



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**O Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde
Sénior - Um Projeto de Intervenção na
Comunidade**

Helena Margarida Caeiro Farinha

Orientação: Professora Doutora Maria Laurência Grou
Parreirinha Gemito

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**O Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde
Sénior – Um Projeto de Intervenção na
Comunidade**

Helena Margarida Caeiro Farinha

Orientação: Professora Doutora Maria Laurência Grou
Parreirinha Gemitto

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2016

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Laurência Parreirinha Grou pela constante disponibilidade,
pelo incentivo e pelo interesse na orientação do projeto.

À Enfermeira Ana Faleiro, pela sua disponibilidade, apoio, interesse, dedicação e pela
relação que construímos que facilitou sem dúvida todo o decorrer do projeto.

A toda a equipa da UCC de Viana do Alentejo, pela forma como me receberam e pela sua
colaboração neste projeto.

Ao professor de Educação física, responsável pelo Clube de saúde Sénior pelo seu apoio e
dedicação em todos os momentos, assim como, a todos os frequentadores do Clube de
Saúde Sénior que participaram gentilmente em todas as fases do projeto e pela forma
amistosa como me acolheram entre eles.

Aos meus colegas, por todos os momentos e constante apoio.

Aos meus Pais, pela sua presença, pelo seu suporte.

Ao Hugo, pela sua compreensão, e apoio incondicional.

A todos,

Muito Obrigada...

RESUMO

O Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde Sénior – Um Projeto de Intervenção na Comunidade

Tema e referencial teórico: Atendendo ao acentuado envelhecimento da população portuguesa, o enfermeiro assume um papel crucial na promoção do Envelhecimento Ativo na comunidade. Este projeto foi implementado numa Unidade Cuidados na Comunidade, num Clube de Saúde Sénior, tendo subjacente um diagnóstico da situação. Caracterizou-se a população alvo e identificaram-se os seus interesses, contribuindo para a elaboração do plano de atividades. **Objetivo:** Promover o Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde Sénior. **Metodologia:** Metodologia do Planeamento em Saúde. **Resultados:** A população alvo é constituída por 43 pessoas, maioritariamente mulheres idosas, com baixa escolaridade. Apesar de apresentarem défices quanto ao estado de saúde mental e na realização das atividades de vida, são maioritariamente independentes. O plano de atividades foi construído tendo em conta as sugestões recolhidas. **Conclusões:** Salienta-se a importância da promoção do Envelhecimento Ativo, como estratégia facilitadora da promoção da saúde, manutenção da independência e autonomia e participação ativa na comunidade.

Palavras-chave: Envelhecimento; Envelhecimento Ativo; Saúde; Capacitação; Comunidade.

ABSTRACT

The Active Ageing in Senior Health Club - An Intervention Project in the Community

Theme and Theoretical: Attending the accentuated aging of the Portuguese population, Nurses assume a key role in the promotion of active ageing in the community. This project was implemented in a Unit Care in the Community, more properly in a Senior Health Club, having underlying a diagnosis of the situation. The target population has been characterized and their interests have been identified, contributing, this way to the development of the Activity Plan. **Objective:** Promote active ageing in a Senior Health Club **Methodology:** Methodology of health planning. **Results:** The target population consists of 43 people, mostly elderly women, with low education. Despite having deficits in them state of health and mental in the realization of life activities, mostly they are independent. The Activities' Plan was built taking into a count the collected suggestions. **Conclusion:** It emphasizes the importance of active ageing promotion maintenance the independence and autonomy, and active participation on the community.

Key Words: Aging; Active Aging; Health; Training; Community

LISTA DE SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AHBVVA- Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários de Viana do Alentejo

CMVA- Câmara Municipal de Viana do Alentejo

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CSS- Clube de Saúde Sénior

ESESJD- Escola Superior de enfermagem São João de Deus de Évora

HTA- Hipertensão Arterial

IMC- Índice de Massa Corporal

MMSE- Mini Mental Satate Examination

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

	PAG.
1. INTRODUÇÃO	13
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	18
2.1 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	21
2.2 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	23
2.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	24
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	29
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO INCRITA NO CSS	29
3.2 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO ALVO	33
3.3 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO	35
3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO	37
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	38
4.1 OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	43
4.2 OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO	44
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	46
5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	46
5.2 METODOLOGIAS	65
5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	67
5.4 RECURSOS MATERIAS E HUMANOS ENVOLVIDOS	69
5.5 CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES DESENVOLVIDAS	70
5.6 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	71
5.7 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	72
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	73
6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS	73
6.2 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	78
6.3 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	79
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	81
8. CONCLUSÃO	83
9. REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	96

ÍNDICE DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO I- CONSENTIMENTO INFORMADO	97
ANEXO II- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	100
ANEXO III- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	103
ANEXO IV- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- CUIDADOS COM O FRIO	110
ANEXO V- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE- ALIMENTAÇÃO SAÚDÁVEL, EXERCÍCIO FÍSICO E OBESIDADE	114
ANEXO VI - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE-PRIMEIROS SOCORROS	118
ANEXO VII- ENCONTRO DE SAÚDE	122
ANEXO VIII- PLANO DE ACTIVIDADES PARA O CSS 2015/2016	129
ANEXO IX- CRONOGRAMA	134

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- CONCELHO DE VIANA DO ALENTEJO	PAG. 19
--	-------------------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PAG.
GRÁFICO 1- POPULAÇÃO DO CSS	29
GRÁFICO 2- IDADE DOS FREQUENTADORES DO CSS	30
GRÁFICO 3- ESTADO CIVIL DOS FREQUENTADORES DO CSS	31
GRÁFICO 4- NÍVEL DE EDUCAÇÃO DOS FREQUENTADORES DO CSS	32
GRÁFICO 5- TIPO DE HABITAÇÃO DOS FREQUENTADORES DO CSS	32
GRÁFICO 6- ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DOS FREQUENTADORES DO CSS	49
GRÁFICO 7- PERÍMETRO ABDOMINAL DOS FREQUENTADORES DO CSS	50
GRÁFICO 8- GLICÉMIA CAPILAR DOS FREQUENTADORES DO CSS	50
GRÁFICO 9- RESULTADOS DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)	51
GRÁFICO 10- RESULTADOS DO MMSE VS. NÍVEL DE ESCOLARIDADE	52
GRÁFICO 11- RESULTADOS MMSE VS. GÉNERO	52
GRÁFICO 12- RESULTADOS DO ÍNDICE DE BARTHEL	53
GRÁFICO 13- RESULTADOS DO ÍNDICE DE BARTHEL VS. IDADE DOS FREQUENTADORES DO CSS	54
GRÁFICO 14- RESULTADOS DA ESCALA DE LAWTON E BRODY	55
GRÁFICO 15- RESULTADOS DA ESCALA DE LAWTON E BRODY VS. IDADE DOS FREQUENTADORES DO CSS	55
GRÁFICO 16- RESULTADOS DA ESCALA GERIÁTRICA DA DEPRESSÃO	57
GRÁFICO 17- RESULTADOS DA ESCALA DA QUALIDADE DE VIDA DOS FREQUENTADORES DO CSS	59

ÍNDICE DE TABELAS

	PAG.
TABELA 1- POPULAÇÃO RESIDENTE POR GRUPOS ETÁRIOS	19
TABELA 2- INDICADORES DEMOGRAFICOS	20
TABELA 3- INDICADORES DEMOGRAFICOS DE ENVELHECIMENTO	20
TABELA 4- TABELA ORÇAMENTAL	72

“Envelhecer ontem... Ser Sénior hoje...

*Também envelheci ontem e sou sénior há quatro anos.
Não tem nada a ver.
Ontem envelheceste, ficaste em casa! Família, preocupações, filhos, netos, ocupação do
tempo, fazer sempre a mesma rotina do dia a dia...
até a saúde ficou debilitada.
O sénior hoje, envelhece na mesma, claro, o tempo passa...
Preocupa-se à mesma, com família, ocupa o tempo e faz a rotina do dia-a-dia na
mesma.
Mas tem colegas, sai de casa, junta-se com as amigas no café, tem aulas de história,
tem aulas de música, faz natação, teatro e imaginem só! Tem aulas de dança. Mas
como é possível Velhos a bailar?
Não! São os Séniores.
O rir faz bem à saúde e o que nós nos divertimos nas aulas de dança!!!
Compras uma blusa nova, uns sapatos, umas calças, um cachecol, um lenço.
Tens um motivo para mudares o visual.
Tens um motivo para saíres de casa.
Tens convívio.
Tens alegria.
Falam dos vossos problemas.
Falam até das asneiras que fazem.
Riem-se até porque usaste batom.
Compraste uns brincos novos.
Senteste-te mais rejuvenescida.
Senteste-te bem com a vida.
Esqueces-te dos anos que tens.
Fazes coisas que nunca fizeste.
Parece que voltaste à idade escolar...
E pensas...
Nasci cedo demais.
Mas...A vida é linda!”*

Maria Leonarda Madeira

(Aluna da Universidade Sénior de Portel)

1-INTRODUÇÃO

O envelhecimento foi desde sempre um motivo de reflexão do Homem. Ao longo dos tempos o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar e refletem o avanço ao nível de conhecimentos acerca da fisiologia e anatomia humana mas também de conhecimentos sobre a cultura e as relações sociais das várias épocas (Paúl, 2005).

O envelhecimento populacional é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual. Representa um dos maiores triunfos da Humanidade mas também o seu maior desafio (OMS, 2005). Nunca existiu um padrão típico de envelhecer e cada vez mais ressalta a diversidade de pessoas que vivenciam esta fase de vida, cada vez menos relacionada com características da sua idade cronológica mas sim, resultante de uma diversidade de fatores vivenciados ao longo do seu ciclo de vida e que influenciam todo o envelhecer (WHO, 2015).

Longe vai o tempo em que a idade parecia regular toda uma fase do ciclo de vida. A idade cronológica tinha de facto impacto quando se atingia a “idade idosa” na nossa sociedade e condicionava todo o viver da mesma.

O envelhecimento cronológico é progressivo e universal, faz parte do processo do desenvolvimento humano e é inerente a todo o ser vivo, já o envelhecimento biopsicológico surge como um reflexo do envelhecimento cronológico. Este último é de difícil delimitação em termos de idade, vivido por cada um de forma diferente e resultante das vivências pessoais, estilos de vida, genética e da própria sociedade em que se vive (Rosa, 2012).

Para muitos, o envelhecer é visto como um objetivo a atingir, para outros surge como um sentimento de medo e aversão a esta fase da vida e ao que lhe está associado (final de vida, morte, incapacidades e dependências).

Constata-se o acentuado e crescente envelhecimento da população a nível mundial e conseqüentemente da Europa. Segundo dados das Nações Unidas (2015) a média de idades da população mundial passou de 23.3 em 1985 para 29.6 em 2015. A Europa apresenta uma média de idades de 33.5 em 1985 e de 41.7 em 2015. Portugal não é exceção a esta realidade e em 1985 apresentava uma média de idades de 32.2 anos, passando em 2000 para 37.9 e em 2015 para 44 anos. Segundo as previsões das

Nações Unidas prevê-se que em 2050 a média de idades em Portugal possa chegar aos 50 anos.

É visível o envelhecimento demográfico de Portugal com uma população idosa de 19,15% e uma população jovem de 14,89%. Os índices demográficos apontam para o envelhecimento acelerado da população. Em 2011 Portugal regista um Índice de Envelhecimento de 127,84 sendo as Regiões Centro e Alentejo as mais envelhecidas, com índices de 163 e 178, respetivamente (INE, 2011).

Em Portugal, o início do processo de envelhecimento demográfico pode ser explicado pela emancipação social e pessoal da mulher verificando-se um grande controlo da natalidade e conseqüentemente baixas taxas de natalidade, também pela diminuição das taxas de mortalidade e de mortalidade infantil, devido aos progressos da medicina e das tecnologias e no caso específico de Portugal, pelos processos emigratórios verificados nos finais dos anos 50 (Rodrigues & Dias, 2012).

O envelhecimento demográfico na Região Alentejo é superior à média nacional, representado, em 2011, 24,2% da população, sendo a média nacional de 19,0% (INE, 2011).

É hoje notória uma preocupação com o fenómeno do envelhecimento demográfico que provoca, sem dúvida, impactos na sustentabilidade do país, não só em relação ao sistema de pensões, como também ao financiamento do sistema de saúde (Rodrigues & Dias, 2012).

Procuram-se novos modelos de resposta aos mais idosos tornando-se assim uma população alvo a nível social, académico e político. “ O envelhecimento demográfico lança um vasto conjunto de desafios e oportunidades às políticas sectoriais, sendo decisivo traduzir esta realidade numa maior abertura a novas práticas e a novos modelos.” Ainda “ a experiência, o saber e saber-fazer, a constatação dos efeitos perniciosos de uma inatividade abrupta e indesejada, entre outros, abrem desafios para o aprofundamento de modelos e de práticas de “envelhecimento em atividade”, aspecto central para uma sociedade mais justa e coesa” (Rodrigues & Dias 2012, p.187).

O envelhecimento em atividade, ou, envelhecimento ativo, implica uma alteração nas dinâmicas até hoje utilizadas, com um grupo que era facilmente delimitado cronologicamente. São necessárias medidas e intervenções que possam melhorar a qualidade de vida dos idosos uma vez que vivem cada vez mais anos e estes devem ser vividos de forma integrada na sociedade, na comunidade e na família, com

sentimento de pertença e segurança necessários. É fundamental que fique a ideia de que o principal interveniente de todo o processo de envelhecer em atividade é o idoso, estando grande parte da responsabilidade deste processo, no próprio.

Assim, o envelhecimento ativo é definido por Fernández-Ballesteros (2011) como o processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, no decurso da vida à medida que se envelhece.

Nesta perspetiva, a pessoa tende a realizar o seu potencial para um envelhecimento com bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, deve continuar a participar na sociedade, de acordo com as suas necessidades e capacidades, ter acesso a proteção, segurança e cuidados adequados (Fernández-Ballesteros, 2011).

O tema do envelhecimento é pela primeira vez discutido na I Assembleia Mundial de Saúde sobre o envelhecimento, em 1982, onde são debatidas as alterações demográficas verificadas mundialmente, que refletem o envelhecimento mundial e a capacidade de resposta à população idosa por parte dos países intervenientes. Posteriormente na II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento surge o conceito de Envelhecimento Ativo que substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo seu carácter mais abrangente e o dos determinantes do envelhecimento, nomeadamente; os pessoais, os comportamentais, o ambiente social, os serviços de saúde e sociais, os económicos, o ambiente físico, a cultura e o género (Nações Unidas, n/d).

Perante este contexto mundial, surge também em Portugal o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006) que tem como estratégia promover um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida, criando respostas adequadas às novas necessidades da população idosa e a estimulação das suas capacidades na promoção da saúde, autonomia e independência, durante o maior tempo possível.

São cada vez mais os programas e atividades destinados aos idosos que visam a adoção de hábitos de vida saudáveis, promotores de saúde e de qualidade de vida, num contexto de envelhecimento ativo.

Assim, surge o presente Relatório, no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, no ano letivo 2015/2016 da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, com o tema “ O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - um Projecto de Intervenção na Comunidade”, que teve como objetivo principal: Promover o Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde Sénior.

Para que a concretização deste objetivo fosse possível foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever socio demograficamente os frequentadores do Clube de Saúde Sénior;
- Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior;
- Identificar os interesses e as necessidades dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior;
- Elaborar o plano de atividades anual do Clube de Saúde Sénior.

Inicialmente no relatório será apresentado o contexto onde decorreu o estágio, recursos materiais e humanos, assim como a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. A caracterização geral da população surge numa segunda parte, onde serão abordadas as necessidades específicas, estudos sobre programas de intervenção e recrutamento da população-alvo. Posteriormente, numa terceira parte do relatório será apresentada a análise reflexiva sobre os objetivos de intervenção profissional e os objetivos a atingir com a população-alvo.

Na quarta parte do relatório surge a análise reflexiva sobre as intervenções. Nesta parte será integrada a fundamentação das intervenções, a metodologia utilizada, a análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais, humanos e físicos. Será ainda realizada uma análise da estratégia orçamental e do cronograma inicialmente proposto.

A quinta parte destina-se à avaliação do projeto. Nesta fase será realizada uma análise do processo de avaliação e controlo e engloba a avaliação dos objetivos e da implementação do programa, a avaliação intermédia e as respetivas medidas corretivas introduzidas. Na sexta parte do relatório apresenta-se uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

A última parte deste relatório destina-se às principais conclusões, onde serão também evidenciadas as dificuldades e limitações, assim como as aprendizagens.

Na elaboração deste relatório foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato).

O presente documento está organizado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Tal como previsto pelo referido regulamento, foi utilizado o

Manual de Normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia - 6.^a edição.

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

O Alentejo é a maior Região de Portugal, com uma área de 31.551,2 km² que corresponde a 33% do continente e compreende 760.098 habitantes, maioritariamente mulheres, sendo 390563 habitantes do sexo feminino e 366.739 habitantes do sexo masculino. A Região Alentejo é uma Região estatística portuguesa (NUTS II) constituída por 5 sub-regiões sendo elas o Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral, Baixo Alentejo e Lezíria do Tejo (NUTS III), 58 municípios e 392 freguesias (INE, 2011).

A Região Alentejo é constituída pelos Distritos de Portalegre, Évora e Beja, pela metade sul do Distrito de Setúbal e por parte do Distrito de Santarém. É limitada a norte pela Região Centro, a Este com a Espanha, a Sul com a Região Algarve e a Oeste com a Região de [Lisboa](#) e Vale do Tejo e também com o Oceano Atlântico.

De 2001 para 2011 assiste-se a um decréscimo populacional na Região Alentejo que diminuiu 2,5%, uma vez que em 2001 era de 776.585 pessoas. A densidade populacional desta Região é de cerca de 24,0 habitantes por Km², muito inferior à do país, 114,5 habitantes/km², sendo a maioria do território pouco povoada.

Em conformidade com o país verifica-se um desequilíbrio demográfico caracterizado pela diminuição da população mais jovem e pelo aumento da população com idade mais elevada (INE, 2011).

O concelho de Viana do Alentejo pertence ao Distrito de Évora e fica situado na Região Alentejo (NUTS II), mais concretamente no Alentejo Central (NUTS III). É constituído por três freguesias, Aguiar, Alcáçovas e Viana do Alentejo (sede de concelho).

O concelho tem 394 Km² de área total, sendo a sua densidade populacional de 14,6 indivíduos, em média por Km² (PORDATA, 2015).

Está limitado pelos concelhos de Alvito, Alcácer do Sal, Évora, Montemor-o-Novo e Portel (Figura 1).

Ao observar a tabela 2 podemos constatar que as taxas de Natalidade, Fecundidade e Mortalidade diminuíram entre 2001 e 2011, em Portugal. A taxa de Natalidade no concelho de Viana do Alentejo é substancialmente inferior à do Alentejo e de Portugal, situação que se verifica também na Taxa de Fecundidade. Apesar de diminuir na década representada, a Taxa de Mortalidade em Viana do Alentejo é inferior à verificada no Alentejo mas com percentagem bastante superior relativamente a Portugal.

