estar e o núcleo da pessoa (Wandekoken & Siqueira, 2013; Martins, 2014).

3.2 Definição de prioridades

Assim, a sessão de validação e hierarquização das necessidades de saúde foi realizada com base no Método de Hanlon. Segundo a DGS (2016), este método constitui-se como um método complexo, mas vantajoso quando o objetivo é produzir uma lista de problemas de saúde baseados em dados numéricos. Perante a matriz dos problemas identificados e hierarquizados, os participantes foram incentivados a analisá-los, em fórum comunitário, realizado a 18 de fevereiro de 2019, expressando a sua percepção acerca dos mesmos, face à sua vivência quotidiana. Segundo Nunes (2016), a percepção que a comunidade tem de determinado problema é de relevante importância, na hierarquização das prioridades, e a sua aceitação e reconhecimento sentido pela comunidade, poderá envolver a mesma e ditar o sucesso do planeamento delineado. Tais opiniões, permitiram concluir que os participantes expressaram a vivência dos problemas apresentados, revelando assim, que as necessidades reais também são necessidades sentidas expressas.

3.3 Fixação de objetivos

Tendo em conta o conhecimento relativamente a este contexto, foi traçado como objetivo geral: sensibilizar a comunidade e os idosos para a importância do envolvimento e participação em atividades recreativas intergeracionais.

Foram definidos como objetivos específicos promover o envolvimento ativo dos vários parceiros na promoção de atividades intergeracionais; criar um grupo de voluntários, com a função de promover e participar em atividades intergeracionais; fornecer informação por intermédio da estratégia de, EpS aos voluntários; e demonstrar a capacidade de participação comunitária da população alvo, idosos do bairro social, como parte integrante na resolução da problemática.

3.4 Seleção de estratégias de intervenção

Para dar resposta a esta fase do planeamento em saúde, desenvolveu-se uma *Scoping Review*, com base no método PCC – *Population* (idosos), *Concept* (Promoção da Saúde; Enfermagem; Relações intergeracionais; Pessoa Idosa), *Context*, (Comunidade) a partir do instrumento proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada com descritores *MeSH*, conjugando a estratégia de pesquisa: *Health Promotion AND Nurs* AND Intergenerational Relations AND Aged*. nas bases de dados *ProQuest* e *PubMed* e na plataforma *EBSCOhost: CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MEDLINE Complete e Mediclatina* de artigos publicados entre janeiro de 2015 a fevereiro de 2019. Para garantir a qualidade metodológica foi utilizado o *Prisma 2009 Flow Diagram*, procedendo-se deste modo à extração dos dados, uma vez que, a qualidade em saúde necessita do compromisso da implementação de práticas sistemáticas e sustentadas na melhor evidência científica, por forma a obter o maior e melhor conhecimento. Foram identificados um total de 7 artigos. Deste número, foram eliminados 2 artigos duplicados. Dos 5 artigos, 2 foram eliminados a partir da leitura do título e resumo, reunindo-se 3 artigos elegíveis. Estes artigos foram lidos na íntegra e submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 2 por não respeitarem os critérios definidos. Foi assim selecionado o artigo N^o1 *Living Legends: Effectiveness of a Program to Enhance Sense of Purpose and Meaning in Life Among Community-Dwelling Older Adult* que é um estudo misto (qualitativo e quantitativo).

Desta análise resultou a necessidade da implementação de programas intergeracionais dirigidos a idosos inseridos na comunidade (e não em estruturas residenciais de apoio a idosos) e ainda, da partilha em grupo das suas histórias de vida.

Outras estratégias utilizadas foram: divulgação do projeto e estabelecimento de parcerias com a câmara municipal (CM), o agrupamento de escolas (AE) em que se situa o bairro, recurso a informantes chave para seleção dos idosos e formação de um grupo fechado de dez idosos; sessões de educação para a saúde (SEpS), para os idosos participantes no projeto sobre o envelhecimento ativo, atividades intergeracionais, a participação comunitária e o voluntariado e a importância da cultura e das nossas raízes; e elaboração de materiais de divulgação do projeto.

3.5 Elaboração de programas e projetos

“Vidas com História”, cujo logotipo, na figura 1, foi elaborado por um dos participantes, enquadra-se no projeto “Envelhecer com Saúde” da Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) e desenvolveu-se em parceria com a CM, através do Projeto “Viver Melhor no Saka” e, com o AE, através do projeto “Somos Histórias e Memórias”.



