



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ENVELHECIMENTO ATIVO – PEQUENOS PRAZERES PARA
MELHORAR A SAÚDE**

Sara Catarina Ribeiro Martins

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Orientador

Isaura da Conceição Cascalho Serra Barreiros

2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ENVELHECIMENTO ATIVO – PEQUENOS PRAZERES PARA
MELHORAR A SAÚDE**

Sara Catarina Ribeiro Martins

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem
Comunitária**

Orientador

Isaura da Conceição Cascalho Serra Barreiros

2012

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo apresentar os resultados obtidos na aplicação de um Projeto de Intervenção Comunitária. Este projeto foi realizado no âmbito dos dois ensinamentos clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde S. João de Deus da Universidade de Évora. A área temática do projeto foi o Envelhecimento Ativo e teve como objetivos gerais: (1) Promover a realização de exercício físico regular; (2) Promover as relações intra e intergeracionais. A população-alvo selecionada foi constituída pelos utentes que recebem apoio do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos. Para a definição das áreas de intervenção prioritárias foi realizado o diagnóstico da situação desta população, utilizando como técnicas os indicadores demográficos - Índice de Envelhecimento - e duas formas de pesquisas de consenso: “Brainstorming” e Aproximação por Informadores-chave. De forma a atingir os objetivos definidos foram realizadas algumas atividades: (1) realização de aulas de movimento; (2) demonstração pública das classes de movimento; (3) campeonato de jogos tradicionais; (4) levantamento/recolha de adivinhas/anedotas/provérbios realizado pelos jovens do Grupo de Teatro Amador “Dupla Personalidade” de Arraiolos e realização de uma brochura com o material recolhido; (5) organização de um encontro para apresentação dos resultados do projeto e das estratégias de *follow-up*. Relativamente aos resultados obtidos, e tendo em conta que a população-alvo era constituída por 47 utentes, pode dizer-se que cerca de 45% dos utentes participaram em uma ou mais atividades desenvolvidas.

ABSTRACT

Active Ageing - Small Pleasures for Improving Health

The following report aims to present the outcome from using a Community Intervention Project. This project was scoped under the two clinical teachings of the Master's degree in Community Nursing, from "Escola Superior São João de Deus" of "Universidade de Évora." The project's subject-matter was the Active Ageing and it had the following two major goals: (1) to promote regular exercising, (2) to promote intra and intergenerational relationship.

The target population was composed by selected users, who receive support from Home Care Service of Santa Casa da Misericórdia of Arraiolos. In order to define the priority areas, a study was made of the this population's status, using tools such as demographic indicators - Index of Aging – and, also, two ways to search for consensus: "Brainstorming" and Access by key informants. To ensure that the main goals were accomplished, some activities were performed: (1) the promotion of movement classes, (2) the public performance of these classes to the tune of Christmas carols, also to celebrate the SCMA Christmas Party, (3) A tournament of traditional games in the Association of the Retired of Santana do Campo, (4) A raise / collection of riddles / jokes / sayings made by young members of the Amateur Theatre Group "Split Personality" of Arraiolos and also a brochure with the collected material, (5) the promotion of a meeting to present the project's outcomes and the follow-up strategies. Regarding the outcomes and taking into account that the target population consisted of 47 users, it can be said that about 45% of those, took part in one or more activities. It too should be emphasize that all activities were created to achieve the general goals, although some were more targeted.

“...Ser idoso, é ter um sorriso meigo e ternura no olhar. É ter orgulho em ter chegado a essa bela idade, a idade do saber e do conhecimento...”

Ana Paula Horta *in* Jornal de Nisa

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Isaura Serra, pela disponibilidade e apoio.

A todos os utentes da população-alvo, que de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, pela oportunidade e pela abertura a todas as solicitações.

À Dr.^a Cristina Nunes, coordenadora do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, pela cumplicidade e cooperação.

A todas as ajudantes familiares do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, por estarem sempre ao meu lado quando precisei.

À Associação “Casa das Artes”, pela cedência do espaço no qual se realizaram as aulas de movimento.

À Câmara Municipal de Arraiolos, na pessoa da Sr.^a Vereadora Sílvia Pinto pela efetiva parceria ao longo de todo o projeto.

À Joana Carreiras, responsável pelos serviços gerais da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, pelo apoio na preparação e desenvolvimento do 1º Encontro de Envelhecimento Ativo do Concelho de Arraiolos.

A todas as instituições do Concelho de Arraiolos que prestam apoio à terceira idade, pela presença nas atividades para as quais foram convidadas.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de Arraiolos, por estarem sempre lá... em particular à Fisioterapeuta Ana Jeremias, pela colaboração estreita nas aulas de movimento.

Ao Artur, pela tolerância das ausências e por me fazer erguer nas partes mais difíceis desta caminhada.

A todos o meu...

MUITO OBRIGADA!

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ADI – Apoio Domiciliário Integrado
APA – *American Psychology Association*
ARS – Administração Regional de Saúde
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD – Atividades de Vida Diária
CS – Centro de Saúde
DGS – Direcção Geral da Saúde
DL – Decreto-Lei
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
INE – Instituto Nacional de Estatística
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário;
SCMA – Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos;
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade;
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UMCSP – Unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

ABREVIATURAS/SÍMBOLOS

1º - Primeiro

2º - Segundo

Enfº - Enfermeiro

h – Horas

Km – Kilómetros

Km2 – Kilómetros quadrados

Nº - Número

S/d – sem data

Sr. – Senhor

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	15
2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final.....	15
2.2. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos.....	23
2.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências	26
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	29
3.1. Caracterização Geral da População/Utentes	29
3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População-Alvo	33
3.3. Estudos sobre Programas de Intervenção com População-Alvo.....	35
3.4. Recrutamento da População-Alvo	37
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	39
4.1. Objetivos da Intervenção Profissional	39
4.2. Objetivos a Atingir com a População-Alvo	40
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	43
5.1. Fundamentação das Intervenções.....	43
5.2. Metodologias.....	47
5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas.....	61
5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos.....	64
5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	65
5.6. Análise da Estratégia Orçamental	65
5.7. Cumprimento do Cronograma	66
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO ...	67
6.1. Avaliação dos Objetivos	67
6.2. Avaliação da Implementação do Programa.....	71
6.3. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Correctivas Introduzidas.....	72

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS.....	86
ANEXO A – Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody	87
ANEXO B – Carta de solicitação de autorização para implementação do projecto ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Arraiolos	94
ANEXO C – Resposta da SCM de Arraiolos à carta de solicitação e autorização para implementação do projecto.....	96
ANEXO D – Consentimento Informado para participação no projecto	98
ANEXO E – Folheto de divulgação do projecto	100
ANEXO F – Fotografias da caminhada/classes de movimento	103
ANEXO G – Fotografias da demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCMA	106
ANEXO H – Cartaz de divulgação do Campeonato de Jogos Tradicionais	108
ANEXO I – Fotografias do Campeonato de Jogos Tradicionais	110
ANEXO J – Brochura com o material obtido na recolha.....	112
ANEXO L – Convite às Instituições de Apoio à Terceira Idade para o Encontro do Envelhecimento Activo.....	121
ANEXO M – <i>Powerpoint</i> utilizado para apresentação/divulgação dos resultados do projecto no Encontro do Envelhecimento Activo	124
ANEXO N – Diapositivo utilizado para dinamizar a “Brainstorming”	130
ANEXO O – Guião das entrevistas realizadas aos informadores-chave e respectivo Consentimento Informado	132
ANEXO P – Transcrição das entrevistas realizadas	137
ANEXO Q – Inquérito de satisfação	148
ANEXO R – Cronograma de atividades	153
ANEXO S – Resumo dos resultados dos inquéritos de satisfação	155
ANEXO T – Notícia do projecto na página da Administração Regional de Saúde do Alentejo	157

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos utentes inscritos no CS de Arraiolos por sexo e faixa etária.....	19
Gráfico 2: Distribuição dos utentes inscritos no CS de Arraiolos por faixa etária	21
Gráfico 3: Percentagem de utentes do SAD e do ADI da SCMA.....	24
Gráfico 4: Distribuição dos utentes da população-alvo por sexo e faixa etária	29
Gráfico 5: Grau de dependência dos utentes da população-alvo	30
Gráfico 6: Principais necessidades dos utentes da população-alvo	35
Gráfico 7: Índice de Envelhecimento em Portugal (Fonte: INE).....	48
Gráfico 8: Índice de Envelhecimento no concelho de Arraiolos em 2010	48
Gráfico 9: Gráfico demonstrativo do agregado familiar dos utentes	49
Gráfico 10: Gráfico da prática de actividades recreativas	49

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Unidades Funcionais do ACES Alentejo Central 1	18
Quadro 2: Profissionais da UCC de Arraiolos	24
Quadro 3: Caracterização das funcionárias da SCMA	26
Quadro 4: Grau de dependência dos utentes da população-alvo	30
Quadro 5: Grau de dependência na realização das AVD	31
Quadro 6: Grau de dependência na realização das AIVD	33
Quadro 7: Recursos Humanos das Instituições de Apoio à Terceira Idade	37
Quadro 8: Resultados da “ <i>Brainstorming</i> ”	50
Quadro 9: Grelha de análise para definição de prioridades	58
Quadro 10: Recursos materiais e humanos envolvidos	64
Quadro 11: Análise da estratégia orçamental	66
Quadro 12: Avaliação do objetivo “Promover a prática de exercício físico”	67
Quadro 13: Avaliação do objetivo “Promover a animação sociocultural”	68
Quadro 14: Avaliação do objetivo “Promover as relações intrageracionais”	69
Quadro 15: Avaliação do objetivo “Promover as relações intergeracionais”	69
Quadro 16: Avaliação do objetivo “Realização da brochura”	70
Quadro 17: Avaliação do objetivo “Divulgar o projeto e definir estratégias de <i>follow-up</i> ” ..	70

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um problema que tem afectado a sociedade quer a nível mundial, do nosso país e mais especificamente a nível da região Alentejo. Estas alterações demográficas são responsáveis, muitas vezes por aumentos nos custos de saúde, uma vez que a população idosa é a maior consumidora deste tipo de cuidados. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2009), a população idosa irá sofrer um aumento significativo. Deste modo, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens). Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.

Para Fernandes (2001), citado por Marques (2008), no VI Congresso Português de Sociologia,

“o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população são fenómenos que todas as cidades da Europa enfrentam e a que Portugal não é alheio. Processam-se a um ritmo muito acelerado, assistindo-se a uma tendência para o aumento das pessoas mais idosas e uma diminuição crescente dos mais novos”

A área temática do presente trabalho reflecte a problemática do Envelhecimento ativo. Envelhecimento ativo ou saudável pode ser definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. (OMS, 2002)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão da União Europeia consideram de grande importância todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável. O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas

realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada. (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006). Para a promoção de um Envelhecimento Ativo são diversas as áreas nas quais se pode intervir: alimentação, exercício físico, manutenção da segurança, sexualidade, relação com os outros e promoção de uma mente sã. (Ribeiro e Paúl, 2011). Após a seleção da população-alvo - utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos (SCMA) - para a implementação deste projeto e realizado o diagnóstico de situação verificou-se que as prioridades de atuação se refletiam essencialmente sobre o exercício físico e a relação com os outros. Deste modo, os objetivos gerais definidos foram: (1) Promover a realização de exercício físico regular e (2) Promover as relações intrageracionais e intergeracionais. De forma a responder aos objetivos delineados foram planeadas uma série de atividades a implementar no período compreendido entre Setembro de 2011 e Fevereiro de 2012 que contribuíssem para o alcance dos mesmos. Este trabalho divide-se, assim, em seis capítulos:

1. Análise do contexto: no qual é realizada a caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Arraiolos do Centro de Saúde (CS) de Arraiolos, bem como da SCMA, mais propriamente do SAD;
2. Análise da população: é feita a caracterização da população-alvo;
3. Análise dos objectivos: é feita referência aos objetivos traçados e realizada uma análise reflexiva dos mesmos;
4. Análise das intervenções: consiste na descrição pormenorizada das intervenções realizadas;
5. Análise do processo de avaliação: os objetivos são avaliados individualmente e é realizada a avaliação geral do projeto;
6. Análise das competências adquiridas e mobilizadas: descrição das competências do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e reflexão acerca das últimas.

Este trabalho foi realizado de acordo com as normas da *American Psychology Association* (APA).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

O local e o ambiente no qual decorrem os estágios determinam a forma como estes se desenrolam. A equipa com que se trabalha, as parcerias na comunidade e a maior ou menor adesão dos utentes da população-alvo constituem um aspeto fundamental na elaboração e implementação de um projeto.

O estágio final decorreu na UCC de Arraiolos, com funcionamento no Centro de Saúde da mesma localidade. As UCC foram criadas no âmbito da reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários. O Decreto-Lei (DL) n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro definiu a caracterização geral e criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Segundo o mesmo “os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde”. No n.º1 do artigo 3.º do DL n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro é referido que “a missão dos ACES é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica”, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar, desenvolvendo, para isso determinadas atividades. Ainda no mesmo artigo, no n.º2 são definidas as atividades a desenvolver pelos ACES: “Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”.

Os centros de saúde componentes de ACES intervêm nos âmbitos comunitário, personalizado (com base na livre escolha do médico de família pelos utentes) e do exercício de funções de autoridade de saúde. Têm acesso a esses cuidados as pessoas residentes na respetiva área geográfica, ainda que temporariamente, e todos aqueles que nele se queiram inscrever.

No n.º1 do artigo 7.º do Capítulo II do DL 28/2008 de 22 de Fevereiro são definidas as unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde:

- a) Unidades de saúde familiar (USF) - São pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica;
- b) Unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) - Prestam cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica;
- c) Unidades de cuidados na comunidade (UCC) - Prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário;
- d) Unidades de saúde pública (USP) - Funcionam como observatórios de saúde da área geodemográfica dos Agrupamentos de Centros de Saúde;
- e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) - Prestam serviços de consultadoria e assistenciais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares;
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respectiva Administração Regional de Saúde (ARS), e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

As USP e as URAP são partilhadas por todas as outras unidades funcionais de cada ACES, existindo, deste modo, apenas uma USP e uma URAP por ACES.

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. As USF são constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos. As UCSP são constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos não integrados na USF.

As USP são constituídas por médicos e enfermeiros de saúde pública e técnicos de saúde ambiental. As URAP são constituídas por médicos de várias especialidades, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros.

As UCC são equipas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, e outros. No ponto 1 do artigo 11.º do DL 28/2008 de 22 de Fevereiro são definidas as funções das UCC. “A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional...actua ainda na educação para a saúde”. No seguimento da criação destas equipas foi

publicado o Despacho n.º10143/2009 de 16 de Abril. O artigo 3.º do referido despacho regulamenta a missão e as atribuições das UCC.

1 — A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

2 — A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

3 — A UCC participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré -graduada, pós -graduada e contínua.

4 — À UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

O documento de suporte à implementação da UCC, realizado pela Unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários (UMCSP) em 2009 pretende servir de base, bem como fornecer informações pertinentes na implementação das UCC.

A UCC, é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida e rege-se pelos seguintes princípios:

- Cooperação;
- Solidariedade e trabalho de equipa;
- Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica;
- Articulação efectiva com as outras unidades funcionais do ACES;
- Parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras);
- Avaliação contínua que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção e da qualidade dos cuidados;
- Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.

No capítulo 4 do referido documento é feita referência à carteira de serviços das UCC. “Os cuidados de saúde a prestar devem ser definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efectiva entre programas em desenvolvimento”.

As atividades e projetos a seguir enunciados devem ser assegurados por esta equipa:

- a) Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- b) Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência;
- c) Intervenções com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- d) Projetos de promoção de estilos de vida saudáveis com intervenções a nível de programas de saúde já existentes ou que venham a existir, em parceria com outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis, da população ao longo do ciclo de vida.

O centro de saúde de Arraiolos está incluído no ACES Alentejo Central I. Este Agrupamento engloba os Centros de Saúde de Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Mora, Redondo e Vila Viçosa e abrange cerca de 60 889 habitantes. Com a reestruturação a nível dos Cuidados de Saúde Primários, formaram-se as seguintes Unidades Funcionais:

UCSP	UCC	USP	USF	UAG
Alandroal	Arraiolos	Comum a todos os Centros de Saúde do Agrupamento	Arraiolos	Comum a todos os Centros de Saúde do Agrupamento
Estremoz	Borba		Borba	
Mora	Estremoz			
Redondo	Redondo			
Vila Viçosa	Vila Viçosa			

Quadro 1: Unidades Funcionais do ACES Alentejo Central I

Atualmente no centro de saúde de Arraiolos estão incluídas duas unidades funcionais: a USF Matriz e a UCC Arraiolos.

O Centro de Saúde de Arraiolos encontra-se sediado num edifício antigo da SCMA. Fica localizado na sede do Concelho, no Largo do Matadouro Velho. Assegura, através das diferentes unidades funcionais, cuidados médicos e de enfermagem em todas as freguesias do Concelho, garantindo a acessibilidade, qualidade e continuidade de cuidados de saúde a toda a população nele inscrita.

O total de população inscrita no início de 2012 era de 7255 utentes, sendo que 26,6% têm idade igual ou superior a 65 anos. O gráfico seguinte representa a distribuição dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Arraiolos por grupos etários.

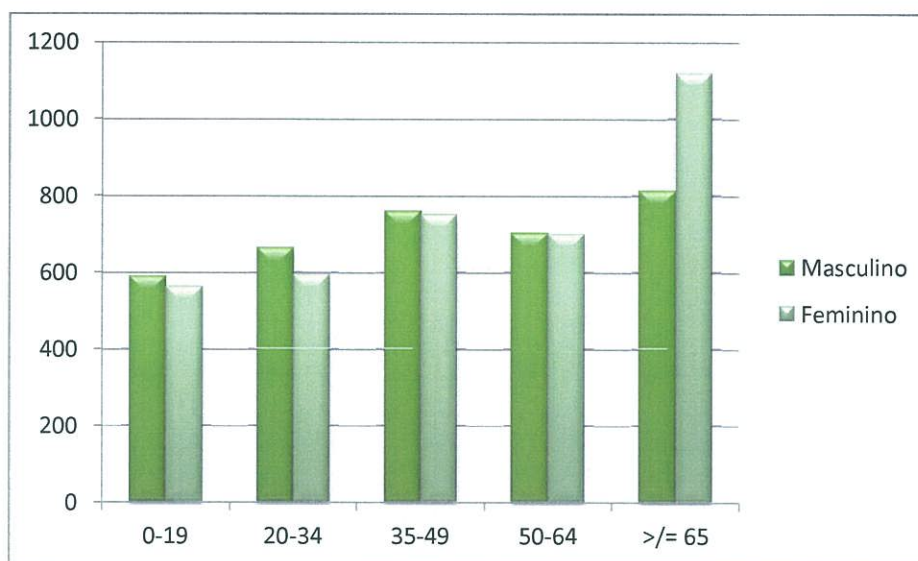


Gráfico 1: Distribuição dos utentes inscritos no CS de Arraiolos por sexo e faixa etária

Analisando o gráfico, pode concluir-se que não se verifica uma diferença significativa no que diz respeito ao sexo dos utentes. Em todas as faixas etárias, o número de utentes do sexo feminino e do sexo masculino é aproximado, sobressaindo, na faixa etária “ ≥ 65 ” um acréscimo dos utentes do sexo feminino.

Tal como está previsto no n.º2 do artigo 2.º do Despacho que regulamenta o funcionamento das UCC “A actividade da UCC desenvolve -se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão”. Deste modo, tanto a USF Matriz como a UCC de Arraiolos têm uma abrangência concelhia, prestando cuidados de saúde a todos os utentes do concelho de Arraiolos que se encontrem inscritos no respectivo centro de saúde.

No que diz respeito aos níveis de atuação, a carteira de serviços da UCC integra projetos e programas que têm em conta a realidade de saúde e social da sua área de intervenção.

Neste sentido, a UCC de Arraiolos, em equipa multidisciplinar, propõe dar continuidade às atividades já existentes no centro de saúde, integrando ainda novas áreas, intervindo nomeadamente a nível dos seguintes programas/ projetos:

- ✓ Rede Social;
- ✓ Rendimento Social de Inserção;
- ✓ Intervenção precoce;
- ✓ Programa de intervenção a crianças/famílias em risco dos 7 aos 12 anos;
- ✓ Banco de ajudas técnicas;
- ✓ Saúde Escolar;
- ✓ Equipa de Coordenação Local dos Cuidados Continuados Integrados (ECL);
- ✓ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- ✓ Interlocutor para referenciação para a RNCCI;
- ✓ Envelhecimento Ativo.

Este projeto tratou-se de uma experiência piloto e pretende-se, no futuro, o seu desenvolvimento ao nível de todo o concelho, dando resposta a uma das áreas de atuação da UCC de Arraiolos – Envelhecimento Ativo.

Arraiolos possui uma área total de 684,06 Km², cerca de 9,45% da área do Alentejo Central 1, repartidos por 7 freguesias: Arraiolos (sede de concelho), Igreja (10 Km da sede de concelho), Sabugueiro (15 km da sede de concelho), S. Gregório (12 Km da sede de concelho), S. Pedro da Gafanhoeira (10 Km da sede de concelho), Vimieiro (18 Km da sede de concelho) e Santa Justa (17 Km da sede de concelho).

O aumento da população idosa assume-se hoje como um drama emergente da nossa sociedade. O concelho de Arraiolos não é exceção e, tal como se pode ver no gráfico abaixo, a percentagem de utentes inscritos no centro de saúde com idade igual ou superior a 65 anos ocupa a maior fatia (27%).

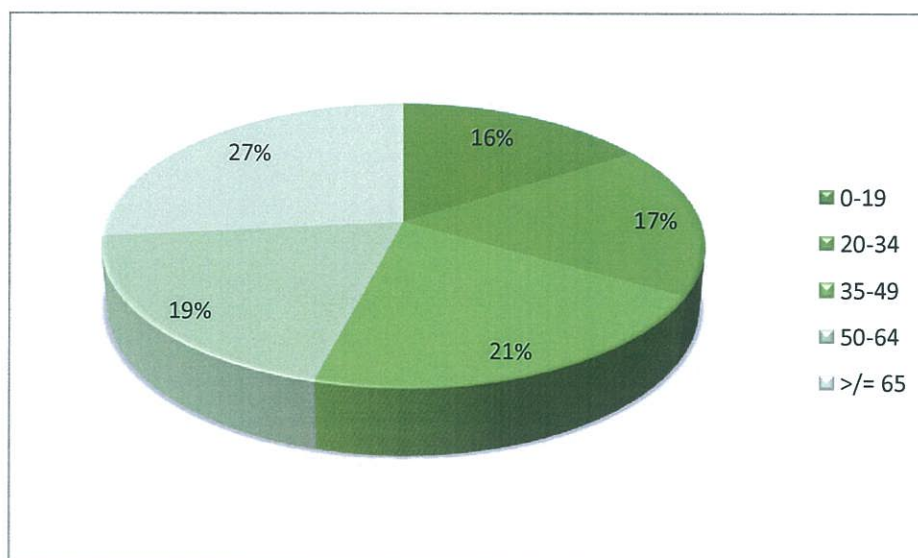


Gráfico 2: Distribuição dos utentes inscritos no CS de Arraiolos por faixa etária

Segundo Rosa (s/d), nos últimos anos “a população portuguesa sofreu profundas alterações em termos demográficos”, alterações essas que se repercutem, de acordo com o mesmo autor “sobre os mais variados domínios da vida colectiva, sendo cada vez mais difícil ignorá-las”. Deste modo, é necessário que a sociedade atual altere o seu conceito de envelhecimento e tal como nos dizem Salgueiro e Faria (2005) “É imperioso que a sociedade mude a imagem negativa que tem do processo de envelhecimento bem como da pessoa idosa”. Para que os índices de envelhecimento evidentes não se repercutam em idosos cada vez mais dependentes e com necessidades de cuidados de saúde mais exigentes e dispendiosos, cabe aos profissionais de saúde e a todas as estruturas da comunidade disponibilizar formas de envelhecer ativamente e motivar os idosos a usufruírem de todas as potencialidades, por vezes já adormecidas.