Tabela 2 – Indicadores Demográficos

	Taxa Natalidade %		Taxa Mortalidade %		Taxa de Fecundidade geral %	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Viana do Alentejo	9,6	7,9	15,1	12,9	44,4	34,5
Alentejo Central	8,6	8,2	12,3	12,1	38,0	37,4
Alentejo	8,8	8,1	13,5	13,4	39,3	37,9
Portugal	10,9	9,2	10,1	9,7	43,0	38,6

Fonte: INE, PORDATA, 2011

O Alentejo apresenta um elevado envelhecimento populacional e o concelho de Viana do Alentejo não é exceção, caracterizando-se por um envelhecimento superior ao de Portugal (tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores Demográficos de Envelhecimento

Indicadores	Concelho de Viana do Alentejo	Alentejo	Portugal
Índice de Envelhecimento	178.7	178.9	127.8
Índice de Longevidade	56.4	51.92	47.9
Rácio de Dependência de Idosos	38.7	37.8	28.8
Rácio de Dependência de jovens	23.9	21.7	22.5
Rácio de Dependência Total	62.6	59.6	51.3

Fonte: INE, PORDATA,2011

A Região Centro e Alentejo revelam-se como as duas Regiões mais envelhecidas de Portugal. O Alentejo é a única região cujo Índice de Longevidade ultrapassou 50, sendo que a maior parte da sua população idosa tinha, em 2011, 75 ou mais anos (INE, 2012).

2.1- CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a base do Sistema Nacional de Saúde, e para grande parte da população, indivíduo, família e comunidade, são o primeiro e único contacto com o mesmo.

Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, os CSP são considerados o pilar do Sistema de Saúde, funcionando o Centro de Saúde como a primeira linha de acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde. As principais funções dos CSP passam pela promoção da saúde e prevenção da doença, pela prestação de cuidados na doença e pela articulação com outros serviços promovendo a continuidade de cuidados.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Viana do Alentejo pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central. Segundo o artigo 2º do Decreto-lei nº28/2008 de 22 fevereiro de 2008, os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde. Têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestando cuidados na doença e estabelecendo a ligação a outros serviços. Desenvolve ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde e assegura a formação a diferentes profissionais.

Dos ACES fazem parte as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada unidade funcional do ACES apresenta uma equipa multidisciplinar, com autonomia organizativa e técnica. Existe uma interação e cooperação permanente entre as unidades do ACES.

Entre as unidades funcionais do ACES, acima referidas e segundo o Despacho n.º 10143/2009 (2009), artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro (2008), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) têm como 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 direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Atendendo às características anteriormente descritas, Viana do Alentejo é um concelho envelhecido e com necessidades reais e prementes neste âmbito. Com uma população cada vez mais idosa e com as consequências daí inerentes, as organizações locais tentam dar resposta às necessidades da sua população. A mudança de abordagem na saúde que se verificou com o abandono do modelo biomédico permitiu um olhar diferente e abrangente enfatizando a saúde de forma holística e numa perspetiva biopsicossocial. A saúde vive-se hoje em dia num contexto dinâmico mais amplo e abrange diversas áreas.

Tendo por base esta mudança fundamentada sobre o envelhecer e o envelhecimento, o Estágio Final do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária foi realizado na UCC de Viana do Alentejo e direcionado para os frequentadores do Clube de Saúde Sénior (CSS).

O CSS foi criado em 2010 numa parceria da Câmara Municipal com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Viana do Alentejo, a Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo e de Alcáçovas e tem como objetivos procurar retardar os efeitos do envelhecimento, prevenir a doença e promover a saúde (UCC Terras do Sul, Portel e Viana do Alentejo, 2013).

Este tipo de projetos têm como finalidade prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local, promover as relações interpessoais e intergeracionais, prevenir e retardar pelo máximo de tempo possível o aparecimento da doença, incapacidades e consequente institucionalização.

Segundo Moura (2006) são programas e projetos que promovem a autonomia e independência no processo de envelhecimento, permitindo ao idoso espaços de convívio

e interação, que facilitam a construção de novos laços onde partilham significados do envelhecer e a adaptação aos novos modelos de envelhecimento.

O CSS funciona semanalmente, nas 3 freguesias do concelho. À segunda-feira em Aguiar, à quarta-feira em Viana do Alentejo e à sexta-feira em Alcáçovas, das 15h às 17h. As primeiras atividades são desenvolvidas pela equipa de enfermagem e consistem na avaliação da Tensão Arterial e da Glicémia capilar, complementando com ensinamentos acerca de questões inerentes à saúde e esclarecimento de dúvidas, de acordo com as necessidades detetadas e também são realizadas sessões de educação para a saúde. Após esta intervenção de enfermagem o grupo de frequentadores do CSS inicia a prática de atividade física com uma sessão dirigida por um técnico da Câmara Municipal, professor de educação física.

As inscrições no CSS são livres e gratuitas, não havendo número limite, sendo destinadas aos seniores de ambos os sexos. Apesar de ser destinado a pessoas com 65 ou mais anos de idade são aceites inscrições de adultos com idades inferiores.

O período temporal de atividades decorre entre setembro e junho, com interrupção para Natal, Carnaval e Páscoa.

O CSS é um projeto que, pela sua filosofia, deve captar cada vez mais frequentadores e ser o mais dinâmico possível, pelo que se sentiu necessidade de caracterizar o grupo, identificar as suas reais necessidades e interesses e ir ao encontro dos mesmos para continuar ou elevar o interesse pelo mesmo.

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAS E HUMANOS

A UCC de Viana do Alentejo foi criada em 2010, situa-se nas instalações do Centro de Saúde de Viana do Alentejo e tem um importante papel na continuidade de cuidados, articulação com as diferentes unidades funcionais do ACES e outras estruturas da comunidade.

Em 2013, ocorreu a fusão das UCC de Viana do Alentejo e de Portel, no entanto, na prática, este processo ainda não se concretizou. Apesar disso, a UCC de Viana do Alentejo colabora nas atividades no âmbito da Saúde Escolar, em Portel, na Equipa Local de Intervenção (ELI), Núcleo Local de Inserção (NLI) e na Rede Social.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar de 4 Enfermeiros, 1 Médica de Medicina Geral e Familiar, 1 Técnica Superior de Serviço Social e 1 Psicóloga. Existem os recursos materiais necessários para o funcionamento da UCC e da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Possui uma carrinha para deslocações no âmbito das atividades que desenvolve.

Relativamente ao CSS, em Aguiar as atividades decorrem no Salão da Cooperativa de Aguiar, o espaço é amplo e reúne condições para a realização das sessões, tanto em termos de material como climatéricas. Em Viana do Alentejo realiza-se no salão da Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo. Apesar de ser um espaço amplo e de fácil acesso torna-se insuficiente para o número de frequentadores. Em Alcáçovas o CSS funciona no salão da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas. As instalações são recentes e adequadas e os equipamentos novos.

Para a realização das atividades planeadas o CSS utiliza ainda a Sala de reuniões da Junta de Freguesia de Alcáçovas que reúne condições adequadas para a realização das sessões de educação para a saúde ou outras atividades.

O Cineteatro de Viana do Alentejo é o espaço mais amplo e com melhores condições sendo usado quando é necessário realizar atividades conjuntas com os frequentadores do CSS das 3 freguesias.

2.3- DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico a esperança média de vida dos portugueses, à nascença, em 2012 era de 80,5 anos, ligeiramente acima da média da OCDE que é de 80,2. Continua a haver discrepância na esperança média de vida, entre os sexos, em Portugal, sendo nas mulheres, em 2012 de 83.6 anos e a dos homens 77.3 anos. Esta diferença entre os sexos é maior do que na maioria dos outros países da OCDE (OCDE, 2014).

Esta tendência pode ser explicada, entre outros, por programas de promoção de saúde eficazes e programas de prevenção de doenças também eficazes. Apesar de as mulheres apresentarem uma esperança média de vida superior à dos homens, a esperança média de vida masculina tem vindo a aumentar mais rapidamente do que a

das mulheres, ao longo dos anos. A exposição cada vez maior das mulheres a comportamentos de risco, assim como a acumulação do trabalho profissional com o trabalho doméstico e a atitude cada vez mais preventiva dos homens em relação à sua saúde podem justificar esta alteração (Fernandes, 2014).

A esperança média de vida aumenta e conseqüentemente as doenças crónicas são uma realidade cada vez mais comum na nossa sociedade e conseqüentemente nos serviços de saúde, exigindo dos profissionais de saúde uma intervenção adequada e uma atualização constante, por forma a dar resposta às reais necessidades da população. “A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade Portuguesa atual” (Paúl & Fonseca, 2005, p.15).

Neste contexto os CSP têm um importante papel, pela sua proximidade com os cidadãos. “A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem -se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica” (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve apresentar conhecimentos sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assim como elevada capacidade de resposta, adequada às necessidades das pessoas, grupos e comunidade e desta atuação devem sempre resultar ganhos em saúde (Regulamento n.º 128/2011, 2011). De acordo com o mesmo Regulamento, no Artigo 4º, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como competências específicas:

- **Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**

Antes de qualquer intervenção tem de existir um diagnóstico da situação fíável e atualizado, pois se assim não for, o resultado da intervenção pode ser desadequado ou insuficiente. Tavares (1990) identifica seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção

de estratégias, a preparação operacional e a avaliação. No entanto, não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como concluída, uma vez que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações que levem a refazê-la (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim:

- ✓ Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade

Para Tavares (1990) o planeamento é um processo contínuo e dinâmico, cuja flexibilidade, permitindo uma adaptação contínua à realidade vigente, constitui um fator determinante do seu sucesso.

A intervenção numa comunidade pressupõe um conjunto de intervenções que devem estar claramente planeadas, preparadas com objetivos claros e deles devem sempre resultar ganhos em saúde. Só com um bom diagnóstico de situação é possível o conhecimento profundo da população alvo e posteriormente uma atuação segura, eficiente e eficaz. “O primeiro passo do Planeamento em Saúde é a realização de um Diagnóstico de Saúde numa comunidade específica, que posteriormente nos proporcionará um profundo conhecimento da mesma, contemplando informações sobre as reais necessidades de Saúde, que posteriormente serão alvo de intervenção” (Nunes, 2011a, p.21).

- ✓ Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade

Na definição de prioridades após o diagnóstico da população devem ser selecionados os problemas considerados mais relevantes e definir as prioridades de atuação (Imperatori & Giraldes, 1993). “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.64).

- ✓ Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

Para Imperatori e Giraldes (1993) a fixação de objetivos é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos. Sendo o objetivo definido como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

Imperatori e Giraldes (1993) definem estratégias de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde.

- ✓ Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) esta etapa do planeamento em saúde deverá especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar.

- ✓ Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

“A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.174). Após a realização das atividades planeadas é necessário proceder à sua avaliação para perceber se os objetivos foram ou não atingidos.

- **Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

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

O CSS é constituído por uma população heterogénea e para satisfazer as necessidades da mesma é necessária uma intervenção diversificada existindo necessidade de estabelecer parcerias com outras instituições da comunidade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, “tendo por base o seu percurso de formação especializada, adquiriu competências que lhes permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.1).

- ✓ Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.

Perante o diagnóstico de saúde realizado foi elaborado um plano de intervenção para a população do CSS. O plano é anual e tem por base a prevenção da doença e a promoção da saúde nesta população considerada vulnerável - os idosos.

Todas as atividades planeadas foram adequadas às características do grupo para que se possam consubstanciar em ganhos em saúde. Uma intervenção desta natureza impreterivelmente engloba várias áreas e conjuga diferentes disciplinas.

- **Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**

- ✓ Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde.

A concretização deste projeto teve por base o PNS 2012-2016 (DGS, 2015) que tem como visão maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania, e foi orientado segundo as três grandes estratégias do Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas (DGS, 2006); Promover o envelhecimento ativo, Adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos e Promover o desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas.

O projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” é dirigido à população idosa, e tem como objetivo Promover o Envelhecimento Ativo num CSS, indo ao encontro do preconizado no PNS, 2012-2016 (DGS, 2015) e no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006).

Foi possível integrar a coordenação deste Projeto de âmbito comunitário através da conceção, implementação e avaliação do mesmo. Identificaram-se necessidades, planearam-se e concretizaram-se atividades e analisou-se o seu impacto naquela comunidade.

3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO

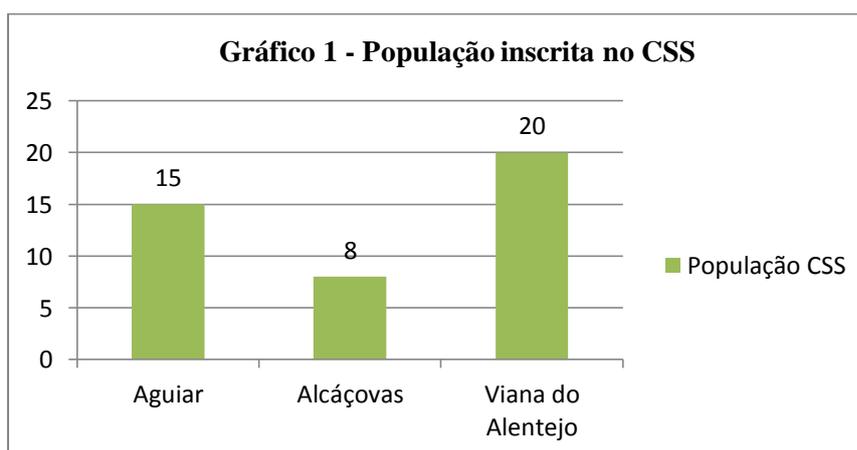
“Uma população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin 2009, p.69).

A caracterização da população foi realizada pela análise dos dados recolhidos através do questionário construído para o efeito e que será apresentado e descrito mais à frente, em capítulo próprio (Capítulo 5).

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) 20.0.

3.1- CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO INSCRITA NO CSS

A população-alvo é constituída pelas 43 pessoas inscritas no Clube de Saúde Sénior, no ano letivo atual (2015/2016), dos quais 15 são da freguesia de Aguiar, 20 da freguesia de Viana do Alentejo e 8 da freguesia de Alcáçovas (Gráfico 1).



Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

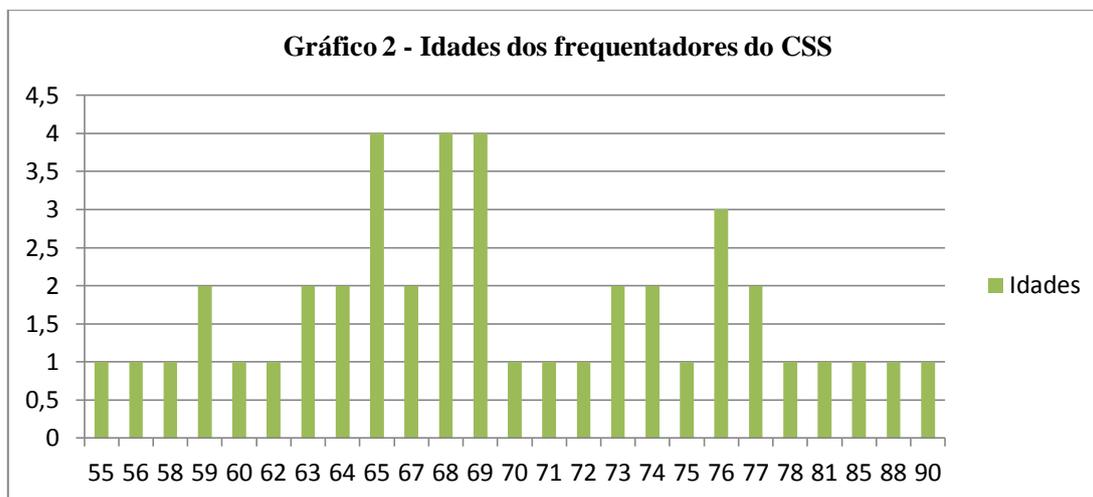
A população é maioritariamente feminina, sendo 38 do sexo feminino (88,4%) e 5 do sexo masculino (11,6%). Segundo Rosa (2012) no grupo etário dos idosos é visível o maior número de mulheres, justificável pela esperança média de vida ser superior no sexo feminino, relativamente ao sexo masculino. As mulheres vivem mais do que os

homens em quase todos os lugares do mundo, refletindo maiores taxas de mulheres por homens no grupo etário dos idosos (OMS, 2005).

Apesar da esperança média de vida nas mulheres ser superior à dos homens, esta tem aumentado rapidamente e praticamente em todos os países, uma vez que os homens parecem apresentar, atualmente, uma atitude mais preventiva em relação à manutenção da sua saúde (Fernandes, 2014).

Por outro lado, parece evidente que os homens recorrem menos aos cuidados de saúde e aguentam os sintomas e as dificuldades que vão surgindo, procurando cuidados de saúde apenas quando a doença já está instalada, ao contrário das mulheres que procuram acompanhamento em saúde mais frequente (Fernandes, 2014).

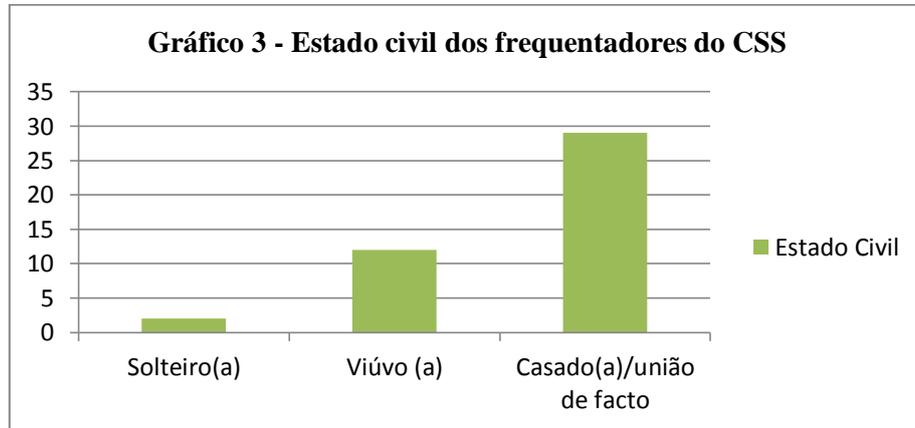
Ao observar o Gráfico 2 podemos constatar que a idade das pessoas que frequentam o CSS fica compreendida entre 55 e 90 anos, sendo as idades que apresentam maior frequência os 65, 68 e 69 anos. Onze pessoas têm menos de 65 anos e 4 têm mais de 80 anos.



Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

Quanto ao estado civil podemos verificar, de acordo com o Gráfico 3, que a maioria dos frequentadores do CSS é casada ou vive em união de facto (29 pessoas). Dos restantes, 12 são viúvos e 2 são solteiros. Relativamente à viuvez, as mulheres apresentam valores mais elevados do que os homens, sendo que 12 das frequentadoras são viúvas em comparação aos frequentadores do sexo masculino que são todos casados.

“É mais provável que os homens idosos estejam casados do que as mulheres. Isto deve-se ao facto de as mulheres viverem mais anos e de as mulheres terem tendência para ser mais jovens do que os homens com quem casam” (ONU, 2002a, p.3).