Figura1 - Logotipo do projeto “Vidas com História”

Recorreu-se a convite pessoal e por contacto telefónico, dos idosos identificados pela coordenadora do projeto “Viver Melhor no Saka”, como tendo iniciado a sua participação no projeto “Somos Histórias e Memórias” e ainda, a outros idosos moradores no bairro social, identificados pelas enfermeiras da UCC. Após estes contatos, formou-se um grupo de dez idosos a quem foi apresentado o projeto e os seus objetivos. No início da primeira sessão (abril de 2019), foi distribuído pelos participantes uma ficha de inscrição e o consentimento informado à participação no projeto.

A ficha de inscrição permitiu fazer a caracterização sociodemográfica do grupo. 50% (5) dos participantes situa-se na faixa etária dos 75 aos 84 anos, 40% (4) na faixa etária dos 65 aos 74 anos, e apenas 10% (1) dos participantes têm menos de 65 anos (64 anos) (variável fisiológica). 90% (9) são do sexo feminino, 60% (6) estão casados, 30% (3) são viúvos e apenas um participante é solteiro (variável sociocultural) (gráfico 1 e 2).

Gráfico 1 - Idade dos participantes

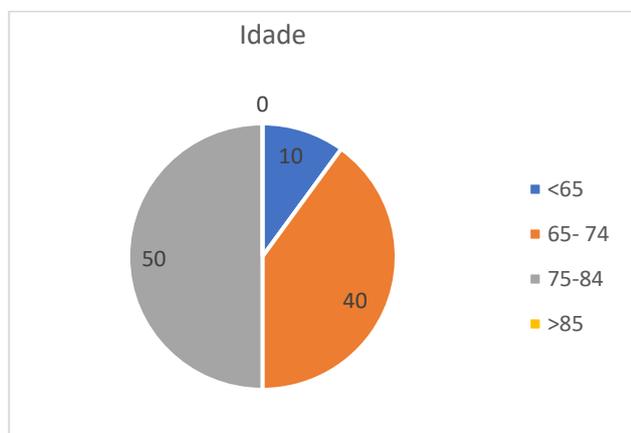
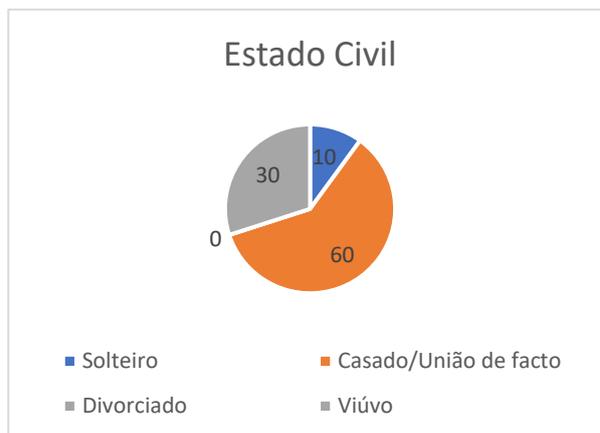


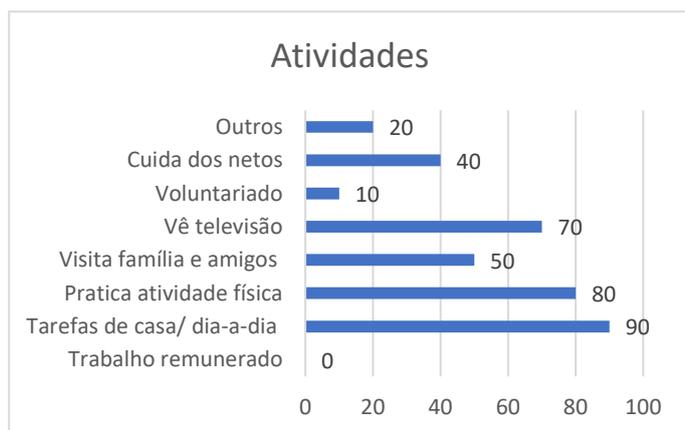
Gráfico 2 - Estado civil dos participantes



As habilitações literárias encontradas vão desde a situação de não saber ler nem escrever, até ao 2º ciclo (ensino básico preparatório). Em todos os grupos etários representados o 1º ciclo do ensino básico é o mais representativo, com 40% (4) no grupo etário 65-74 anos. Há ainda a considerar que 40% (4) dos indivíduos não sabem ler nem escrever, ou não têm ensino básico concluído, tendo esta situação, sido tida em conta, aquando da escolha do tipo de questionários aplicados para avaliação das sessões e na forma como foi feita a abordagem dos assuntos.