De acordo com a OMS (2002), “envelhecimento activo ou saudável pode ser definido como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”. O aumento da esperança média de vida, bem como o avanço da tecnologia no que diz respeito à medicina, contribuíram para o aumento da população idosa cada vez mais com doenças crónicas que causam dependência e gastos em saúde. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população idosa vai sofrer um aumento significativo. Deste modo, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projectado para 2009 (116 idosos

por cada 100 jovens). Segundo Ribeiro e Paúl (2011), a OMS pretende que o conceito de Envelhecimento Ativo seja agora mais abrangente do que o envelhecimento saudável preconizado, ou seja, este deve estender-se “para além da saúde, a aspectos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento”. De acordo com a Direcção Geral da Saúde (DGS) (2006), citado no documento elaborado para o Dia Internacional das Pessoas Idosas, e indo de encontro àquele que é o grande objetivo da UCC “todos podemos contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objectivos de vida realistas e concretizáveis e desse modo encontre a satisfação que irá ter uma influência muito positiva na sua saúde”.

O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada. (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006)

A SCMA tem ao longo dos anos desenvolvido um importante papel no sector social no Concelho de Arraiolos, visível através das respostas sociais que presta à população e na abertura que tem manifestado, colaborando sempre ativamente nas parcerias desenvolvidas no concelho a este nível. Tem em funcionamento as seguintes valências: Creche, Pré – escolar, SAD, Apoio Domiciliário Integrado (ADI), Atendimento e Acompanhamento Social e o Projeto de Intervenção Precoce do concelho de Arraiolos.

O SAD da SCMA constitui-se como uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e suas famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou atividades da vida diária. No que diz respeito aos serviços prestados pelo SAD podem referir-se: (1) Cuidados de higiene e conforto; (2) Arrumação e

pequenas limpezas no domicílio; (3) Confeção, transporte e distribuição de refeições que podem ser de dieta, devendo o utente ou familiar informar atempadamente o serviço, apresentando a respectiva prescrição médica; (4) Tratamento de roupas (lavar e engomar); (5) Acompanhamento médico (consultas, exames, análises, etc.); (6) Outros serviços (acompanhamento ao exterior – pagamento telefone, água, luz, pequenas compras, animação). Este serviço acompanha actualmente 54 utentes e funciona de segunda a sexta das 09:00h às 18:00h; sábados e feriados das 09:00h às 13:00h.

O ADI é uma resposta articulada entre o Centro de Saúde de Arraiolos, o Centro Distrital de Segurança Social de Évora e a SCMA, visando a promoção da autonomia e o reforço das capacidades das famílias para lidar com situações de dependência e carência. Assim, para além dos serviços disponíveis no SAD, usufruem, sem custos acrescidos, de cuidados de saúde mais próximos e apoios da segurança social mais agilizados.

2.2. Caracterização dos Recursos Materiais e Humanos

Tal como já foi referido, o Centro de Saúde de Arraiolos encontra-se organizado em duas unidades funcionais, a USF Matriz e a UCC de Arraiolos. Ambas as unidades funcionam no mesmo edifício. A USF desenvolve a sua atividade essencialmente no rés-do-chão, tendo disponíveis quatro gabinetes médicos, uma sala de vacinação, uma sala de tratamentos e duas salas de espera, nas quais se encontram as administrativas dos respetivos médicos. No primeiro andar situam-se a secretaria, o armazém, a sala de reuniões, um gabinete médico e outro onde se realizam as consultas de Psicologia e de Nutrição em dias desencontrados e o gabinete da coordenadora da USF. Possuem ainda duas viaturas, que possibilitam as deslocações do pessoal pelas extensões rurais. Relativamente aos recursos humanos, a USF conta com cinco médicos, dois dos quais se encontram permanentemente na sede do centro de saúde, enquanto os restantes realizam consultas nas extensões rurais. Desempenham funções na USF cinco enfermeiros, que se distribuem diariamente de forma a dar resposta a todos os programas de intervenção. No que diz respeito ao pessoal auxiliar e administrativo, existem quatro assistentes operacionais e oito assistentes técnicas. Para além destes recursos, de referir ainda uma psicóloga e uma nutricionista, que desempenham funções nas duas unidades funcionais existentes.

A UCC funciona actualmente em três salas das instalações do Centro de Saúde de Arraiolos. Para além das infra-estruturas tem uma viatura que é partilhada por todos os elementos da equipa. Existe ainda um armazém (parceria com a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Arraiolos) onde é armazenado o equipamento do banco de ajudas técnicas. O quadro abaixo mostra a forma como se distribuem os recursos humanos da UCC.

Área profissional	Nº Profissionais	Nº Horas/ Semana
Médico	1	4
Terapeuta da fala	1	7
Fisioterapeuta	1	17
Psicólogo	1	7
Nutricionista	1	4
Enfermeira	3	35
Assistente Técnica	1	35
Auxiliar de Saúde Pública	1	35

Quadro 2: Profissionais da UCC de Arraiolos

No que diz respeito à SCMA, as instalações encontram-se distribuídas pela vila de Arraiolos, cada uma delas adequada à valência à qual pretende dar resposta. Possuem ainda várias viaturas que permitem as deslocações aos domicílios dos utentes, distribuídos por quatro das freguesias do concelho de Arraiolos. Os idosos distribuem-se pelo SAD e pelo ADI como nos mostra o gráfico a seguir.

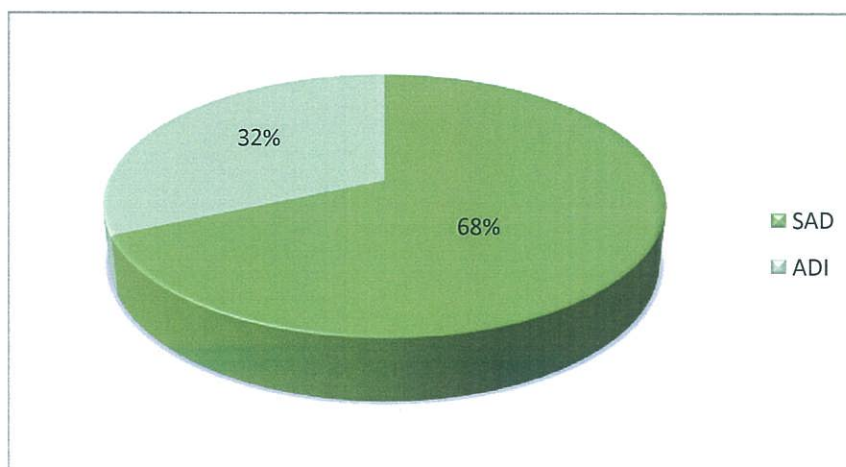


Gráfico 3: Percentagem de utentes do SAD e do ADI da SCMA

As funcionárias que exercem funções nestas duas valências da instituição estão distribuídas da seguinte forma: 1 Diretora Técnica, 9 ajudantes familiares no domicílio, 2 na lavandaria e 2 na cozinha. As ajudantes familiares do SAD da SCMA desempenharam, ao longo de todo o projeto, um papel fundamental em vários aspetos. Para além de estarem sempre disponíveis no momento da realização das atividades, contribuíram, de forma imperiosa para o processo de motivação dos utentes. A relação próxima existente entre eles potenciou a participação ativa nas atividades implementadas. A caracterização mais pormenorizada destas profissionais permitiu delinear estratégias mais eficazes, tanto de comunicação como de implementação do projeto. O quadro abaixo refere-se à caracterização pormenorizada das ajudantes familiares do SAD.

Idade	Secção / Categoria	Formação em Geriatria	Tempo de Serviço (em anos)	Habilitações Literárias	Carta de Condução
60	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	18	4º Classe	Sim
43	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	16	6º Ano	Não
54	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	14	4ª Classe	Sim
42	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	13	9º Ano	Não
36	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	12	6º Ano	Sim
41	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	11	6º Ano	Não
37	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	13	9º Ano	Sim
34	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	12	9ºano	Sim
39	Domicílios / Ajudante Familiar	Sim	12	9º Ano	Sim

Idade	Secção / Categoria	Formação em Geriatria	Tempo de Serviço (em anos)	Habilitações Literárias	Carta de Condução
59	Lavandaria / Trabalhadora de Serviços Gerais	Não	5	12º Ano	Não
51	Cozinha /Ajudante de Cozinheira	Sim	13	6º Ano	Não
41	Cozinha / Trabalhadora de Serviços Gerais	Não	9	6º Ano	Não
39	Limpeza/ Trabalhadora de Serviços Gerais	Não	5 meses	9º Ano	Não

Quadro 3: Caracterização das funcionárias da SCMA

2.3. Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

De acordo com o n.º1 do artigo 4.º do Capítulo II do DL n.º161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo DL n.º104/98 de 21 de Abril de constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro tem como função prestar cuidados de saúde ao ser humano ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele se encontra inserido, de forma a promover, manter ou recuperar o seu estado de saúde. Saúde é, segundo a OMS (2009), um estado de completo bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual. Para que este estado de completo bem-estar seja alcançado é fundamental que o ser humano seja olhado de uma forma holística, tendo em atenção todas as suas dimensões. Cabe ao enfermeiro realizar esta avaliação, para que seja possível dar resposta às necessidades do utente.

No artigo 5.º do mesmo documento é feita referência aos cuidados de enfermagem no que respeita à sua caracterização:

1. Devem compreender uma interação entre o enfermeiro, o utente, a família e a comunidade em que o utente se insere;
2. Na prestação de cuidados, deve ser criada uma relação de ajuda entre o enfermeiro e o utente;
3. Devem fazer uso de metodologia científica;
4. Devem ter em conta o grau de dependência do utente, sendo prestados de forma personalizada.

O Capítulo IV deste DL regulamenta o exercício e a intervenção dos enfermeiros. Segundo a mesma fonte, os enfermeiros devem prestar cuidados específicos da sua área, intervindo em conjunto com outros profissionais de saúde (funções interdependentes), respeitando os limites da sua atuação. As funções desempenhadas pelos enfermeiros podem ser autónomas, quando estes prestam cuidados da sua única responsabilidade, em conformidade com os conhecimentos que adquiriram ao longo da sua formação como profissionais. Para além das funções diretamente relacionadas com a prestação direta de cuidados, os enfermeiros devem ainda participar em trabalhos de investigação, contribuindo para a formação de futuros profissionais, transmitindo-lhes conhecimentos e boas práticas adquiridas.

Ao longo da carreira de enfermagem, é fundamental aprofundar conhecimentos práticos e teóricos no que diz respeito ao exercício da profissão. No domínio prático, conta-se essencialmente com a experiência profissional e com a resolução diária de problemas que permitem um aumento da sabedoria. Já no que se refere à teoria, é crucial a especialização em áreas relacionadas com o contexto profissional em que estão inseridos. O regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE) define os domínios de competências do Enfermeiro Especialista. Segundo este, “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”. Deste modo, os enfermeiros especialistas detêm um conjunto de competências especializadas que decorrem do aprofundamento de conhecimentos, característicos dos enfermeiros de cuidados gerais. No artigo 4.º deste regulamento são definidos os quatro domínios das competências comuns: (1) responsabilidade profissional, ética e legal; (2) melhoria contínua da qualidade; (3) gestão dos cuidados e (4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada um destes domínios estão definidas competências específicas, que por sua vez são categorizadas em unidades de competência. Para além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas são ainda definidas as específicas para cada especialidade da área de enfermagem. O regulamento n.º 128/2011 da OE refere-se às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando efectivos ganhos em saúde.

No n.º1 do artigo 4.º do regulamento citado são definidas as competências específicas do enfermeiro especialista nesta área.

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Após a análise dos DL e dos regulamentos analisados, pode referir-se que, para além das competências comuns a todos os profissionais da área de enfermagem, existem competências específicas direccionadas para cada uma das áreas de especialização e que cada profissional deve, antes de investir na formação, reflectir acerca do âmbito no qual melhor se enquadra, para que cada vez mais sejam prestados cuidados de enfermagem personalizados e de qualidade.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1. Caracterização Geral da População/Utentes

A população selecionada para a implementação deste projeto foi constituída pelos utentes do SAD da SCMA que eram, no momento da realização do projeto 54. Apesar de o total de utentes da população-alvo ser 54, pela não obtenção do consentimento informado, apenas foi aplicada a 47 dos utentes a Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody (anexo A). De acordo com Sequeira (2010), fonte da qual foi retirado a escala:

O interesse deste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de actividades: cuidados pessoais (auto-cuidado); cuidados domésticos; trabalho; recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação e relações sociais.

Antes de realizar a colheita de dados através da aplicação da escala, foi previamente assinado o documento de consentimento informado por cada utente. Após a obtenção dos dados, foram utilizados os programas Excel e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) que permitiram o tratamento dos mesmos.

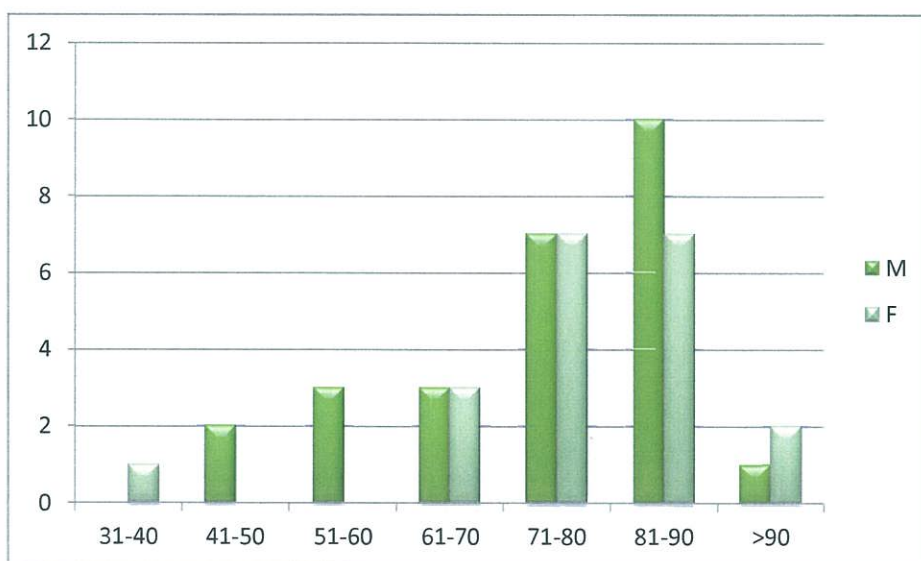


Gráfico 4: Distribuição dos utentes da população-alvo por sexo e faixa etária

Segundo Soares (2008), ao longo das diferentes fases do ciclo de vida, a participação dos homens nas tarefas domésticas vai-se modificando, sendo menor enquanto são jovens e idosos, e praticamente constante em todo o período da fase adulta.

Através da análise do gráfico anterior é possível constatar que a população estudada é essencialmente do sexo masculino, nas faixas etárias compreendidas entre os 71 e os 90 anos de idade. Estes dados poderão ser justificados pelos serviços que o SAD presta, ou seja, são serviços essencialmente domésticos, mais procurados por homens viúvos pertencentes a uma faixa etária mais elevada. Tradicionalmente quem se encarrega das tarefas domésticas são as mulheres, quando ocorre o falecimento do elemento do sexo feminino, o homem procura formas de responder a essa nova situação, uma vez que não se sente preparado para desempenhar essa função. De acordo com um estudo realizado por Areosa (s/d), sob a temática das auto representações dos idosos, o homem não participa nas atividades domésticas, como cuidar da casa, por exemplo, por não considerar esse espaço como seu, viveu a maior parte de sua vida a trabalhar fora de casa e não se preparou para o retorno ao mesmo no momento da reforma.

Grau de Dependência	Frequência	Percentagem (%)
0 - 19	4	8,5
20 - 39	29	61,7
40 - 59	12	25,5
60 - 79	2	4,3
Total	47	100,0

Quadro 4: Grau de dependência dos utentes da população-alvo

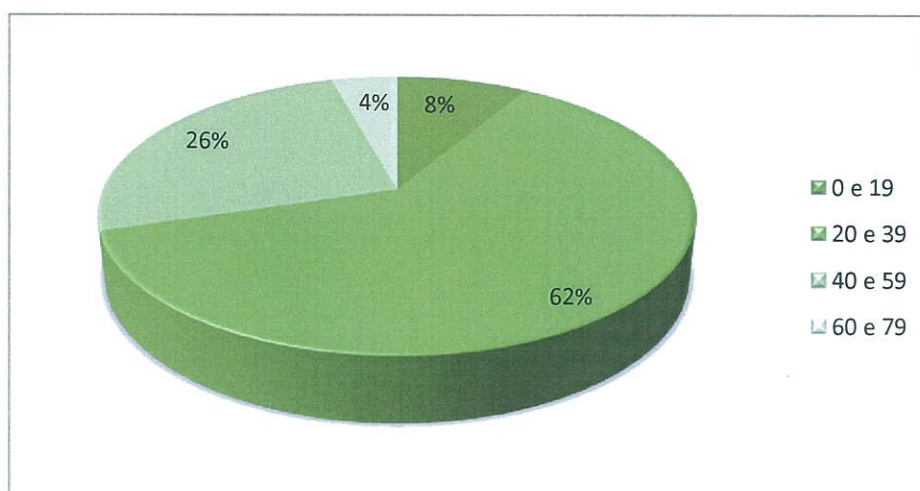


Gráfico 5: Grau de dependência dos utentes da população-alvo

A escala utilizada para a colheita de dados fornece, de acordo com as respostas dadas pelos utentes, uma pontuação que reflecte a capacidade funcional destes em relação às variantes estudadas. Esta pontuação varia entre os valores 0 e 90 e quanto mais elevada esta for, maior é o grau de dependência.

A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da habilidade para realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autónoma (Ferreira, 2006). Através da análise do gráfico 5 pode dizer-se que estamos perante uma população com um grau de dependência reduzido. De acordo com os dados do quadro 4, 61,7% da população apresenta um grau de dependência entre 20 e 39, seguido de um grau de dependência entre 40 e 59, com 25,5% da população. Estes dados facilitaram a implementação do projeto, pelo facto de os utentes serem maioritariamente independentes ou semidependentes na satisfação das necessidades.

AVD	Grau de dependência	%
Comer/beber	Independente	93,6
	Necessita de ajuda para cortar ou servir	4,3
	Dever ser alimentado na maioria das refeições	2,1
Vestir-se/Despir-se	Normal	83,0
	Independente mas lento	12,8
	Necessita de ajuda para vestir-se	4,3
Estar limpo	Normal	80,9
	Toma banho sózinho mas necessita ser lembrado	2,1
	Toma banho sozinho com assistência	14,9
	Toma banho com ajuda total de outros	2,1
Eliminar	Vai à casa de banho sozinho	97,9
	Precisa de ajuda para a actividade	2,1

Quadro 5: Grau de dependência na realização das AVD

Tal como já foi referido, o instrumento utilizado na colheita de dados permitiu a avaliação dos utentes de forma parcelar. No que diz respeito às AVD foram avaliadas as seguintes: comer e beber, eliminar, estar limpo e vestir/despir. O quadro 5 permite-nos afirmar que a maioria dos utentes, representada por percentagens elevadas é independente na satisfação das respetivas necessidades.

No caso da alimentação (comer/beber), o principal objetivo era apurar se os utentes se alimentavam sozinhos, se precisavam de alguma ajuda para o fazer ou se eram totalmente dependentes nesta atividade. Através da análise do mesmo quadro, rapidamente se constata que a maioria (93,6%) dos utentes avaliados era totalmente independente na satisfação desta necessidade.

Relativamente à AVD vestir/despir, os resultados são ligeiramente diferentes dos anteriores. A percentagem de utentes totalmente independentes nesta actividade é inferior quando comparada com a questão da alimentação, no entanto 83% não carece de qualquer tipo de apoio na satisfação desta necessidade.

Embora fundamental, a higiene corporal é muitas vezes descurada quer por limitação funcional para a realizar, quer por pudor em pedir ajuda. De todas as AVD analisadas é aquela que apresenta uma menor percentagem de utentes totalmente independentes quando nos referimos à sua satisfação (81%).

No que diz respeito à eliminação, e à semelhança das AVD anteriores a maioria dos utentes (97,9%) “vai à casa de banho sozinho”.

Para além do grau de dependência na realização das AVD, foram ainda recolhidas informações acerca de algumas AIVD. Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas da DGS (2004) “as actividades instrumentais da vida diária incluem actividades como ir às compras, realizar tarefas domésticas e preparar as refeições”, entre outras.

AIVD	Grau de dependência	%
Preparar as refeições	Planeia e prepara a refeição sem dificuldades	8,5
	Cozinha, mas menos que o habitual ou com menos variedade	27,7
	Prepara a refeição com ajuda	4,3
	Incapaz de preparar a comida	59,6
Realizar tarefas domésticas	Realiza todos os arranjos habituais	19,1
	Realiza pelo menos, metade dos trabalhos habituais	27,7
	Ocasionalmente faz pequenos arranjos	21,3
	Não faz nenhum trabalho	31,9
Ir às compras	Normal	59,6
	Necessita de ser acompanhado enquanto faz as compras	2,1
	Não faz as compras	38,3

Quadro 6: Grau de dependência na realização das AIVD

A partir dos dados do quadro 6, verifica-se que, no que diz respeito à realização das AIVD, o cenário é diferente do descrito anteriormente. Apenas na tarefa “ir às compras” a maioria (59,6%) dos utentes a realiza normalmente. No que diz respeito a “preparar as refeições”, 59,6% é incapaz de o fazer, justificando o facto de o fornecimento das refeições ser o apoio mais requisitado ao SAD. Quanto a realizar tarefas domésticas, os valores são muito equivalentes, embora 31,9% dos utentes ter referido que “não faz nenhum trabalho”.

De uma forma geral, pode dizer-se que a população-alvo é essencialmente do sexo masculino, e situa-se nas faixas etárias “71-80” e “81-90”. Apresentam um nível de dependência baixo, no entanto a independência na satisfação das AVD é superior ao das AIVD.

3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População-Alvo

A escala utilizada para avaliação da população-alvo permitiu avaliar o grau de dependência dos utentes no geral, bem como avaliar cada utente de forma parcelar, isto é, em cada grupo de atividades, fossem elas AVD ou AIVD.

Segundo Cardoso e Eusébio (2011) AVD são “as tarefas que uma pessoa realiza para cuidar de si, tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, andar, comer, passar da cama para a cadeira e mover-se na cama”, enquanto as AIVD são definidas como “as

habilidades para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes acções: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte”.

Para Mendes (2009) as AIVD exploram um nível mais complexo de funcionalidade. Estas descrevem as atividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às atividades comunitárias, sendo mais influenciadas cognitivamente.

De acordo com Veras (2009) a dependência é um factor de risco importante para mortalidade, “assim, devem ser estabelecidas novas prioridades e acções de saúde que deverão nortear as políticas de saúde contemporânea”. Estarmos atentos às necessidades dos utentes e conseguirmos responder de forma satisfatória às mesmas pode ser factor decisivo para a diminuição da morbilidade nos idosos. Apesar dos avanços da medicina e do aumento da esperança média de vida, viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. (Lima-Costa e Veras, 2003)

Neste sentido, e indo ao encontro do que nos diz Santos, Andrade e Bueno (2009) é importante apostarmos cada vez mais na prevenção como condição para um envelhecimento saudável. É elementar que os profissionais de saúde, assim como os próprios idosos, seus familiares e cuidadores tenham uma visão integrada das alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, bem como das necessidades demonstradas por eles.

Na caracterização da população realizada atrás, verificámos que os utentes realizavam com menor dificuldade as AVD do que as AIVD, ou seja, eram mais autónomos em atividades como comer, tomar banho ou vestir-se do que ir às compras, preparar refeições ou realizar tarefas domésticas. O gráfico abaixo faz referência ao tipo de apoio mais solicitado ao SAD da SCMA. Tal como podemos constatar, as principais necessidades dos utentes reflectem-se a nível de (1) confeção dos alimentos; (2) tratamento da roupa e (3) tarefas domésticas.