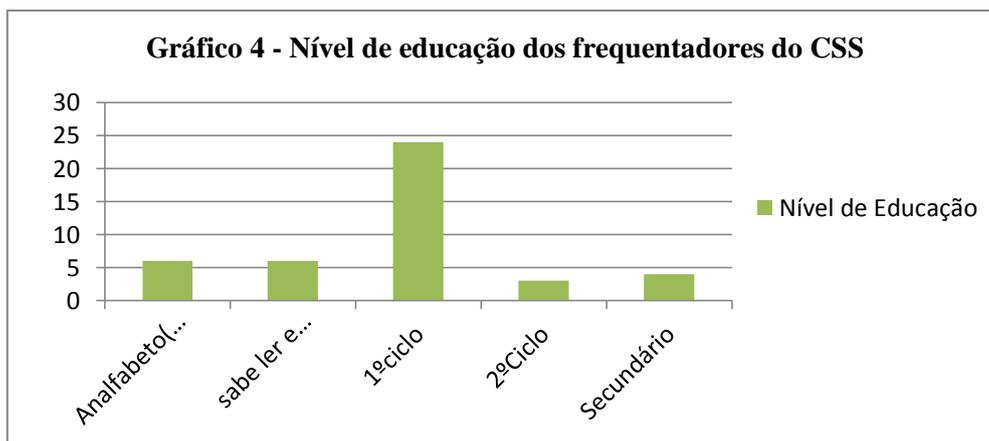


Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

Em relação às habilitações literárias, representadas no Gráfico 4, a maioria (24) têm o 1º ciclo. Verifica-se ainda que 6 são analfabetos, 6 sabem apenas ler e escrever, 3 têm o 2º ciclo e 4 o ensino secundário. Os homens apresentam nesta população níveis de educação mais elevadas uma vez que 4 homens possuem o 1º ciclo e 1 o ensino secundário.

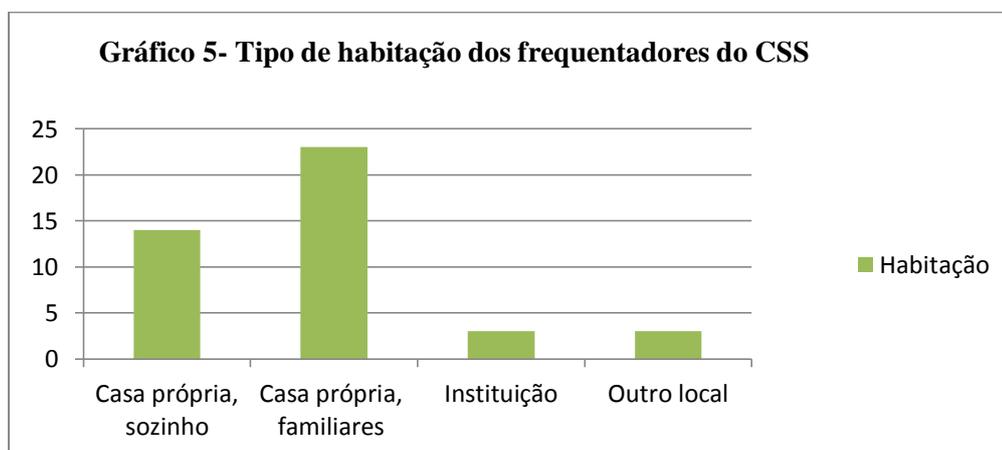
A baixa educação e alfabetização estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento (OMS, 2005).

A população que frequenta o CSS é constituída essencialmente por mulheres e, segundo Fernandes (2014, p.19) as mulheres “apresentam níveis de escolaridade mais baixos, mais horas de trabalho diário, menores competências profissionalizantes e carreiras contributivas incompletas ou mesmo inexistentes.” A autora acrescenta ainda que “estas diferenças no percurso de vida, tanto profissional, como familiar, têm consequências significativas para a saúde das mulheres e refletem-se mais tarde no final do ciclo de vida.”



Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

Relativamente ao tipo de habitação, como o Gráfico 5 apresenta, a maioria (23) dos frequentadores do CSS vive em casa própria com familiares, 14 vivem em casa própria sozinhos.



Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

“Na Região Alentejo, os alojamentos ocupados pelo proprietário representam 76,4%, valor ligeiramente superior ao verificado para o total do país (73,2%). Na última década, assistiu-se a um ligeiro decréscimo neste indicador, quer na Região quer a nível nacional” (INE 2014, p.74). “Em 2011, na região do Alentejo, 58,9% dos proprietários de casa própria têm idade compreendida entre os 30 e os 64 anos. Os proprietários com 65 ou mais anos representam 38,2%, e os com idade inferior a 30 anos, apenas 2,9%” (INE 2014, p.77).

3.2- CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A prestação de cuidados a pessoas idosas, com eficácia e capacidade de resposta às suas necessidades específicas, é um dos maiores e reais desafios do século XXI.

“Falar de prestação de cuidados a pessoas mais velhas implica necessariamente começar por conhecer quem é o público-alvo e as suas várias necessidades, ou seja, compreender a diversidade de pessoas a que se destinam” (Paúl, 2014, p.355). “A saúde continua a ser uma área fulcral associada ao bem-estar psicológico e a sua diminuição contribui particular e decisivamente para baixar o bem-estar e a satisfação com a vida na população mais idosa” (Fonseca, 2014, p.163).

Devido ao aumento da esperança média de vida constata-se um aumento das idades mais avançadas na idade idosa, falando-se até de uma quarta idade. Fonseca (2014) refere-se a esta diferenciação entre 3ª e 4ª idade como possível e até desejável, pois são idades qualitativamente distintas e com necessidades diferentes.

Para Baltes e Smith (2003) citados por Fonseca (2014) à 3ª idade estão normalmente associadas notícias mais agradáveis desta fase da vida, sendo uma fase mais feliz, já a 4ª idade não se verifica ser assim tão positiva, mas uma fase difícil com perdas cognitivas, funcionais, surgimento de demências e elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidades.

O ganho em longevidade não tem um carácter estritamente positivo e acarreta tudo o que lhe está inerente. É visível a involução do organismo, que se torna cada vez mais severa com o passar dos anos e o aumento das doenças diretamente ligados ao envelhecer. Os custos em saúde são cada vez mais elevados para os próprios, para as famílias e para a sociedade em geral. Por outro lado, as necessidades verificadas começam a ser cada vez mais distintas nesta faixa etária, cada vez mais extensa. As necessidades de uma pessoa na 3ª idade tendem a diferir das necessidades de uma pessoa na 4ª idade, logo, os cuidados também serão diferentes.

Ao abordar a longevidade não se pode deixar de referir as diferenças de género pois, a população idosa é constituída maioritariamente por mulheres. Estas vivem mais tempo do que os homens mas em pior estado de saúde, logo, com menor qualidade de vida. Os homens são fisicamente mais fortes mas, apresentam maior mortalidade em todas as faixas etárias (Fernandes, 2014).

O processo de envelhecer é de facto complexo e bastante heterogéneo e exige respostas às necessidades que nem sempre são fáceis de encontrar e muito menos de *standardizar*.

Atendendo à conjuntura Nacional, também se verifica no concelho em que o projeto foi implementado, uma zona do interior do Alentejo, rural e envelhecida défcies económicos que se refletem nos serviços sociais e de saúde. Esta situação pode ser relevante quando se prevê um aumento exponencial do número de idosos em Portugal. Idosos estes, pouco instruídos, logo mais vulneráveis financeiramente que a restante população. De acordo com Paúl (2014, p.360) “em Portugal a percentagem de pessoas idosas pobres é da ordem dos 26,1%, quase sete pontos mais elevada do que na UE27 (19.8%) e que os pensionistas da segurança social têm um rendimento mensal inferior ao salário mínimo, o que os torna particularmente vulneráveis” (Paúl, 2014, p.360).

A emigração para os grandes centros, na procura de novas e melhores condições de trabalho, também levou a um afastamento dos idosos de familiares mais jovens que possivelmente seriam o seu apoio e os seus possíveis cuidadores despertando para outra necessidade nesta idade. “O interior rural de Portugal é na sua generalidade, uma zona envelhecida e fracamente povoada, de onde os mais novos saíram, sobretudo a partir da década de 1960, para as cidades e para o estrangeiro à procura de uma vida melhor” (Paúl & Fonseca, 2005, p.99-100).

Ser um idoso numa zona rural é bem diferente de ser idoso nos grandes centros. Para Paúl e Fonseca (2005, p.99) “de facto, em Portugal, estas comunidades ainda enfrentam fortes desvantagens, sobretudo nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços.”

Um outro facto característico desta idade prende-se com as relações interpessoais do idoso no seu quotidiano. Estas são maioritariamente estabelecidas entre indivíduos da sua geração, principalmente com vizinhos, uma vez que, parte da família se encontra ausente, e provavelmente, já perdeu outros membros da família.

Nesta conjuntura é necessária uma avaliação rigorosa da população idosa, por parte dos profissionais de saúde. Embora estando perante indivíduos na mesma faixa etária, a intervenção deve ser individualizada de acordo com as necessidades de cada um, direcionadas à prevenção, manutenção e reabilitação das suas capacidades.

Segundo Paúl (2014) as necessidades na 3ª idade, no envelhecimento primário em que o idoso se apresenta saudável, devem incidir essencialmente na manutenção da

autonomia, da independência e do bem-estar. Desta forma, o Envelhecimento Ativo entende-se como um processo adaptativo que através de estratégias de otimização seletiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (com o aumento da idade, tendencialmente, mais desfavorável) e maximizar a eficácia no alcançar das metas prioritárias para cada um, num contexto de recursos limitados. É de realçar a importância da experiência pessoal e também da situação socioeconómica e de circunstâncias materiais, assim como a importância das expectativas, normas, valores culturais e fatores estruturais.

A Organização das Nações Unidas reconhece os direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem. Como tal, um envelhecer saudável pode estar apenas acessível a uma minoria de “elite”, visto que os critérios de sucesso podem não estar ao alcance de todos (Baltes & Baltes, 1990; Godfrey et al., 2004; Masoro, 2001 citados por Almeida, 2007).

Neste sentido, o Clube de Saúde Sénior parece reunir as condições adequadas às necessidades das pessoas idosas, e parece ser uma estratégia facilitadora na promoção da saúde no contexto do Envelhecimento Ativo.

3.3 - ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Segundo Paúl e Fonseca (2005) foi realizado um estudo sobre os índices do envelhecimento bem-sucedido em função da autoavaliação da saúde. Este estudo concluiu que quem segue os princípios do envelhecimento ativo, tem melhor saúde, melhor cognição, maior extroversão e abertura nas relações sociais e menor neuroticismo. Por outro lado, quem faz mais atividade física, tem menos problemas de saúde e menos problemas de consumos. Também referido pelos mesmos autores um estudo realizado por Clarkson-Smith e Hartley (1989) relacionou as capacidades cognitivas dos idosos e o exercício físico. Concluíram que os idosos que praticavam exercício físico tinham melhores resultados no raciocínio, na memória e no tempo de reação.

Segundo Moniz (2003) os estudos sobre o envelhecimento e a atividade física têm-se revelado fundamentais pois, a atividade física surge como uma medicina preventiva na luta contra a doença.

Sousa e Figueiredo (2002) citados por Paúl e Fonseca (2005) realizaram uma investigação com 1747 homens e mulheres dos 75 aos 99 anos e verificaram que 54% dos indivíduos mostravam ser completamente independentes nas suas atividades de vida pautando a sua vida nos moldes do envelhecimento bem-sucedido, 16% dos indivíduos apresentavam algumas limitações e a restante amostra era marcada pela dependência total nas atividades de vida.

Um outro estudo quantitativo realizado por Ferreira et al. (2011) no Brasil, sobre envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional, com 100 idosos de idades compreendidas entre os 60 e os 93 anos, concluiu que a independência funcional promove uma maior inserção dos idosos na comunidade, através do fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, da amizade e do lazer, sendo estes fatores considerados como determinantes para um envelhecimento ativo. Destaca também a importância de ações voltadas para a população idosa que procuram cuidados de saúde primários. Salaria que cada Unidade de Saúde deve ter profissionais que prestem cuidados humanizados com o objetivo de despertar em cada cidadão a importância do exercício, para o envelhecimento ativo e saudável.

Farias e Santos (2011) realizaram um estudo quantitativo, exploratório-descritivo, em 2011, sobre os determinantes do envelhecimento ativo, com 87 idosos de idades superiores a 80 anos, de ambos os sexos. Neste estudo, no envelhecimento ativo, a cultura e o género são considerados determinantes transversais. Este revela ainda que nem todos os determinantes do envelhecimento ativo assumem relevância entre os idosos. As dimensões física, emocional, social, económica e cognitiva, expressas sob fatores como renda, capacidade e saúde física, convívio familiar, redes de apoio social, atividades desenvolvidas diariamente e satisfação com a vida contribuem positivamente e com maior eficácia na avaliação do envelhecimento ativo. Destaca ainda que os determinantes do envelhecimento ativo devem ser atribuídos como metas a serem alcançadas ao longo da vida de todos os indivíduos, para garantir um envelhecimento independente e autónomo.

3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

O CSS é um projeto que já existe desde 2010, no entanto, apesar de já estar implementado, foi sentida por parte dos parceiros a necessidade de caracterizar a população socio demograficamente, assim como o seu estado de saúde físico e mental. Foi ainda manifestada a necessidade de conhecer os interesses dos frequentadores do mesmo.

Esta necessidade surge com o intuito de tornar o projeto individualizado e dinâmico, adequar o plano de atividades anual às necessidades e interesses dos frequentadores e elevar o sucesso do mesmo no âmbito envelhecimento ativo.

O projeto de Intervenção na Comunidade foi apresentado aos parceiros do CSS e tem como objetivo geral “Promover o Envelhecimento Ativo num clube de Saúde Sénior”.

Este foi aceite e desejado por todos os parceiros, uma vez que já era uma necessidade sentida e que traria benefícios ao CSS.

O recrutamento da população decorreu no início do ano letivo, no período formal de inscrições, no Departamento de Desporto da CMVA. Como já foi referido este projeto é destinado à população sénior de ambos os sexos e as inscrições são gratuitas.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O envelhecimento demográfico...

Tendo em atenção a situação de envelhecimento mundial surgiu a I Assembleia Geral das Nações Unidas sobre envelhecimento, em 1982, em Viena de Áustria.

Nesta assembleia foi aprovado o plano de ação internacional que tinha como metas principais: fortalecer a capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento populacional; responder às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade; fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem económica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento. Foi um dos primeiros e principais documentos dirigidos ao envelhecimento. Foi ainda incentivado ações de pesquisa, análise de dados e formação e educação nas seguintes áreas sectoriais: saúde e nutrição, proteção dos consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, assistência social, segurança de renda e de emprego e educação (Nações Unidas, n/d).

A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento teve lugar em Madrid, em abril de 2002. Os países participantes aprovaram dois documentos principais: uma declaração política e o Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento (2002). Ambos os documentos exibiam compromissos governamentais para conceber e implementar medidas com base em três temas prioritários: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice e assegurar ambientes propícios e favoráveis (Nações Unidas, n/d).

Sobre o Plano Internacional de Ação aprovado na II Assembleia “é mais do que um mero catálogo de boas intenções – é um quadro de desenvolvimento e de combate à pobreza, que destaca a importância do envelhecimento ativo, da solidariedade intergeracional e da necessidade de ajudar os países em desenvolvimento” (ONU, 2002b, p.2).

Se na altura já era uma preocupação de carácter mundial hoje em dia, em Portugal, a problemática do envelhecer e as condições do mesmo acentuam-se. “Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em

2060 residam no território nacional cerca de 3 jovens por cada 100 idosos” (INE, 2009, p.1), Em Portugal, o início do processo de envelhecimento demográfico pode ser explicado pela emancipação social e pessoal da mulher, uma vez que cada vez mais assume um papel ativo no mercado de trabalho, pelo alargamento e usufruto dos seus direitos, assim como pelas baixas taxas de natalidade, uma vez que a mulher conseguiu o controlo quase absoluto da sua fecundidade. Por outro lado, observou-se nos finais dos anos 50 e meados dos anos 70 um rápido e acentuado processo emigratório visível nos mais jovens em idade fértil (Rodrigues & Dias, 2012).

De referir ainda que este aumento da população idosa se deve, também, à diminuição das taxas de mortalidade, verificando-se um aumento da esperança média de vida que em 2013, segundo os dados da PORDATA, era de 80.2 anos. Este aumento da esperança média de vida deve-se aos progressos médicos, científicos e sociais com grande implicação nas taxas de mortalidade, quer em termos das doenças crónicas e degenerativas nas idades superiores, quer das doenças infecto contagiosas nas idades mais novas - mortalidade infantil (Rosa, 2012).

Perante o contexto do Estágio realizado, surge ainda a problemática, cada vez mais visível e real do envelhecimento das zonas rurais. De acordo com Rodrigues e Dias (2012, p.185) “O envelhecimento demográfico é mais elevado no NUT III do interior do país do que nas NUT III do litoral (...) resultante do facto de coexistirem nos territórios interiores do país as menores taxas de fecundidade e de natalidade, o menor índice de jovens e o maior índice de idosos”. Segundo os mesmos autores a atratividade pelos meios urbanos, a baixa produtividade nos meios rurais, assim como o abandono e degradação das condições de trabalho no sector primário, são fatores que potenciam a situação de envelhecimento do interior do país.

Na conjuntura económica são diversas as vezes e os contextos em que são referidos os custos do envelhecimento em saúde como problema mundial. Parece que o financiamento do sistema de saúde está em risco perante uma resposta ao aumento da população idosa, aumento do seu grau de dependência funcional e de dependência dos recursos de saúde.

O envelhecimento enquanto processo individual...

O envelhecimento dos organismos é intrínseco, universal, progressivo, irreversível e programado geneticamente. Todo o organismo vivencia uma fase de

declínio, é comum a todos os seres vivos, independentemente da sua espécie ou ambiente e é inevitável, embora uns possam vivenciá-lo mais precocemente que outros (Bernard Strehler, 1977, citado por Almeida, 2014).

Toda a noção de declínio funcional representa para o ser vivo um sentimento negativo, de insegurança, pois apesar de poder não existir doença podem estar reunidas condições para que esta surja.

Parece consensual que para além de existir uma idade cronológica capaz de estratificar a população em faixas etárias existem outros condicionantes do envelhecimento. Para Loureiro (2014) existem outras idades para além da idade cronológica sendo elas a biológica, relacionada com o envelhecimento orgânico; a psicológica, relacionada com as competências comportamentais que o indivíduo desempenha; a social, relativo ao papel, estatuto e hábitos numa sociedade; e por último a ecológica que se refere ao ambiente em que se envelhece. O envelhecimento é então resultante da interação de diferentes fatores, surge de forma singular e manifesta-se nas dimensões bio fisiológicas, psicológicas, sociais e ecológicas a eles associadas e aos quais o indivíduo foi exposto ao longo da vida.

Numa situação de doença, que é agravada nos idosos, vive-se um desequilíbrio e uma necessidade de adaptação ao mesmo. O idoso deve adotar medidas compensatórias para restabelecer o seu equilíbrio interno com o ambiente externo, restaurando o bem-estar desejado à sua nova situação de vida. Para Paúl e Fonseca (2005, p.288) “envelhecer com sucesso corresponde à adoção de estratégias de *coping* adequadas para lidar com os desafios inerentes aos processos do envelhecimento”.

A manutenção da habilidade funcional é referida como o fator mais importante do envelhecer para a maioria dos idosos (WHO, 2015), “ transformações de ordem física exigem e determinam um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo a aceitação de um novo *self* , fisicamente menos robusto e capaz, diferente da imagem da juventude” (Paúl & Fonseca, 2005, p.144).

Ainda que o fator biológico e o bem-estar psicológico justifiquem grande parte do processo de envelhecer não se pode deixar de referir a interferência dos fatores sociais e ambientais. “Embora parte da diversidade observada em idade mais avançada reflita a nossa herança genética, a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais que habitamos. Esses ambientes incluem o nosso lar, a nossa vizinhança e a nossa comunidade, que podem afetar diretamente a nossa saúde ou impor barreiras ou

incentivos que influenciam as nossas oportunidades, decisões e comportamentos” (WHO, 2015, p.7).