Na questão sobre o tipo de atividades efetuadas no seu dia-a-dia (gráfico 3), com as quais ocupavam maioritariamente o tempo, 90% (9) referiram as atividades domésticas, 70% (7) referiram ver televisão e só 20% (2) disseram ter horta, onde ocupavam parte do seu tempo. 80% (8) referiram ter iniciado a prática de atividade física desde que iniciou o projeto “Viver melhor no Saka” em fevereiro de 2019.

Gráfico 3 – Atividades do dia-a-dia dos participantes



Os temas abordados ao longo das sessões foram: o envelhecimento ativo, as atividades intergeracionais, a participação comunitária e o voluntariado e por último a importância das nossas origens e da nossa cultura. As sessões tiveram como objetivos: sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo; identificar a importância de uma vida ativa; sensibilizar para a importância da partilha com outras gerações; refletir sobre a importância da história de vida.

Na última parte de cada sessão os participantes foram convidados a partilharem histórias, lengalengas e canções da sua infância com a finalidade de se efetuar uma recolha de legados, a partilhar nas sessões com as crianças do jardim de infância (JI).

Realizaram-se duas sessões intergeracionais no JI, que tiveram como principal objetivo a promoção da relação entre idosos e crianças do e que estes valorizassem a partilha de experiências conjuntas.

Em ambas as sessões participaram cerca de 40 crianças, duas educadoras e quatro assistentes operacionais. Estiveram também presentes os representantes da CM e do AE e da UCC. Quanto ao grupo de idosos alvo de intervenção no projeto, um facto a salientar como muito positivo, é que participaram sempre mais idosos, para além dos que inicialmente inscritos no projeto, sendo trazidos pelos participantes.

Nas sessões foram utilizadas de dinâmicas interativas, incentivando a relação recíproca entre idosos e crianças. A primeira sessão, foi realizada no JI e teve a colaboração da animadora sociocultural na dinamização da mesma. Foram partilhadas com as crianças algumas músicas mimadas do tempo de infância dos idosos e falaram das suas origens, de África, de alguns costumes e tradições. Foram deixados no JI dois painéis, elaborados anteriormente pelo grupo, em que, num figurava uma mulher africana e no outro um embondeiro, sendo feito, um convite às crianças para que os pudessem completar com os contributos adquiridos naquela sessão.

Na segunda sessão, participaram além dos elementos referidos anteriormente, também os alunos com necessidades de saúde e educativas especiais, um representante da direção da escola, vários professores e funcionários.

Nas sessões intergeracionais foi aplicado um questionário de avaliação do grau de satisfação com a sessão às crianças, onde eram questionados sobre a satisfação com as atividades realizadas, como a visita dos idosos à escola, se gostaram de dançar e ou cantar e por último se tinham aprendido alguma coisa nova.

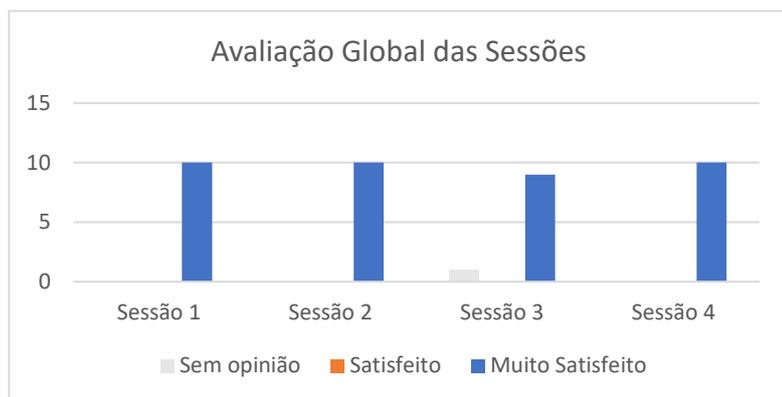
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No início e no final de cada SEpS, foi distribuído aos idosos um questionário de avaliação de conhecimentos, assim como, um questionário de avaliação do grau de satisfação com a sessão, construído com base numa escala de *Likert*, com 5 níveis de opinião desde o muito insatisfeito, insatisfeito, sem opinião, satisfeito e muito satisfeito

Nos questionários de avaliação de conhecimentos, foram colocadas duas questões, a primeira sobre o significado do conceito básico abordado na sessão (ex: envelhecimento ativo, atividades intergeracionais), na segunda questão relacionava-se o conceito com a sua influência na saúde do indivíduo.