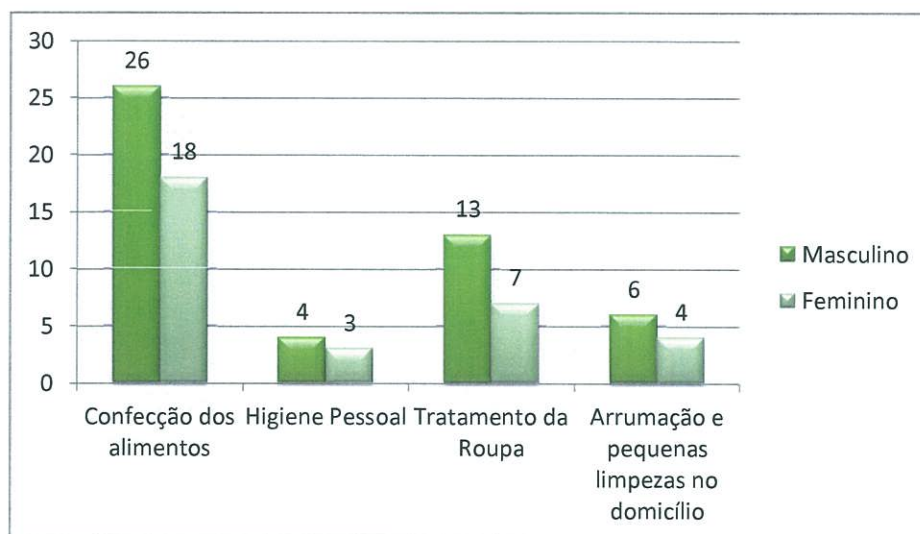


Gráfico 6: Principais necessidades dos utentes da população-alvo

3.3. Estudos sobre Programas de Intervenção com População-Alvo

Tanto no concelho de Arraiolos como na instituição à qual pertence a população-alvo não existem estudos que realcem a importância do exercício físico e da relação com outros no envelhecimento activo.

Em relação ao exercício físico, foram encontrados alguns estudos nacionais e internacionais acerca da sua importância. Dos vários encontrados saliento o seguinte: **Actividade Física e Qualidade de Vida nos idosos em comunidade** realizado por Ferreira (2006) e publicado na Revista Portuguesa de Enfermagem, nº9, na edição de Janeiro/Março de 2007. Este estudo tinha como principal objetivo “analisar a relação entre a prática de actividade/exercício físico e a satisfação das actividades domésticas diárias, a qualidade de vida e o auto-conceito numa amostra de idosos.” Consistiu num estudo transversal, incluindo 40 homens e 82 mulheres com idades entre os 50 e os 83 anos. Os idosos encontravam-se divididos em dois grupos: os que praticavam exercício físico (59) e os que não praticavam (63). Para colheita dos dados pessoais foram realizados questionários e foram ainda colocadas questões acerca de patologias, estilos de vida e medicação habitual. Para avaliação da actividade física realizada foi utilizado o questionário de Baecke, que permite avaliar “três domínios da actividade física: trabalho/ocupação principal; lazer; actividade física desportiva e de tempo livre”. Para avaliação da qualidade de vida foi usado o questionário de qualidade de vida SF-36, que é composto por 36 itens avaliando oito dimensões do bem-estar: funcionamento físico, funcionamento social, limitações físicas, dor corporal, estado de saúde no geral, saúde mental, limitações emocionais, vitalidade e

percepção do estado de saúde. Por fim, “o auto-conceito foi avaliado pelo Inquérito Clínico de Auto-Conceito”, que é composto por 20 questões numa escala do tipo Likert. Depois de trabalhados os dados recolhidos, as principais conclusões/resultados foram:

- Os idosos que praticam atividade física regular, nomeadamente as actividades domésticas, apresentam uma melhor qualidade de vida e um melhor auto-conceito;
- A atividade/exercício físico regular permitem um aumento da capacidade na resolução de problemas, a auto-confiança, a auto-eficácia, favorecendo ainda a relação com os outros e o auto-controlo.

Relativamente à relação com os outros, não foram encontrados estudos na bibliografia consultada, que demonstrassem a necessidade e a importância de a manter. Alguma bibliografia refere que a relação com os outros é de extrema importância, associando-a, no entanto a variáveis não relacionados com o presente projeto ou atribuindo-lhe o significado de consequência e não de objetivo, como se pretende. Foram ainda encontrados projetos semelhantes a este, nos quais os resultados são positivos, verificando-se uma adesão da população às atividades desenvolvidas, bem como uma grande satisfação na sua realização. De acordo com Ribeiro e Paúl (2011), “As pessoas são, por natureza, seres sociais que vivem em interação com os outros”. Ainda segundo os mesmos autores, as relações sociais trazem benefícios a vários níveis: (1) afetivo, possibilitando o reforço da auto-estima; (2) emocional, na medida em que o apoio percebido é benéfico na resolução de problemas; (3) percepção de si próprio, através das reações dos outros no momento do relacionamento; (4) informativo, pela aquisição de informações úteis a nível social; (5) instrumental, pela possibilidade de ajuda na realização de tarefas; (6) convívio social, na medida em que potencia a participação social, bem como a prevenção/diminuição do isolamento.

Ao longo deste projeto foram desenvolvidas diversas actividades no sentido de dar resposta a dois grandes objectivos:

- Promover a realização de exercício físico regular;
- Promover as relações intra e intergeracionais.

Embora algumas actividades planeadas estivessem direccionadas para o primeiro objectivo, todas elas, de uma forma ou de outra, contribuíram para a promoção de relações sociais, uma vez que foram realizadas em grupo, com pessoas da mesma geração ou de gerações diferentes.

3.4. Recrutamento da População-Alvo

A população-alvo pode ser definida como o conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar um determinado fenómeno ou implementar um determinado projeto. De acordo com Fortin (2000), “A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. Para a seleção da população-alvo foi realizada uma avaliação das actividades disponíveis no âmbito do envelhecimento ativo existentes na comunidade do concelho de Arraiolos e nas diversas instituições de apoio à terceira idade.

	Valências	Nº Utentes	Animador sócio cultural	Técnico área social	Fisio-terapeuta	Enfº	Mé-dico
Santa Casa da Misericórdia do Vimieiro	SAD	160	X	X		X	X
	C. Dia						
	Lar						
Associação de Reformados da Igreja da Igrejinha	SAD	89	X	X	X	X	X
	C. Dia						
	Lar						
	C. Convívio						
Associação de Reformados do Sabugueiro	C. Dia	66		X			
	C. Convívio						
Centro Social e Paroquial de S. Pedro da Gafanhoeira	C. Dia	13	X				
Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos	SAD	79	X (estágio profissional de 1 ano)	X (socióloga)			
	ADI						
Centro Social e Paroquial de Arraiolos	C. Dia	54	X	X (estágio profissional de 1 ano)			
	Lar						

Quadro 7: Recursos Humanos das Instituições de Apoio à Terceira Idade

O quadro 7 caracteriza cada uma das instituições no que diz respeito às valências de cada uma, ao número de utentes a que dão resposta, bem como à existência ou não de técnicos de saúde.

A Câmara Municipal de Arraiolos tem desenvolvido uma série de atividades com idosos de todas as freguesias, enquadradas no âmbito da Escola Sénior do Mundo Rural, nomeadamente hidroginástica, aulas de movimento sénior e aulas de informática. No entanto, estas atividades tornam-se difíceis de realizar pelos utentes mais dependentes do concelho. No processo de seleção da população foi beneficiada a intervenção em utentes que usufruíam do SAD, em detrimento dos que frequentavam uma instituição. Martins (s/d), num estudo que teve como objetivo comparar o tipo e intensidade de atividades de lazer praticadas pelos idosos institucionalizados e residentes no domicílio afirma que os primeiros praticam mais atividades de lazer do que os segundos, associando os resultados aos “programas específicos e normativos elencados” e regularmente instituídos em muitas das instituições.

Assim, e de acordo com os dados do quadro 7, a SCMA era a instituição que se encontrava com menor número de profissionais especializados nesta área de intervenção. Uma vez que existiam dois tipos de respostas, SAD e ADI, foram seleccionados os utentes inseridos no primeiro, por apresentarem um grau de dependência menor em relação aos segundos.

Para o recrutamento da população-alvo foram realizados alguns contactos, de forma a avaliar a receptividade da instituição e dos utentes. Numa fase inicial foi contactada a Directora Técnica do SAD da SCM de Arraiolos, com o intuito de apresentar o projeto e os seus objetivos, verificando a disponibilidade e o interesse demonstrado. Através dela foi realizado o primeiro contacto (informal) com o Sr. Provedor da SCM. Posteriormente este foi formalmente contactado por escrito solicitando autorização para a implementação do projeto (anexo B), solicitação que me foi concedida (anexo C). Por fim, e depois da parte burocrática resolvida, foi realizada visita domiciliária a cada um dos utentes para explicação do trabalho a realizar e obtenção do consentimento informado (anexo D) junto de cada um dos utentes. Durante esta visita foi distribuído um folheto informativo (anexo E), onde constavam informações acerca dos objetivos, das áreas de intervenção e das atividades planeadas. Dos 54 utentes que constituíam a população, foi obtido o consentimento informado junto de 47.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

4.1. Objetivos da Intervenção Profissional

Como objetivos de intervenção profissional ao longo da implementação deste projeto destaco os seguintes:

- Adquirir competências de intervenção comunitária, dirigida a grupos de maior vulnerabilidade social e económica. Trabalhar com idosos de forma a promover um envelhecimento ativo pressupõe o uso de conhecimentos de várias disciplinas, uma vez que para além de enfermeiros, assumem-se muitas vezes outros papéis essenciais e nem sempre fáceis de desempenhar;
- Desenvolver capacidades de liderança, assumindo o papel organizador e impulsionador do projeto. Liderar uma equipa comporta atitudes e comportamentos que, por um lado, favoreçam a aceitação e que por outro procure o bem-estar geral de todos os elementos que a constituem. Este projeto permitiu a aprendizagem e desenvolvimento de técnicas e estratégias de liderança positivas e satisfatórias;
- Aumentar a satisfação profissional, procurando novos caminhos e desafios. A estagnação profissional acarreta consequências como a diminuição da motivação, sendo por isso essencial a procura de novos objetivos e a definição de novas metas;
- Estabelecer contactos/parcerias com os recursos da comunidade: trabalhar em comunidade implica a procura de parceiros que possam colaborar na organização e implementação de programas e atividades. Este trabalho permitiu conhecer novas entidades e aceder a outros recursos disponíveis na comunidade;
- Favorecer a intervenção da UCC de Arraiolos na comunidade, usando este projeto como experiência piloto para posterior alargamento concelhio de forma a que no futuro se possam desenvolver outras atividades no âmbito do envelhecimento ativo. A implementação deste projeto teve o propósito de contribuir para o bem-estar da comunidade, intervindo num dos programas da carteira de serviços da UCC de Arraiolos: o Envelhecimento Ativo. No plano de

acção desta unidade foram planeadas algumas atividades a desenvolver neste âmbito, nomeadamente:

- Estabelecer parcerias com autarquias e/ou outras coletividades para a dinamização das atividades nas 7 freguesias;
- Realização de Sessões de Educação para a Saúde a grupos nas 7 freguesias;
- Dinamização de atividades regulares de exercício físico/movimento em sala ou ao ar livre;
- Articulação com outras instituições/associações locais no sentido de integrar as suas atividades contribuindo com conteúdos da área da saúde.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) a promoção de um envelhecimento ativo “preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos com manutenção da autonomia física, psicológica e social”. Ainda de acordo com os mesmos autores, para a promoção de um envelhecimento ativo são diversas as áreas nas quais podemos intervir: (1) exercício físico; (2) alimentação; (3) mente sã; (4) sexualidade; (5) relação com os outros e (6) manutenção da segurança. Durante a implementação deste projeto foram desenvolvidas atividades relacionadas com o exercício físico e com a relação com os outros. Tendo em conta a boa aceitação e a participação ativa das diversas estruturas da comunidade, nomeadamente instituições de apoio à terceira idade, este projeto revelou-se uma mais valia na continuação do trabalho nesta área. Deste modo, considera-se que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados, uma vez que, e no que diz respeito ao último objetivo da intervenção profissional, estão já a ser planeadas outras atividades em parceria com as instituições de apoio à terceira idade do concelho, nomeadamente com os técnicos que nelas desempenham funções, como animadores sócio-culturais, assistentes sociais e fisioterapeutas. O envolvimento/capacitação destes técnicos pretende garantir a autonomia, sustentabilidade e continuidade do projeto ao nível de todo o concelho de Arraiolos.

4.2. Objetivos a Atingir com a População-Alvo

- Promover a prática de exercício físico regular nos utentes do SAD da SCM de Arraiolos;

A realização de exercício físico assume uma importância extrema quando se fala em envelhecimento ativo. A DGS (2000) no Guia para as Pessoas Idosas defende que “A

prática de exercício ajuda a manter a força e elasticidade dos músculos, evita a obesidade e dá uma sensação de bem-estar”. Ainda no mesmo documento, são enunciadas algumas atividades que podem ser realizadas: exercícios diários sentado ou de pé; nadar; dançar; andar de bicicleta. De acordo com Mazo (2008), “um estilo de vida activo por parte dos idosos deve ser encarado como uma forma de quebrar (...) os estereótipos de uma velhice sem movimento e sem participação activa na sociedade”. Ainda segundo o mesmo autor, são várias as formas de favorecer um envelhecimento ativo. Neste sentido ele refere que “O exercício físico pode ser uma das estratégias eficazes para aumentar a expectativa de vida activa e diminuir os anos de dependência funcional e a incapacidade”.

- Desenvolver atividades que visem o exercício osteoarticular e a animação sociocultural dos utentes da população-alvo;

A promoção de um Envelhecimento Ativo tornou-se uma prioridade da sociedade atual. O aumento das doenças crónicas e incapacitantes, resultantes do aumento da esperança média de vida, transformou-se num flagelo a combater. A saúde constitui-se como um factor chave quando nos referimos a envelhecer com qualidade. Kalache (1997) afirma que “Tal como a saúde mantém a actividade, é a vida activa que tem a maior probabilidade de ser saudável”. Neste sentido, todas as atividades que visem o exercício osteoarticular podem ser muito benéficas, na medida em que promovem a independência e o bem-estar dos idosos. Valente (2001) refere que “A diversidade de actividades é muito importante, pois estimula e ajuda a ultrapassar e a contornar os obstáculos em vez de se deixar enrolar por eles”. Para além do exercício físico, também a animação e a relação com os outros são extremamente importantes. Gonçalves (2003), defende que “O idoso vive em sociedade, não é um ser isolado do meio que o rodeia. A sua necessidade de ser aceite por parte da sociedade é importante para o seu equilíbrio e para a manutenção da sua saúde”. Incluir os idosos em atividades de animação sociocultural contribui para a manutenção das suas relações, bem como para o aumento da auto-estima e da auto-confiança. Segundo Maciel (2010),

A animação sociocultural define-se como um conjunto de práticas, actividades e relações de acordo com os interesses (artísticos, intelectuais, sociais, práticos e físicos) dos indivíduos na sua vida cultural e no seu tempo livre. O tempo livre pode ser um tempo de desenvolvimento pessoal, através da participação em várias actividades. Esta participação pode propiciar a criação, a diversão e aprendizagem.

- Promover encontros intrageracionais entre os utentes do SAD da SCM de Arraiolos, residentes nas diferentes localidades do concelho, através da dinamização de um campeonato de jogos tradicionais

Mazo (2008) citando Hooyman e Kyiak (1996) e Kart (1997), “Para se ter uma velhice produtiva, tornam-se necessárias as seguintes actividades (...) Envolvimento em actividades de lazer, que não são, por definição, utilitárias, mas produtivas para a própria pessoa”. Estas actividades promovem, para além de exercício mental e psicológico, o convívio entre as pessoas. O ser humano é, por natureza um ser social e, como tal, apresenta necessidade de se relacionar com os outros em diferentes contextos. Zimerman (2000) afirma que estas actividades permitem estimular mental e socialmente as pessoas, elevando-lhes os níveis de confiança e auto-estima.

- Promover as relações intergeracionais, através do levantamento/recolha de adivinhas/anedotas/provérbios, recorrendo aos elementos do Grupo de Teatro Amador de Arraiolos “Dupla Personalidade”, constituído por adolescentes e jovens do concelho;

De acordo com Ribeiro e Paúl (2011), “As pessoas com relações sociais mais ricas tendem a desenvolver percepções positivas de si mesmas e consideram a vida mais satisfatória”. Na bibliografia consultada, foram encontrados vários estudos acerca das relações intergeracionais entre avós e netos. Neste projeto, este tipo de relações gerou-se entre idosos e jovens, mas não da mesma família. No entanto, Zimerman (2000) relembra que “o adulto de hoje é a criança de ontem, assim como o velho é o adulto que educou a criança e transmitiu-lhe os valores que julgava importantes.” Neste sentido, pode dizer-se que as relações intergeracionais permitem uma transmissão de valores por parte dos idosos, bem como uma aprendizagem de histórias de vida por parte dos jovens. Ribeiro e Paúl (2011) referem que “o convívio entre jovens e idosos possibilita uma aprendizagem mútua, através da partilha de habilidades e experiências, aumentando, deste modo, a compreensão e o respeito entre estas gerações”.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1. Fundamentação das Intervenções

- Divulgação do projeto através da distribuição de folhetos informativos e referência na página do *facebook* da UCC de Arraiolos;

Para garantir o sucesso na implementação de um projeto e para que as taxas de adesão às atividades planeadas seja satisfatória, a divulgação do projeto constitui uma tarefa fundamental. Pelo facto de o presente projeto, numa fase inicial não abranger todo o concelho de Arraiolos, a divulgação do mesmo tornou-se um grande desafio. Assim, inicialmente, a difusão da informação foi apenas realizada junto da população-alvo, recorrendo a folhetos informativos (anexo E). No entanto, e com o passar do tempo, o trabalho desenvolvido foi ganhando alguma projeção, e numa fase final, este acabou por ser divulgado junto de toda a população, através da publicação de actividades na página da rede social *facebook* da UCC, bem como de uma notícia publicada na página da ARS Alentejo (anexo T).

- Caminhada no circuito de manutenção de Arraiolos, realizando os exercícios que se encontram ao longo do mesmo, ou, de acordo com as condições climatéricas, realização de aulas de movimento semanais numa sala da Associação “Casa das Artes” (anexo F);

A DGS (2000) no Guia para as Pessoas Idosas afirma que “Andar todos os dias é uma das melhores formas de praticar exercício”.

No dia 19 de Outubro realizou-se a primeira atividade: uma caminhada no circuito de manutenção de Arraiolos, realizando os exercícios que se encontram ao longo do mesmo, com a parceria direta da Fisioterapeuta da UCC de Arraiolos. Nesta caminhada, os utentes da população alvo, que pertencem a freguesias diferentes do concelho de Arraiolos, foram divididos. Assim, neste dia apenas participaram os utentes de Santana do Campo e da Igrejinha, dos quais participaram 7 em 19, valor que superou as minhas expectativas, uma vez que, para além de ter atingido o objetivo definido em termos de percentagem de utentes que participariam (30%), a adesão e motivação dos idosos participantes foi notória. Esta acabou por ser a única caminhada no circuito de manutenção. As condições climatéricas adversas levaram a que houvesse uma alteração de estratégia relativamente ao local de realização das

atividades, ou os utentes deixariam de participar pelo frio e pela chuva que se faziam sentir. Assim, desde esse dia seguiu-se um novo caminho de procura de estratégias e soluções. Com a ajuda da minha orientadora, conseguimos um espaço com todas as condições para a realização das classes de movimento – sala de actividades da Associação “Casa das Artes” de Arraiolos. Foi feito o contacto com a responsável pelo espaço, que se mostrou disponível para o ceder. Ribeiro e Paúl (2011) recomendam a ginástica para a prática de exercício físico. Os autores afirmam que “A ginástica permite desenvolver actividade física e trabalhar a consciencialização do corpo (...) favorece uma postura corporal equilibrada, principalmente quando são desenvolvidos exercícios de fortalecimento muscular”. Na fase inicial do projeto, esta atividade estava planeada quinzenalmente, no entanto, a pedido dos utentes participantes, esta passou a realizar-se semanalmente (numa fase inicial às quartas-feiras e posteriormente às quintas) às 15h na referida associação. Com o passar do tempo, alguns dos utentes da população alvo foram solicitando a entrada de outros elementos, amigos e conhecidos. Essa solicitação foi bem recebida, pelo que atualmente as classes de movimento contam já com a participação de pessoas exteriores à população-alvo. A implementação desta atividade foi muito interessante, não só pelo facto de ter sido a primeira, mas também por suscitar bastante motivação por parte dos utentes e por possibilitar a sua continuidade após o final do ensino clínico.

- Classe de movimento coreografada com uma música alusiva ao Natal, a apresentar no dia da Festa de Natal da SCMA (anexo G);

A demonstração pública de uma das atividades foi uma prova de fogo. Falar em público, explicando em que consistia o projeto e liderar a classe (a Fisioterapeuta da UCC não pôde estar presente) foi um desafio, mas ao qual respondi à altura. Apesar do *stress* inicial de falar para uma plateia, à medida que as palavras foram saindo, a tranquilidade e satisfação substituíram a apreensão e o nervosismo inicial. Nesta atividade, houve um trabalho a realizar com os utentes que participam nas classes, uma vez que seria realizada uma demonstração pública. Tornava-se obviamente necessária a colaboração deles e da sua vontade de participar, e isso não foi um problema. Quando lhes foi apresentada esta ideia, imediatamente se mostraram disponíveis e felizes por terem oportunidade de apresentarem algo feito por eles.

- Campeonato de jogos tradicionais na Associação de Reformados de Santana do campo (anexos H e I);

O campeonato de jogos tradicionais, para além de ir ao encontro da prática regular de exercício físico, teve ainda como objetivo a ocupação do tempo livre, bem como a promoção das relações sociais. No Guia para as pessoas idosas da DGS (2000) é feita referência à importância da atividade social e intelectual “A saúde física é muito importante (...) mas as actividades de natureza intelectual e social também o são”. Esta foi, até ao 1º Encontro do Envelhecimento Ativo, a atividade mais satisfatória. Foi realizada na Associação de Reformados de Santana do Campo em colaboração estreita com a Animadora Sociocultural da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos. Pelo facto de ter sido realizada numa pequena aldeia do concelho decidi alargar a participação a todos os residentes da aldeia. Foi uma surpresa muito agradável, porque mais uma vez as expectativas foram superadas no que respeita à taxa de participação. No total, foram 25 os participantes no campeonato, dos quais 10 faziam parte da população-alvo. Com tantas solicitações e tanto entusiasmo, foi necessário “inventar” jogos não planeados. Para além da adesão, é de salientar ainda a colaboração imprescindível da Associação de Reformados, a receção à atividade foi excelente e a forma como contribuíram para a mesma fundamental.

- Levantamento/recolha de adivinhas/anedotas/provérbios realizado pelos elementos do Grupo de Teatro Amador “Dupla Personalidade” de Arraiolos e elaboração de brochura com o material recolhido;

Esta foi, sem dúvida a atividade menos bem conseguida de todo o projeto. Embora a colaboração do Grupo de Teatro Amador de Arraiolos “Dupla Personalidade” tenha sido uma mais valia, nada parecia correr bem. No primeiro dia marcado para a recolha, o tempo que se fazia sentir não era o melhor, vento e “chuva miudinha” teimavam em permanecer e deitar por terra o planeado. No entanto, os jovens do grupo de teatro não se deixaram abater e prosseguimos em direção ao nosso objetivo: a recolha de material. Apesar de todos os utentes terem sido contactados directamente durante a recolha, apenas alguns deles (oito) conseguiram dar o seu contributo. Uns porque não se lembravam, outros porque não sabiam, o material recolhido foi escasso e o resultado ficou abaixo das iniciais expectativas. Contudo, foi efetuada uma compilação do material recolhido e realizada a brochura inicialmente pensada (anexo J). Após uma reflexão acerca do que correu menos bem, conclui-se

que talvez alargando o tipo de material a recolher e solicitando previamente o contributo dos utentes de modo a dar-lhes tempo de “avivar” a memória, os resultados tivessem sido diferentes.

- Organização de um encontro no qual serão apresentados os resultados do projeto e das estratégias de *follow-up*.