Para Rosa (2012, p.22) “embora a idade cronológica seja um atributo indiscutível, a velhice não o é. É um estado difuso, vivido, sentido e percecionado de forma diversa, desde o seu enaltecimento até ao repúdio.”

O envelhecimento ativo...

A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento abordou pela primeira vez o conceito do envelhecer ativo. “A Assembleia expressou também o seu empenhamento em garantir um envelhecimento ativo, por meio da promoção de estilos de vida saudáveis, de acesso aos serviços, do investimento nos serviços sociais e da proteção do direito de as pessoas idosas continuarem a trabalhar, se assim o desejarem” (UNU, 2002b, p.1).

A abordagem mundial sobre o envelhecimento demográfico leva a que países adotem posturas de combate a um envelhecimento negativamente estereotipado, sedentário, pouco produtivo e pouco participativo na sociedade.

“O envelhecimento demográfico lança um vasto conjunto de desafios e de oportunidades às políticas sectoriais, sendo decisivo traduzir esta realidade numa maior abertura a novas práticas e a novos modelos. A experiência, o saber e o saber-fazer, a constatação dos efeitos perniciosos de uma inatividade abrupta e indesejada, entre outros, abrem desafios para o aprofundamento de modelos e de práticas de “envelhecimento em atividade”, aspeto central para uma sociedade mais justa e coesa” (Rodrigues & Dias, 2012, p.187).

Portugal não foi exceção neste movimento mundial e vivenciando uma situação de envelhecimento no País surge em 2006 o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Este tem como principal objetivo promover um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida, criando respostas adequadas às novas necessidades da população idosa, assim como a estimulação das suas capacidades na participação ativa na promoção da saúde, autonomia e independência, durante o maior tempo possível.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006) assenta em três pilares: Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos; Promoção e

desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas.

Para Rosa (2012, p.60) “face aos múltiplos desafios do envelhecimento da população, começa a ser referido o “envelhecimento ativo” como uma resposta interessante a encorajar, incentivando-se os mais velhos ao exercício de uma qualquer atividade, profissional ou outra (de utilidade social ou não).”

Não existe consenso acerca do conceito de envelhecimento ativo, tendo este vindo substituir o conceito de envelhecimento saudável, pelo seu carácter mais abrangente. “O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” e reconhecer além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem” (Kalache & Kickbusch, 1997 citado por OMS, 2005, p.14).

No entanto, até agora a definição que reúne mais consenso cabe a Rowe e Khan (1998) referidos por Paúl e Fonseca (2005) onde diferenciam três domínios de operacionalização do conceito como capacidade para manter três comportamentos essenciais: baixo risco de doença e de incapacidade relacionada com a doença, funcionamento físico e mental elevados, envolvimento e compromisso ativo com a vida.

Fernández-Ballesteros (2002) citado por Paúl e Fonseca (2005) considera que o envelhecimento, como tudo na Ciência, se trata de uma questão de probabilidade. Quando se pratica exercício físico e mental, atividades agradáveis, se tem alta motivação, sentido de autoeficácia e se a tudo isto se juntar condições sociais favoráveis, provavelmente envelhecer-se-á saudavelmente. Para Almeida (2007) existem 2 pilares fundamentais: a participação/atividade e a segurança. Esta participação vai muito além da atividade física e laboral mas, social, económica, cultural, espiritual e cívica.

O envelhecimento ativo tem como objetivo maximizar a capacidade funcional através de duas formas: mantendo a capacidade dos idosos e permitir a quem diminuiu a sua capacidade funcional realizar as tarefas significativas para ele. Para isso devem ser adequados os sistemas de saúde às populações idosas, desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo, criar ambientes favoráveis aos idosos e melhorar a monitorização dessas estratégias (WHO, 2015).

Parece que é unânime, nas tentativas de definir o conceito de envelhecer ativamente, a relevância do envolvimento ativo do idoso no próprio processo de envelhecer. É do idoso que deve partir a redefinição de objetivos e as estratégias adotadas para esta nova fase de vida. A escolha de ambientes facilitadores e saudáveis, o usufruto dos serviços disponíveis na comunidade e o envolvimento ativo na preservação do seu bem-estar, serão fundamentais na preservação da sua saúde.

É ainda de salientar a relevância dos determinantes do envelhecimento ativo. Este conceito surge na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento e segundo a OMS (2005) citada por Fernandes et al (2012) são os seguintes: Pessoais (biologia, genética e fatores psicológicos); Comportamentais (estilos de vida saudáveis e participação ativa no cuidado da própria saúde); Ambiente social (apoio social, prevenção de violência, educação e alfabetização); Serviços de saúde e Sociais (direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, acesso equitativo e de qualidade); Económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno); Ambiente físico (serviços de transporte público de fácil acesso, habitação e vizinhança seguras e adequadas, água limpa, ar puro e segurança alimentar). A cultura e o género são fatores transversais neste processo com influência em todos os outros determinantes.

Tendo em atenção este contexto e perante a população abrangida por este projeto, houve necessidade de definir objetivos claros, de forma a garantir o sucesso do mesmo, respondendo às necessidades encontradas.

4.1- OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Estabelecer objetivos ajuda-nos a identificar as escolhas necessárias para o cumprimento da finalidade a que nos propomos, por isso deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1990).

“Um objetivo é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera a tendência de evolução natural desse problema” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 80).

Tendo em conta o diagnóstico da situação realizado e as necessidades identificadas, o projeto de intervenção na comunidade “O Envelhecimento Activo num

Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” teve como objetivo geral:

✓ **Promover o Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde Sénior**

Com este objetivo pretendeu-se prevenir o envelhecimento sedentário e patológico promovendo diferentes experiências e atividades, capacitando os idosos com base em informação e conhecimentos conducentes a um envelhecimento ativo.

Este objetivo vai ao encontro da filosofia subjacente ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS,2006) que tem como três grandes estratégias: Promover um Envelhecimento Ativo, ao longo de toda a vida; Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e Promover e desenvolver ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. Para a promoção do envelhecimento ativo é essencial que este seja uma prioridade do Governo em todas as suas políticas nacionais, regionais e municipais. Devem ser estabelecidas estratégias e planos com compromissos claros, orçamentos disponíveis e avaliações regulares (WHO, 2015).

O enfermeiro assume assim um enorme desafio nos cuidados a prestar a uma população envelhecida e no impacto que o envelhecimento acarreta, como a diversidade de patologias e necessidades, alterações pessoais, na família e na comunidade. Uma formação especializada na área da enfermagem comunitária permite adquirir e desenvolver competências para assistir e responder aos novos desafios causados pelo envelhecimento de forma avançada e adequada com efetivos ganhos em saúde.

4.2 - OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Para promover o envelhecimento ativo dos frequentadores do CSS é importante conhecer e caracterizar essa população. Desta forma, considerou-se necessário avaliar o seu perfil de saúde físico e mental. Por outro lado, conhecer os seus interesses e preferências, quanto aos assuntos a abordar ao longo do ano letivo é crucial pois, o plano anual de atividades deve resultar dessa mesma avaliação, para que quem dele usufrua se possa com ele identificar.

Assim e, de acordo com Tavares (1990) que refere que os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja atingido, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

-Descrever socio demograficamente os frequentadores do Clube de Saúde Sénior;

-Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior;

-Identificar os interesses e as necessidades dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior;

-Elaborar o plano de atividades anual do Clube de Saúde Sénior.

Pretendeu-se com estes objetivos reforçar a importância de um envelhecimento ativo e saudável e desenvolver parcerias promotoras de respostas adequadas às exigências e necessidades da população idosa. A finalidade última é estimular as pessoas que frequentam o CSS a participar ativamente na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência, envolvendo-as nas decisões e no planeamento das atividades.

5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 149) nesta etapa, dever-se-á “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar”.

Desta forma, para atingir os objetivos que nos propusemos foram planeadas e realizadas as atividades que de seguida se apresentam.

5.1 - FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O tema “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” surge como resposta a uma necessidade identificada pela equipa da UCC de Viana do Alentejo e pelos restantes parceiros do CSS. Devido à sua atualidade e pertinência estavam reunidas as condições para que fosse iniciado.

✓ **Reunião com os parceiros do CSS**

No início do ano letivo foi realizada uma reunião com o professor de Educação Física do Departamento de Desporto da Câmara Municipal de Viana do Alentejo para apresentar o projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” e recolher contributos. Foi reforçada a importância de envelhecer ativamente e as consequências que daí advêm para os idosos, tal como a importância de serem envolvidos nas questões que lhe dizem respeito. Consubstanciou-se como um projeto pertinente, interessante e que trata de questões muito atuais. Este desafio foi aceite desde o início, tendo sido referido como uma necessidade já sentida pelos parceiros. Pretendeu-se mobilizar e envolver toda a equipa da UCC e dos restantes parceiros. De imediato se disponibilizaram e evidenciaram a mais-valia que poderia ser para esta população.

✓ **Construção/seleção dos instrumentos de recolha de informação**

Na recolha de informação efetuada foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato) (Anexo I). Foi

apresentado e explicado aos utentes o projeto que se pretendia desenvolver e que a sua participação ou interrupção seria livre em qualquer altura do mesmo.

Para Paúl (2014) a avaliação gerontológica deve incluir o domínio social, o domínio funcional, o domínio físico e o domínio mental.

De forma a descrever a população foi aplicado um questionário que permitiu fazer a caracterização sociodemográfica da mesma e a identificação das atividades e temas que gostariam de ver tratados, ao longo do ano letivo, no CSS (Anexo II). O questionário permitiu identificar o sexo, a idade, as habilitações literárias, a situação conjugal, a habitação e doenças coexistentes. Também foram avaliados e registados outros parâmetros, nomeadamente: peso, altura, perímetro abdominal, glicémia capilar e tensão arterial. Para concluir era solicitado que referissem os temas ou as atividades que mais interesse lhes despertavam e que gostariam de ver tratadas ao longo do ano.

Para caracterizar o estado de saúde físico e mental dos frequentadores do CSS foram selecionados e aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Lawton & Brody, Índice de Barthel, Mini Exame do Estado Mental, a Escala da Depressão Geriátrica (EDG) e a Escala da Qualidade de Vida de Flanagan (Anexo III).

✓ **Caracterização da população do CSS**

Para Tavares (1990) o planeamento é um processo contínuo, dinâmico e flexível o que permite uma adaptação contínua à realidade atual, fator determinante para o seu sucesso. “O primeiro passo do Planeamento em Saúde é a realização de um Diagnóstico de Saúde numa comunidade específica, que posteriormente nos proporcionará um profundo conhecimento da mesma, contemplando informações sobre as reais necessidades de Saúde, que posteriormente serão alvo de intervenção” (Nunes, 2011a, p.21).

Atendendo a que a caracterização sociodemográfica desta população já foi feita anteriormente (Capítulo 3 deste relatório), apresentam-se os restantes dados que permitiram conhecer melhor a mesma e planear as restantes atividades, por forma a dar resposta aos objetivos definidos.

Os instrumentos de avaliação foram aplicados às 43 pessoas inscritas no CSS (até ao momento), sendo 38 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Em 3 situações (mulheres) não foram preenchidos a totalidade dos instrumentos por falta de comparência das mesmas nas sessões em que foi concluída a sua aplicação.

Segundo a DGS (2006) apesar de a maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, existe um contexto específico de patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança e que necessita de atenção especial. Há um padrão próprio de doença no idoso, caracterizado por patologia múltipla, complicações frequentes e graves, estreita relação com fatores sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade (Costa, 2006). Para Lage e Araújo (2014) as pessoas idosas são um grupo de risco da patologia crónica, da multimorbilidade e da incapacidade funcional, dependendo de outros para satisfazer as suas necessidades básicas e viver na comunidade.

Apenas 23 pessoas (cerca de metade) responderam a esta questão. O elevado número de “não resposta” poderá eventualmente ser explicado pelo facto de terem a patologia controlada, não sendo assim assumida por eles como doença. Nos frequentadores do CSS que responderam predominam as situações em que coexistem múltiplas patologias crónicas. As patologias predominantes são a HTA (12) e a Diabetes (9). No entanto, neste grupo também foi também referido a Hipercolesterolemia, a patologia osteoarticular, a patologia respiratória e doença oncológica.

O estudo “A Hipertensão Arterial em Portugal 2013” (DGS, 2013c), elaborado no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, refere que a HTA é mais prevalente nos idosos, ou seja com idade superior ou igual a 65 anos e no sexo feminino.

Pela análise dos dados e de acordo com a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS, 2013a) os valores da tensão arterial considerados normais são: PAS 120-129 e/ou PAD 80-84 mmHg.

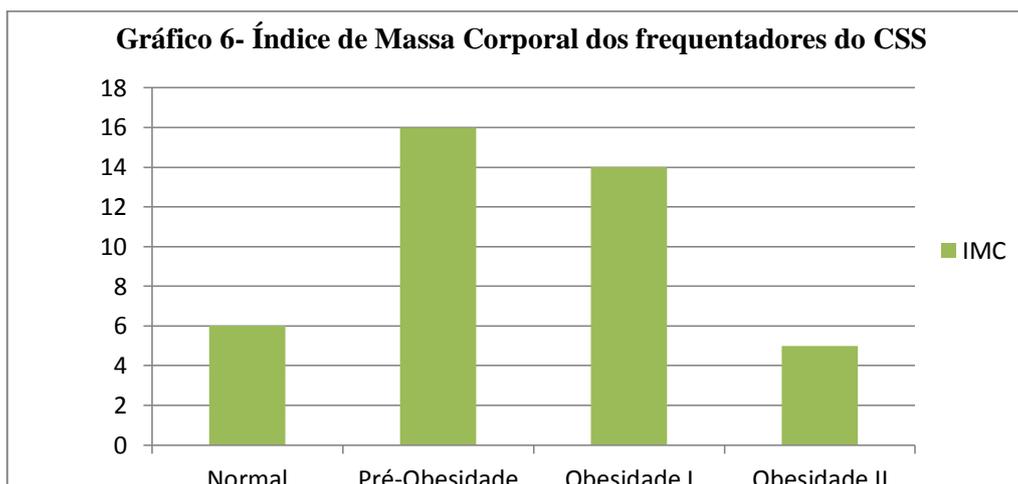
Apesar da HTA ser referida por 12 frequentadores, durante as avaliações realizadas semanalmente no CSS, os mesmos apresentaram constantemente valores de Tensão Arterial dentro dos parâmetros considerados Normais.

Outra característica da população atual é aumento do peso corporal médio e a tendência para continuar a aumentar. A obesidade é uma doença preocupante e considerada por muitos a epidemia do séc. XXI. A obesidade assume relevância para o campo da saúde na medida em que está associada a um grande número de doenças incluindo as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, os distúrbios metabólicos, diversos tipos de cancro, patologias do aparelho digestivo, entre outras. Acrescem os impactos fisiológicos e psicossociais relacionados com a questão do estereótipo e da

discriminação dos indivíduos obesos. A obesidade revela-se, portanto, como um dos maiores desafios de saúde pública da atualidade.

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) foi utilizada a classificação Peso Normal (<25), pré-obesidade (25-29,9), Obesidade (>30), Obesidade I (30-34,9), Obesidade II (35-39,9) e Obesidade III (≥ 40) (DGS, 2013b).

Quando calculado nesta população verificou-se que 16 pessoas apresentavam valores coincidentes com pré-obesidade, 14 obesidade de grau I e 5 obesidade de grau II. Apenas 6 pessoas apresentam valores de IMC normal (Gráfico 6).



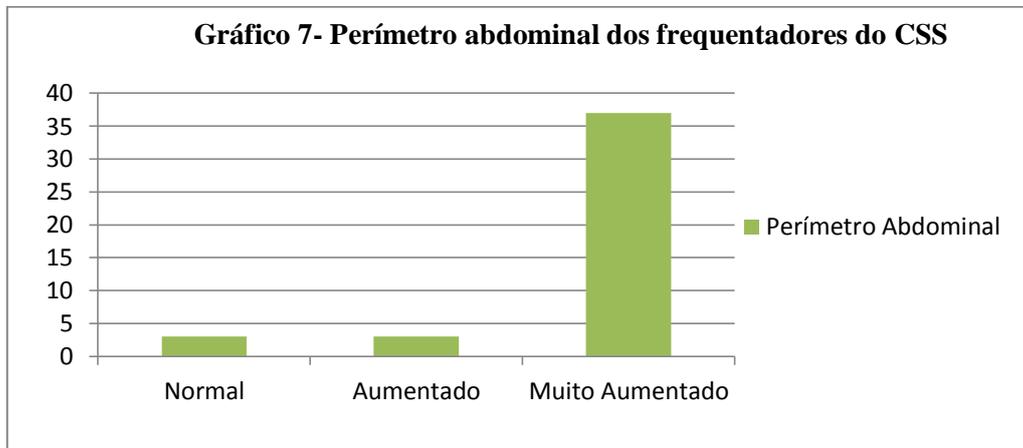
Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

Segundo o Programa Nacional do Combate à Obesidade, (DGS, 2005, p.13) “na pessoa idosa, o perímetro abdominal é uma medida antropométrica mais importante do que o IMC, para avaliar o risco de mortalidade. Assim, as comorbilidades associadas à obesidade determinam a gravidade desta doença. Ou seja, a obesidade andróide ou visceral está associada a diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial, disfunção endotelial, síndrome do ovário poliquístico, doença coronária, doença vascular cerebral e morte, sendo que a associação a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo.”

A classificação segundo a DGS (2013b) é a seguinte:

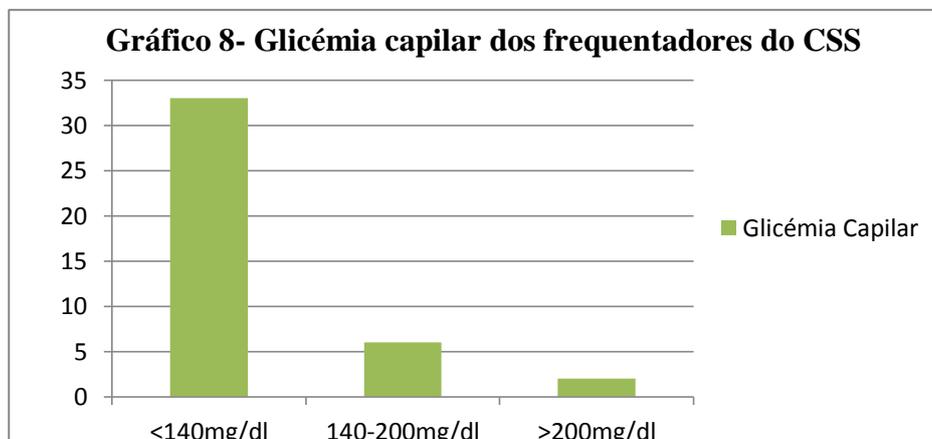
- Homem Normal (<94cm);
- Mulher Normal (<102cm);
- Homem Aumentado (> 94 cm); Muito aumentado (> 102 cm)
- Mulher Aumentado (> 80 cm); Muito aumentado (> 88 cm).

Relativamente ao perímetro abdominal 37 pessoas apresentam perímetro abdominal muito aumentado, 3 perímetro abdominal normal e 3 perímetro abdominal aumentado (Gráfico 7).