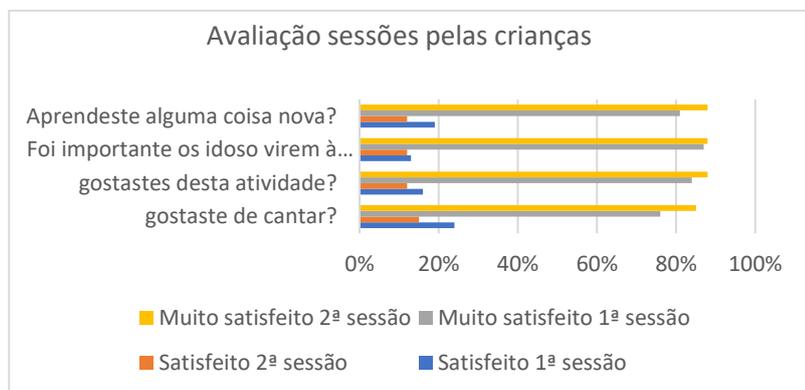
Registaram-se mudanças nos conhecimentos adquiridos, tendo-se conseguido em todas as sessões a aquisição de conhecimentos de conceitos básicos, que não existiam no início da sessão. A avaliação global das sessões classificou-se entre satisfeito e muito satisfeito, (gráfico 4). tendo ainda, os participantes, manifestado em diferentes momentos sentimentos de gratidão e de bem-estar: “obrigada por se terem lembrado de nós (...)”, “isto tem-me feito muito bem”.

Gráfico 4 – Avaliação Global das Sessões



As crianças (> 80%) avaliaram as duas sessões intergeracionais como muito satisfatórias (gráfico 5).

Gráfico 5 – Avaliação global das sessões intergeracionais pelas crianças.



Era também importante recorrer-se à avaliação subjetiva dos participantes, de acordo com Redman (2003), a avaliação qualitativa, patente nas frases espontaneamente proferidas sobre o projeto, assim como nos agradecimentos. Desde o primeiro contacto que os idosos expressaram gratidão pelo ambiente de partilha, escuta ativa e confiança. Foram ainda, diretamente questionados sobre a avaliação do projeto, assim como, a perceção sobre o impacto do mesmo no seu nível de bem-estar. Unanimemente, reconheceram que, participar no projeto trouxe benefícios ao seu bem-estar, à forma como encaravam a vida. Referiram sentir-se muito bem nas sessões com as crianças e que esse sentimento prevalecia ao longo dos dias, “é como se fosse ao céu e viesse (...) fico leve, leve”; “os dias a seguir não custam tanto”; “ainda sinto muito a falta dela (...) mas enquanto lá estou não penso nela e quando chego a casa é mais fácil”- Testemunho de uma das participantes ainda em processo de luto pela perda de uma filha, cuja participação no projeto, ajudou a aliviar a dor.

Apresentam-se, de seguida, algumas frases indicativas dos efeitos do projeto:

- “Eu sou uma pessoa muito refugiada em casa, isto ajuda-me a viver mais (...);”
- “Fico a pensar no que fiz e fico feliz!”;
- “Eu gostei de tudo, pelo convívio, pela camaradagem, (...) gostei muito da participação com as crianças, de ver o que elas fizeram (...);”
- “(...) eu peguei na mão dela e estava a tremer (...) fez-me lembrar quando tomava conta de meninos até aos 4 anos (...) gostei muito”;
- “Os meus genros gostam muito que eu ande aqui. (...) telefonam (a referir-se às filhas) a dizer que agora somos umas galdérias, que nunca nos vimos noutra! (risos) (...);”
- “gostei imenso da partilha dos meninos com os posters (...) gostei muito dos desenhos deles”;
- “Eu fiquei muito contente dos meninos quererem saber sobre Angola”;
- “Eu tinha vergonha de falar com as pessoas (...) eu isolei-me e não saía, (...) em 2 anos engordei 40 quilos (...) agora sou outra mulher. Desde que comecei as atividades, sinto-me uma mulher mais aberta, mais feliz e emagreci 2 quilos.”
- “Sinto-me outra mulher, sinto-me bem, sinto-me feliz!”
- Adorei, gostei imenso, aquilo que a D. Fátima tinha feito, eles acabaram de completar e ficou muito engraçado”
- “Adorei (a referir-se às canções cantadas pelas crianças ensinadas pelos idosos), aprenderam com facilidade e cantaram bem.”
- “Eu gosto de ouvir as crianças (...) e aprendemos muito com elas (...) gosto deste programa com as crianças”;

Foram ainda questionados sobre as dinâmicas utilizadas para construção das relações interpessoais e a coesão de grupo, sendo que, de forma unanime as consideraram muito importantes, referindo que, mesmo sendo vizinhos não tinham relações de proximidade, o que mudou com a participação no projeto.