O 1º Encontro do Envelhecimento Ativo surgiu como resposta a uma atividade, que embora planeada, não tinha ainda sido realizada: o Baile. Inicialmente, estava planeado realizar-se na festa de Natal da SCM de Arraiolos, no entanto este acabou por não se concretizar, uma vez que os utentes tinham já um leque variado de atividades. Para além disso, criar outro espaço para a realização desta atividade dar-lhe-ia outra visibilidade e permitiria uma melhor avaliação da mesma, nomeadamente no que diz respeito à taxa de adesão. Numa tentativa de não deixar de organizar um baile e de responder às solicitações dos utentes das classes de movimento, foram realizados uma série de contactos, no sentido de perceber o que seria possível organizar. Depois de reflectir um pouco, e em reunião com a orientadora de estágio e com a Vereadora do pelouro da Saúde da Câmara Municipal de Arraiolos, considerou-se a organização deste encontro, para o qual foram convidadas todas as instituições com valência de lar, centro de dia e/ou apoio domiciliário, o que contribuiria também para a divulgação do projeto junto de todas as instituições do concelho, abrindo portas ao objetivo da UCC de Arraiolos no âmbito do envelhecimento ativo. Agendou-se então o evento para o dia 2 de Fevereiro de 2012 pelas 14h no Multiusos de Arraiolos. Os convites (anexo L) estavam distribuídos, o pedido ao Sr. Provedor da SCM para apoiar com um “lanche” aceite, a música organizada, só faltava mesmo a confirmação do número de pessoas que estariam presentes. E aí sim, todas as expectativas foram superadas. Ao todo participaram 110 utentes vindos de todo o concelho. A assistência mantinha-se atenta e expectante enquanto foram apresentadas as ideias e as atividades e os aplausos finais, bem como as palavras de reconhecimento e apoio foram de vital importância naquele momento. Depois de apresentado o projeto e os seus resultados (anexo M), bem como de sugerir a realização do 2º Encontro no próximo ano com o contributo de todas as instituições, seguiu-se uma peça de teatro apresentada pelos jovens do Grupo de Teatro Amador de Arraiolos e logo depois o lanche e o baile. Era imensa a alegria no rosto de todos os utentes enquanto dançavam aquelas músicas e

recordavam momentos de outrora “...Quando era nova, todos os rapazes queriam dançar comigo...”.

5.2. Metodologias

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde tem como principal objetivo mudar o comportamento dos indivíduos no que diz respeito, por exemplo, aos seus hábitos de saúde. Tavares (1990), baseado nos autores referidos atrás definiu as etapas do planeamento em saúde, alertando para o facto de o conhecimento das mesmas ser “facilitador de correctas intervenções, permitindo a elaboração de eficientes projectos, quer vocacionados para problemas de saúde quer para problemas de serviços”. Deste modo, o planeamento em saúde é um processo contínuo e deve compreender as seguintes fases: (1) Diagnóstico da Situação; (2) Determinação de Prioridades; (3) Fixação de Objetivos; (4) Seleção de Estratégias; (5) Preparação Operacional e (6) Avaliação.

Imperatori (1982) refere que “No processo lógico que é o planeamento, o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico da situação”. Este deverá ser um reflexo das necessidades de saúde da população. Para Tavares, (1990) a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determina a pertinência do de um projeto, esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde ou para o aumento da eficiência dos serviços. Deste modo, torna-se extremamente necessário efectuar um correcto diagnóstico da situação quando o objetivo é a implementação de um projeto de intervenção comunitária. Existem diversas técnicas para a realização do diagnóstico da situação, nomeadamente a utilização de indicadores, a realização de inquéritos/questionários e as pesquisas de consenso. Para a realização do diagnóstico de situação da população-alvo seleccionada, foram usados indicadores demográficos, como o Índice de Envelhecimento e duas formas de pesquisas de consenso: “Brainstorming” e Aproximação por Informadores-chave. Para além destas técnicas foram ainda usados dados relativos à população, nomeadamente a participação em atividades recreativas e as informações acerca dos agregados familiares dos utentes.

O Índice de Envelhecimento é a relação entre a população idosa e a população jovem. Habitualmente definido como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas

entre os 0 e os 14 anos. Geralmente é expresso em percentagem (por 100 pessoas com idades entre os 0 aos 14 anos).

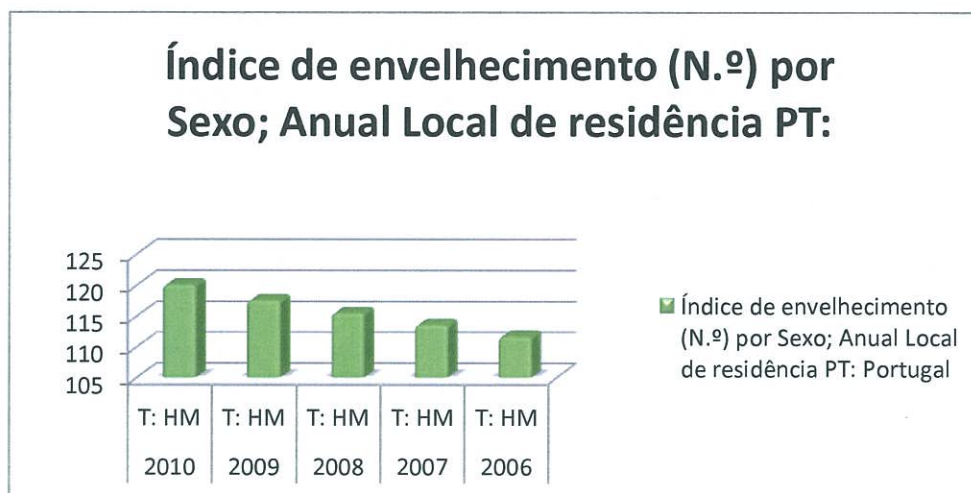


Gráfico 7: Índice de Envelhecimento em Portugal (Fonte: INE)

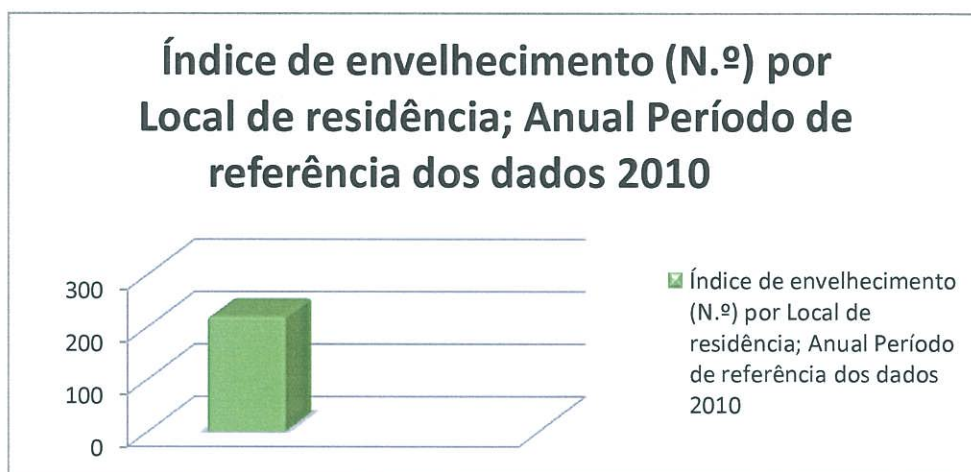


Gráfico 8: Índice de Envelhecimento no concelho de Arraiolos em 2010 (Fonte: INE)

Através da análise dos gráficos 7 e 8, pode concluir-se que o Índice de Envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo dos anos no nosso país. Se quisermos ir mais além e realizarmos a comparação entre os dados de 2010 de ambas as figuras, verifica-se que no concelho de Arraiolos, o Índice de Envelhecimento situa-se acima de 200, valor superior à média do país, que se situa próximo dos 120.



Gráfico 9: Gráfico demonstrativo do agregado familiar dos utentes

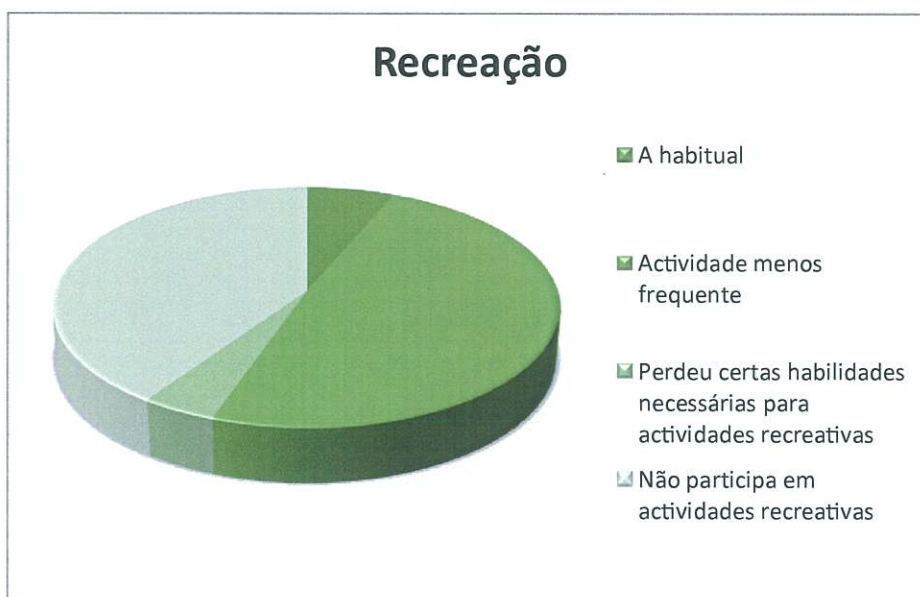


Gráfico 10: Gráfico da prática de actividades recreativas

A partir da análise dos gráficos 9 e 10, pode referir-se que a maior parte dos utentes da população vive sozinho, para além de participarem menos frequentemente em atividades recreativas ou mesmo não participarem. Estes dados permitem então deduzir que este projeto se enquadra nas necessidades dos utentes, uma vez que promove o envelhecimento ativo através da participação numa série de atividades que lhes proporcionam exercício físico, recreação, relação com os outros e consequentemente contribuem para uma mente sã, essencial para “dar mais vida aos anos”.

A técnica de “Brainstorming” é definido por Tavares, (1990) como um processo criativo de grupo, cujos membros expressam as suas opiniões e ideias acerca de uma questão central, sem que sejam submetidos a qualquer tipo de crítica ou avaliação. No âmbito deste projeto foi utilizada esta técnica com o grupo das ajudantes familiares do SAD da SCM de Arraiolos. Este grupo profissional mantém uma relação muito próxima com os utentes, assumindo muitas vezes papéis fundamentais na vida dos mesmos. Deste modo, considerou-se que seriam determinantes na avaliação das necessidades sentidas pelos utentes. A “Brainstorming” foi realizada no dia 7 de Julho de 2011 pelas 14H na sala de reuniões do Centro de Saúde de Arraiolos e contou com a participação de 7 ajudantes familiares (53,8%): 1 da lavandaria e 6 da prestação de cuidados no domicílio (anexo N). No que diz respeito às restantes, não puderam estar presentes por motivos de ordem pessoal. Inicialmente foi feita uma breve exposição dos objetivos quer do projeto, quer da técnica em si. Após a organização do grupo e explicação de todas as etapas, deu-se início à exposição das diversas ideias.

Áreas de Intervenção prioritárias	Estratégias de Atuação	Nº de vezes referido
Exercício físico	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de um grupo e implementação de um plano de exercício físico; - Caminhadas; - Baile da pinha; - Passagem de modelos. 	7
Relação com os outros	<ul style="list-style-type: none"> - Criar uma sala de convívio com diversas atividades disponíveis - Baile da pinha; - Visita ao Jardim Zoológico; - Passagem de modelos; - Maior disponibilidade das ajudantes familiares para conversarem com os utentes; - Mais visitas das ajudantes familiares ou de outros profissionais da SCM. 	7
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção junto dos dirigentes da SCM de Arraiolos para alteração das ementas. 	3

Quadro 8: Resultados da “Brainstorming”

A aproximação por informadores-chave foi efetuada através da realização de entrevistas semi-estruturadas (anexo O) a dois elementos com posições privilegiadas na SCMA, a Diretora Técnica do SAD e o Sr. Provedor da referida instituição. No anexo P é apresentada a transcrição das duas entrevistas realizadas.

A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas. Faz-se através de comunicação verbal entre duas pessoas: o entrevistador e o entrevistado. Tem como principais objetivos: (1) Examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; (2) Servir como principal instrumento de medida; (3) Servir de complemento a outros métodos de colheita de dados. Segundo Savoie-Zajc (2000), citado por Fortin (2009), a entrevista semidirigida é:

(...) uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitido assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.

A entrevista semidirigida, pelo facto de não obedecer a um conjunto de perguntas estruturadas, apresenta algumas desvantagens, que foram sentidas durante a aplicação deste método. Os entrevistados apresentam tendência para se dispersarem daquele que é o tema central, havendo uma necessidade constante de os direccionar para o mesmo.

Para tratamento dos dados recolhidos através da realização das entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo. A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como holística, uma vez que aborda o indivíduo e o ambiente que o rodeia em todas as suas dimensões, e naturalista porque não se reconhecem quaisquer limitações relativas ao trabalho do investigador. Só descrevendo a experiência humana tal como ela é vivida e tal como é definida por quem a vivencia, se podem adquirir conhecimentos fidedignos acerca dos indivíduos em estudo (Polit & Hungler, 1995). Este tipo de pesquisa procura então descobrir, descrever e compreender múltiplas realidades, valorizando a subjetividade e assumindo um carácter fundamentalmente interpretativo, aspetos que caracterizam explicitamente o trabalho de investigação desenvolvido. Segundo Bardin, (1977), a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.” Para esta autora, pode ser definida ainda como um conjunto de técnicas de análise

das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Após análise das duas entrevistas, e tendo em conta o guião da entrevista, foram obtidos os seguintes resultados:

- Opinião do entrevistado acerca do projeto:

Relativamente à opinião dos entrevistados acerca do projeto, verificamos através das expressões utilizadas que este teve uma boa aceitação imediata. A Diretora Técnica do SAD foi ainda mais longe ao projetar o futuro, afirmando que seria benéfica a continuidade do projeto. O Sr. Provedor da SCMA valorizou este trabalho não só por ser implementado no SAD, mas alargando-o a toda a comunidade.

O facto de os informadores-chave considerarem o projeto interessante revelou-se bastante significativo, na medida em que pode facilitar a implementação do mesmo.

“Fiquei muito contente por saber que havia alguém interessado em apostar nesta área” (E1)

“É um projeto com muito interesse e muito atual, na medida em que neste momento tudo o que se possa fazer com os idosos é sempre bem-vindo” (E2)

“Fico muito esperançosa que após a parte académica que as coisas possam ganhar outro sentido” (E1)

“É muito importante para o SAD enquanto serviço, para os utentes, para as famílias e em última análise para a comunidade” (E2)

- Frequência das visitas aos utentes:

Embora a frequência das visitas realizadas aos utentes do SAD não sejam descritas de forma numérica, percebemos pelas respostas dadas que as visitas são realizadas pontualmente. No que diz respeito à Diretora Técnica do SAD, ao longo da entrevista percebeu-se que o facto de não ter mais tempo para a realização de visitas regulares a

entristece bastante tanto a nível pessoal como profissional. Relativamente ao outro entrevistado, as visitas também não são periódicas.

“As visitas que eu faço são visitas de avaliação de situações” (E1)

“Não tenho tempo para simplesmente ir visitar um utente” (E1)

“Enquanto diretora técnica tenho muito pouco tempo para fazer visitas domiciliárias” (E1)

“Eu não faço visitas periódicas, elas são única e exclusivamente para avaliar situações” (E2)

- Tipo de contacto que mantêm com os utentes:

Tal como nas respostas anteriores, também neste é visível o pouco contacto que ambos os entrevistados mantêm com os utentes. No entanto, é demonstrada preocupação e empenho em estar presente em atividades nas quais os utentes participam. Para além disso, o facto de a população-alvo estar inserida numa comunidade pequena permite o contacto e abordagem direta dos utentes no dia-a-dia, principalmente por parte do Sr. Provedor da SCMA.

“O contacto presencial que mantenho com eles é pontual” (E1)

“O contacto que tenho é através dos técnicos” (E2)

“Faço questão sempre que há uma atividade lúdica de estar presente”
(E1)

“Muitos dos nossos utentes conheço-os, cruzo-me com eles durante o dia na rua e com frequência converso com eles durante esses encontros”
(E2)

- Conhecimento de informações pertinentes acerca dos utentes:

No que diz respeito ao acesso a informações relacionadas com os utentes, e relativamente à Diretora Técnica constatamos que embora as visitas aos utentes não

sejam tão frequentes quanto esta gostaria, as informações chegam-lhe de diversas formas, essencialmente através das ajudantes familiares

“Feedback das ajudantes familiares em mais de 90% dos casos” (E1)

Relativamente ao Sr. Provedor, o conhecimento que tem acerca dos utentes chegam-lhe essencialmente através da Diretora Técnica do serviço, embora também de outras fontes informais.

“Responsável técnica do SAD” (E2)

“Através das conversas com os idosos” (E2)

De uma forma geral, ambos os informadores têm bastantes fontes de informação que, no fundo, acabam por lhes transmitir as informações de que necessitam para a manutenção de uma boa prestação de cuidados.

- Conceito de envelhecimento ativo:

No que diz respeito ao conceito de Envelhecimento Ativo, embora seja um termo que se utilize muito nos nossos dias nem sempre é fácil de definir. Nesta questão, os entrevistados demonstraram algumas dificuldades, no entanto acabaram por focar aspetos essenciais como potenciar capacidades e promoção de um envelhecimento saudável:

“Envelhecimento ativo é todo aquele envelhecimento que, de uma forma básica e rudimentar, neste momento não existe” (E1)

“O envelhecimento ativo é todo aquele que potencia as capacidades dos idosos” (E1)

“É o explorar e dotar o idoso, potenciando capacidades” (E1)

“É um problema” (E2)

“Se houver apoio e acompanhamento pelas diversas estruturas da comunidade podemos percorrer o caminho do envelhecimento de uma forma mais suave, promovendo um envelhecimento mais saudável” (E2)

- Áreas prioritárias de intervenção para a promoção de um envelhecimento ativo:

Relativamente às áreas de intervenção prioritárias, ambos os entrevistados referiram o exercício físico, a alimentação e a relação com os outros. Apesar de um dos entrevistados referir inicialmente que todas elas são importantes, acaba depois por destacar a importância das três anteriormente referidas.

“O exercício físico sem dúvida, a relação com os outros, a alimentação e a mente são, porque em última análise se conseguirmos chegar a todas as que eu referi, teremos de certeza uma mente são” (E1)

“Todas elas têm bastante importância, no entanto destaco a importância do exercício físico, alimentação e da relação com os outros” (E2)

- Frequência das atividades lúdico-recreativas com os utentes:

Quando nos referimos às atividades organizadas pela SCMA com os utentes, ambos os entrevistados referem a realização de atividades em épocas festivas do ano. Devido à crise financeira que o nosso país atravessa atualmente, a promoção de atividades tem tendência a diminuir, pois exige fundos económicos frequentemente escassos.

“Durante o ano há sempre aquelas alturas clássicas das atividades: carnaval, festa da espiga, marchas populares em tempos e agora o arraial popular, mês do idoso, S. Martinho e o Natal” (E1)

“Anualmente, a SCM oferece uma viagem aos utentes do SAD” (E1)

“Procuramos durante o ano desenvolver atividades no carnaval, festa da espiga, Páscoa, S. Martinho e o Natal, para além da viagem anual que costumamos fazer” (E2)

- Existência de um plano anual de atividades e elaboração do mesmo:

Relativamente ao plano de atividades da SCMA, ambos os entrevistados referem a existência de um, no entanto, quando nos referimos a quem o executa, as respostas são discordantes.

“Temos. Quem faz o plano sou eu (diretora técnica) em conjunto com as ajudantes familiares que por sua vez fazem auscultação junto dos utentes” (E1)

“Sim. Elaborado por todos os técnicos da SCM” (E2)

- Adesão dos utentes e funcionários às atividades organizadas:

No que concerne à adesão da população às atividades, e segundo as informações dos entrevistados, os números são bastante satisfatórios. Esta informação permitiu uma definição de objetivos mais correta e acertada. O facto de haver participação nas atividades, leva a crer que a implementação deste projeto será um sucesso.

“Relativamente à adesão das funcionárias é muito fácil avançar com números, 100%. Relativamente aos utentes depende das atividades” (E1)

“Regra geral, a adesão é francamente positiva” (E1)

“A adesão não é 100%, porque é muito complicado chegar a esses números, mas anda lá muito perto” (E2)

“Os idosos por norma aderem às atividades, porque é uma forma de estarem acompanhados” (E2)

- SCM de Arraiolos como parceira do projeto:

Tratando-se de um projeto de âmbito académico ao qual se pretende dar continuidade após o fim do mestrado, todas as parcerias realizadas com estruturas da comunidade serão fundamentais na implementação do mesmo. A disponibilidade demonstrada nas respostas a esta questão deixa-me extremamente satisfeita e motivada.

“Pode com certeza e em todos os termos” (E1)

“O trabalho em equipa é sempre positivo e quando os interesses e objetivos são os mesmos, é sempre de apoiar e é uma honra” (E1)

“Tudo o que tiver a fazer nesta área, pode contar inteiramente com a nossa instituição” (E2)

A definição de prioridades é a segunda etapa do processo de planeamento na área da saúde. Segundo Tavares (1990), “trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problema (s) se deve (m) tentar solucionar em primeiro lugar”. De acordo com Imperatori (1982), esta etapa, por ser a segunda do processo de planeamento encontra-se condicionada pelo diagnóstico da situação e destinará a fixação de objetivos.

De acordo com as informações obtidas a partir do diagnóstico de situação, podemos dizer que são referidas três áreas de intervenção prioritárias: o exercício físico, a relação com os outros e a alimentação. Relativamente ao primeiro, é indiscutível a importância que lhe é atribuída, é considerado por todos os intervenientes, fundamental na promoção de um envelhecimento ativo.

No que concerne à alimentação e à relação com os outros considerou-se pertinente a realização de uma grelha de análise a fim de definir qual deles é primordial. De acordo com Tavares (1990), “esta técnica permite determinar prioridades partindo dos seguintes critérios: (1) Importância do problema; (2) Relação entre o problema e o (s) factor (es) de risco; (3) Capacidade técnica de resolver o problema; (4) Exequibilidade do projecto ou da intervenção”. A escolha desta técnica foi devida, essencialmente, à facilidade em ser realizada, à sua objetividade e ao facto de se enquadrar no âmbito do projeto.

	Relação com os outros	Alimentação
Importância do Problema	(+)	(-)
Relação entre Problema/Fatores de risco	(-)	(+)
Capacidade Técnica de Intervir	(-)	(+)
Exequibilidade	(+)	(-)
	+ - - + = 7	- + + - = 10

Quadro 9: Grelha de análise para definição de prioridades

Após a realização da grelha de análise, pode verificar-se que a “relação com os outros” tem uma prioridade 7, enquanto a “alimentação” tem uma prioridade 10. Assim, é atribuída uma maior prioridade à relação com os outros. Tendo em conta todas as técnicas usadas para o diagnóstico da situação e definição de prioridades, as áreas a trabalhar durante a implementação do projeto são o exercício físico e a relação com os outros.

A terceira etapa do processo de planeamento em saúde é a fixação de objetivos. Um objetivo pode ser definido como uma meta que se pretende atingir e, tal como afirma Fortin (2000) um objetivo é “um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”. Segundo Giraldes (1982), esta “é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. De acordo com Tavares (1990) um objetivo deve obedecer a determinadas características. Este deverá ser:

- Pertinente, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção;
- Preciso, contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido;
- Realizável, não sendo um objetivo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado;

- Mensurável, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.

A última etapa da fixação de objetivos preconiza que os objetivos específicos sejam transformados em metas, ou seja, em objetivos operacionais. Deste modo, após a definição dos objetivos específicos, foram definidas as respetivas metas:

- Promover a prática de exercício físico regular em 30% dos utentes do SAD da SCMA, através da utilização do circuito de manutenção ou da sala de atividades da Associação “Casa das Artes” de Arraiolos, com uma periodicidade quinzenal, no período compreendido entre Outubro 2011 e Janeiro 2012;
- Desenvolver atividades que visem o exercício osteoarticular e a animação sociocultural com a participação de pelo menos 60% dos utentes do SAD da SCMA, a apresentar no dia da festa de Natal da referida instituição, a realizar no dia 17 de Dezembro de 2011;
- Promover encontros intrageracionais entre os utentes do SAD da SCMA, residentes nas diferentes localidades do concelho, envolvendo pelo menos 40% dos utentes, através da dinamização de um campeonato de jogos tradicionais na Associação de reformados da aldeia de Santana do Campo, a realizar no dia 26 de Novembro de 2011;
- Promover as relações intergeracionais, através do levantamento/recolha de adivinhas/anedotas/provérbios junto de 80% utentes do SAD pelos jovens do grupo de teatro amador “Dupla Personalidade”, a realizar durante o mês de Novembro de 2011.