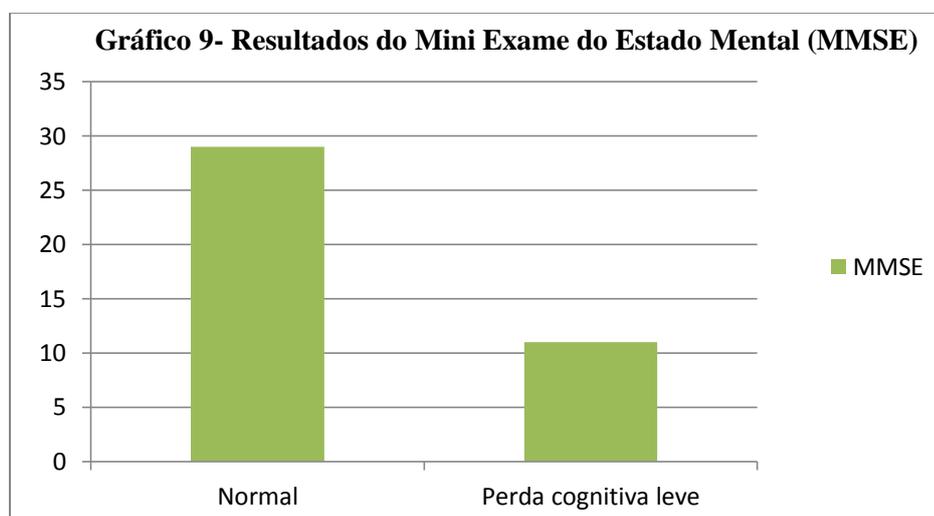
Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

A glicémia capilar foi avaliada com base em valores pós-prandiais devido à hora em que decorre o CSS. Segundo o Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes (DGS, 2008, p.13) assume-se o valor de <140mg/dl duas horas após a refeição como referência para a glicémia pós prandial. Segundo o Gráfico 8. A maioria das pessoas apresentam valores de glicémia capilar consideradas normais (33) e 8 dos frequentadores valores elevados. Lembra-se que 9 pessoas têm diagnóstico de diabetes.



Fonte: Questionário aplicado à população-alvo

Segundo o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, n/d) o *Mini Mental State Examination* –MMSE é um questionário que permite uma avaliação sumária das funções cognitivas. É constituído por 30 questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. Tem a pontuação máxima de 30 pontos. Em relação à pontuação, os pontos aferidos para a população portuguesa, tendo em conta o nível de escolaridade, considera-se que possuem défice cognitivo os idosos analfabetos que obtêm uma pontuação ≤ 15 ; os idosos com escolaridade de 1 a 11 anos que obtêm ≤ 22 e os idosos com escolaridade superior a 11 anos que obtêm ≤ 27 . O *Mini Mental State Examination* foi elaborado por Folstein et al. em 1975 e é um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo. O *Mini Mental State Examination* foi então um dos instrumentos aplicados revelando que 29 pessoas apresentam um estado cognitivo considerado normal enquanto 11 apresentam perda cognitiva leve (Gráfico 9).

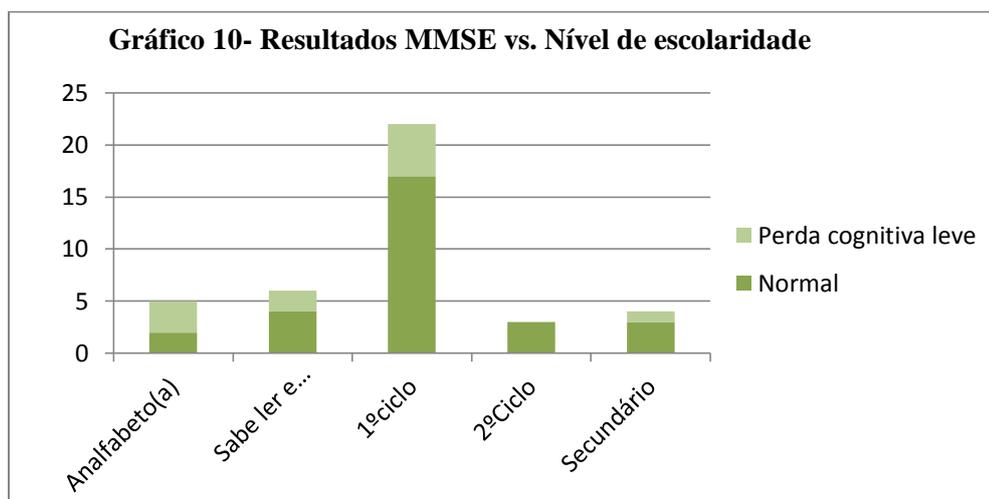


Fonte: Aplicação da MMSE

Como o Gráfico 10 evidência nos inquiridos que não apresentam qualquer escolaridade, o número de pessoas (3) com perda cognitiva leve é superior. Nos inquiridos que sabem ler e escrever diminui o número de pessoas com perda cognitiva leve (2) para cognição normal (4).

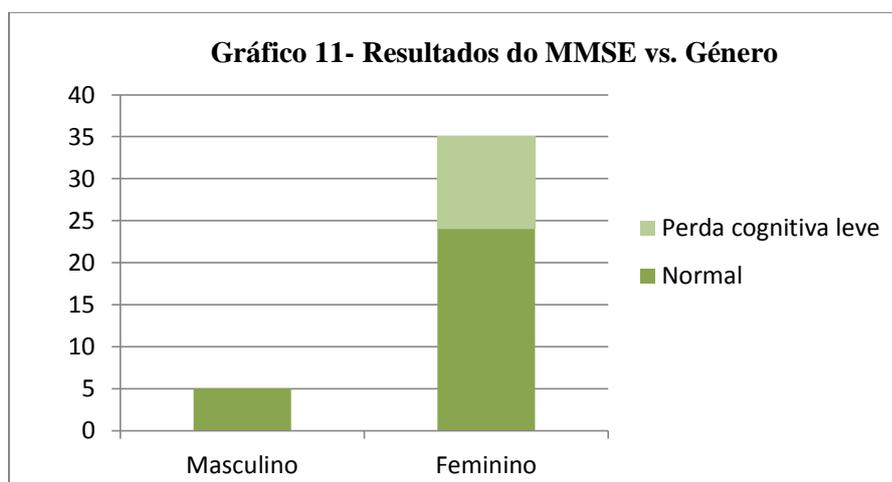
Relativamente ao 1º ciclo observa-se que 17 pessoas apresentam cognição normal e 5 perda cognitiva leve. No 2º ciclo, os 3 frequentadores do CSS apresentam

cognição normal. Nos 4 frequentadores com Ensino Secundário 3 apresentam cognição normal e 1 perda cognitiva leve.



Fonte: Aplicação da MMSE

Os indivíduos do sexo masculino apresentam, na sua totalidade, estado cognitivo normal, enquanto no sexo feminino 24 apresentam cognição normal e 11 apresentam perda cognitiva leve.



Fonte: Aplicação da MMSE

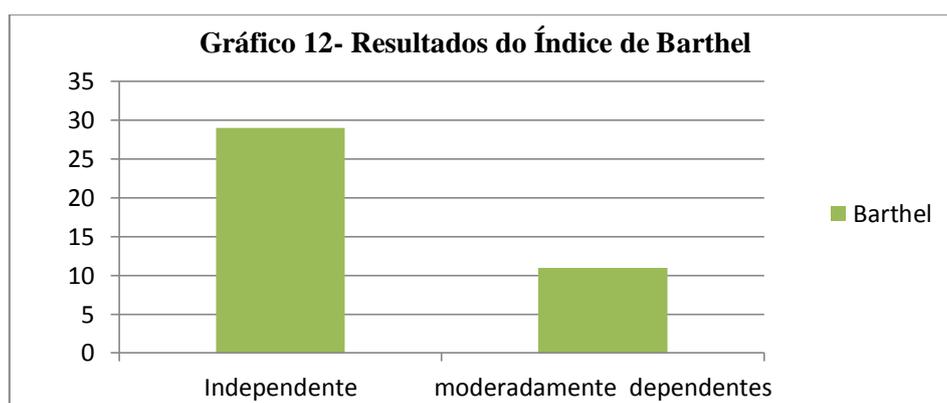
Foi utilizado o Índice de Barthel e a Escala de Lawton e Brody para avaliar a independência/dependência dos idosos relativamente às atividades realizadas no seu quotidiano.

Para Fonseca (2014, p. 156) “as implicações da presença ou ausência de fatores de risco de doença e incapacidade, na alteração do bem-estar psicológico, podem ser constatadas tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às suas atividades de vida diárias (...) e atividades instrumentais de vida diárias, mas igualmente à importância que atribui às atividades por si valorizadas e que possam ficar comprometidas pela doença.”

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia a independência ou dependência funcional e a morbilidade em indivíduos com patologia crónica, indicando se estes necessitam de cuidados ou não. Pretende avaliar se são capazes de desempenhar determinadas tarefas de forma independente. É constituído por 10 itens: alimentação, banho, asseio pessoal, vestir-se, controle vesical e intestinal, movimentação, transferência cadeira/cama, mobilidade e subir escadas. O seu total pode variar de 0 a 100, sendo que inferior a 20 indica dependente total; 20-35 dependente elevado; 40-55 dependente moderado; 60 - 99 dependente mínimo e 100 independente (Lobo, Santos & Gomes, 2014).

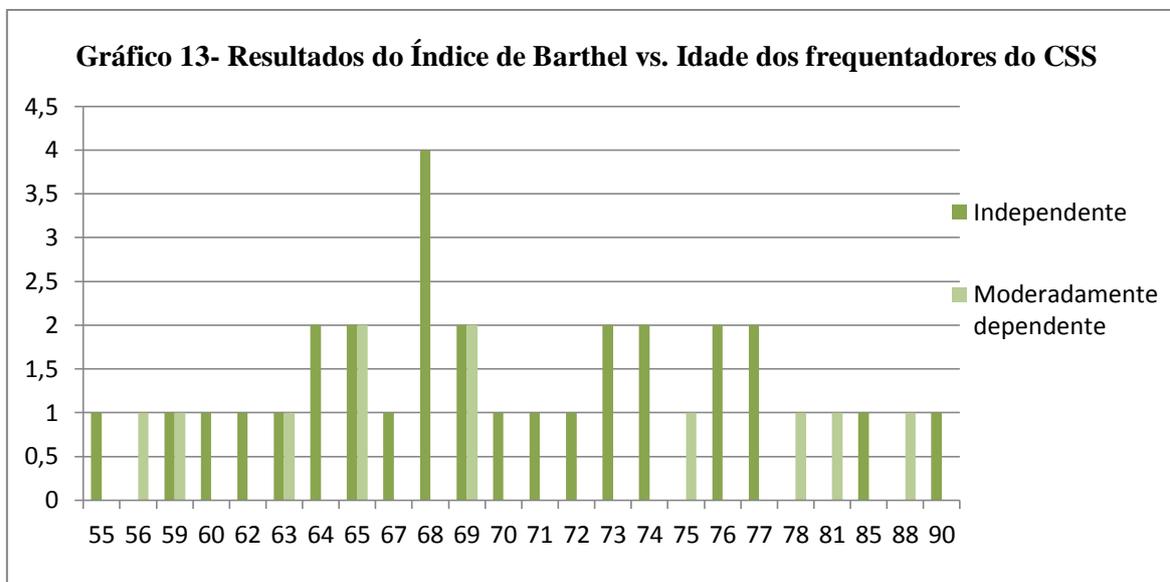
Segundo Paixão e Reichenheim (2005) dos instrumentos que avaliam as atividades de vida, o Índice de Barthel é o que possui resultados de confiabilidade e validade mais consistentes.

Das pessoas que frequentam o CSS, 29 são independentes nas atividades de vida diárias e 11 são moderadamente dependentes. As atividades de vida que apresentam uma maior dependência são a eliminação e a mobilização (Gráfico 12).



Fonte: Aplicação do Índice de Barthel

Da análise dos dados e, como se pode verificar pelo Gráfico 13, não é possível afirmar que as pessoas independentes são as mais novas pois, mesmo as que ainda não são idosas são moderadamente dependentes nas suas atividades de vida diárias. O frequentador do CSS mais idoso é independente nas atividades de vida diárias.

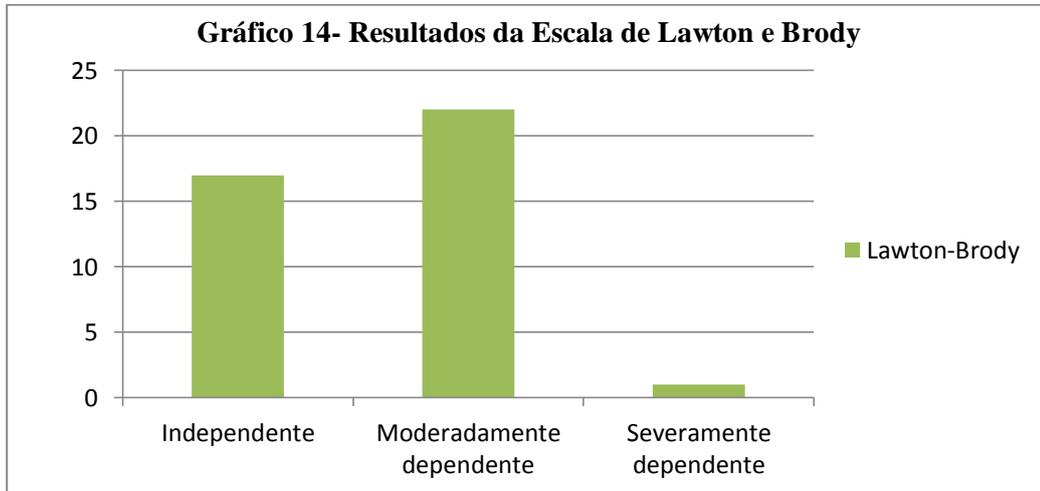


Fonte: Aplicação do Índice de Barthel

A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody foi empregada com o propósito de identificar a condição funcional do idoso na realização de AIVD. Essa escala apresenta sete domínios: uso do telefone, viagens, realização de compras, preparo das refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. A sua pontuação varia de 7 a 21 e, quanto menor o valor obtido, maior o grau de comprometimento para levar uma vida independente (Santos & Virtuoso, 2008 citados por Andrade & Novelli, 2015, p.146). Segundo Paúl e Fonseca (2005) esta escala com designação comum de autonomia instrumental é referência para a avaliação das atividades instrumentais de vida diárias.

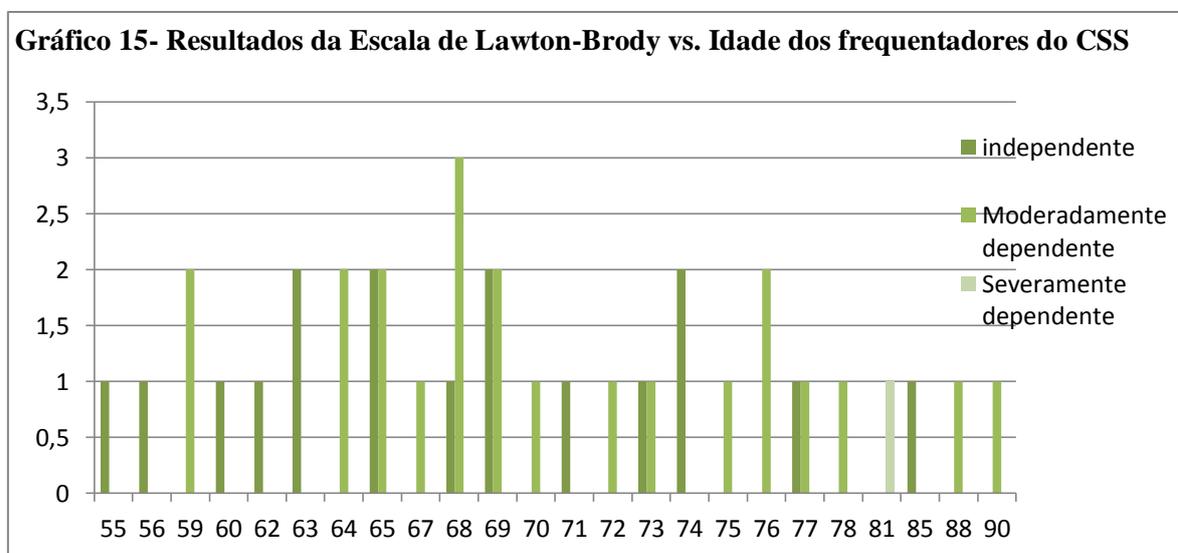
Relativamente à aplicação da Escala de Lawton e Brody, como se pode observar no Gráfico 14, os frequentadores do CSS são na sua maioria moderadamente dependentes correspondendo a 22 pessoas, 17 são independentes e 1 pessoa com 81 anos é severamente dependente nas atividades instrumentais de vida diárias. As atividades em que os utentes apresentam maior dependência são nas atividades

domésticas (cuidar da casa), na realização de compras e na utilização de transportes. Os frequentadores do CSS são mais autónomos no tratamento da roupa e na preparação das refeições, assim como no manuseamento do dinheiro.



Fonte: Questionário Aplicação da escala de Lawton e Brody

Percebe-se pela análise do Gráfico 15 que os frequentadores do CSS têm maior dificuldade em realizar as atividades instrumentais da vida diária comparativamente às atividades básicas da vida diária. “A capacidade de o sujeito realizar as suas tarefas do quotidiano normalmente reduz-se substancialmente com o decurso dos anos” (Carvalho & Mota, 2012, p.73).



Fonte: Questionário Aplicação da escala de Lawton e Brody

A Escala da Depressão Geriátrica utilizada para o rastreio da depressão, avalia aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. A informação é obtida através de questionário direto ao idoso. Pode ser aplicada por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna - GERMI, n/d).

“A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário” (Apóstolo, 2012, p.51). Desta forma, optou-se pela versão curta constituída por 15 questões com resposta de “Sim” ou “Não” com cotação própria de um ponto nas questões sugestivas de depressão. Assim nos itens 1, 5, 7, 11, 13 se a resposta for “Não” corresponde um ponto. Aos itens 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15, será atribuído um ponto à resposta “Sim”. A pontuação 0 a 5 corresponde a pessoas sem depressão, 6 a 10 depressão ligeira e 11 a 15 depressão grave.

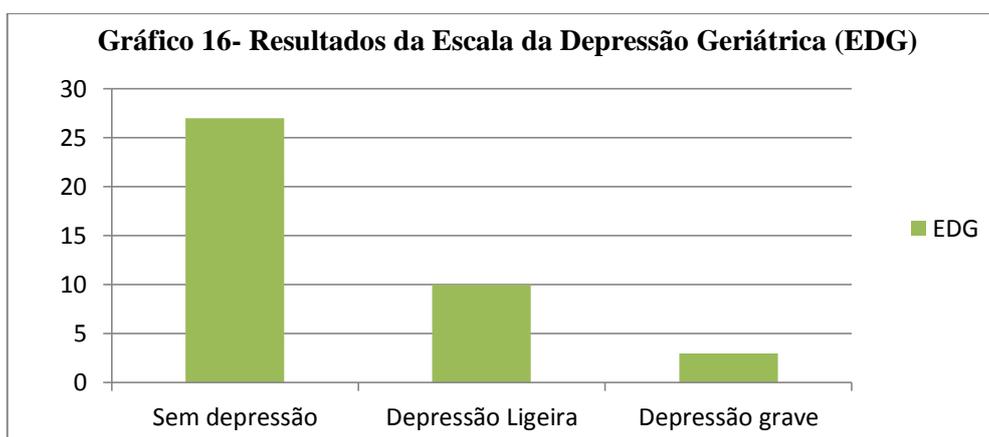
Para além da preocupação com síndromes demenciais nos idosos a Psicogeriatría foca a sua preocupação na depressão, cada vez mais associada ao envelhecimento. A presença de comorbilidade depressiva nas doenças crónicas é muito superior à da população em geral. O prognóstico das doenças crónicas é uma variável determinante na qualidade de vida dos idosos. A depressão é ainda o problema de saúde mais frequente ligado ao suicídio nos idosos. Não está diretamente relacionada com o envelhecer mas é muitas vezes associada aos idosos e a algumas condições verificadas nesta idade (perdas de familiares e amigos, dos papéis sociais, à solidão e à viuvez, redução das condições económicas).