5 AVALIAÇÃO

Como resposta ao diagnóstico efetuado, tornou-se importante, pertinente e viável elaborar e implementar o projeto “Vidas com História” com vista à promoção de atividades recreativas para idosos com recurso a práticas intergeracionais. A opinião informal dos participantes, assim como o seu desejo de continuidade do projeto, manifestam a importância e impacto positivo do mesmo no seu papel e nas suas vidas.

- “Vocês sabem o que fazer e a gente alinha.”
- “Deve continuar (...) sempre em frente.”
- “O que fizeram está muito bem feito!”

Outros fatores que evidenciam ter contribuído para a opinião positiva dos idosos acerca das atividades intergeracionais, foram: a participação no planeamento das atividades, o controlo sobre o nível de interação com as crianças e a consciência de terem conhecimentos para transmitir aos mais novos.

A utilização da evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública foi possível, com a elaboração da *Scoping Review*, tendo o projeto implementado concretizado o defendido pelas autoras no artigo encontrado, o benefício da associação da implementação da estratégia intergeracional a outras estratégias de PrS, com resultados, no bem-estar dos participantes, referidos como muito significativos. Refletindo uma lógica multifacetada de intervenções para mais eficazmente se processar a partilha de conhecimentos, envolvendo os próprios idosos, instituições, famílias e comunidade no planeamento e execução das intervenções.

Motivar, mobilizar e dinamizar um grupo populacional habituado a ter um papel passivo, implica mudar comportamentos e atitudes a nível individual, comunitário e político, sendo que, estes, poderão ser os principais condicionantes ao sucesso destes projetos, num processo de transição vivenciado pelos idosos, na promoção da saúde e no seu “*empowerment*”.

O contacto intergeracional entre as duas gerações permitiu: a interação das relações estabelecidas, a alegria, a criação de vínculos afetivos e solidários entre os idosos e as crianças, o que vai contribuir para a construção de uma perceção mais positiva de umas gerações em relação às outras, e para o aumento da compreensão e da valorização dos idosos sobre a sua própria vida.

A interação entre gerações, quando prazerosa, favorece a independência nos idosos, possibilitando o sentido de utilidade, criatividade e o cuidado com os outros.

Porém, a adesão demonstrada pelos elementos da comunidade e pelos parceiros ao projeto, demonstrou que estes condicionantes podem ser minimizados, se existir uma alargada divulgação e sensibilização e ainda, a necessidade urgente que existe destas iniciativas.

6 CONCLUSÃO

O envelhecimento da população, representando uma conquista da sociedade e um marcador de desenvolvimento da mesma, encerra, contudo, um desafio, a existência de qualidade de vida na idade mais avançada. A resposta a este desafio, devendo ser dada pelo próprio indivíduo e pela sociedade, assenta nos princípios do envelhecimento ativo e saudável, o qual inclui comportamentos saudáveis ao longo da vida e adaptações aos défices físicos, mentais e sociais no final desta.

Apesar dos esforços e das melhorias verificadas nos últimos anos, a realidade que sobressai quando se fala do envelhecimento e da pessoa idosa são as lacunas sociais, que se refletem nos estereótipos a ela associados. Uma das formas de combater este estigma em relação à pessoa idosa e à velhice passa pela aproximação das gerações. Neste contexto, a intergeracionalidade assume-se como uma abordagem válida na mudança das conceções negativas acerca da pessoa idosa.

A pertinência do projeto suportou-se em evidências científicas, valorizando a sustentação da ação nos resultados. Todas as atividades desenvolvidas e as parcerias desenvolvidas, foram profícuas para o sucesso do projeto, respondendo às necessidades de um envelhecimento mais ativo e ao valor social dos idosos, bem como para ganhos em saúde.