Após a definição de objetivos, é realizada a seleção de estratégias. Segundo Giraldes (1982), estratégia de saúde é “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”. Tavares (1990) defende que a elaboração das estratégias deve ter em conta quatro parâmetros: (1) os custos; (2) os obstáculos; (3) a pertinência e (4) as vantagens e inconvenientes. As estratégias consistem, assim, num conjunto de ações que facilitem o alcance dos objetivos definidos. As estratégias utilizadas basearam-se essencialmente nas parcerias com estruturas da comunidade, bem como com outros intervenientes na implementação do projeto.

- Estabelecer parcerias com diversas estruturas da comunidade, nomeadamente SCMA, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia e Associações de Reformados, Grupo de Teatro Amador “Dupla Personalidade”, Instituições de apoio à terceira idade do concelho de Arraiolos, Associação “Casa das Artes”;
- Apostar no *Empowerment* Comunitário, dotando a comunidade em geral de conhecimentos que lhes permitam atribuir a importância real ao problema em estudo;
- Envolver jovens na realização de algumas atividades, nomeadamente através do grupo de teatro amador “Dupla Personalidade”, apostando nas relações intergeracionais;
- Divulgação do projeto e posteriormente dos seus resultados em atividades organizadas *à priori* pelos parceiros;
- Aposta na relação empática entre as ajudantes familiares da SCMA e os utentes, solicitando a sua ajuda no processo de motivação.

A penúltima etapa do planeamento em saúde é a preparação operacional. De acordo com Tavares (1990) “Após as etapas referidas anteriormente é necessário planear operacionalmente a execução do projeto”. O mesmo autor defende que esta inclui várias atividades: (1) Especificação das Atividades; (2) Preparação da Execução; (3) Redação do Protocolo; (4) Sistema de Informação; (5) Financiamento; (6) Liderança do Projeto; (7) Organização do Projeto e (8) Articulação Intra e Intersectorial. Durante esta fase foram desenvolvidos contactos e agendadas reuniões de parceiros, com os seguintes objetivos:

- Apresentar/divulgar o projeto e os seus objetivos;
- Solicitar a participação/envolvimento de estruturas da comunidade como: Câmara Municipal de Arraiolos; Associação “Casa das Artes”; Grupo de Teatro Amador de Arraiolos “Dupla Personalidade”; SCMA e Centro de Saúde de Arraiolos.

Os contactos desenvolvidos e as parcerias efetuadas permitiram a implementação efetiva do projeto, bem como o seu sucesso.

Por fim, mas não menos importante, segue-se a fase da avaliação. Tavares (1990) afirma que a principal função desta etapa é “...determinar o grau de sucesso na

consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”. Nesta fase final, procede-se ao confronto entre os resultados obtidos (ou os previsíveis) e os desejados, de forma a apurar se é necessário reformular as medidas e/ou as metas. Este confronto facilita a alteração de estratégias e de intervenções, caso os resultados obtidos não sejam reflexo dos previstos. Em consonância com os objetivos definidos, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Taxa de execução das atividades planeadas;
- Taxa de adesão às caminhadas/aulas de movimento;
- Taxa de adesão ao baile;
- Taxa de adesão ao campeonato de Jogos Tradicionais;
- Taxa de adesão à recolha de adivinhas/ anedotas/provérbios;
- Nível de satisfação dos utentes que participaram nas diversas atividades (anexo Q);
- Elaboração efetiva da brochura com a compilação do material recolhido.

5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas

As estratégias dizem respeito aos recursos utilizados para se atingir um determinado objetivo. Hax e Majluf (1988), citados por Nicolau (2001), definem estratégia como “o conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determina e revela a vontade da organização em termos de objetivos de longo prazo, programa de acções e prioridade na afectação de recursos”.

Uma estratégia pode então ser definida como uma determinada forma de atuar, adaptada ao meio ambiente e ao tempo, para atingir um determinado objetivo. As estratégias associam, assim, os recursos humanos e outros recursos de uma comunidade aos desafios e riscos de um projeto que se pretende implementar.

A Seleção das Estratégias depende dos objetivos definidos, bem como dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho. Permite ainda definir qual o plano mais adequado para responder aos problemas prioritários. Para a implementação deste projeto foram seleccionadas as seguintes estratégias:

- Estabelecer parcerias com diversas estruturas da comunidade, nomeadamente SCMA, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia e Associações de Reformados,

Grupo de Teatro Amador “Dupla Personalidade”, Instituições de apoio à terceira idade do concelho de Arraiolos, Associação “Casa das Artes”;

As parcerias são, sem dúvida a chave para o sucesso de um projeto a implementar numa determinada comunidade. Durante este trabalho, foram realizados contactos com todas as estruturas acima referidas, de modo a solicitar apoio e colaboração no desenvolvimento das atividades planeadas. Todas elas, de uma forma ou de outra, se revelaram de extrema importância ao longo do tempo de implementação do projeto, pela disponibilidade sempre demonstrada. No que diz respeito a esta estratégia, considera-se que foi extremamente útil, pelas respostas sempre positivas aquando das solicitações efetuadas. Pode mesmo dizer-se que, sem as diversas estruturas da comunidade, este projeto não teria o mesmo impacto.

- Apostar no *Empowerment* Comunitário, dotando a comunidade em geral de conhecimentos que lhes permitam atribuir a importância real ao problema em estudo;

O *Empowerment* Comunitário caracteriza-se essencialmente pela tomada de consciência acerca de questões chave e fornece competências necessárias ao desenvolvimento individual e comunitário, maximizando as hipóteses de uma escolha genuína e voluntária. O Envelhecimento Ativo é, nos dias de hoje, uma temática relevante, se tivermos em conta o quadro sociodemográfico do país, mais evidente nas zonas do interior. O atual envelhecimento da população é um facto preocupante pelo aumento da esperança média de vida e pelo aumento das doenças crónicas e incapacitantes. Com esta estratégia pretendeu-se que a população do concelho de Arraiolos atribuísse o verdadeiro valor a esta problemática, de forma a adoptar estilos de vida mais saudáveis, que lhes permita a manutenção da autonomia o maior tempo possível.

- Envolver jovens na realização de algumas atividades, nomeadamente através do Grupo de Teatro Amador de Arraiolos “Dupla Personalidade”, apostando nas relações intergeracionais;

As relações intergeracionais são, como já foi referido anteriormente, muito proveitosas, na medida em que permitem uma transmissão de experiências e conhecimentos, aumentando o respeito e o reconhecimento entre gerações. A atividade organizada na qual se promoveram este tipo de relações foi a recolha de adivinhas, anedotas e provérbios efetuada pelos jovens do grupo supracitado, através

do contacto direto com os utentes da população-alvo no domicílio. Esta foi uma estratégia menos bem conseguida, pela disponibilidade limitada dos jovens envolvidos, bem como pela forma como a atividade foi planeada. A interação entre as gerações não se revelou tão proveitosa como se tinha planeado. Em alternativa, poderia ter sido criado um espaço de partilha e diálogo, no qual se realizassem atividades entre jovens e idosos para que assim a troca de experiências fosse efetiva.

- Divulgação do projeto e posteriormente dos seus resultados em atividades organizadas *à priori* pelos parceiros;

Relativamente a esta estratégia, posso dizer que foi acionada apenas em parte. Uma das atividades realizadas foi a demonstração das classes de movimento apresentada na festa de Natal da SCMA. Esta festa aconteceu no dia 17 de Dezembro de 2011 e contou com a presença, para além de alguns dirigentes de estruturas da comunidade, com a participação de todas as instituições de apoio à terceira idade do concelho de Arraiolos. Neste sentido, e tendo em conta a demonstração que foi feita, bem como uma breve apresentação do projeto, a comunidade em geral tomou conhecimento dos objetivos do mesmo. No que diz respeito à divulgação dos resultados obtidos, foi organizado um encontro no dia 2 de Fevereiro de 2011, com o objetivo de apresentar as atividades realizadas e de planear uma reunião de parceiros, na qual seriam discutidas ideias e planos, de forma a dar continuidade ao projeto, no âmbito da carteira básica de serviços da UCC.

- Aposta na relação empática entre as ajudantes familiares da SCMA e os utentes, solicitando a sua ajuda no processo de motivação.

A motivação é um conceito que se encontra associado à vontade e ao interesse. Pode ser então definida como a vontade para fazer um esforço e alcançar determinadas metas. Implica a existência de alguma necessidade, seja ela absoluta, relativa, de prazer ou de luxo. Quando uma pessoa está motivada a “algo”, considera que esse “algo” é necessário ou conveniente. Visto isto, a motivação é o vínculo que leva essa ação a satisfazer a necessidade. Embora a prática de atividade física e as relações sociais sejam fundamentais, não são consideradas, por todos, como uma necessidade. O impulso para a realização de algo é maior se o prazer for imediato e facilmente perceptível. Deste modo, durante a implementação deste projeto, pode dizer-se que não foi fácil motivar a população-alvo para a realização das atividades. Apesar de estas lhes trazerem benefícios, o facto de estes não serem percebidos de

imediatamente dificultaram esta tarefa. As ajudantes familiares do SAD da SCMA mantêm com os utentes uma relação forte, empática e de extrema confiança. Apostar nesta relação para o incentivo à participação nas atividades foi muito importante, na medida em que permitiram taxas de adesão satisfatórias, bem como benefícios para os próprios utentes. Verificou-se que, após a participação na primeira atividade, a adesão às restantes manteve-se e em alguns casos aumentou.

5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Tal como diz Tavares (1990), a identificação dos recursos é indispensável, uma vez que da sua existência e organização depende todo o planeamento do trabalho em questão. Na implementação deste projeto, e tendo em conta o contexto sócio-económico em que nos encontramos, considero que me foram disponibilizados os recursos necessários para a prossecução dos objetivos definidos. Deste modo, os recursos utilizados estão apresentados no quadro abaixo.

Recursos Humanos	Recursos Materiais	Recursos Físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Orientadora do Ensino Clínico; • Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária; • Fisioterapeuta da UCC de Arraiolos; • Diretora do SAD da SCMA; • 13 Ajudantes familiares do SAD da SCMA; • Animadora sócio-cultural (estágio profissional) da SCMA; • 10 elementos e responsável do grupo de teatro amador “Dupla Personalidade” de Arraiolos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolas e fitas para aula de movimento; • Equipamento para realização dos diversos jogos tradicionais; • Material informático e de reprografia e seus consumíveis (tinteiros, toners, papel); • Leitor de Cd’s e Cd’s de Música Popular Portuguesa; • Garrafas de água; 	<ul style="list-style-type: none"> • Circuito de manutenção de Arraiolos; • Instalações da SCMA; • Domicílios dos utentes; • Associação de Reformados de Santana do Campo; • Espaço da UCC; • Instalações da Associação “Casa das Artes” de Arraiolos; • Multiusos de Arraiolos.

Quadro 10: Recursos materiais e humanos envolvidos

5.5. Contactos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Trabalhar em comunidade pode tornar-se uma tarefa difícil quando, por exemplo, na implementação de projetos não contamos com o apoio das estruturas existentes e disponíveis. Neste sentido, o estabelecimento de parcerias torna-se essencial para o alcance dos objetivos definidos e para o sucesso das atividades planeadas. Segundo Carrilho (2008) “A parceria constitui uma forma de trabalho que possibilita a dinamização das redes de base local”. Assim, para a implementação deste projeto foram realizados contactos com diversas entidades que permitiram o sucesso do mesmo.

- Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos;
- Câmara Municipal de Arraiolos;
- Grupo de Teatro Amador de Arraiolos “Dupla Personalidade”;
- Hipermercado Ecomarché;
- Santa Casa da Misericórdia do Vimieiro;
- Associação de Reformados e Pensionistas da Igreja;
- Centro Social e Paroquial de Arraiolos;
- Associação de Reformados do Sabugueiro;
- Centro Social e Paroquial de S. Pedro da Gafanhoeira;
- Associação de Reformados de Santana do Campo;
- Associação “Casa das Artes” de Arraiolos;
- Delta Cafés.

A participação e o envolvimento das entidades acima referidas, bem como o interesse demonstrado pelos vários parceiros da comunidade e a disponibilidade total das instituições envolvidas, foram, sem dúvida, uma das grandes chaves para o sucesso do projeto.

5.6. Análise da Estratégia Orçamental

No que diz respeito aos custos do projeto, as parcerias estabelecidas tiveram um papel importante na sua cobertura. Deste modo, a instituição (UCC) apenas suportou uma pequena parte das despesas (50 €) respeitantes à impressão de material de divulgação/informação. Tal como mostra o quadro abaixo, a maioria das despesas foi suportada pelos parceiros, essencialmente pela SCM de Arraiolos. No total, a

implementação do projeto teve um custo aproximado de 680 €, valor que não seria suportável sem a colaboração dos parceiros envolvidos.

Despesas/Custos				
Atividades	Mestranda	Parceiros	UCC	Total
Caminhada/Classes de Movimento	Águas 5 €	Deslocação (SCM) 208 €	Material de escritório e outros consumíveis	218 €
		Materiais (Fisio UCC) 0,00 €		
Campeonato Jogos Tradicionais	Materiais 3 €	Lanche (Associação Reformados) 43 €		51,60 €
		Deslocação (SCM) 5,60 €		
Demonstração na Festa de Natal	Gorros "Pai Natal" 10 €	Fitas (SCM) 20 €		30 €
Recolha de material e Brochura	Deslocação 5,60 €	Jovens do Grupo de Teatro 10,00 €		130,60 €
	Impressão da Brochura 115 €			
1º Encontro do EA	Cd gravável 2,00 €	Lanche (SCM) 100€		198,40 €
		Bebidas e fruta (Ecomarché) 30 €		
		Bolos (outros parceiros) 30 €		
		Deslocação (a cargo de cada inst.) 36,40 €		
Total	141 €	483 €	Aprox. 50 €	674 €

Quadro 11: Análise da estratégia orçamental

5.7. Cumprimento do Cronograma

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde são definidas e detalhadas as atividades a serem executadas durante um determinado período.

Com vista a uma melhor compreensão e desenvolvimento das atividades planeadas, foi elaborado um Cronograma de Atividades (anexo R).

Todas as intervenções inicialmente planeadas foram realizadas de acordo com o se tinha estabelecido. No entanto, verificaram-se pequenas alterações nas datas previstas, devidas a fatores relacionados com constrangimentos do processo de execução, nomeadamente: alteração das datas das atividades dos parceiros, solicitação dos utentes e condições climatéricas.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

6.1. Avaliação dos Objetivos

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento em saúde. Tavares (1990) refere que “a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação”. Ao longo da implementação do projeto foram ultrapassadas as várias fases, sendo realizado o preconizado em cada uma delas. A definição dos objetivos condiciona, de forma direta, o processo de avaliação, pois é a partir deles que é possível avaliar um determinado trabalho. Nesta fase foi fundamental fazer a comparação entre as metas traçadas e as atingidas, de forma a avaliar e refletir acerca das estratégias acionadas. Após a avaliação da implementação de um projeto é fulcral rever as estratégias acionadas, bem como as atividades realizadas, de forma a introduzir as medidas corretivas necessárias. Para cumprir esta etapa do planeamento, para além dos indicadores utilizados, foi ainda aplicado um inquérito de satisfação a todos os utentes participantes, de forma a avaliar cada atividade. Os quadros abaixo evidenciam os resultados obtidos.

Objetivo	Indicadores	Avaliação
Promover a prática de exercício físico regular em 30% dos utentes do SAD da SCM de Arraiolos, através da realização de classes de movimento no circuito de manutenção de Arraiolos e/ou, de acordo com as condições climatéricas, num espaço fechado, com uma periodicidade quinzenal, no período compreendido entre Outubro 2011 e Janeiro 2012	Realização da atividade Taxa de adesão	Atividade realizada 38%

Quadro 12: Avaliação do objetivo “Promover a prática de exercício físico”

Através da análise do quadro 12 constata-se que a meta delineada foi atingida. A atividade foi realizada e o objetivo era promover a prática de exercício físico regular em 30% da população-alvo, tendo sido verificada a participação de 38% dos utentes considerados. As classes de movimento, não foram, como outras, atividades pontuais, pelo que terão continuidade assegurada, abrangendo *à posteriori* todos os utentes do concelho de Arraiolos que queiram participar.

Objetivo	Indicadores	Avaliação
Promover a animação sociocultural através da demonstração pública das classes de movimento, com a participação de pelo menos 60% dos utentes do SAD da SCM de Arraiolos, a apresentar no dia da festa de Natal da referida instituição, a realizar durante o mês de Dezembro de 2011	Realização da atividade Taxa de adesão	Atividade realizada 33%

Quadro 13: Avaliação do objetivo “Promover a animação sociocultural”

No que diz respeito ao objetivo apresentado no quadro acima, a meta definida não foi atingida. A demonstração foi realizada, contando com a participação dos utentes que frequentavam habitualmente as classes de movimento, no entanto, no dia da festa de Natal dois dos idosos frequentadores habituais das classes não puderam comparecer devido a problemas de saúde. Assim, o número de utentes participantes foi metade daquele que se tinha programado. A taxa de adesão à atividade foi de 33%, quando o definido anteriormente tinha sido 60%. Embora a diferença entre as percentagens apresentadas pareça bastante significativa, tendo em conta que o número de utentes que frequentavam regularmente as classes de movimento era baixo, estes números traduzem-se apenas na ausência de dois participantes.

Objetivo	Indicadores	Avaliação
Promover encontros intrageracionais entre os utentes do SAD da SCM de Arraiolos, residentes nas diferentes localidades do concelho, envolvendo 40% dos utentes, através da dinamização de um campeonato de jogos tradicionais na Associação de reformados da aldeia de Santana do Campo, a realizar durante o mês de Novembro de 2011	Realização da atividade Taxa de adesão	Atividade realizada 40%

Quadro 14: Avaliação do objetivo “Promover as relações intrageracionais”

Uma das atividades com mais sucesso e visibilidade foi, sem dúvida, o campeonato de jogos tradicionais, realizado no dia 26 de Novembro de 2011 na Associação de Reformados de Santana do Campo. Tal como já foi referido anteriormente, este evento foi alargado a toda a população dessa aldeia, no entanto a taxa de adesão indicada refere-se apenas aos utentes da população-alvo. Pela análise do quadro 20 verifica-se que a taxa de adesão prevista foi atingida, ou seja 40% da população-alvo participou nesta atividade.

Objetivo	Indicadores	Avaliação
Promover as relações intergeracionais, através do levantamento/recolha de adivinhas/anedotas/provérbios junto de 80% utentes do SAD pelos jovens do grupo de teatro amador “Dupla Personalidade” de Arraiolos, a realizar durante o mês de Novembro de 2011	Realização da atividade Taxa de adesão	Atividade realizada <i>Utentes contactados:</i> 100% <i>Utentes que contribuíram com material:</i> 33%

Quadro 15: Avaliação do objetivo “Promover as relações intergeracionais”

Objetivo	Indicadores	Avaliação
Realizar uma brochura com o material obtido durante a recolha de adivinhas/anedotas/provérbios	Realização da atividade	Atividade realizada

Quadro 16: Avaliação do objetivo “Realização da brochura”

Relativamente ao objetivo que pretendia dar resposta à promoção das relações intergeracionais, a estratégia utilizada não foi, definitivamente a mais adequada. Embora a atividade se tenha concretizado e os jovens tenham contactado com os idosos durante a recolha, a partilha de experiências e a valorização mútua não foram bem conseguidas. Tal como já foi dito anteriormente, a criação de um espaço de partilha de experiências e de realização de atividades poderia ter respondido de forma mais satisfatória aos objetivos traçados. A meta estabelecida foi de 80%. Os 100% na coluna da avaliação evidenciam que foram realizadas visitas domiciliárias a todos os utentes com o objetivo de fazer a recolha de material, no entanto, aquando do contacto, alguns não se encontravam em casa e outros verbalizavam expressões como “já não me lembro de nada” ou “eu não sei essas coisas”. Tal como nos mostra o quadro 22, apesar de o material recolhido não ser abundante, a brochura foi realizada e entregue a cada um dos utentes da população-alvo

Objetivo	Indicadores	Avaliação
Apresentar os resultados do projeto e as estratégias de <i>follow-up</i> através da organização de um encontro/baile com a participação de 70% dos utentes na última semana de estágio	Realização da atividade Taxa de adesão	Atividade realizada 76%

Quadro 17: Avaliação do objetivo “Divulgar o projeto e definir estratégias de *follow-up*”

Na fase inicial deste projeto, uma das atividades planeadas era a realização de um baile na festa de Natal da SCMA, tal como aconteceu com a demonstração das classes de movimento. No entanto, o planeado não se concretizou. Neste sentido, devido às solicitações dos utentes, e aproveitando o facto de estar programado um

encontro para apresentação dos resultados do projeto, foi organizado um baile em simultâneo. Para esta atividade, para além dos utentes da população-alvo, foram convidadas todas as instituições de apoio à terceira idade do concelho de Arraiolos, participando, no total 110 idosos. Tal como se observa no quadro 23 a meta definida foi alcançada, uma vez que 76% dos utentes da população-alvo no evento.

Para além da realização efetiva das atividades e das taxas de adesão às mesmas, foi ainda utilizado um inquérito de satisfação com o objetivo de recolher a opinião dos mesmos acerca das atividades realizadas. O inquérito consistiu num questionário simples de nove perguntas, entre as quais cinco consistiam em Escalas de Likert para avaliação dos seguintes aspetos: organização das atividades, forma como decorreu cada uma delas, desempenho da organizadora, classificação geral e utilidade para o próprio na participação. Segundo Fortin (2000) “A escala de Likert (...) consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis”. Os resultados do inquérito, embora importantes, não são conclusivos, uma vez que a maior parte das atividades foram avaliadas no nível “5” em todos os aspetos avaliados pelos utentes. O anexo S apresenta um resumo dos resultados obtidos.

6.2. Avaliação da Implementação do Programa

Antes da implementação de um programa de saúde, e de acordo com Tavares (1990), é imprescindível a realização de todas as outras fases do planeamento em saúde, nomeadamente: (1) diagnóstico da situação; (2) determinação de prioridades; (3) fixação de objetivos; (4) definição de estratégias e (5) preparação operacional. O cumprimento de cada uma destas fases determina o sucesso da implementação do programa. Neste trabalho, todas as fases foram ultrapassadas com sucesso. Inicialmente procedeu-se ao diagnóstico de situação, para o qual foi aplicada a Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody a todos os utentes da população-alvo, realizadas duas entrevistas semi-estruturadas a informadores chave (Diretora Técnica do SAD da SCMA e Provedor da SCMA) e dinamizada uma “Brainstorming” com as ajudantes familiares do SAD da SCMA. Após o diagnóstico da situação sugerir a intervenção em três principais áreas (exercício físico, relação com os outros e alimentação), a realização de uma grelha de análise permitiu definir as prioridades: exercício físico e relação com os outros. A fase seguinte consistiu em traçar os objetivos a atingir com a população-alvo: (1) Promover a

realização de exercício físico regular e (2) Promover as relações intrageracionais e intergeracionais. A definição de estratégias surgiu de uma forma natural após a determinação das áreas a trabalhar e a fixação de objetivos. Trabalhar em comunidade carece do envolvimento de todas as estruturas da mesma e a criação de parcerias assumiu-se como uma das mais importantes estratégias definidas. Depois de cumpridas todas estas fases chegou o momento em que foi necessário fazer contactos, agendar atividades, reunir com os parceiros e desenvolver as intervenções adequadas. Finalmente, a fase da avaliação, na qual é fundamental uma reflexão acerca do que foi e do que poderia ter sido realizado.

Todas as atividades programadas foram realizadas e embora as taxas de adesão nem sempre tenham atingido os valores projetados, a mensagem acerca da importância de apostar na promoção de um Envelhecimento Ativo foi bem recebida, quer a nível individual quer coletivo. O interesse demonstrado pelos vários parceiros da comunidade e a disponibilidade total das instituições envolvidas, foram, sem dúvida, uma das grandes chaves para o sucesso do projeto. No que diz respeito à continuidade do projeto, ela será assegurada pela equipa da UCC de Arraiolos, uma vez que no decorrer da última atividade, foram apresentados os resultados obtidos e agendada uma reunião com todas as instituições de apoio à terceira idade, com o objetivo de definir estratégias de actuação futuras. Foram enviados para a Administração Regional de Saúde do Alentejo e publicados na página da internet da mesma um texto e algumas fotografias que faziam referência a todas as atividades desenvolvidas no âmbito do Envelhecimento Ativo, bem como as perspetivas futuras em relação a esta temática. (Anexo T)

6.3. Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas

Introduzidas

Segundo Imperatori (1993) “a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos (...) justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências”.