A depressão nos idosos pode ser manifestada de diversas formas, variando de indivíduo para indivíduo. Alguns podem apresentar sintomas físicos, como a dor crónica, cefaleias, enquanto outros podem apresentar sintomas emocionais típicos como tristeza, perda de esperança, medo da morte e culpa. Muitos idosos apesar de deprimidos negam este estado. A depressão nos idosos quando detetada, tratada e acompanhada é um problema de saúde que normalmente apresenta bom prognóstico (Fernandes, 2014).

Apesar da informação sistemática que esta escala fornece, esta deve ser acompanhada pela observação direta do idoso, por uma entrevista, por relatos de terceiros, cuidadores ou profissionais de saúde para se estabelecer o diagnóstico de depressão (Gonçalves, 2014).

Relativamente à análise desta escala, como é visível no Gráfico 16, 27 dos frequentadores do CSS não apresentam depressão, 10 apresentam depressão ligeira e 3 apresentam depressão grave.

Na população em estudo a depressão é mais evidente nos elementos do sexo feminino. Os 2 casos de depressão grave referem-se a pessoas do sexo feminino casadas/união de facto.



Fonte: Aplicação da EDG

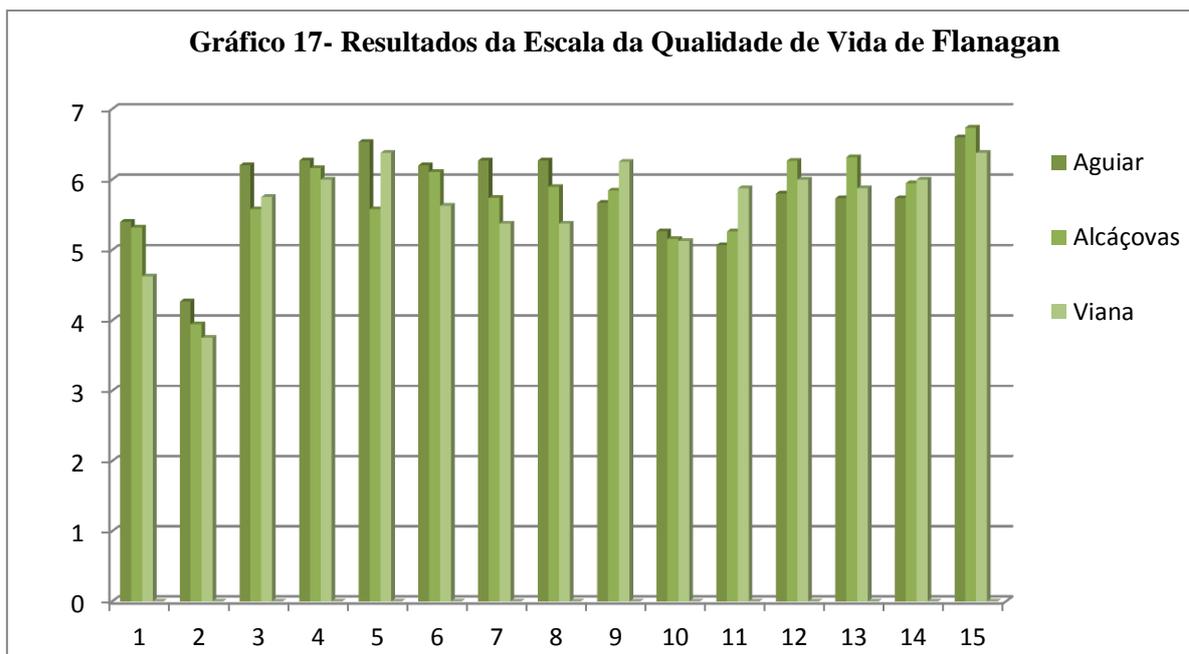
Muitas avaliações geriátricas não englobam a qualidade de vida dos idosos. Para Corrente e Machado (2010, p.157) “a avaliação da qualidade de vida (QV) é fundamental e deve ser considerada como parte integrante na avaliação de saúde do idoso, justamente por considerar aspetos que muitas vezes passam despercebidos na avaliação clínica de rotina em serviços de saúde.” Castellón (2003) citado por Paúl e Fonseca (2005, p.303) refere que “a associação entre o envelhecimento e a qualidade de vida é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais e contemporâneas. O conceito de qualidade de vida é, aliás, considerado por muitos autores como um conceito nuclear no campo da atenção aos idosos, constituindo um dos principais indicadores que se deve ter em atenção na hora de avaliar a condição de vida dos idosos”.

Fonseca (2014, p.163) refere que “ a saúde continua a ser uma área fulcral associada ao bem-estar psicológico e a sua diminuição contribui particular e decisivamente para baixar o bem-estar e a satisfação com a vida na população mais idosa”.

A Escala de Qualidade de Vida de Flanagan é um instrumento que pode ser aplicado ou autoaplicável sobre a qualidade de vida. É composta por 15 itens, agrupados em cinco dimensões: D1- Bem-estar físico e material (itens 1 e 2); D2 -Relações com outras pessoas (itens 3, 4, 5, 6); D3 - Atividades sociais, comunitárias e cívicas (itens 7, 8); D4 – Desenvolvimento pessoal e realização (itens 9, 10, 11, 12); D5 – Recreação (itens 13, 14, 15).

As respostas da escala de sete pontos variam entre: 1 = extremamente insatisfeito; 2 = bastante insatisfeito; 3 = insatisfeito; 4 = nem insatisfeito/nem satisfeito; 5 = satisfeito; 6 = bastante satisfeito e 7 = extremamente satisfeito. A soma do total dos itens é indicador da satisfação ou insatisfação com a qualidade de vida.

Nas três freguesias é visível, através da análise do Gráfico 17, que em relação à qualidade de vida é na dimensão bem-estar físico e material (saúde) que os frequentadores do CSS, nas 3 freguesias, se apresentam menos satisfeitos, com menor qualidade de vida (valores médios entre 3,8 e 4,2) sendo 3.8 para a freguesia de Viana do Alentejo e 4.2 para a freguesia de Aguiar (de Insatisfeito a Nem insatisfeito/Nem satisfeito). Conjuntamente com o bem-estar físico e material, o desenvolvimento pessoal e realização (Autoconhecimento, potencialidades e limitações) são as duas dimensões com scores médios mais baixos. A relação com as outras pessoas e a recreação são os domínios que assumem os valores mais elevados com scores que variam entre 6.3 e 6.7 (bastante satisfeitos).



Fonte: Aplicação da Escala da Qualidade de Vida

✓ **Planeamento das atividades do CSS para o ano letivo 2015/2016**

Elaborar o Plano de Atividades do CSS (Anexo VIII) para o ano letivo de 2015/2016 foi outro dos objetivos propostos.

O planeamento das atividades a desenvolver teve por base as necessidades/problemas identificadas aquando da aplicação dos instrumentos. Tal deveu-se ao facto de dar resposta aos interesses da população pois, o CSS é um projeto que, atendendo aos valores que o norteiam, se deve manter, aumentar o dinamismo e captar cada vez mais frequentadores.

Tal como anteriormente referido, o CSS funciona uma vez por semana, em Aguiar às segundas-feiras, em Viana do Alentejo às quartas-feiras e em Alcáçovas às sextas-feiras, no horário das 15h às 17h. No início são avaliados alguns parâmetros vitais pelos enfermeiros, nomeadamente a tensão arterial e a glicémia capilar. Esta atividade permite um controlo semanal destes parâmetros, por norma muito do agrado das pessoas. Por outro lado, é uma oportunidade de falar com estas pessoas de forma individualizada sobre algumas questões inerentes à sua situação de saúde/doença, momentos valiosos de educação para a saúde. A conjugação de todos estes aspetos alicia os idosos a participar nas sessões. Além dos ensinamentos informais sobre diversos temas também é aproveitado o momento para esclarecimento de dúvidas. Os temas

abordados são, entre outros, alimentação, higiene, mobilização, vestuário, eliminação, hipertensão arterial, diabetes, exercício físico e resultam das solicitações recebidas e perçecionadas.

Para além destes ensinios informais foram realizadas SEpS formais. O questionário aplicado permitiu identificar os interesses e as preferências dos frequentadores do CSS, com temas relevantes contidos no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006). A este questionário responderam os 43 frequentadores do CSS. Os temas que reuniram maior preferência foram: Primeiros socorros (26), seguido da Nutrição (21) e saúde em geral como sinais de alerta (13). É ainda referido o tema, Gestão do Sono, por 11 dos frequentadores do CSS.

Estes são momentos de partilha, interajuda, cooperação e a continuidade de relações já existentes. A procura e investimento do idoso na sua qualidade de vida só é possível onde este se sinta plenamente integrado, onde seja possível evoluir, no seio de um grupo socialmente relevante, particularmente nos aspetos afetivos (Carvalho & Mota, 2012).

Após este momento mais do âmbito da saúde, em particular, decorre uma sessão de atividade física da responsabilidade de um professor dessa área. A atividade física regular é uma das bases da promoção do envelhecimento ativo.

Conhecer o processo de envelhecer não diz respeito apenas ao conhecimento da etiologia dos processos degenerativos que lhes estão associados. Conhecer o envelhecimento permite desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência promovendo a qualidade de vida e a autonomia. A atividade física tem sido indicada como terapia coadjuvante para diminuir a degeneração progressiva associada ao envelhecer (Carvalho & Mota, 2012).

O CSS reúne dois dos conceitos mais importantes do envelhecimento ativo, a saúde e a atividade física. Ainda segundo os autores supra citados, “os espaços e programas dirigidos para a atividade física podem surgir com um interesse especial face às possibilidades, reconhecidas, nos diferentes domínios da existência humana. Poderemos então salientar o plano da autonomia e da independência funcional tão necessária à manutenção integral, por parte do sujeito, da sua plena cidadania e condição humana” (Carvalho & Mota, 2012, p.73).

✓ **Sessões de Educação para a Saúde (SES)**

Atendendo à heterogeneidade do grupo, as sessões de educação para a saúde (temáticas), cujos temas advieram da informação recolhida pelos questionários, foram planeadas tendo em conta essa mesma diversidade. Segundo Simões, Nogueira, Lopes, Santos e Peres (2011, p.1) “a Educação para a Saúde (EpS) surge como um meio facilitador deste percurso, no sentido de preparar os indivíduos para um papel ativo na saúde. Assim, um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.”

É muito importante capacitar as pessoas para enfrentar as adversidades e as características de cada fase de vida. As sessões de educação para a saúde exigem um planeamento prévio e têm como objetivo partilhar a informação necessária que sustente a mudança de comportamentos de risco por hábitos saudáveis, tornando os participantes cada vez mais ativos e interventivos na gestão da sua saúde.

Esta atividade é sustentada pelas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública que, pelo seu percurso, deve contribuir para o processo de capacitação de grupos vulneráveis e comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Realização da 1ª, 2ª e 3ª Sessão de Educação para a Saúde

As primeiras três sessões de Educação para a Saúde foram planeadas e realizadas em conjunto com os estudantes do 4º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora, sendo o tema “Os cuidados com o frio” (Anexo IV).

Este tema foi selecionado pois, avizinhava-se o Inverno e os frequentadores do CSS mencionaram ter dúvidas acerca deste assunto, além de que são uma população vulnerável ao frio.

Foram realizadas 3 sessões sobre este tema, uma em cada freguesia (Aguiar, Viana do Alentejo e Alcáçovas). Em todas elas houve um ambiente participativo e de interação por parte dos presentes, solicitando o esclarecimento de dúvidas e partilhando experiências pessoais. O momento também se mostrou oportuno para incentivar a

vacinação da gripe e informar as pessoas de como devem proceder. “Em todo o mundo, alternadamente nos dois hemisférios, a gripe está na origem de milhares de óbitos devidos a doenças circulatórias e respiratórias relacionadas com a infeção, especialmente em idosos com patologias crónicas associadas” (George, 2014 p.10).

Realização da 4ª, 5ª e 6ª Sessão de Educação para a Saúde

Outros temas identificados como prioritários foram a “Alimentação saudável, exercício físico e a obesidade”. Atendendo a que os temas estão interligados foi decidido tratar estes assuntos numa só sessão, até porque permitiria uma melhor gestão de recursos. Da mesma forma, foram realizadas três sessões sobre estes temas, uma em cada freguesia onde funciona o CSS. Estas sessões também foram planeadas (Anexo V).

Esta sessão iniciou-se com a apresentação dos dados, em forma de gráfico, relativos a esta população, nomeadamente o IMC e perímetro abdominal. Foi sem dúvida uma estratégia interessante pois foi visível o interesse e participação, em que a partilha de experiências foi uma constante. Também foi uma forma de se conhecerem melhor relativamente a estes aspetos e motivou os presentes para saberem mais e questionarem sobre este assunto.

Só no início do século XXI a alimentação é reconhecida como uma preocupação de saúde pública no geral e principalmente para os idosos. São inúmeras as patologias associadas ao envelhecimento que podem ser prevenidas ou controladas com intervenção ao nível da alimentação e da atividade física. Por outro lado, também são várias as patologias e medicamentos que podem influenciar a alimentação dos idosos e influenciar o estado de nutrição do idoso (Afonso, Morais & Almeida, 2012). O profissional de saúde deve estar atento a todos os fatores que interferem com a saúde da população.

Esta temática é suportada pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006) no âmbito do envelhecimento ativo, que centra as suas recomendações na necessidade de instruir os mais velhos para hábitos alimentares saudáveis, que reduzem o risco de doenças (diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, hipertensão, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de doenças crónicas. Recomenda ainda para a prática de atividade física para melhorar o seu equilíbrio, a força muscular, a

coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental, promovendo a independência por mais tempo.

Realização da 7ª, 8ª, e 9ª Sessão de Educação para a Saúde

Outro tema solicitado foi sobre “primeiros socorros”. Esta sessão contou com a colaboração da Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Viana do Alentejo (AHBVVA). Tal como as anteriores, foi planeada e replicada nas 3 freguesias. Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 (DGS, 2010, p.12) “em Portugal, apesar das melhorias observadas nos últimos 20 anos, os acidentes de viação, domésticos, de lazer e de trabalho continuam entre as principais causas de morte e incapacidade” Os acidentes domésticos são muito comuns principalmente em crianças e nas pessoas idosas, para quem todas as divisões da casa, o quintal e o espaço envolvente podem representar um risco. Nos acidentes domésticos e de lazer, 14% das vítimas são pessoas idosas. Estes são mais frequentes nas mulheres sendo a casa o principal local de ocorrência, cerca de 52%.

Apresentado o projeto, a justificação do tema, tanto pelo interesse demonstrado pela população como pela sua exposição a acidentes e os objetivos da mesma, na reunião ocorrida com representantes da AHBVVA, foi de imediato perceptível a motivação e o interesse em colaborar. Numa segunda reunião foi planeada a sessão (Anexo VI).

Após uma breve introdução de alguns aspetos mais teóricos, maioritariamente foi uma sessão prática, com demonstração de alguns procedimentos que poderiam ser usados pelos presentes. Também nesta sessão, eventualmente, pelo seu cariz essencialmente prático o interesse e motivação do grupo tenha sido evidente. Foi marcada pela interação com os “formadores”, neste caso, em particular, os Bombeiros envolvidos. A AHBVVA é uma associação de referência para a população idosa e com a qual partilham uma grande proximidade o que foi certamente facilitador desta dinâmica. Também os Bombeiros referiram que foi uma atividade que lhes permitiu uma interação com a comunidade, diferente do habitual, manifestando vontade de continuar a colaborar no projeto.

✓ **“Encontro de Saúde “Vamos falar de Saúde... A Diabetes”**

Este encontro realizou-se no dia 21 de dezembro de 2015 no Cineteatro de Viana do Alentejo e intitulou-se “Vamos falar de Saúde... A Diabetes”.

Este tema advém não só das necessidades referidas pelos frequentadores do CSS mas também das necessidades identificadas pelos profissionais de saúde relativamente à população abrangida pela UCC.

Sendo assim, com a concordância de todos os parceiros, pela sua pertinência e atualidade, foi alargado a toda a população do concelho.

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014, p.8) “em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes.”

Perante os dados do mesmo relatório verifica-se um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade sendo que mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes. Relativamente à incidência, estima-se em 2013, a existência de entre 557 a 806 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes.

O relatório destaca ainda dados preocupantes em relação às complicações da diabetes, como o aumento dos internamentos associados ao pé diabético e o aumento das amputações dos membros inferiores, que contraria o que se vinha a verificar nos últimos anos.

No CSS dos 43 frequentadores apenas 23 referiram ter doenças crónicas sendo que 9 destes 23 referem ter sido diagnosticados com Diabetes.

Esta atividade foi planeada e o programa foi elaborado com a colaboração de todos os parceiros. Contou-se também com a participação da enfermeira responsável pela consulta de Diabetes do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE). Decidiu-se que o encontro era composto por duas mesas temáticas. Na primeira foi feita uma abordagem mais teórica acerca do “Envelhecimento Ativo” e foram apresentados os dados relativos à “Satisfação dos frequentadores do CSS” recolhidos e tratados pelo Professor de Educação Física da Câmara Municipal de Viana do Alentejo. A segunda mesa intitulou-se “A Diabetes” e o tema foi tratado pela enfermeira responsável pela consulta de diabetes do HESE.

Este evento também teve a finalidade de assinalar o final do 1º período do ano letivo do CSS e toda a comunidade foi convidada a participar.

O mesmo foi também noticiado na página da ARS Alentejo, no seguinte link: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Encontro-em-Viana-do-Alentejo---Vamos-falar-de-Sa%C3%BAde.aspx?PageID=468>

Foi também realizado um artigo para o Boletim Municipal da Câmara Municipal de Viana do Alentejo, sobre esta temática, aguarda-se a sua publicação (Anexo VII).

5.2 – METODOLOGIAS

O projeto de intervenção comunitária donde resultou a elaboração deste relatório teve subjacente a Metodologia do Planeamento em Saúde e considerou a população-alvo como elementos fundamentais promotores e responsáveis pela sua saúde, em todas as fases do mesmo.

Para Anes et al. (2013, p.3) “o Planeamento é a determinação de uma sequência de acções que têm por objetivo alcançar um resultado desejado; determina aquilo que deve ser feito e como deve ser feito. Deve procurar maximizar os resultados e minimizar as deficiências, buscando maior eficiência, eficácia e efectividade.”

Imperatori e Giraldes (1993, p.23) definem o planeamento como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”.

O planeamento em saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e organizar os caminhos para se atingir um objetivo coletivo. Este processo envolve um exercício da razão e da sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade, proporcionando a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras (Queirós et al, 2010).

Para Brissos (2004, p.3) “o processo de planeamento é tido como um processo que, tomando por base o que se quer atingir, determina o percurso a seguir com os meios que se podem utilizar. É um processo permanente, contínuo e dinâmico, que implica reprogramação adequada aos imprevistos que vão surgindo, está voltado para o futuro e para a ação, procurando racionalizar recursos com menores custos e com uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados.”