O Projeto Vidas com História evidenciou que as atividades intergeracionais, com crianças e idosos, são uma das hipóteses válidas e a ter em conta, para a valorização das pessoas mais velhas e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das sociedades de forma a torná-las mais coesas, solidárias e colaborantes entre si.

Sugerimos que projetos como este possam ser desenvolvidos pelas equipas de saúde escolar, em articulação com os parceiros da comunidade.

7 REFERÊNCIAS

Almeida, M. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada de envelhecimento*. (Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10362/4307>

- Bárrios, M. & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188-196. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>
- Carta de Ottawa (1986). Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, Canadá. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência
- Declaração de Jacarta (1997). *4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Jacarta.htm
- Delgado, J. & Martinez, B. (2006). *Las relaciones intergeracionales. Informe Portal Mayores*, 66. Madrid: Portal Mayores.
- Dias, S. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: IHMT/UNL.
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.
- Ferreira, F. (2008). *As crianças e a comunidade: uma perspetiva intergeracional da educação*. Grupo de Trabalho 6: Infância(s), Família(s) e Comunidade(s): um olhar sociológico em torno de experiências de cidadania. IV Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa., livro de atas 778 (pp 1-10). Disponível em <http://associacaoportuguesasociologia.pt/vicongresso/pdfs/778.pdf>
- Ferreira, I. (2017). *Educação Intergeracional como Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo: Análise de necessidades de uma comunidade local, enquanto via fundamentadora de projetos relevantes e sustentáveis*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/43108>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Centro. Lisboa. Disponível em: <http://censos.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2018). Estatísticas Demográficas 2017. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). Estatísticas Demográficas 2018. Lisboa, Portugal.
- Laverack, G., (2008) – *Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Loures: Lusociência Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição, Lisboa: Obras Avulsas.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Nações Unidas. (2002). *Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: Nações Unidas. Consultada em 5 de janeiro de 2019. Disponível em https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/
- Neuman, B. & Fawcett, J. (Eds) (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ªed.). Boston: Pearson
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ªed). USA: Library of Congress
- Newman, S. & Sánchez, M. (2007). Los programas intergeracionales: concepto, história y modelos. In M. Sánchez, D. Butts, A. Hatton-Yeo, N. Henkin, S. Jarrott, M. Kaplan, A. Martínez, S. Newman, S. Pinazo, J. Sáez & A. Weintraub, *Programas Intergeracionales: hacia una sociedad para todas las edades* (pp.37-51). Barcelona: Fundación “La Caixa”
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as suas ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização das Nações Unidas (2003). *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento* (A. Santos, trad.). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disponível em <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/idoso1.pdf>

- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, OMS. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?jsessionid=B1F89E460974631580A232FB8F15D0F6?sequence=6
- Palmeirão, C., & Menezes, I. (2009). A interação geracional como estratégia educativa: um contributo para o desenvolvimento de atitudes, saberes e competências entre gerações. *A Animação Sociocultural na Terceira Idade* (pp. 22–35). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/3961>
- Pereira, E., (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Relevância da definição dos cuidados prestados*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto. Acedido em <https://hdl.handle.net/10216/62191>
- Pereira, M. C. (2017). *Promoção da saúde nos currícula de enfermagem: Conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. (Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24199>
- Redman, B. K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Regulamento 348/2015. *Diário da República, N.º 118/19 de junho de 2015 -2.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Regulamento nº 428/2018. *Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 -2.ª série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Sánchez, M., Kaplan, M., & Saéz, J. (2010). *Programas intergeracionales: Guía introductoria*. Madrid: Imsero.
- Schumacher, K.L. & Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127. doi <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. (Tese de doutoramento Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/10886>
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: Um Novo Público a Educar*. Porto: Âmbar.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa* 24(2), 201-209. doi <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Teiga, S. (2012). *As relações intergeracionais e as sociedades envelhecidas*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2270/1/As%20rela%C3%A7%C3%B5es%20intergeracionais%20e%20as%20sociedades%20envelhecidas.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneve. WHO. Consultado em 5 de janeiro de 2019. Disponível em https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- World Health Organization. (2005). *Health and the Millennium Development Goals*. Geneve: WHO. Consultado em 5 de janeiro de 2019. Disponível em https://www.who.int/gho/mdg/goals_targets/en/
- World Health Organization. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Acedido em 15-05-19, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf
- World Health Organization. (2015). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*. Geneve: WHO. Consultado em 5 de janeiro de 2019. Disponível em <https://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>