Ao longo da implementação deste projeto realizaram-se avaliações intermédias com o objetivo de repensar intervenções, comparar resultados esperados com resultados obtidos e, desta forma, adequar atividades planeadas. A primeira avaliação surgiu na sequência das caminhadas no circuito de manutenção. As condições climáticas da altura não permitiram a continuação desta atividade. Como medida corretiva, passaram a ser realizadas classes de movimento numa sala da Associação “Casa das

Artes” de Arraiolos. Ainda relativamente esta atividade, verificou-se que a realização quinzenal não correspondia às solicitações dos utentes participantes. Desta forma, as classes passaram a realizar-se semanalmente às quartas-feiras à tarde e posteriormente às quintas-feiras, devido à disponibilidade da Fisioterapeuta da UCC de Arraiolos.

Outra das avaliações realizadas esteve relacionada com o baile. Inicialmente, esta atividade estava programada para o dia da festa de Natal da SCMA. No entanto, este acabou por não se realizar devido à existência de outras atividades já organizadas. Como medida corretiva, organizou-se um baile com música popular portuguesa no dia do encontro de divulgação do projeto e dos resultados obtidos, que se realizou no dia 2 de Fevereiro de 2012.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

De acordo com o regulamento n.º 122/2011, são quatro os domínios de competências do Enfermeiro Especialista:

- As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade;
- As competências do domínio da gestão de cuidados;
- As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em cada um destes domínios são definidas competências, que por sua vez são categorizadas em unidades de competência.

No que diz respeito às competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e de acordo com o regulamento n.º128/2011 do Diário da República, são as seguintes:

- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A fase da realização do relatório permite uma reflexão acerca de todo o trabalho desenvolvido, bem como das competências mobilizadas e adquiridas. De acordo com o REPE (1996)

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Durante a preparação e implementação deste projeto, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária foram mobilizadas e adquiridas as seguintes competências:

G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:

G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade

G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade

G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas

G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

Para a preparação e implementação deste projeto foram mobilizados os conhecimentos adquiridos acerca do Planeamento em Saúde. Deste modo, utilizaram-se técnicas de diagnóstico de situação de saúde da população-alvo (utentes do SAD da SCM de Arraiolos), de forma a estabelecer as prioridades e definir as intervenções. Após a realização do diagnóstico da situação verificou-se a necessidade de definir prioridades, uma vez que não seria viável a intervenção em todos os problemas identificados. Assim, concluiu-se que as áreas prioritárias de intervenção eram o exercício físico e a relação com os outros. Para responder adequadamente a estas necessidades definiram-se objetivos e estratégias de intervenção que levariam à implementação do projeto. Posteriormente foram programadas as atividades que seriam realizadas. A criação de tempos e de espaços que dessem resposta à

realização de exercício físico e à relação com os outros tornou-se essencial para o sucesso deste trabalho. Por fim foi realizada a avaliação de todo o projeto, utilizando, como indicadores a realização efetiva das atividades e as taxas de adesão a cada atividade. Foi ainda realizado um inquérito para avaliação da satisfação dos utentes em relação às atividades nas quais participaram. Esta etapa permitiu uma reflexão acerca de todo o trabalho desenvolvido, proporcionando a alteração ou melhoramento das estratégias utilizadas.

G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania

G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas

G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade

Durante a implementação deste projeto foram desenvolvidas capacidades de liderança e de transmissão de conhecimentos. Realizar um trabalho desde a sua conceção até à fase da avaliação implica a gestão de todos os recursos disponíveis. Para além dos objetivos definidos relacionadas com as áreas prioritárias de intervenção, foi transmitida à população-alvo e à comunidade em geral, informação que os capacita à adoção de estilos de vida saudáveis. Relativamente aos outros elementos participativos, nomeadamente técnicos de saúde das instituições de apoio à terceira idade do concelho de Arraiolos, foram-lhe transmitidos conhecimentos que lhes permitir-lhe-ão desenvolver atividades e projetos com os idosos da sua instituição ou com a comunidade em geral. Para que a implementação deste projeto fosse possível utilizaram-se conhecimentos de outras áreas e disciplinas que não a enfermagem, nomeadamente comunicação, educação, ciências sociais e humanas entre outras.

G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde:

G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Este trabalho foi realizado no âmbito da prestação de cuidados em contexto comunitário, mais propriamente na UCC de Arraiolos. A constituição das UCC enquadra-se na legislação referente à reestruturação dos cuidados de saúde primários. Para além disso, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, para além de outras áreas de intervenção preconiza e evidencia a promoção do Envelhecimento Ativo. Deste modo, considera-se que esta foi também uma competência mobilizada, pelo facto de responder diretamente a um dos programas estabelecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de Envelhecimento Ativo tem assumido um papel preponderante na sociedade atual. O aumento da esperança média de vida e da população idosa a nível nacional e mundial tem contribuído para a organização e implementação de estratégias que permitam potenciar e explorar as capacidades dos idosos, para que estes se mantenham saudáveis e ativos o máximo de tempo possível.

O projeto Envelhecimento Ativo – Pequenos Prazeres para Melhorar a Saúde assumiu-se, ao longo da sua implementação, como um verdadeiro desafio. Trabalhar em comunidade e mais propriamente com um grupo muito específico que são os idosos, tornou-se muito gratificante pela relação estabelecida, bem como pelo reconhecimento demonstrado.

Desenvolver um projeto na comunidade contribuiu em larga escala, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Todas as dificuldades inerentes à implementação de um projeto comunitário, com as quais me deparei numa fase inicial foram sendo ultrapassadas uma a uma e, com o apoio de muitos, este projeto teve um desfecho que superou as minhas expectativas. As parcerias estabelecidas com outras estruturas da comunidade revelaram-se fundamentais para a concretização dos objetivos inicialmente traçados e o facto de o contexto de realização do estágio ser simultaneamente o meu local de trabalho foi também diferenciador. A UCC de Arraiolos, unidade funcional do Centro de Saúde de Arraiolos na qual foram realizados ambos os ensinamentos clínicos, pretende uma prestação de cuidados centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade. Deste modo, a implementação deste projeto no contexto da UCC manifestou-se de extrema importância, na medida em que, para além de se enquadrar numa das suas carteiras básicas, respondendo a determinados objetivos, ficou ainda facilitada a continuidade do projeto, assegurada, no futuro, pelos profissionais da referida unidade.

Para além de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, estabeleceram-se contactos com pessoas e instituições importantes na comunidade, o que permitirá um contacto mais próximo e fácil sempre que seja necessário.

O principal objetivo deste trabalho assentou na promoção de um Envelhecimento Ativo junto dos utentes da população-alvo, intervindo em duas áreas que consideradas essenciais: o exercício físico e a relação com os outros. Relativamente à intervenção profissional, este projeto teve como propósito servir como experiência piloto para a posterior implementação a nível concelhio. Neste sentido, e como projeção para o futuro, pretende-se a replicação das atividades que foram realizadas ao longo deste tempo em todas as instituições de apoio à terceira idade do concelho de Arraiolos, de modo a aumentar e/ou manter a autonomia e independência dos idosos nelas integrados. Durante o 1º Encontro do Envelhecimento Ativo foi demonstrada vontade de organizar um 2º, o qual contaria com a participação de todos os parceiros através da demonstração pública do trabalho realizado ao longo do ano em cada uma das instituições.

De uma forma geral, os objetivos delineados foram alcançados. O projeto foi muito bem aceite pela comunidade e teve uma projeção que favoreceu essa aceitação.

REFERÊNCIAS

- Actas do Seminário Internacional sobre Envelhecimento Humano (1997) *Vida com Projecto ao longo de toda a vida*. Lisboa
- António, S. (2010). *Avós e Netos. Relações Intergeracionais. A Matrilinearidade dos Afectos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- Areosa, S. (s/d). “O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento”?
Disponível em revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/978/758
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Berger, L. et al (1995). *Pessoas Idosas, Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta
- Cabrita, M. (2007). O envelhecimento e a ocupação do tempo. *Servir, Vol.55, nº4-5, Jul/Out 2007*
- Cardoso, R. Eusébio, A. (2011). Actividades da Vida Diária. *RE(HABILITAR), Janeiro 2011*
- Carmona, C. (2010). *Significações de envelhecimento, variáveis relacionais subjectivas e bem-estar psicológico em idosos*. Évora (Tese de Mestrado em Psicologia)
- Carrilho, T. (2008). Conceito de Parceria. *Análise Social, vol. XLIII (1.º)* Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n186/n186a05.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. *Educação para a Saúde conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência
- Casanova, J. et al (2001). *Quadros Sociais do Envelhecimento*. Lisboa: Loja de Edição

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto do Ministério da Saúde

Direcção Geral da Saúde. (2000). *Guia para as Pessoas Idosas - Conservar-se em forma na idade avançada*. (3.ªed) Lisboa: Direcção Geral da Saúde

Direcção Geral da Saúde. (s/d). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde

Direcção Geral da Saúde (2006) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Fernandes, A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº36

Ferreira, T. (2006). Actividade Física e Qualidade de Vida. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº9, Jan/Mar 2007

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação*. (2.ªed.). Loures: Lusociência

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Gonçalves, P. (2003). Envelhecer com autonomia. *Nursing*, nº173, Jan/2003

Hortelão, A. (2004) Envelhecimento e qualidade de vida. *Servir*, vol.52, nº3, Mai/Jun 2004

Imperatori, E. Giraldes, M. (1982). *Metodologias do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

Imperatori, E. Giraldes, M. (1993). *Metodologias do Planeamento da Saúde*. (3ª ed.) Lisboa: Obras avulsas

- Kalache, A. (1997). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência saúde colectiva*, v.13, n.4, Agosto 1997, Rio de Janeiro
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros/REPE
- Lima-Costa, M. Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3); Mai/Jun 2003, Rio de Janeiro
- Maciel, S. et al (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP* 44(4):1065-9
- Marques, E. (2008). *Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde*. VI Congresso Português de Sociologia
- Martins, R. (2010). *Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm>
- Martins, R. (s/d). Os idosos e as actividades de lazer. *Centro de Estudos em Educação, tecnologias e Saúde*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/16.pdf>
- Mazo, G. (2008). *Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento*. Porto Alegre: Editora Sulina
- Mendes, S. (2009). Avaliação do Risco de Dependência Funcional em Pessoas Idosas. *II CONGRESSO LUSO-GALAICO GERONTOLOGIA*
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Mafra: Lusociência
- Nicolau, I. (2001). *O conceito de estratégia*. Lisboa: ISCTE. Disponível em [http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%25205301%25202005/Bibliografia%25202005/Conceito%2520Estrat%25C3%25A9gia%2520\(Nicolau\).pdf](http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%25205301%25202005/Bibliografia%25202005/Conceito%2520Estrat%25C3%25A9gia%2520(Nicolau).pdf)
- Nogueira, H. Espinheira, M. Marques, R. (2009). Ser idoso activo. *Ecos da Enfermagem*, n°268, Jan/Fev 2009

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*.

Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da Vida – Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina

Pedrinelli, A. Garcez-Leme, L. Nobre, R. (2009). O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. *Revista Brasileira de Ortopedia*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v44n2/a02v44n2.pdf> em 12/05/2011

Pereira, A. (2008), *SPSS, guia prático de utilização*. (7.ªed.). Lisboa: Edições Sílabo

Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora

Polit, D. Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3.ª Ed.)
Porto Alegre: Artes Médicas

Plano Nacional de Saúde 2004/2010, Direcção Geral da Saúde

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro

Ribeiro, O. Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel

Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget

Rosa, M. (1999). *Reformados e tempos livres*. Lisboa: Edições Colibri

Rosa, M. (s/d). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Artes Gráficas, SA

Salgueiro, H. Faria, T. (2005). Envelhecimento activo: Uma prioridade. *Nursing, Ano 16, nº199, Maio/2005*

- Santos, F. Andrade, V. Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifactorial. *Psicologia em Estudo*, vol.14, nº1, Jan/Mar 2009
- Savoie-Zajc, L. (2000). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. (3.^aed.). Québec: Presses de l'Université du Québec
- Schachter-Shalomi, Z. Miller, R. (1996). *Mais Velhos mais Sábios. Uma visão nova e profunda da arte de envelhecer*. Rio de Janeiro: Editora Campus
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Silva, I. Moreira, M. Borges, P. (2007). Vivências do idoso na sociedade actual – contextos e realidades. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº16, Ago/2007
- Silveira, N. (2008). Envelhecer com autonomia. *Enfermagem*, nº49/50, Jan/Jun 2008
- Soares, C. (2008). A distribuição do tempo dedicado aos afazeres domésticos entre homens e mulheres no âmbito da família. *Género*, v.9, n.1
- Spirduso, W. (2005). *Dimensões físicas do Envelhecimento*. Tamboré: Manole
- Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. (7.^a ed). Loures: Lusodidacta
- Tonini, T. & Figueiredo, N. (2006). *Gerontologia, Actuação da Enfermagem no processo de Envelhecimento*. São Caetano do Sul: Yendis
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009). *Documento de suporte à implementação da UCC*

Valente, P. (2001). Estilos de vida saudáveis para que a idade não seja uma doença. *Informar, N°26, Setembro/Dezembro 2001*

Vaz, R. Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica, n°3, Jul/Set 2005*

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública, 43 (3)*

Zimmerman, G. (2000). *Velhice. Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda

www.who.com

www.ine.pt

<http://www.saudepublica.web.pt/02-Epidemiologia/021>

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Sexo: _____

Residência (Freguesia): _____

Com quem vive: _____

ESCALA DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY

CUIDADOS PESSOAIS

Alimentação

0=Normal

1=Independente

2=Necessita de ajuda para cortar ou servir

3=Deve ser alimentado(a) na maioria das refeições

Vestir-se

0=Normal

1=Independente, mas lento(a)

2=Sequência errada, esquece itens

3=Necessita de ajuda para vestir-se

Banho

0=Normal

1=Toma banho sozinho(a) mas necessita de ser lembrado(a)

2=Toma banho sozinho(a) com assistência

3=Toma banho sozinho(a) com ajuda total de outros

Eliminações fisiológicas

0=Vai à casa de banho sozinho(a)

1=Vai à casa de banho quando lembrado(a); pequenos problemas

2=Precisa de ajuda para a actividade

3=Não tem controlo sobre esfíncter anal e/ou vesical

Medicação

0=Toma sem ajuda

1=Lembra-se quando a medicação é deixada em local especial

2=Necessita de lembretes escritos ou falados

3=Necessita que outros lhe dêem a medicação

Interesse na aparência pessoal

0=O mesmo de sempre

1=Interessa-se quando vai sair, mas não em casa

2=Preocupa-se apenas quando solicitado

3=É necessário ser vestido(a) por terceiros

CUIDADOS DOMÉSTICOS

Preparação da alimentação, cozinhar

0=Planeia e prepara a refeição sem dificuldades

1=Cozinha, mas menos do que o habitual ou com menos variedade

2=Prepara a refeição com ajuda

3=Incapaz de preparar a comida

Arrumação da casa

0=Normal

1=Independente, mas lento(a)

2=Esquece-se de itens ou coloca-os em local errado

3=Não realiza esta actividade

Trabalhos domésticos

0=Mantém a casa como de costume

1=Faz apenas metade do seu trabalho

2=Ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços

3=Não cuida da casa

Tarefas domésticas

0=Realiza todos os arranjos habituais

1=Realiza, pelo menos, metade dos trabalhos habituais

2=Ocasionalmente faz pequenos arranjos

3=Não faz nenhum trabalho

Lavar roupas

0=Lava-as como de costume (rotina)

1=Lava com menor frequência

2=Lava apenas quando lembrado

3=Não lava as roupas

TRABALHO, RECREAÇÃO/LAZER**Trabalho**

0=Trabalha normalmente

1=Problemas leves com responsabilidades de rotina

2=Trabalha em actividades mais fáceis ou durante período de tempo mais curto

3=Não trabalha

Recreação

0=A habitual

1=Actividade menos frequente

2=Perdeu certas habilidades necessárias para actividades recreativas

3=Não participa em actividades recreativas

Organizações

0=Comparece a encontros

1=Comparece menos frequentemente

2=Comparece ocasionalmente

3=Não comparece a encontros

Viagens

0=O habitual

1=Viaja com a ajuda de alguém

2=Viaja com ajuda de cadeira de rodas

3=Limitado(a) à casa ou ao hospital

COMPRAS E GESTÃO DO DINHEIRO**Compras**

0=Normal

1=Esquece-se de itens ou compra itens desnecessários

2=Necessita de ser acompanhado(a) enquanto faz as compras

3=Não faz as compras

Gestão do dinheiro

0=Normal

1=Tem dificuldade em pagar valores exactos, contar o dinheiro

2=Perde ou coloca o dinheiro em local errado

3=Não gere o dinheiro

Administração das finanças

0=Pagamento de contas e serviços bancários normais

1=Paga contas atrasadas, dificuldade para preencher cheques

2=Esquece-se de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita da ajuda de terceiros

3=Não gere as finanças

LOCOMOÇÃO

Transporte público

0=Utiliza transporte público normalmente

1=Utiliza transporte público menos frequentemente

2=Perde-se quando utiliza transporte público

3=Não usa transporte público

Condução de veículos

0=Conduz normalmente

1=Conduz com cuidado

2=Dificuldade em conduzir; perde-se enquanto conduz

3=Não conduz

Mobilidade pela sua vizinhança

0=Normal

1=Sai de casa menos frequentemente

2=Perde-se nas proximidades de casa

3=Só sai de casa acompanhado(a)

Locomoção fora de locais familiares

0=Normal

1=Ocasionalmente fica desorientado(a) em locais estranhos

2=Fica muito desorientado(a), necessita de ser acompanhado(a)

3=Não é capaz de sair sozinho(a) ou acompanhado(a)

COMUNICAÇÃO

Uso do telefone

0=Normal

1=Telefona apenas para alguns números familiares

2=Apenas atende o telefone

3=Não usa o telefone

Conversas

0=Normal

1=Menos comunicativo(a), dificuldade em lembrar-se de certas palavras

2=Comete erros ocasionais de linguagem

3=A fala é quase ininteligível

Compreensão

0=Compreende tudo o que lhe é dito

1=Solicita a repetição para compreender

2=Ocasionalmente tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas

3=Não compreende o que as pessoas falam na maior parte do tempo

Leitura

0=Normal

1=Lê com menor frequência

2=Tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu

3=Não lê

Escrita

0=Normal

1=Escreve com menor frequência, dá erros ocasionais

2=Apenas assina o nome

3=Não escreve

RELAÇÕES SOCIAIS

Relações familiares

0=Normais

1=Pequenos problemas

2=Sérios problemas

3=Divorciado(a), separado(a), sem relacionamentos

Relações familiares (crianças)

0=Normais

1=Facilmente irritável, punições intempestivas

2=Negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos

3=Incapaz de cuidar das crianças

Amigos

0=Encontra os amigos com a mesma frequência

1=Encontra os amigos com menos frequência

2=Aceita visitas, mas não procura companhia

3=Recusa a vida social; insulta os visitantes

PONTUAÇÃO TOTAL: A pontuação oscila entre 0 e 90, e uma mais elevada pontuação significa uma maior dependência.

Fonte: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel: Lisboa

ANEXO B – Carta de solicitação de autorização para implementação do projecto ao
Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Arraiolos

Exmo. Sr. Provedor
Santa Casa da Misericórdia de
Arraiolos

Eu, Sara Catarina Ribeiro Martins, Enfermeira no Centro de Saúde de Arraiolos - Unidade de Cuidados na Comunidade, actualmente a frequentar o curso de Especialização/Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, no âmbito do qual tem que realizar um Projecto de Intervenção Comunitária, vem solicitar a V^a Ex.^a autorização para desenvolver o referido projecto no âmbito do V/ Serviço de Apoio Domiciliário.

Este projecto tem área Temática a Promoção de um Envelhecimento Activo, e visa desenvolver com os idosos algumas actividades com o objectivo de promover a actividade física e interacção social. Tendo em conta que existe uma articulação fácil e frequentemente com o Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia, existindo já uma relação empática com alguns utentes, bem como com as funcionárias e responsáveis pelo serviço, considero pertinente utilizar como “população-alvo” deste projecto, os utentes do Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos. Mais informo que este será um trabalho de âmbito académico, e, como tal será garantida a confidencialidade dos dados, bem como a obtenção do consentimento informado junto de cada utente.

Grata pela atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos

Arraiolos, 1 de Junho 2011

Enf.^a Sara Martins

Anexo: Draft do Projecto (sujeito a alterações propostas pelos docentes da Escola Superior de Enfermagem de Évora)

ANEXO C – Resposta da SCM de Arraiolos à carta de solicitação e autorização para
implementação do projecto



*SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE
ARRAIOLOS*

[Exma. Senhora]
Enf. Sara Martins
Centro de Saúde de Arraiolos
[]

Sua referência:

Sua comunicação de:

Nossa referência:
388 / 2011

Arraiolos:
13/06/2011

Assunto: Projecto de Intervenção Comunitária

Exma. Senhora

Na sequência do ofício de 1 de Junho de 2011, a solicitar a autorização da Mesa Administrativa, para desenvolver um Projecto de Intervenção Comunitária, no Serviço de Apoio Domiciliário, sobre temática Promoção de um Envelhecimento Activo, venho informar V. Exa. que está autorizada a desenvolver o referido projecto, podendo articular todo o trabalho a desenvolver com a Coordenadora do Serviço de Apoio Domiciliário - Dra. Cristina Nunes.

Com os melhores cumprimentos,

O Provedor

Luis Marcolino Chineló

Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos

Praça do Município n.º 7 7040-027 Arraiolos

Telef.: 266419005/266419250

Contribuinte N.º 500852480

Fax.: 266419249

ANEXO D – Consentimento Informado para participação no projecto

Consentimento Informado

_____ (nome do doente), _____ (estado civil), residente em _____, titular do Bilhete de Identidade nº _____, emitido em _____ pelo Arquivo de _____ em ___/___/_____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido acerca do Projecto de Intervenção Comunitária desenvolvido pela Enfermeira Sara Martins, que tem como área Temática a Promoção de um Envelhecimento Activo, e visa desenvolver com os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos algumas actividades com o objectivo de promover a actividade física e interacção social.

Deste modo, declaro consentir a minha participação no mesmo, com a garantia de que, tratando-se um trabalho de âmbito académico, será garantida a confidencialidade dos meus dados pessoais.

_____ (local), _____ de _____ de 20__

O Utente (colocar impressão digital caso não saiba assinar)

O representante do utente (caso se verifique)

ANEXO E – Folheto de divulgação do projecto

ENVELHECIMENTO ACTIVO

“...Ser idoso, é ter um sorriso meigo e ternura no olhar. É ter orgulho em ter chegado a essa bela idade, a idade do saber e do conhecimento...”

Ana Paula Horta *in* Jornal de Nisa



u **évora**
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Mestrado em Enfermagem Comunitária
Ensino Clínico II
Setembro 2011—Fevereiro 2012



Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo
Central 1
Centro de Saúde de Arraiolos
UCC de Arraiolos

Com o apoio:



Santa Casa da Misericórdia de
Arraiolos
Serviço de Apoio Domiciliário



Grupo de Teatro Amador de
Arraiolos
“Dupla Personalidade”

Projecto de Intervenção
Comunitária

Envelhecimento Activo



Centro de Saúde de Arraiolos
UCC Arraiolos
Enfª Sara Martins
Outubro 2011

Envelhecimento Activo

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), o Envelhecimento Activo pode ser entendido como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Envelhecer com o máximo de saúde, autonomia e independência tornou-se um dos principais objectivos dos nossos dias, que só poderá ser atingido através da colaboração estreita entre vários sectores da sociedade, nomeadamente a saúde.



Para a promoção do Envelhecimento Activo, existem diversas áreas nas quais podemos intervir: exercício físico, sexualidade, relação com os outros, manutenção da segurança, alimentação e mente são entre outras.