O planeamento já era utilizado em diversas áreas, principalmente na área económica, com o intuito de implementar e avaliar projetos, mas, na área da saúde foi com a Declaração de Alma-Ata em (1978) que a OMS teve um papel impulsionador do desenvolvimento do Planeamento em Saúde e em que se apelou pela primeira vez aos governos para aperfeiçoarem a sua estrutura administrativa e utilizarem métodos de gestão apropriados para planear e implementar os Cuidados de Saúde Primários.

Assim, o Planeamento em Saúde pode ser definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23).

No sector da saúde, para Imperatori e Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde torna-se evidentemente necessário devido às seguintes razões:

- Escassez dos recursos, como tal é necessário começar a utilizá-los eficaz e eficientemente;
- Necessidade de intervir nas causas dos problemas de saúde;
- Necessidade de definir prioridades, visto não ser possível resolver todos os problemas de saúde das pessoas ao mesmo tempo;
- Necessidade de se evitarem intervenções isoladas, pois as mesmas comportam custos elevados sendo importante implementar ações múltiplas;
- Necessidade de se utilizarem eficientemente as infraestruturas já existentes, rentabilizando recursos numa só atividade;
- Competitividade do mercado da saúde com outras prioridades nacionais através da elaboração de planos;
- Rápida evolução da medicina e da tecnologia, o que requer uma constante adaptação;
- Constante necessidade de adaptação dos técnicos de saúde das equipas multidisciplinares à complexidade evolução das técnicas e tecnologias.

O Planeamento em Saúde segundo Imperatori e Giraldes (1993) deve conter três fases importantes: Elaboração do plano, a Execução e a Avaliação.

A elaboração surge como uma das fases mais importantes e é composta pelo diagnóstico de saúde, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução.

A fase da execução é a fase em que se operacionaliza o projeto anteriormente elaborado.

A avaliação surge como a terceira fase em que se realiza uma avaliação de todo o projeto, ganhos produzidos e/ou redefinição do mesmo.

Para a implementação de um projeto devem ser seguidas todas as fases, pois estão interligadas e o sucesso de uma fase depende da consecução da anterior. É um processo dinâmico e nunca deve ser considerado concluído. O trabalho de projeto assente neste modelo revela-se de extrema importância pois, o objetivo final é melhorar a saúde das populações, assente numa mudança de comportamento para estilos de vida mais saudáveis, com alteração de atitudes e comportamentos menos positivos.

O planeamento permite uma estrita adequação à população-alvo o que nos permite retirar ainda mais ganhos em saúde quando se intervém numa comunidade.

5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Imperatori e Giraldes (1993) definem estratégias de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde.

Reuniões com os intervenientes no projeto

Uma das estratégias adotadas para a concretização do projeto foi a realização de reuniões com todos os intervenientes do mesmo.

As reuniões tiveram como finalidade apresentar o projeto, justificando, com base no diagnóstico efetuado, a necessidade e pertinência do mesmo. Por outro lado, também foram apresentadas as atividades planeadas e foram recolhidos contributos que permitiram um envolvimento mais efetivo dos parceiros, tornando-os parte integrante do mesmo.

Ao longo do projeto as reuniões foram necessárias para planejar/realizar as atividades em conjunto, pelo que os responsáveis das organizações parceiras

participavam do planeamento das atividades permitindo melhor gestão dos recursos humanos e materiais.

Parcerias

Em projetos de intervenção na comunidade os enfermeiros pretendem capacitar a população para enfrentar as suas necessidades recorrendo ao estabelecimento de parcerias. O objetivo é rentabilizar recursos e adequar a intervenção. Uma abordagem multidisciplinar contribui para aumentar os ganhos em saúde.

Segundo Labonte (1990) citado por Laverack (n/d) o empoderamento comunitário é um processo que se estabelece baseado maioritariamente nas relações interpessoais, contextuais. É, contudo, um processo dinâmico e que integra cinco aspetos: a ação individual, o desenvolvimento de pequenos grupos, organizações comunitárias, parcerias e ação social e política, num contínuo que articula diversos níveis, desde os individuais até aos organizacionais.

“Ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, ligações e alianças voluntárias para resolver os problemas da comunidade” (Panet-Raymond, 1992; Butterfoss, Goodman et al, 1996; Korsching e Borich, 1997 citados por Laverack, n/d, p.11).

As parcerias são como catalisadores para capacitar os membros de uma comunidade a tomarem medidas para realizar mudanças nas políticas e práticas que influenciam o seu meio. As parcerias podem ser especialmente eficazes na capacitação da população porque todos os parceiros intervenientes compartilham as mesmas responsabilidades, tarefas e recursos (Fawcett et al., 1995 citado por Laverack, n/d).

Educação para a Saúde (EpS)

Para Simões et al. (2011) a Educação para a Saúde (EpS) surge como um meio de preparação dos indivíduos para um papel ativo na saúde e tem como principais objetivos ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela mesma. As pessoas devem sentir-se capazes para colaborar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

A promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade com vista a uma melhoria da qualidade de vida. Os indivíduos, grupos e comunidades devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente. A capacitação da comunidade, através de ações de promoção da saúde, promove a

equidade na saúde, com recursos que permitem a todos realizar completamente o seu potencial de saúde (OMS, n/d).

A EpS requer um levantamento das necessidades e um planeamento adequado com metodologias e recursos capazes de responder às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidade e facilitadoras da aprendizagem e partilha de informação. Os indivíduos devem tomar as suas próprias decisões, de forma livre, mas informada.

5.4- RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Planear em saúde é um processo contínuo, onde se tenta racionalizar da melhor forma os recursos que, por norma, são escassos, de forma a resolver o maior número de problemas em saúde, com o mínimo custo e uma eficácia máxima (Imperator & Giraldes, 1993).

Os recursos são fundamentais para que um projeto possa ser implementado. Neste projeto foram envolvidos recursos materiais, humanos e físicos.

Assim na operacionalização do mesmo foram utilizados como recursos materiais:

- Folhas de papel A4, lápis, canetas, computador, projetor, máquina fotográfica, impressora, fotocopiadora, esfigmomanómetro, estetoscópio, sistema de monitorização de glicémia capilar, lancetas, fitas reagentes de glicémia capilar, compressas, contentor para material corto/perfurante, sacos para lixo contaminado e não contaminado, desinfetante e carrinha da UCC de Viana do Alentejo.

Os recursos humanos envolvidos foram os seguintes:

- Equipa de enfermeiros da UCC de Viana do Alentejo, Psicóloga da UCC de Viana do Alentejo, Professor do Departamento de Desporto da Câmara Municipal de Viana do Alentejo, Presidente da Câmara Municipal de Viana do Alentejo, Responsáveis pela Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo e Alcáçovas, Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Viana do Alentejo (AHBVVA), Estudantes de Enfermagem da ESESJDUÉ, Enfermeira responsável pela Consulta da Diabetes do HESE, EPE., Médico de Saúde Pública de

Viana do Alentejo, Responsável pela Cooperativa de Aguiar, Funcionárias da Junta de Freguesia de Alcáçovas, Aguiar e Viana do Alentejo. Presidente da Junta de Freguesia de Alcáçovas.

Os recursos físicos necessários foram os seguintes:

- Salão da Cooperativa de Aguiar, salão da Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo e de Alcáçovas, sala de reuniões da Junta de Freguesia de Alcáçovas, Cineteatro de Viana do Alentejo e Centro de Saúde de Viana do Alentejo (UCC).

5.5 - CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

As entidades envolvidas na operacionalização do projeto foram diversas, tendo sido os contactos realizados em primeira instância pessoalmente e posteriormente, para formalização do mesmo, através de carta/ofícios, onde foi apresentado o projeto e os objetivos do mesmo, bem como a natureza da colaboração.

As entidades envolvidas foram:

Centro de Saúde Viana do Alentejo – Autorização para a implementação do projeto, a sua preparação e divulgação;

Cooperativa de Aguiar- Disponibilidade e manutenção do espaço;

Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas- Disponibilidade e manutenção do espaço;

Santa Casa da Misericórdia de Viana do Alentejo – Disponibilidade e manutenção do espaço;

Câmara Municipal de Viana do Alentejo- Cedência do Cineteatro e técnico de apoio, divulgação da atividade e impressão de cartazes, financiamento de *coffee break* e transporte dos frequentadores do CSS no Encontro de Saúde;

Junta de Freguesia de Alcáçovas- Disponibilidade da sala de reuniões e manutenção da mesma para realizar as SEpS, apoio na divulgação do projeto;

Junta de Freguesia de Aguiar- Apoio na divulgação do projeto e nas atividades a realizar;

Junta de Freguesia de Viana do Alentejo- Apoio na divulgação do projeto e nas atividades a realizar;

Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Viana do Alentejo - Realização de SEpS e disponibilização dos materiais para a mesma;

Hospital do Espírito Santo EPE de Évora – Participação da enfermeira no “Encontro de saúde”;

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora – Colaboração dos estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem no planeamento e realização das SEpS;

Pastelarias locais- Divulgação do projeto e respetivas atividades e colaboração no *coffee break* do “Encontro de Saúde”;

Comércio local- Divulgação do projeto;

ARS Alentejo – Divulgação do “Encontro de Saúde” e divulgação de artigo da realização do mesmo.

5.6 - ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Apesar de contar com o apoio de diversas organizações da comunidade, que colaboram com os recursos que têm disponíveis, na Tabela 4 apresentam-se os gastos que se podem imputar a este projeto, nomeadamente no que concerne a despesas com materiais consumíveis (papel A4, lápis, canetas, tinteiros para impressora, fotocópias dos folhetos de divulgação das atividades e dos instrumentos de recolha de dados), com recursos humanos (enfermeiras, técnico da CMVA e outros profissionais envolvidos), custos com deslocações (enfermeiros, técnicos e frequentadores do CSS) e utilização dos espaços para as diversas atividades.

Tabela 4 – Tabela Orçamental

Itens a serem financiados	Valor em euros
Materiais consumíveis	300€
Vencimento dos Enfermeiros	1.500€
Vencimento do Professor de Educação Física	1.000€
Vencimentos de outros profissionais colaboradores nas diversas atividades	250€
Deslocações	2.000€
Utilização de espaços, equipamentos e apoios técnicos	750€
TOTAL	5800€

5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Tavares (1990) refere que na preparação da execução, há quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (determinação de custos), comportamentos (determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), métodos (determinar como devem ser processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (relação entre o tempo e as atividades).

Na execução do projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” o cronograma foi cumprido na totalidade, sendo apenas necessário fazer alguns ajustes nas datas das sessões que se prenderam com a disponibilidade dos colaboradores das mesmas (Anexo IX).

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de avaliação é uma etapa fundamental de um projeto de intervenção.

“A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.174).

Um processo de avaliação nunca é fácil pois, dessa avaliação depende o futuro do projeto e a mais-valia que ele pode ser para aquela comunidade, neste contexto em concreto, a promoção de um envelhecimento ativo.

6.1-AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

O projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” tinha como objetivo geral: Promover o Envelhecimento Ativo num Clube de Saúde Sénior e como objetivos específicos:

- Descrever socio demograficamente os frequentadores do Clube de Saúde sénior;
- Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior;
- Identificar os interesses e as necessidades dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior;
- Elaborar o plano de atividades anual do Clube de Saúde Sénior.

Descrever socio demograficamente os frequentadores do Clube de Saúde Sénior

A descrição sociodemográfica dos frequentadores do CSS foi realizada através da aplicação do instrumento de recolha de dados e respetivo tratamento estatístico, cujos resultados já foram apresentados no capítulo 3 do presente relatório.

Os questionários foram aplicados à totalidade dos frequentadores inicialmente inscritos no CSS (43), sendo 38 elementos do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

Assim, a população do CSS é maioritariamente feminina (88.4%). As idades ficam compreendidas entre os 55 e os 90 anos, com maior frequência para os 68 e 69 anos.

A maioria dos frequentadores são casados ou vivem em união de facto e apresentam baixos níveis de escolaridade. A residência em casa própria com familiares é apontada como mais frequente.

Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior

Os instrumentos de avaliação aplicados aos frequentadores do CSS foram: Mini Exame do Estado Mental, Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, Escala da Depressão Geriátrica e Escala da Qualidade de Vida.

Essa avaliação está descrita detalhadamente no Capítulo 5 do presente relatório.

Salientam-se as seguintes conclusões:

- Quanto ao Mini Exame do Estado Mental os elementos do sexo masculino apresentam, na sua totalidade, estado cognitivo normal assim como 24 frequentadores do sexo feminino, sendo que 11 dos elementos do sexo feminino apresentam perda cognitiva leve.
- Na aplicação do Índice de Barthel, 29 dos frequentadores são independentes nas atividades de vida diárias e 11 são moderadamente dependentes. As atividades que necessitam de ajuda são do domínio da eliminação e mobilização.
- Na aplicação da Escala de Lawton e Brody, salienta-se que 22 dos frequentadores são independentes em relação às atividades instrumentais de vida diárias, 17 são moderadamente dependentes e 1 é severamente dependente. As atividades em que apresentam maior dependência são no trabalho doméstico, na realização de compras e na utilização de transportes. São mais autónomos no tratamento da roupa e na preparação das refeições assim como no manuseamento do dinheiro.
- Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica, 27 dos inquiridos não apresentam depressão, 10 apresentam depressão ligeira e 3 apresentam depressão grave.
- Perante a Escala da Qualidade de Vida é na dimensão bem-estar físico e material (saúde) que os frequentadores do CSS apresentam scores mais baixos (valores médios entre 3,8 e 4,2 em 7 possíveis). A relação com as outras pessoas e a recreação são os domínios que assumem os valores mais elevados com scores que variam entre 6.3 e 6.7 em 7 possíveis, logo bastante satisfeitos.

Identificar os interesses e as necessidades dos frequentadores do Clube de Saúde Sénior

-As necessidades dos frequentadores do CSS resultaram do diagnóstico de situação realizado.

-Relativamente às doenças crónicas nesta população salienta-se a Hipertensão Arterial e a Diabetes.

-Quanto aos temas que gostariam de ver tratados nas sessões destacam-se: Primeiros socorros (26), seguido da Nutrição (21) e Saúde em geral como sinais de alerta (13). A temática do sono é ainda referida por (11) dos frequentadores.

-Os frequentadores do CSS são na sua maioria independentes na realização das Atividades de Vida Diária, no entanto verificou-se dependência moderada em 11 elementos na dimensão eliminação e mobilização. Em relação às Atividades Instrumentais de Vida Diária a maior dependência surge no trabalho doméstico (cuidar da casa), na realização de compras e na utilização de transportes. Nestas referem ter ajuda de familiares para a concretização das mesmas. Da aplicação da Escala de Depressão e também pelos dados anteriormente apresentados, podemos concluir que abordar estas temáticas consubstancia-se como uma necessidade desta população e trará benefícios ao grupo pelo que foram incluídas no Plano Anual de Atividades. A saúde continua a ser uma preocupação deste grupo de pessoas pelo que a maioria dos temas abordados no CSS são direcionados à mesma, no sentido da capacitação dos frequentadores do CSS.

Elaborar o plano de atividades anual do Clube de Saúde Sénior

Tendo subjacente toda a informação recolhida, durante a fase de diagnóstico da situação, foi elaborado o Plano de Atividades Anual do CSS (Anexo VIII). Este foi realizado e posteriormente apresentado, consensualizado e aceite por todos os parceiros. Desde o início todos se propuseram a colaborar no mesmo, em particular os enfermeiros da UCC de Viana do Alentejo e o professor de Educação Física da Câmara Municipal de Viana do Alentejo.

Além destes parceiros, outros integraram as atividades definidas para o respetivo plano, tendo em conta a natureza dessas mesmas atividades e as competências das várias organizações.

Foram realizadas todas as atividades programadas no Plano de Atividades Anual até ao final de Janeiro, altura do término do Estágio, e prevê-se a continuação das restantes atividades no período de tempo restante do ano letivo.

Foram realizadas 9 SEpS, tal como já foi apresentado no Capítulo 5 do presente relatório. Os temas centraram-se nos cuidados ao frio, alimentação saudável, obesidade, exercício físico e primeiros socorros. Os temas tiveram subjacentes os interesses dos próprios, a avaliação da situação de saúde e também pela estação do ano em que nos encontrávamos. Em todas as SEpS as presenças foram superiores a 90%.

Foram sessões dinâmicas, muito interativas. Os temas foram apresentados de forma clara, adequada à população alvo, houve constantemente espaço para esclarecer dúvidas, analisar e encaminhar algumas situações individuais. Foi visível o interesse demonstrado pelos participantes que refletiam um sentimento de pertença ao grupo e identificação com o tema exposto.

Outra atividade realizada foi o Encontro de Saúde no Cineteatro de Viana do Alentejo sobre a Diabetes. Apesar de este ser o tema central pensou-se ser adequado enquadrar as questões inerentes ao Envelhecimento Ativo e os dados relativos à satisfação dos frequentadores do CSS. Esta atividade foi dirigida e divulgada a toda a população, considerando ser uma mais-valia para todos o que nela participassem. Esta ação permitiu ainda divulgar o CSS e a prática nele assente - o Envelhecimento Ativo.

A partir desta altura, final de janeiro de 2016, terminado que estava o Estágio Final, importa mencionar as atividades que ficaram planeadas e que irão decorrer nos tempos previstos no Plano de Atividades, conforme Anexo VIII.

-Para dar resposta às questões da Depressão nos Idosos, foi realizada uma reunião com a psicóloga da UCC e foi decidido realizar três SEpS para abordar o tema. A Psicóloga da UCC disponibilizou-se de imediato para intervir nesta população. Posteriormente numa segunda reunião foram facultados dados sobre o tema, relevantes para a intervenção no grupo. As sessões ficaram agendadas para a 4ª semana de fevereiro, após o término do Estágio Final, tendo as mesmas já sido realizadas.

-Outro tema reconhecido como necessidade prende-se com a Eliminação (Características, Incontinência, Dispositivos, Cirurgia). Já foram realizadas as 3 SEpS pelos enfermeiros da UCC de Viana do Alentejo.

-Foram ainda incluídos no Plano de Atividades Anual do CSS a “Hipertensão Arterial”, “Saúde em geral, sinais de alerta” e “Gestão do Sono”, como temáticas que reuniram maior consenso e preferência entre os frequentadores do CSS.

-Foi programado um Encontro Intergeracional com os alunos do 1º Ciclo. O envelhecimento não acontece sozinho, de forma isolada, surge num contexto, numa sociedade, entre amigos, família, vizinhos e entre gerações (crianças, jovens, adultos e idosos) numa partilha de significados, conhecimentos e experiências entre eles (princípio do Envelhecimento ativo). Os jovens de hoje são os idosos de amanhã e existe necessidade de educá-los e responsabilizá-los neste processo de partilha e apoio mútuo (OMS, 2005). Este encontro caracteriza-se pela realização de uma sessão de exercício físico conjunta, programada e realizada pelo Professor de Educação Física da CMVA no Agrupamento de Escolas de Viana do Alentejo.

-Está também planeada uma caminhada ao Santuário da Sra. D'Aires, em maio de 2016, com o intuito de promover o exercício físico e o convívio entre frequentadores e responsáveis do CSS. O local escolhido é emblemático da região.

-Foi pensada uma SEpS sobre a Segurança no Idoso. Esta atividade contará com a participação Guarda Nacional Republicana e ainda está em fase de planeamento.