Nesta fase, vamos intervir em duas dessas grandes áreas:

EXERCÍCIO FÍSICO



RELAÇÃO COM OS OUTROS



ACTIVIDADES E DATAS PREVISTAS

Caminhadas/Exercícios no circuito manutenção de Arraiolos - início a 19 Outubro 2011 (quinzenalmente);

Recolha de adivinhas/anedot provérbios pelos elementos do grupo teatro “Dupla Personalidade” - durar os meses de Outubro e Novembro 2011;

Campeonato de jogos tradicionais na / associação de reformados de Santana Campo - 26 de Novembro 2011;

Baile com música popular Portuguesa Canto de Natal/Desfile e Presépio Humano - a realizar na festa de Natal com os utentes da SCM de Arraiolos (17 de Dezembro 2011);

Encontro com os utentes do SAD SCM de Arraiolos com diversas actividades - final de Janeiro 2012 (data a combinar).

ANEXO F – Fotografias da caminhada/classes de movimento

Fotografias da Caminhada

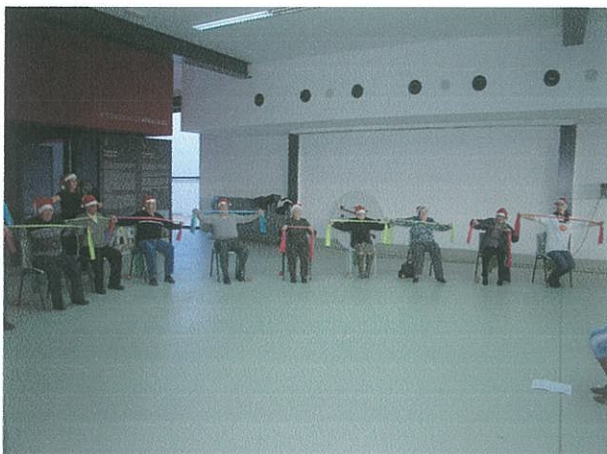


Fotografias das classes de movimento



ANEXO G – Fotografias da demonstração da classe de movimento na festa de Natal
da SCMA

Fotografias da demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCMA



ANEXO H – Cartaz de divulgação do Campeonato de Jogos Tradicionais



CENTRO DE SAÚDE DE ARRAIOLOS
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Projecto—Envelhecimento Activo

Campeonato de Jogos Tradicionais

VENHA PARTICIPAR E DIVERTIR-SE!!!

DIA 26 DE NOVEMBRO ÀS 15H NA ASSOCIAÇÃO DE
REFORMADOS DE SANTANA DO CAMPO



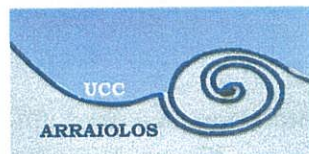
ANEXO I – Fotografias do Campeonato de Jogos Tradicionais

Fotografias do Campeonato de Jogos Tradicionais



ANEXO J – Brochura com o material obtido na recolha

Mestrado em Enfermagem Comunitária
Ensino Clínico II
Setembro 2011—Fevereiro 2012



Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo
Central 1
Centro de Saúde de Arraiolos
UCC de Arraiolos

Com o apoio:



Santa Casa da Misericórdia de
Arraiolos
Serviço de Apoio Domiciliário



Grupo de Teatro Amador de
Arraiolos
“Dupla Personalidade”



Centro de Saúde de Arraiolos
UCC de Arraiolos

Material recolhido no âmbito do projecto “Envelhecimento Activo”



Colaboração:
Grupo de Teatro Amador de Arraiolos
“Dupla Personalidade”

Uma menina estava à janela com uma flor na mão e por baixo da janela estava uma tina com água. Passou um senhor e perguntou-lhe como ela se chamava. A menina deixou cair a flor e disse: - O meu nome fica escrito.

Como é que a menina se chama? R: Florentina

Dois redondos e um comprido, no meio de pernas metido. O que é? R: Bicicleta

Manuel Correia
Ilhas de Arraiolos, 2011

“...Ser idoso, é ter um sorriso meigo e ternura no olhar. É ter orgulho em ter chegado a essa bela idade, a idade do saber e do conhecimento...”

Ana Paula Horta *in* Jornal de Nisa

Limoeiro atrás da nora já não volta a dar limões. Olha o meu amor agora, quer amar dois corações.

O meu coração é teu, e o teu de quem é não sei.
O teu devia ser meu, é essa a direita lei.

Da minha janela à tua é um salto de uma cobra.
Quem me dera chamar a tua mãe minha sogra.

Uma senhora diz à sua neta: -Olha neta tu depois vais ter uma gatinha. Uns anos mais tarde a neta diz: -Ó avó já tenho uma gatinha, mas é tão pequenina. Mostra-me lá a tua gatinha avó.

-A tua gatinha é maior do que a minha.

E a avó responde: -Pois neta, mas a minha gata já apanhou muitos ratos.

Ana Maria Reis
Francisco Caralinda
Ilhas de Arraiolos, 2011



Estava um Sr. a andar de bicicleta na estrada quando a policia o manda parar e pediu os documentos.

-Ó Sr. Policia eu não tenho documentos.

-Então vou ter que o multar.

-Mas eu não tenho dinheiro.

-Então só não o multo se me rogar uma praga-disse o policia.

-Uma praga? Mas basta que me deixe ir, não preciso de lhe rogar uma praga!

-Mas eu só o deixo ir se me rogar uma praga.

O homem pensou e disse: - Então que tenha uma morte de grilo.

Mais tarde tava na taberna a contar a história a um colega que lhe perguntou: - Morte de grilo? Mas o que é isso da morte de grilo?

-Então, morte de grilo...os grilos quando morrem espetam os cornos no chão!!!

Manuel Correia
Ilhas de Arraiolos, 2011

Ó meu amor de algum dia, algum dia agora não, já me deste alegria, agora dás paixão.

Deitei um limão correndo e à sua porta parou, quando o limão lhe quis bem, fará quem o deitou.



À porta da minha sogra
Há uma pedra encarnada
Amor vem à minha casa
Que eu sou a tua amada

Saia bonita
De renda de bicos
Põe a laranja no chão
Tico tico
(...)

Jerónima Pé-Leve
Santana do Campo, 2011

Era não era, andava na serra lavando com um boi chamusco e outro calhandro. Chegou uma noticia, estava o pai para nascer e a mãe para morrer. Levou os bois e pôs a canga a comer. Foi por um vale abaixo, achou um ninho de cartaxo com sete ovos de abatarda e deitou-os à porca jarda, criou-os a burra parda. Viu o ladrão das peras, atirou-lhe com um terrão ao artelho que deitou sangue até ao joelho.

Cândida Parrochinha
Arraiolos, 2011

Ó Rosa arredonda a saia
Ó Rosa arredonda-a bem
Ó Rosa arredonda a saia
Olha a roda que ela tem

Ó minha mãe da minha alma
E ó meu pai do meu coração
Por mais anos que viva
Não lhe pago a criação

“Quem tudo quer, tudo perde”

Quando eu era pequenino
Chorava e com razão
Muitas vezes queria comer
E não tinha pão

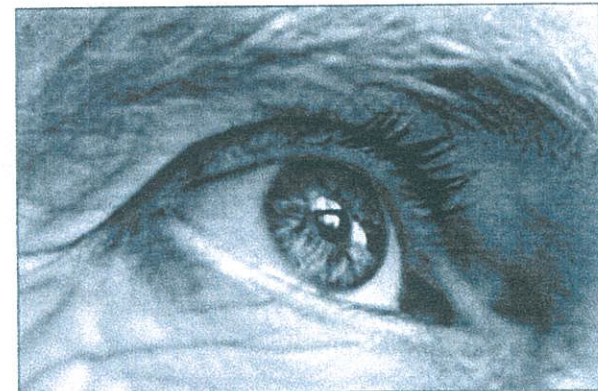
Soldado que vais para a guerra
Vais deixar a tua terra
E o cantinho do teu lar
Quantas lágrimas te consomem
Não chores porque és homem
E é feio um homem chorar



Vasco Pimpão
Arraiolos, 2011

Era um monte que se chamava “Sempre Noiva”. O monte tinha um palácio onde moravam os senhores com a sua filha. Esta vestiu-se de noiva para casar, mas o noivo não apareceu. De desgosto nunca tirou o vestido e com ele morreu...

Vasco Pimpão



Faz que come e não come, faz que bebe e não bebe e anda todo o dia alegre. O que é? R: O chocalho

Qual é o pardal que é de cá mas não anda cá? R: Pardal do telhado (anda sempre aos pulos de telhado em telhado e aos pulos nunca anda cá)

Manuel Correia
Ilhas de Arraiolos, 2011

Dá-me uma pinguinha de água
Que eu venho morrendo à sede
Ó amor donde venho
Não vejo uma folha verde

Oliveiras, oliveiras
Oliveiras, olivais
Por muito que tu me queiras
Eu ainda te quero mais

Não há amor como o primeiro
Este que agora tenho
É leal e verdadeiro

Agostinho Silva
Santana do Campo, 2011



Adeus vila do Cano
Tu não és vila nem cidade
És uma vila garrida
Amor, nossa amizade
Não tem peso nem medida

Capinha mais capinha, e capinha do mesmo pano, se não lhe disser, não adivinha daqui a um ano. R: Cebola

Menina vamos pra cama
Fazer o que Deus mandou (i.e. dormir).
Junta-se pêlo com pêlo (i.e. pestanas)
E a menina por baixo ficou (i.e. Meninas dos olhos)

António Vieira
Ilhas, 2011



Na Aldeia da Serrinha morava um sapateiro que tinha três filhas. Um dia o príncipe foi ter com ele e pediu-lhe a filha mais velha em casamento. Como era o príncipe, nem o sapateiro nem a filha podiam recusar tal pretensão. Logo se realizou o casamento, mas sem saberem que o príncipe tinha um encanto na noite do casamento - o príncipe transformou-se em lagarto. Ela, ao vê-lo transformado em lagarto disse-lhe: - Deita-te aí no chão lagarto, que tu nem cama mereces. De manhã quando se levantaram o príncipe matou-a e foi ter com o sapateiro pedir-lhe a filha do meio. O sapateiro e a filha não podiam recusar tal pedido e lá se casaram e a cena repetiu-se. O príncipe voltou a pedir ao sapateiro a filha mais nova e o casamento realizou-se. Mas esta, quando o príncipe se transformou em lagarto disse-lhe: - Anda cá lagartinho que eu ponho-te aqui no meu colinho - e levou o lagarto com ela para a cama. De manhã quando se levantaram, com o príncipe já transformado em príncipe, ele disse-lhe que se ela alguma vez descobrisse o encanto dele a alguém, só já o ia encontrar em Penas de Água de Luto, já casado com outra mulher.



O que é que se pode apanhar sem lhe mexer? R: Susto

Tem pernas e não anda mas precisa de pernas para andar. R: Calças

Manual das 20 ovelhas: Para serem 20 têm que ser estas, outras tantas como estas e mais metade destas. Quantas ovelhas são? R: 8 ($8+8+4=20$)

Dois comboios partiram ao mesmo tempo:

Lisboa-Beja=200Km/h

Beja-Lisboa=100Km/h

Quando passaram um pelo outro qual é que estava mais perto de Lisboa? R: Estavam à mesma distância

Manuel Correia
Ilhas de Arraiolos, 2011

Está nos altos pendentos, abre a boca, caem-lhe os dentes. O que é? R: Pinha

Verde foi meu nascimento
E de luto me vesti
Para dar luz ao mundo
Mil tremendos padeci.
R: Azeitona

Uma senhora muito assenhorada, está sempre em casa mas toda molhada. R: Língua

Tem barbas e não é homem, tem dentes mas não come.
R: Alho

Qual é coisa qual é ela
Que é como um fole
Numas partes duro, numas mole
É terrestre e marinho
Duro no lombo, macio no focinho
R: Cágado

Alto está, alto mora
Todos o vêem, ninguém o adora. R: Sino



Cândida Parrochinha
Arraiolos, 2011

Passaram-se alguns anos e ela um dia contou à mãe o encanto do príncipe e a partir daí ela nunca mais o viu. Resolveu ir correr mundo à procura de Penas de Água de Luto e foi ter à casa da Lua, mas ela não estava e a sua mãe disse-lhe que a filha estava quase a chegar. Quando a lua chegou disse à mãe: - Cheira-me aqui a carne humana. E a mãe contou-lhe que estava ali uma senhora à procura de Penas de Água de Luto, se ela sabia onde era. A Lua disse que não sabia, mas deu-lhe uma romã de ouro e a senhora seguiu o caminho e foi ter à casa do Sol. Bateu à porta, mas o Sol não estava e a mãe disse-lhe que o Sol não se demorava. Quando o Sol chegou disse à mãe: - Cheira-me aqui a carne humana. E a mãe disse-lhe que estava ali uma senhora à procura de Penas de Água de Luto, se ele sabia onde era. O sol disse que não sabia, mas deu-lhe uma maçã de ouro e a senhora lá seguiu à procura de Penas de Água de Luto. Caminhando foi ter a casa do Vento. O Vento não estava e a mãe disse-lhe que o filho não se demorava.

Quando o Vento chegou disse à mãe: - Cheira-me aqui a carne humana. E a mãe disse-lhe que estava ali uma senhora à procura de Penas de Água de Luto, se ele sabia onde era. O Vento disse que não sabia, mas que a senhora ficasse ali, porque de manhã ele ia descobrir onde era. De manhã quando se levantaram, o Vento deu à senhora uma pêra de ouro e disse-lhe: - Escarrancha-te aqui no meu pescoço, segura-te aqui às minhas barbas e vamos encontrar Penas de Água de Luto. Assim foi, o Vento abalou por ali a fora com grande velocidade arrastando tudo o que encontrava no caminho, até que chegou a uma terra onde partia tudo: portas, janelas, árvores...uma senhora reclamou, que ainda não tinha vindo a Penas de Água de Luto um vento tão estonteado. Então o vento disse-lhe: - Já ouviste, é aqui Penas de Água de Luto. Assim, a senhora ficou ali à procura do príncipe e encontrou a mulher que estava casada com ele. Começou a negociar com ela para a deixar dormir com o marido. A principio a mulher não estava de acordo, mas depois de ela lhe oferecer uma romã de ouro tão bonita e valiosa ela concordou, mas com uma condição: - Eu deito-me primeiro para ele não saber que você que está lá deitada. E assim foi. A mulher do príncipe deu-lhe uma dormideira e o ele deixou-se dormir. Ela e o criado levaram-no



para a cama. Então a mulher disse: - Ai tanto que eu tenho andado e por todo o mundo procurado e só aqui te encontras e

nem importância me dás. No outro dia ela deu a maçã de ouro à mulher para dormir novamente com o príncipe. No dia a seguir entregou a pêra de ouro que o vento lhe tinha dado e lá se foi deitar outra vez com ela. Mas o príncipe já andava desconfiado, pois já não se lembrava de se deitar há dois dias e fingiu que estava a dormir. A mulher achou que era o efeito dos dias anteriores e não lhe deu a dormideira e quando o deitou a mulher voltou a dizer-lhe o mesmo: - Ai tanto que eu tenho andado e por todo o mundo procurado e só em Penas de Água de Luto te encontras e nem importância me dás. O príncipe, que não dormia, ao ouvir aquilo acendeu a luz e verificou que aquela era a primeira mulher com quem tinha casado. Chamou a mulher actual e um filho que já tinha com ela e gerou-se uma grande discussão, pois havia duas mulheres a pretender o príncipe. Este para resolver a questão perguntou ao filho qual era a sopa que gostava mais. O filho respondeu que era da primeira porque as outras já lhe sabiam todas ao mesmo. Então esta é a minha primeira mulher, com quem casei pela primeira vez, é com esta que eu fico. Assim lá ficaram os três: o príncipe, o filho e a primeira mulher. E ainda hoje lá estão a viver felizes e contentes.

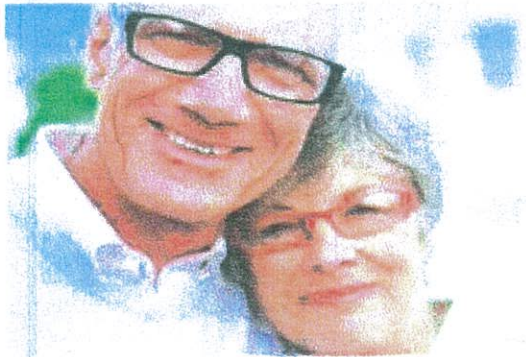
Manuel Correia
Ilhas de Arraiolos, 2011

ANEXO L – Convite às Instituições de Apoio à Terceira Idade para o Encontro do
Envelhecimento Activo

ENVELHECIMENTO ACTIVO

“...Ser idoso, é ter um sorriso meigo e ternura no olhar. É ter orgulho em ter chegado a essa bela idade, a idade do saber e do conhecimento...”

Ana Paula Horta *in* Jornal de Nisa



Mestrado em Enfermagem Comunitária
Ensino Clínico II
Setembro 2011—Fevereiro 2012



Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo
Central 1
Centro de Saúde de Arraiolos
UCC de Arraiolos

Com o apoio:



Câmara Municipal
de Arraiolos



Santa Casa da Misericórdia de
Arraiolos
Serviço de Apoio Domiciliário



Grupo de Teatro Amador de
Arraiolos
“Dupla Personalidade”

Projecto de Intervenção
Comunitária

1º Encontro de Envelhecimento Activo
Pequenos Prazeres para Melhorar a
Saúde



Centro de Saúde de Arraiolos
Unidade de Cuidados na Comunidade de
Arraiolos
Tlf: 266499124
Tlm: 962604885

Envelhecimento Activo

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), o Envelhecimento Activo pode ser entendido como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Envelhecer com o máximo de saúde, autonomia e independência tornou-se um dos principais objetivos dos nossos dias, que só poderá ser atingido através da colaboração estreita entre vários sectores da sociedade, nomeadamente a saúde.



Para a promoção do Envelhecimento Activo, existem diversas áreas nas quais podemos intervir: exercício físico, sexualidade e afectos, relação com os outros, manutenção da segurança, alimentação e mente são entre outras.

Nesta fase, foram realizadas actividades em duas dessas grandes áreas:

EXERCÍCIO FÍSICO



RELAÇÃO COM OS OUTROS



DIA 2 DE FEVEREIRO DE 2012 ÀS 14:00h

**APRESENTAÇÃO/DIVULGAÇÃO DO PROJECTO
SEGUIDO DE BAILE**

NO MULTIUSOS DE ARRAIOLOS

VENHA DIVERTIR-SE!!!

CONVITE

A Unidades de Cuidados na Comunidades de Arraiolos tem o prazer de convidar V.Ex.a a participar no 1º Encontro de Envelhecimento Activo que se realizará no dia 2 de Fevereiro de 2012 pelas 14:00H no Multiusos de Arraiolos.

Agradecemos confirmação do número de pessoas até ao dia 30 de Janeiro de 2012.

A Coordenadora da UCC Arraiolos

ISAURA SERRA
COORDENADORA
UGC ARRAIOLOS

Nota: O transporte dos utentes será da responsabilidade de cada instituição.

ANEXO M – *Powerpoint* utilizado para apresentação/divulgação dos resultados do projecto no Encontro do Envelhecimento Activo





ENVELHECIMENTO ACTIVO





Fevereiro 2012

O QUE É?

- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2002) o Envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.



ÁREAS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIAS

- EXERCÍCIO FÍSICO 
- RELAÇÃO COM OS OUTROS 

ACTIVIDADES REALIZADAS

- Caminhada/Classes de movimento;
- Campeonato de Jogos Tradicionais;
- Recolha de anedotas/adivinhas/provérbios e realização de brochura;
- Demonstração na festa de Natal da SCM de Arraiolos;
- 1º Encontro do Envelhecimento Activo/Baile

Caminhada no circuito de manutenção de Arraiolos



Caminhada no circuito de manutenção de Arraiolos



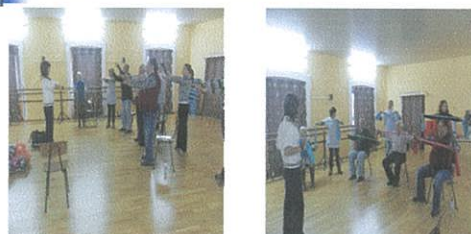
Caminhada no circuito de manutenção de Arraiolos



Caminhada no circuito de manutenção de Arraiolos



Classes de movimento



Classes de movimento



Classes de movimento



Classes de movimento



Classes de movimento



Classes de movimento



Campeonato de Jogos Tradicionais



Campeonato de Jogos Tradicionais



Campeonato de Jogos Tradicionais



Campeonato de Jogos Tradicionais



The first photograph shows a group of people gathered in an outdoor area with a white building in the background. A person in the foreground is holding a white object, possibly a ball or a piece of equipment. The second photograph shows a group of people standing in a line outdoors, with a white building in the background.

Campeonato de Jogos Tradicionais



The first photograph shows a group of people standing in a line outdoors, with a white building in the background. The second photograph shows a group of people standing in a line outdoors, with a white building in the background.

Campeonato de Jogos Tradicionais



The first photograph shows a group of people standing in a line outdoors, with a white building in the background. The second photograph shows a group of people sitting at a table indoors, possibly participating in a game or social activity.

Campeonato de Jogos Tradicionais




The first photograph shows a group of people standing in a line outdoors, with a white building in the background. The second photograph shows a group of people sitting at a table indoors, possibly participating in a game or social activity.

Festa de Natal da SCM de Arraiolos



The first photograph shows a group of people standing in a line indoors, possibly participating in a game or social activity. The second photograph shows a group of people standing in a line indoors, possibly participating in a game or social activity.

Festa de Natal da SCM de Arraiolos



The first photograph shows a group of people standing in a line indoors, possibly participating in a game or social activity. The second photograph shows a group of people standing in a line indoors, possibly participating in a game or social activity.

Festa de Natal da SCM de Arraiolos



Festa de Natal da SCM de Arraiolos



1º ENCONTRO DO ENVELHECIMENTO ACTIVO
Fevereiro 2012

NO 2º ENCONTRO ESPERO
MOSTRAR FOTOGRAFIAS DAS
ACTIVIDADES REALIZADAS POR
TODOS VÓS...

MUITO OBRIGADO!!!

ANEXO N – Diapositivo utilizado para dinamizar a “Brainstorming”

ENVELHECIMENTO ACTIVO

SEXUALIDADE/
AFECTOS

EXERCICIO FISICO

MENTE SÃ

OUTRAS IDEIAS??

RELAÇÃO COM OS
OUTROS

ALIMENTAÇÃO

SEGURANÇA



ANEXO O – Guião das entrevistas realizadas aos informadores-chave e respectivo
Consentimento Informado

Guião da Entrevista

Identificação do Informador-chave:

Idade _____

Sexo _____

Função desempenhada _____

Tempo de experiência _____

Área temática: Envelhecimento activo

Objectivos da entrevista:

- ❖ Obter o consentimento informado para a realização e gravação da entrevista;
- ❖ Elucidar os entrevistados acerca dos objectivos do projecto;
- ❖ Avaliar a proximidade do entrevistado à população em estudo;
- ❖ Identificar áreas prioritárias de intervenção no âmbito do envelhecimento activo;
- ❖ Auferir a adesão dos utentes e dos funcionários a actividades lúdicas anteriormente organizadas pela Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos;
- ❖ Avaliar a capacidade da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos enquanto parceira do projecto, nomeadamente em termos de recursos económicos/materiais, físicos e humanos.

Objectivos específicos e estratégias:

Designação dos blocos	Objectivos específicos	Formulário de questões	Observações
- Legitimação e esclarecimento dos objectivos da entrevista; - Breve abordagem	- Esclarecer os objectivos da entrevista; - Abordar de forma breve o projecto em	- Apresentação dos intervenientes na entrevista; - De uma forma geral, qual a sua	

do projecto.	<p>questão, bem como os objectivos do mesmo;</p> <p>- Recolher a opinião do entrevistado acerca do projecto.</p>	opinião acerca deste projecto?	
- Relação do entrevistado com a população-alvo.	- Avaliar a proximidade do entrevistado à população em estudo.	<p>- Com que frequência visita os utentes do SAD?</p> <p>- Qual o tipo de contacto que mantém com os utentes?</p> <p>- De que forma chegam até si informações pertinentes acerca dos utentes?</p>	
- Áreas prioritárias de intervenção.	- Identificar áreas prioritárias de intervenção no âmbito do envelhecimento activo;	<p>- O que significa para si envelhecimento activo?</p> <p>- Dentro das áreas de intervenção para a promoção de um envelhecimento activo, quais considera prioritárias nos utentes do SAD (exercício físico, sexualidade, relação com os outros,</p>	

		manutenção da segurança, alimentação, mentesã, outras)?	
- Adesão dos utentes e funcionários às actividades promovidas pela SCM de Arraiolos.	- Auferir a adesão dos utentes a actividades lúdicas anteriormente organizadas pela Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos.	- Com que frequência organizam actividades recreativas com os utentes do SAD? - Têm um plano de actividades para cada ano? Quem colabora na elaboração desse plano? - Qual a adesão dos utentes e dos funcionários às actividades e encontros organizados?	
- SCM de Arraiolos como parceiro comunitário.	- Avaliar até que ponto a Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos pode ser tida como parceira em termos de recursos económicos, físicos e humanos.	- Posso contar com o apoio da SCM de Arraiolos para o desenvolvimento deste projecto? Em que termos posso contar com esse apoio?	

Pedido de autorização para realização e gravação da entrevista

No âmbito do curso de Especialização/Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora está a ser desenvolvido um Projecto de Intervenção Comunitária que tem como população-alvo os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos. Este projecto tem Área Temática a Promoção de um Envelhecimento Activo, e visa desenvolver com os idosos algumas actividades com o objectivo de promover a actividade física e interacção social. Para proceder a um correcto diagnóstico da situação, de forma a intervir nas áreas prioritárias, considereei pertinente a realização de entrevistas a informadores-chave. Venho por este meio solicitar a realização da referida entrevista, bem como a gravação da mesma.

Autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) realizar e gravar a entrevista solicitada.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura

ANEXO P – Transcrição das entrevistas realizadas

acho que estes projectos...fiquei muito contente por saber que havia alguém que estava interessado em apostar em termos académicos e não só nesta área. Fico muito esperançosa que após a parte académica que as coisas possam ganhar outro sentido em Arraiolos porque acho que a 3ª idade tem que ser vista não só pela prestação de cuidados básicos, mas também tem que se olhar para 3ª idade para potenciar outras capacidades e outras forma de estar em vez de esperar unicamente e exclusivamente que sejam prestados os cuidados básicos. A parte da mobilidade, motricidade e do exercício físico é fundamental. Daí a minha grande alegria e satisfação quando tive conhecimento do projecto. Acho que é uma área que para mim com estes anos de experiência, sempre foi muito querida se bem que, muito ingrata porque nunca houve ninguém que a explorasse. Não sei se respondi à questão.

Sim. Considera portanto que este projecto é uma mais valia para o SAD e que pode realmente funcionar de uma forma positiva.

Completamente. É muito importante para o SAD enquanto serviço, para os utentes, para as famílias e em ultima análise para a comunidade, porque acho que pode também começar aos poucos por mudar mentalidades e posturas relativamente ao envelhecimento. Não é vermos o envelhecimento como quase uma espada sobre a cabeça ou como a última etapa de uma forma muito precária mas olhar para essa última etapa da vida de uma forma proactiva e acho que isso é extremamente importante.

Com que frequência visita os utentes do SAD?

Bom, neste momento o total de utentes em AD (Apoio Domiciliário) são 54, em ADI (Apoio Domiciliário Integrado) são 25, o que perfaz um total de quase 80 utentes. Enquanto directora técnica tenho muito pouco tempo para fazer visitas domiciliárias porque existe a parte das ajudantes familiares que prestam os cuidados aos utentes, a parte da cozinha e da lavandaria, e depois existo eu que enquanto Directora Técnica coordeno a valência e faço tudo. A parte burocrática de um serviço desta natureza exige-nos quase 100% do nosso tempo, o que infelizmente me deixa com pouca disponibilidade para fazer as visitas que gostava e acima de tudo que acho necessárias fazer. As visitas que eu faço são visitas de avaliação de situações. Eu, neste momento, não tenho tempo para simplesmente ir visitar um utente, para estar

Entrevista à Directora Técnica do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos (SCM), Dr.^a Cristina Nunes realizada no dia 7 de Julho 2011:

(Entrevista 1 – E1)

Mestranda - No âmbito do curso de Especialização/Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora está a ser desenvolvido um Projecto de Intervenção Comunitária que tem como população-alvo os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos. Este projecto tem Área Temática a Promoção de um Envelhecimento Activo, e visa desenvolver com os idosos algumas actividades com o objectivo de promover a actividade física e interacção social. Para proceder a um correcto diagnóstico da situação, de forma a intervir nas áreas prioritárias, considereei pertinente a realização de entrevistas a informadores-chave. Venho por este meio solicitar a realização da referida entrevista, bem como a gravação da mesma. Deste modo, peço-lhe que me diga se autoriza ou não a realização e gravação da entrevista.

Dr.^a Cristina – Sim, autorizo.

Idade: 37

Sexo: Feminino

Função desempenhada: Directora Técnica do SAD da SCM de Arraiolos

Tempo de experiência: Desde 2004. Há 7 anos sensivelmente

De uma forma geral, qual a sua opinião acerca deste projecto, uma vez que já teve contacto com ele e informações acerca dele?

Relativamente a este projecto acho que no âmbito da terceira idade e nos serviços de apoio à 3^a idade, se bem que o SAD não seja totalmente direccionado para a 3^a idade, mas dado o contexto em que nos inserimos, 99% da nossa população é idosa. Eu

um bocadinho e falar. Eu não faço visitas periódicas, elas são única e exclusivamente para avaliar situações.

Qual o tipo de contacto que mantém com os utentes?

O tipo de contacto que eu mantenho com os utentes, embora eles tenham presente a figura da Dr.^a Cristina, porque sempre que é preciso contactá-los telefono ou contacto-os por informação escrita. Têm presente a figura da Dr.^a Cristina, mas não de forma presencial pelas razões que acabei de expor mas faço questão sempre que há uma actividade lúdica de estar presente. É uma forma que tenho de poder estar com grande parte dos utentes. Deste modo, o contacto presencial que mantenho com eles é pontual.

De que forma chegam até si informações pertinentes acerca dos utentes?

Maioritariamente através de feedback das ajudantes familiares. Elas contactam com os utentes diariamente, por vezes mais que uma vez por dia e sempre que existe alguma questão, são elas que me transmitem, isto em mais de 90% das situações. Sou contactada também pelos familiares, pelos próprios e num caso ou outro por vizinhos ou outras redes sociais.

O que significa para si envelhecimento activo?

Para mim, envelhecimento activo é todo aquele envelhecimento que, de uma forma básica e rudimentar, neste momento não existe. Actualmente, acho que estamos a defender e provavelmente até incentivar o envelhecimento passivo, ou seja, as pessoas chegam a um ponto em que porque já não produzem ou porque na lógica economicista actual não são úteis, ficam em casa ou vão para alguma instituição para envelhecer. A dimensão do idoso, actualmente, é muito linear no nosso país e em países similares ao nosso. Para mim, o envelhecimento activo é todo aquele que potencia as capacidades dos idosos que não têm de ser capacidades produtivas, que o individuo porque já chegou a uma determinada faixa etária e que por isso já não tem a mesma agilidade física e intelectual, mas continua a ter capacidades e que podem e devem ser exploradas porque um individuo porque envelhece não deixa de ser uma pessoa e uma pessoa tem várias dimensões. Envelhecimento activo quanto a mim é o explorar e dotar o idoso, potenciando capacidades e ao mesmo tempo fazer com que o idoso ou a pessoa que está a envelhecer se aperceba dessas capacidades porque

muitas das vezes o idoso tem uma série de capacidades mas não se apercebe que as tem ainda e se não houver nenhum elemento exterior que lhe passe essa certeza, vai continuar a pensar que está ali à espera do fim. Basicamente é isso que penso acerca do envelhecimento activo.

Dentro das áreas de intervenção para a promoção de um envelhecimento activo, quais considera prioritárias nos utentes do SAD (exercício físico, sexualidade, relação com os outros, manutenção da segurança, alimentação, mente sã, outras)?

O exercício físico sem dúvida, a relação com os outros, a alimentação e a mente sã, porque em última análise se conseguirmos chegar a todas as que eu referi, teremos de certeza uma mente sã. A alimentação é importantíssima porque vivemos numa zona em que há hábitos alimentares muito enraizados e que são, de uma forma simpática, pouco amigos da saúde. É muito difícil que esta parte cultural fique esquecida prejudicando a saúde. Por exemplo, explicarmos ao utente que sofre de problemas cardíacos, hipertensão arterial, que não pode comer tomatada é muito complicado.

Com que frequência organizam actividades recreativas com os utentes do SAD?

Relativamente à questão das actividades nós tentamos ao máximo integrar as actividades de outras instituições do concelho, porque não temos capacidade para promovermos actividades sozinhos, pelo menos, as que gostaríamos. Durante o ano há sempre aquelas alturas clássicas das actividades: carnaval, festa da espiga, marchas populares em tempos e agora o arraial popular, mês do idoso, S. Martinho e o Natal. Anualmente, a SCM oferece uma viagem aos utentes do SAD. O que fazemos é auscultar junto dos utentes qual o destino que preferem para visitar e fazemos uma saída conjunta. Quando digo conjunta, são os utentes todos (capazes), as funcionárias e dirigentes.

Têm um plano de actividades para cada ano? Quem colabora na elaboração desse plano?

Temos. Quem faz o plano sou eu em conjunto com as ajudantes familiares que por sua vez fazem auscultação junto dos utentes. Por exemplo, tentamos sempre que nesse plano, para além de aproveitarmos as actividades do concelho, que haja

algumas sessões de formação e sensibilização dos utentes, família e até dos funcionários. Este ano, por exemplo, as sessões que organizamos foram direccionadas ao grupo de trabalho, mas já houve anos em que as sessões que planeamos foram dedicadas aos utentes, nas quais as funcionárias perguntaram aos utentes as dúvidas que tinham para que depois pudéssemos elaborar o plano.

Nesse plano, estão também estipuladas as actividades lúdicas que vão ser feitas ao longo do ano? Sim

E são também vocês que fazem esse plano? Sim

Qual a adesão dos utentes e dos funcionários às actividades e encontros organizados?

Relativamente à adesão das funcionárias é muito fácil avançar com números, 100%. Relativamente aos utentes depende das actividades. Não temos um animador social, temos agora um em estágio, o que eu acho extremamente importante porque acho que a dimensão deste serviço, embora se trabalhe muito no âmbito da prestação de cuidados, mas não nos podemos esquecer da outra parte: a da mente sã, da parte lúdica, do convívio, da relação com os outros, do que está para além dos cuidados primários é extremamente importante porque senão é como se estivéssemos a tratar de uma pessoa na parte mais básica e esquecemo-nos da parte que às vezes é mais importante. Porque não temos um técnico com a formação devida que nos possa dar apoio nessa área. As nossas actividades não são muito criativas nem muito construtivas porque não temos capacidade logística para as fazer. De qualquer forma, os utentes, de uma forma geral, colaboram bem e são muito receptivos. Estamos a falar dos utentes do AD que são os que têm mais capacidades para esse tipo de actividades. Depende muito das actividades. Se falarmos das sessões referidas há pouco, provavelmente o número é menor do que no tal passeio anual ou numa actividade com baile, lanche, etc. É diferente mas regra geral a adesão é francamente positiva. Depois há outra questão e por isso é que não consigo avaliar correctamente o que me está a perguntar porque a SCM não tem capacidade logística para transporte de utentes, que mesmo estando em AD estão numa situação mais debilitada porque não dispomos de carrinhas equipadas para cadeiras de rodas. O

nosso quadro de pessoal é reduzido. Provavelmente, se tivéssemos todas as condições logísticas para proporcionar a todos os utentes, o número seria maior. Não sei. Devido a estes constrangimentos logísticos, as actividades são sempre direccionadas para utentes autónomos ou semi-autónomos. Temos utentes com dificuldade na mobilidade mas capazes de integrar as actividades mas como não temos condições de transporte ou quadro de pessoal suficiente, estes não participam. Regra geral, a adesão é francamente positiva.

Posso contar com o apoio da SCM de Arraiolos para o desenvolvimento deste projecto? Em que termos posso contar com esse apoio?

Pode com certeza e em todos os termos. Eu explico porquê. Para mim foi uma grande surpresa, alegria e satisfação ter surgido este projecto por todas as razões que já tive oportunidade de expor. Quanto a mim, estarei disponível para aquilo que necessitar. Porque o que precisar vai ser para nosso bem. O trabalho em equipa é sempre positivo e quando os interesses e objectivos são os mesmos, é sempre de apoiar e é uma honra.

Obrigado pela sua colaboração.

**Entrevista ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos (SCM), Sr.
Luís Chinelo, realizada no dia 11 de Julho 2011:**

(Entrevista 2 – E2)

Mestranda - No âmbito do curso de Especialização/Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora está a ser desenvolvido um Projecto de Intervenção Comunitária que tem como população-alvo os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos. Este projecto tem Área Temática a Promoção de um Envelhecimento Activo, e visa desenvolver com os idosos algumas actividades com o objectivo de promover a actividade física e interacção social. Para proceder a um correcto diagnóstico da situação, de forma a intervir nas áreas prioritárias, considerei pertinente a realização de entrevistas a informadores-chave. Venho por este meio solicitar a realização da referida entrevista, bem como a gravação da mesma. Deste modo, peço-lhe que me diga se autoriza ou não a realização e gravação da entrevista.

Sr. Luís – Sim, autorizo.

Idade: 65

Sexo: Masculino

Função desempenhada: Provedor da SCM de Arraiolos

Tempo de experiência: 4 anos

De uma forma geral, qual a sua opinião acerca deste projecto, uma vez que já teve contacto com ele e informações acerca dele?

É um projecto com muito interesse e muito actual, na medida em que neste momento tudo o que se possa fazer com os idosos é sempre bem-vindo. Os idosos neste momento estão a atravessar uma fase bastante difícil em todos os aspectos, tanto a nível das circunstâncias que atravessamos no nosso país, como a nível do processo

de envelhecimento que se tem revelado bastante complicado. Nós (SCM) praticamente somos os familiares dos nossos idosos devido ao isolamento a que eles estão sujeitos. Neste momento encontramos idosos que até estão mais ou menos mas que estão extremamente sós, passam dias e dias sem ninguém lhes chegar perto. Para além disso, não consigo conceber a ideia de que os idosos passem um dia inteiro sentados numa cadeira, em casa ou no centro de dia. Além dos cuidados básicos, há outro aspecto que considero muito importante que é toda a parte motora. Havia de se fazer qualquer coisa, movimentá-los, fazer exercícios que era fundamental. Se o seu trabalho visar esta área penso que é importantíssimo e realmente é muito bem-vindo.

Com que frequência visita os utentes do SAD?

Com aqueles que já conheço há muitos anos tenho um contacto próximo. O conhecimento que tenho dos restantes é através dos nossos técnicos. O meu contacto não é directo com eles, mas através dos funcionários que me informam.

Qual o tipo de contacto que mantém com os utentes?

O contacto que tenho é através dos técnicos. No entanto, vivemos numa população pequena e muitos dos nossos utentes conheço-os, cruço-me com eles durante o dia na rua e com frequência converso com eles durante esses encontros. Em termos técnicos é através da hierarquia da instituição.

De que forma chegam até si informações pertinentes acerca dos utentes?

É durante as reuniões que tenho regularmente com todos os técnicos, essencialmente com a responsável técnica do SAD que tomo conhecimento das situações. Muitas vezes também através das conversas com os idosos ou com amigos que conheçam outros idosos.

O que significa para si envelhecimento activo?

É um problema. De qualquer das formas, penso que há muita coisa a fazer para que não haja um envelhecimento dentro de quatro paredes e para que este possa, de alguma forma ser aligeirado. Penso que se houver apoio e acompanhamento pelas diversas estruturas da comunidade podemos percorrer o caminho do envelhecimento de uma forma mais suave, promovendo um envelhecimento mais saudável.

Dentro das áreas de intervenção para a promoção de um envelhecimento activo, quais considera prioritárias nos utentes do SAD (exercício físico, sexualidade, relação com os outros, manutenção da segurança, alimentação, mente sã, outras)?

Todas elas têm bastante importância. No entanto, destaco a importância do exercício físico, alimentação e relação com os outros. Nós, SCM tentamos que haja ao longo do ano convívio entre os nossos idosos. O exercício físico é fundamental, ver um idoso sentado numa cadeira é inadmissível. Acho que enquanto houver possibilidade devemos fazer tudo para que eles continuem a dar uns passos. A alimentação, embora muito importante, é uma área na qual é difícil intervir, porque os nossos idosos foram pessoas que se habituaram às sopas de pão. Quando não se levam as sopas de pão, os idosos começam a rejeitar a alimentação. Eles adoram aquela comida tradicional.

Com que frequência organizam actividades recreativas com os utentes do SAD?

Procuramos durante o ano desenvolver actividades no carnaval, festa da espiga, Páscoa, S. Martinho e o Natal, para além da viagem anual que costumamos fazer. No entanto, nem tudo se pode fazer porque eles rejeitam devido às dificuldades de locomoção. Nos santos populares organizamos uma actividade em que durante o ano os idosos fizeram as flores de papel e os enfeites para a festa, mantendo-os ocupados. Penso que este tipo de acções é muito importante porque mantém os idosos ocupados e isso é fundamental.

Têm um plano de actividades para cada ano? Quem colabora na elaboração desse plano?

Sim. Elaborado por todos os técnicos da SCM. Procuramos dar seguimento ao plano de actividades anual.

Qual a adesão dos utentes e dos funcionários às actividades e encontros organizados?

A adesão não é 100%, porque é muito complicado chegar a esses números, mas anda lá muito perto. Os idosos por norma aderem às actividades, porque é uma forma de

estarem acompanhados. Normalmente aceitam de bom grado qualquer actividade organizada.

Posso contar com o apoio da SCM de Arraiolos para o desenvolvimento deste projecto? Em que termos posso contar com esse apoio?

Eu penso que estes projectos são sempre bem-vindos. Tudo o que tiver a fazer nesta área, pode contar inteiramente com a nossa instituição.

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO Q – Inquérito de satisfação



INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO

O envelhecimento da população tornou-se num fenómeno cada vez mais preocupante na sociedade actual. O aumento da esperança média de vida, bem como o avanço da tecnologia no que diz respeito à medicina, deram origem a um aumento da população idosa cada vez mais com doenças crónicas que causam dependência e gastos em saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2002) o Envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

A população seleccionada para a implementação deste projecto é constituída pelos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Arraiolos. Pretende-se com este projecto a promoção de um Envelhecimento Activo, potenciando e aproveitando capacidades muitas vezes descuradas. De acordo com o diagnóstico de situação efectuado, as áreas de intervenção prioritárias são o exercício físico e a relação com os outros.

O presente inquérito tem como objectivo avaliar o grau de satisfação dos utentes em relação às actividades realizadas.

Idade: _____

Sexo: _____

Localidade: _____

1. Em quantas actividades participou? ____ Quais? (Assinale com um circulo)

- a) Classe de movimento;
- b) Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios;
- c) Campeonato jogos tradicionais;
- d) Demonstração da classe de movimento na festa de Natal;
- e) Encontro/Baile.

2. Em qual (ou quais) das actividades gostou mais de participar? (Assinale com um círculo)

- a) Classe de movimento;
- b) Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios;
- c) Campeonato jogos tradicionais;
- d) Demonstração da classe de movimento na festa de Natal;
- e) Encontro/Baile.

Nas questões seguintes, deverá classificar cada uma delas utilizando a escala abaixo, de acordo com o seu grau de satisfação em relação a cada actividade, assinalando com um círculo o número correspondente.

1	2	3	4	5
Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

3. Em relação à organização, como se sente em relação a cada actividade?

Classe de movimento	1	2	3	4	5
Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios	1	2	3	4	5
Campeonato de jogos tradicionais	1	2	3	4	5
Demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCM	1	2	3	4	5
Encontro/Baile	1	2	3	4	5

4. Como avalia a forma como decorreu cada actividade?

Classe de movimento	1	2	3	4	5
Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios	1	2	3	4	5
Campeonato de jogos tradicionais	1	2	3	4	5
Demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCM	1	2	3	4	5
Encontro/Baile	1	2	3	4	5

5. Em relação ao desempenho da organizadora das actividades, como o classifica?

Classe de movimento	1	2	3	4	5
Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios	1	2	3	4	5
Campeonato de jogos tradicionais	1	2	3	4	5
Demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCM	1	2	3	4	5
Encontro/Baile	1	2	3	4	5

6. De uma forma geral, como classifica as actividades realizadas?

Classe de movimento	1	2	3	4	5
Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios	1	2	3	4	5
Campeonato de jogos tradicionais	1	2	3	4	5
Demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCM	1	2	3	4	5
Encontro/Baile	1	2	3	4	5

ANEXO R – Cronograma de atividades

Cronograma de Actividades

Mês/Ano Dia	Set-2011	Out-2011	Nov-2011	Dez-2011	Jan-2012	Fev-2012
1			Green	Green		Blue
2			Green	Green		Blue
3		Yellow	Green			Blue
4		Yellow	Green			
5		Yellow				
6		Yellow				
7		Yellow	Pink			
8			Pink			
9			Pink		Green	
10		Yellow	Pink		Green	
11		Yellow	Pink		Green	
12		Yellow		Green	Green	
13		Yellow		Green	Green	
14		Yellow	Green	Green		
15			Green	Green		
16			Green	Green		
17		Green	Green			
18		Green	Green			
19		Green		Red		
20		Green		Red		
21		Green		Red		
22				Red		
23				Red	Green	
24					Green	
25					Green	
26	Yellow		Purple	Green	Green	
27	Yellow			Green	Green	
28	Yellow		Green	Green		
29	Yellow		Green	Green		
30	Yellow		Green	Green	Blue	
31		Green			Blue	

Legenda:

- Preparação da implementação do projecto
- Classes de movimento
- Recolha de adivinhas/anedotas/provérbios
- Campeonato de jogos tradicionais
- Demonstração da classe de movimento na festa de Natal da SCM de Arraiolos
- Encontro para apresentação dos resultados do projecto e das estratégias de *follow-up*

ANEXO S – Resumo dos resultados dos inquéritos de satisfação

ANEXO T – Notícia do projecto na página da Administração Regional de Saúde do
Alentejo



[Página Inicial](#)
[Mapa do Site](#)

[Notícias > Unidade de Cuidados na Comunidade de Arraiolos promove o envelhecimento activo](#)

15-02-2012

No âmbito da área de intervenção "Envelhecimento Activo", a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Arraiolos, tem vindo a desenvolver uma série de actividades direccionadas essencialmente para duas das dimensões do envelhecimento activo: exercício físico e relação com os outros.



A criação de uma classe de movimento sénior que funciona semanalmente e que participou na festa de Natal da Santa Casa da Misericórdia de Arraiolos, a realização de um campeonato de jogos tradicionais e a

recolha de histórias, adivinhas, anedotas e provérbios junto das pessoas, realizada com o apoio dos jovens do Grupo de Teatro Amador de Arraiolos "Dupla Personalidade", foram algumas das actividades realizadas e que têm como objectivo proporcionar aos idosos uma vida mais saudável e autónoma.

No dia 2 de fevereiro de 2012 realizou-se o 1º Encontro do envelhecimento activo, que contou com a participação dos utentes de todas as instituições de apoio à terceira idade do concelho

de Arraiolos e, no seu seguimento, irá realizar-se uma reunião com profissionais (fisioterapeuta, animador sociocultural, técnico de serviço social e/ou outros) de todas estas instituições, com o objectivo de garantir que estas actividades se repliquem por todas elas e que no final deste ano, assinalando o ano Europeu do Envelhecimento Activo, se realize um 2º Encontro, no qual cada instituição fará uma apresentação pública do resultado das actividades desenvolvidas.



Data limite para entrega do kit de amostra para o rastreio do cancro do cólon e recto

Rastreio do Cancro do Cólon e Recto no Alentejo

Levantamento da suspensão dos lotes de Vacinas RotaTeq e Prevenar



Eventos

Dia Mundial do Não Fumador em Montemor-o-Novo

Concurso "Conhecer a Diabetes"

UCC Monte Mor comemora o dia Mundial da diabetes

Serviços Online

[Livro de Reclamações](#)
[Portal do Utente](#)
[SGTD](#)

Inquéritos

[Avaliação do portal de Internet](#)

Publicações

[Boletim Informativo 3](#)
[Boletim Informativo 2](#)
[Intervenção Precoce](#)

NewsLetter

[Subscrever](#)
[Newsletters Anteriores](#)

Links Úteis

[ACSS](#)
[Alto Comissariado da Saúde](#)
[Direcção Geral da Saúde](#)
[Plano Estratégico do Baixo Carbono](#)
[Portal da Saúde](#)
[Portal do Cidadão](#)
[Unidade de Missão dos CCI](#)