-De forma a completar a caracterização dos frequentadores do CSS foi realizada uma avaliação física inicial pelos professores do Departamento de Desporto da CMVA e ficaram planeadas, para além desta avaliação inicial, mais 3 avaliações intermédias e 1 final. As sessões de exercício físico foram realizadas tendo em vista a otimização e manutenção funcional dos idosos e esperam-se resultados positivos na avaliação física programada para o final do ano letivo. Após o diagnóstico de situação, onde foram identificados défices a nível da mobilização, mais especificamente, dificuldade na realização dos movimentos necessários ao “subir e descer escadas” e ao “baixar” foi dado conhecimento ao professor de Educação Física da CMVA que programou e dirigiu as sessões com exercícios específicos de forma a colmatar essas mesmas necessidades.

-A pedido dos frequentadores do CSS e, como é habitual, será realizada uma atividade que marca o final do Ano Letivo. Este ano foi eleito como destino o Santuário de N^a Sr^a de Fátima, onde serão visitados locais simbólicos. A CMVA disponibiliza o transporte.

É interessante acompanhar e verificar a continuidade deste projeto. Do cumprimento deste Plano de Atividades resultará a capacitação desta população,

tornando-a o mais independente e autónoma possível, gestora da sua condição de saúde sendo, por isso, uma mais-valia.

6.2 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” teve como filosofia o preconizado no Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas (DGS, 2006) no âmbito do Envelhecimento Ativo que tem como objetivos: Promover um envelhecimento Ativo, ao longo de toda a vida; Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e Promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

O projeto tem como horizonte temporal o Ano Letivo 2015/2016, tendo previsto o seu *términus* em 07/07/2016.

“A chave para conseguir a saúde para todos é através da participação comunitária, pelo que os membros da comunidade bem informados e motivados participam no planeamento, implementação e avaliação dos programas de saúde” (Flynn & Dennis, 1999, citados por Nunes, 2011b, p.21).

Todas as atividades planeadas durante o período do Estágio Final foram concretizadas. Ficaram por realizar as que estão definidas para datas posteriores a 29 de janeiro de 2016, tal como já foi apresentado anteriormente. Como já foi referido ficaram delineadas atividades e já foram realizados contactos com algumas organizações que, em parceria, vão permitir a sua concretização.

Foi realizada a caracterização sociodemográfica das pessoas que frequentam o CSS, bem como a caracterização do seu estado de saúde física e mental. Esta caracterização revelou-se de extrema importância pois, permitiu adequar as estratégias usadas e interagir de forma coerente com a população. Por outro lado, também se revestiu de particular interesse para os próprios conhecer alguns aspetos do seu estado de saúde e, desta forma poder contribuir para que façam escolhas informadas, no que diz respeito à adoção de estilos de vida saudáveis e a comportamentos de prevenção da doença e promoção da saúde.

Foram esclarecidas dúvidas e partilhadas experiências pessoais que evidenciam a forma como cada um faz a gestão da sua saúde/doença. Foram conjugados temas de interesses dos frequentadores do CSS priorizando os que lhes diziam respeito em particular.

No final do ano letivo está planeado a realização de um momento de avaliação com o objetivo de conhecer a opinião dos frequentadores do CSS quanto às atividades realizadas, conteúdos das mesmas e estratégias utilizadas. Será também avaliada a prestação dos responsáveis e intervenientes do projeto, assim como serão solicitadas sugestões de melhoria para o mesmo.

6.3 - DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTRODUZIDOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

O CSS é um projeto que existe desde 2010 e que tem mantido o seu formato original até ao ano de 2015.

No ano letivo de 2015/2016 foi realizada pela primeira vez uma caracterização dos seus frequentadores e identificadas as suas necessidades. A abordagem utilizada no projeto é avaliada positivamente pelos frequentadores e pelos parceiros intervenientes do mesmo.

Aquando da realização da 4ª, 5ª e 6ª atividade foi solicitada a todos os presentes uma avaliação informal acerca da forma como estava a decorrer o ano letivo, nomeadamente, interesse das atividades, dos temas, das estratégias e dos intervenientes. A avaliação foi notoriamente positiva incentivando a manutenção dessa metodologia.

Tal como anteriormente referido foi evidenciado o interesse pelas atividades, o que também foi visível pelo aumento do número de inscrições ao longo do ano letivo. O número de pessoas que frequentam o CSS aumentou desde o início do ano letivo de 43 no início do ano para 50 em novembro de 2015 e 56 em janeiro de 2016.

Até ao momento não existiu necessidade de modificar o projeto implementado, apenas foram alteradas datas das SEpS por conveniência de todos os parceiros intervenientes (disponibilidade de formadores, disponibilidade dos frequentadores, disponibilidade de salas para realizar as atividades). Estas pequenas modificações não implicaram alterações no objetivo geral do projeto.

Como já foi referido, no final do ano letivo será realizado um momento de avaliação informal de forma a conhecer a opinião dos frequentadores do CSS relativamente às atividades realizadas, conteúdos e estratégias. Será também avaliada a prestação dos responsáveis e intervenientes que participaram no projeto, incitando os frequentadores do CSS a tecerem críticas construtivas como forma de melhoria do mesmo.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O fenómeno do envelhecimento provocou mudanças e exigências ao nível dos mais diversos sectores e exige dos mesmos reformulação de estratégias e modelos utilizados até hoje. Os governos, as organizações internacionais e a própria sociedade devem implementar políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo melhorando a saúde, a participação e a segurança da população idosa (OMS, 2005).

O enfermeiro tem um papel fundamental neste processo, com necessidade constante de atualização do seu saber e das suas competências para dar resposta às necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades. Para Moraes (2004, p. 24) “a formação deve ser encarada como um fenómeno social, que necessita de uma vontade pessoal para se realizar, na qual, um dos objetivos básicos é o desenvolvimento de competências, quer pessoais, técnicas ou relacionais”.

Trabalhar na comunidade e com a comunidade tornou-se um desafio para o qual são necessárias competências específicas.

Para Moraes (2004, p. 23) o desenvolvimento de uma competência surge “do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão”.

As competências do Enfermeiro Especialista prevêm o aprofundamento das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Na realização deste projeto foi tido em consideração as preferências dos indivíduos, ressaltando sempre uma prática baseada no domínio ético-deontológico, sendo assim respeitados os direitos humanos, numa prática responsável de autoconhecimento, fundamental nos cuidados de enfermagem com qualidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve adquirir “competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no

desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento n.º 128/2011, 2011, p.8667).

Na elaboração do projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” foi realizado e considerado o diagnóstico de situação daquela população e foi avaliado o estado de saúde físico e mental da população alvo, os frequentadores do CSS, o que correspondeu à função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública mobilizando a seguinte competência: *Estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.*

As atividades planeadas e realizadas resultaram da avaliação realizada e tiveram em vista a capacitação da população do CSS, de modo a dotá-los de conhecimento e estratégias para enfrentar o envelhecimento de uma forma participativa e ativa, tomando decisões conscientes e informadas. Surge assim no projeto a seguinte competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.*

O presente trabalho está integrado na missão do Plano Nacional de Saúde (2012-2016) que tem como missão maximizar ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania e no programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas (DGS, 2006) que incute a necessidade de um envelhecimento ativo. Mobilizou-se assim a competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.*

O envelhecimento ativo visa uma política de promoção e adoção de estilos de vida saudáveis numa participação ativa dos idosos também nesta fase de vida. Estes, enquanto agentes principais na gestão da sua vida e da sua saúde devem estar capacitados para responderem às suas necessidades reais, manter pelo maior tempo possível a sua autonomia, independência e participação ativa na sociedade.

8 – CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial. Vive-se atualmente uma tendência crescente da população idosa e Portugal não fica alheio a esta transformação global, revelando-se um dos países mais envelhecidos da Europa (OMS, 2005).

Esta conjuntura demográfica exigiu dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades alterações para as quais não se haviam preparado. O envelhecimento surge como um fenómeno preocupante na sociedade atual e requer a reformulação das intervenções, estratégias e modelos até agora adotados pelos diversos sectores, com necessidade de ações locais, regionais, nacionais e internacionais.

Atualmente envelhecer constituiu-se como um desafio pelas suas consequências aos mais diversos níveis (sociais, saúde, políticos, económicos, entre outros) e uma conquista pelo facto de se viver cada vez mais anos. Desta forma, envelhecer não deverá ser encarado como algo nefasto e pouco desejado. Viver mais tempo fará sentido se esse mesmo tempo for vivido ativamente, ou seja, com saúde, de forma participativa e em segurança.

O Projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” surgiu neste contexto. Tem como finalidade capacitar a população do CSS para que sejam, durante o maior tempo possível, autónomos e independentes, com escolhas conscientes, informadas e responsáveis, promovendo a manutenção da sua saúde e intervindo ativamente na sociedade.

Este projeto assenta nas três estratégias de intervenção definidas no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e nas suas recomendações para a ação, no âmbito da promoção de um Envelhecimento Ativo, adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas e promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2006). Por outro lado, salienta-se a importância da maximização dos ganhos em saúde, através dos esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias com base na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (DGS, 2015).

Atendendo às especificidades da Enfermagem de Saúde Comunitária e ao papel interventivo preconizado para o enfermeiro especialista nesta área, projetos desta natureza consubstanciam-se como uma mais-valia para a saúde das comunidades. Trabalhar na comunidade e com a comunidade foi um grande desafio. A comunidade surge neste projeto como um cenário-chave para a aplicações de estratégias promotoras do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005).

O conceito de comunidade em desenvolvimento é o foco da atenção primária. Os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários têm um papel importante a esse nível pois, estes são a porta de acesso aos cuidados de saúde e, assim sendo, os profissionais devem estar capacitados com conhecimentos, habilidades e competências para apoiar os indivíduos, famílias, grupos e comunidade em todos os seus esforços e aspirações. Destaca-se ainda a necessidade de trabalhar em articulação com outros setores da comunidade com a finalidade de rentabilizar recursos e contribuir para uma resposta mais completa e adequada às necessidades da população (International Council of Nurses, 2008).

A metodologia do Planeamento em Saúde mostrou-se crucial pois permitiu a caracterização da população-alvo e a definição de estratégias e planeamento das atividades, de forma a dar resposta às necessidades, no caso, dos frequentadores do CSS. No desenvolvimento deste projeto foram acionadas como estratégias a educação para a saúde e o estabelecimento de parcerias na comunidade. As SEpS, assim como o estabelecimento de parcerias, implicou reuniões onde foi apresentado e discutido o projeto e os recursos a partilhar. As estratégias acionadas mostraram-se adequadas e eficazes na concretização do mesmo.

Reforça-se a importância de entender os gastos em saúde como investimentos que permitem capacitar as pessoas idosas. Para além disso, ajuda a sociedade a atender às suas obrigações relacionadas com os direitos fundamentais das pessoas mais velhas sendo em alguns casos, o retorno sobre esses investimentos direto (WHO, 2015).

Foi bastante positiva a interação na e com a comunidade. Apesar de maioritariamente serem pessoas com poucas limitações, o grande objetivo é que assim permaneçam durante o maior número de anos possível, reforçando a importância da manutenção e otimização da sua saúde.

Sendo um projeto que já existia, reforçado com os contributos que advieram da metodologia agora implementada, parece estarem reunidas as condições para que tenha

continuidade e dê um passo importante no fomento do Envelhecimento Ativo nesta comunidade. Neste contexto, o envolvimento de todos os atores formais e informais foi determinante e facilitador na promoção da participação ativa desta população, nas questões que lhe dizem respeito.

Pela avaliação realizada consideram-se atingidos os objetivos propostos inicialmente e ainda acresceu a satisfação dos profissionais envolvidos, conscientes de que estão criadas condições que permitem dinamizar o CSS, rentabilizando e adequando os recursos da comunidade às reais necessidades das pessoas que dele usufruem.

O projeto “O Envelhecimento Activo num Clube de Saúde Sénior - Um Projecto de Intervenção na Comunidade” contribuiu sem dúvida para a relevância do trabalho na comunidade e foi primordial no processo de aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

9-REFERÊNCIAS

- Afonso, Morais & Almeida. (2012). *Alimentação e nutrição em Gerontologia* In Paúl e Rodrigues. (2011). *Manual de gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (1ªed), Lisboa: LIDEL edições.
- Almeida, M.F. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise.... *Fórum Sociológico* 17 (II), 17-24. Acedido a 22 de janeiro de 2016. Recuperado de: <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.2.pdf>
- Almeida. (2014). *A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença* In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed), Coisas de Ler. Lisboa
- Anes et al. (2013). *Planeamento em Saúde: Diferentes conceitos*. Livro de Atas das Primeiras Jornadas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança
- Andradea & Novelli. (2015). Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. *Cadernos Terapia Ocupacional. UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 143-152, 2015. Acedido a 20 de Setembro de 2015. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3d81f3a7-80f0-45ba-abba-081e712b0587%40sessionmgr198&vid=0&hid=102>
- Apóstolo. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Documento de apoio maio, 2012
- Brissos. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*. Vol. 22, nº 1 — janeiro/junho 2004

Carvalho & Mota. (2012). *O exercício e o envelhecimento* In Paúl e Ribeiro. (2011). *Manual de gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (1ªed), Lisboa: LIDEL edições.

Corrente & Machado. (2010). Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do Estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan. *Revista APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 2, p. 156-163, abr./jun. 2010. Acedido a 22 de setembro de 2015. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3c6aef4b-ad34-4c32-be27-fb96c8e75f0b%40sessionmgr110&vid=0&hid=102>

Costa. (2006). *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. (2ª ed.). Lisboa: Co-edição FORMASAU, Formação e Saúde Lda e EDUCA

Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde alma-ata*, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Acedido a 20 de janeiro de 2016. Recuperado de: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Decreto-Lei 28/2008 (2008) Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Acedido a 20 de fevereiro de 2016. Recuperado de: <https://dre.tretas.org/dre/229499/>

Despacho n.º 10143/2009. (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República, 2.ª série, N.º 74,16 de abril de 2009. Acedido a 20 de fevereiro de 2016. Recuperado de: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2571&m=PDF

DGS. (2005). *Programa Nacional de combate à obesidade*. Acedido a 19 de outubro de 2015. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade-pdf.aspx>

- DGS. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido a 19 de outubro de 2015. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Acedido a 19 de outubro de 2015. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes-pdf.aspx>
- DGS. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 (2010) Portugal, Ministério da Saúde*. Acedido a 20 de outubro de 2015. Recuperado de: <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- DGS. (2013a). *Norma da direcção geral da saúde - Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Acedido a 20 de outubro de 2015. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>
- DGS. (2013b). *Norma da direcção geral da saúde- Avaliação Antropométrica no Adulto*. Acedido a 10 de março de 2016. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- DGS. (2013c). *“A Hipertensão Arterial em Portugal 2013”*. Acedido a 16 de março de 2016. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-.aspx>
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. Acedido a 16 de março de 2016. Recuperado de: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- Faria & Santos. (2011). *Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos*. SCIELO, Brasil. Acedido a 10 de janeiro de 2016. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100019&script=sci_arttext
- Fernandes. (2014). *Saúde, doença e (r)evolução demográfica* In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed), Coisas de Ler. Lisboa
- Fernandes L. (2014). *Envelhecimento e demências* In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed) Coisas de Ler. Lisboa
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing: Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22-30. Acedido a 10 de setembro de 2015. Recuperado de: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiT3p29v8rKAhWJvhQKHetZAHIQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fsensoria.swinburne.edu.au%2Findex.php%2Fsensoria%2Farticle%2Fdownload%2F238%2F238&usg=AFQjCNFLMrk-J9gDfTPMEXQnDAAS_MI3Q&sig2=eqmoop3MKKk2gDsHt330QA&bvm=bv.112766941,d.d24
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A. & Moreira, M. (2011). *Active aging and its relationship to functional independence*. SCIELO, Brasil. Acedido a 10 de setembro de 2015. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300004&script=sci_arttext&tlng=en
- Fonseca. (2014). *Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico* In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed), Coisas de Ler. Lisboa.
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

George. (2014). *História da Gripe*. janeiro 2014. Acedido a 20 de setembro de 2015.
Recuperado de: <https://www.dgs.pt/microsite-da-gripe.aspx>

Gonçalves. (2014). *Cuidados Psicológicos: A depressão em idosos*. In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed) Coisas de Ler. Lisboa.

Imperatori, E. & Giraldes, M. R.. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Edições de Saúde.

INE. (2009). *Instituto Nacional de Estatística, Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Março de 2009. Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de:

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCqsLV3_LKAhWHORQKHSzLB08QFggpMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D66023625%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AFQjCNFDLLhbvcf4Vry9cTuhDrIvXc3Grw&sig2=Y173MH77Cc4LAJppGT3u-g&bvm=bv.114195076,d.d24

INE. (2011). *Instituto Nacional de Estatística, censos 2011*. Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de:

<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwizze6j5InLAhVBWxQKHRf6DYsQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fcensos.ine.pt%2F&usg=AFQjCNHQ4vl8vTwBGCGDtfQUqCcxJmogw&sig2=fNthiJ6Q-jGbqRnCqnRS-A&bvm=bv.114733917,d.d24>

INE. (2012). *Instituto Nacional de Estatística, Destaque, Informação à comunicação social, Censos 2011*. Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de: http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf

INE. (2014). *Resultados definitivos Alentejo, Censos 2011*. Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de:

http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156656957&att_display=n&att_download=y

International council of nurses. (2008) *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Acedido a 22 de fevereiro de 2016. Recuperado de: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ind2008_phc.pdf

Lage & Araújo. (2014). *A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas* In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed), Coisas de Ler. Lisboa.

Laverack. (n/d) *An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment*. Acedido a 22 de fevereiro de 2016. Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.198.2188&rep=rep1&type=pdf>

Lobo, Santos & Gomes. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa *Revista brasileira de enfermagem REBEn Rev Bras Enferm*. 2014 nov-dez;67(6):913-9. Acedido a 22 de outubro de 2015. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b3c20b42-b607-44f9-8836-966f178131b8%40sessionmgr113&vid=0&hid=102>

Loureiro. (2014). “*Passagem à reforma*”: *Uma vivência a promover em cuidados de saúde primários* In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed), Coisas de Ler. Lisboa.

Moniz. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados com experiência formativa*. Loures. Lusociência.

Morais. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, nº188, 23-24.

Moura. (2006) *SÉCULO XXI, Século do Envelhecimento*. (1ªed), Lusociência.

Nações Unidas. (n/d). *Outcomes on Ageing*. Acedido a 12 de fevereiro. Retrieved from: <http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>

Nações Unidas, (2015). *Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2015 Revision*. Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Retrieved from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, n/d). *Avaliação Geriátrica*. Acedido a 12 de setembro de 2015. Recuperado de: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Nunes. (2011a). *Saúde na escola... Saúde na comunidade*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Acedido a 22 de novembro de 2015. Recuperado de: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjg25zuzsHLAhUBcRQKHcsIDcwQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ucp.pt%2Fbitstream%2F10400.14%2F9753%2F1%2FTese%2520Final%2520-%2520Enfermeiro%2520Carlos%2520Nunes.pdf&usg=AFQjCNHC6VShvKbX3-Gs4G-yCzxDjrRVAw&sig2=9wVtslTRAEscMRyMrbWcJA>

Nunes. (2011b). *Intervenções de proximidade “Lado a Lado com a Comunidade”*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Acedido a 14 de março de 2016. Recuperado de: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiovbPG0cHLAhWHWhQKHVI6BjkQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ucp.pt%2Fhandle%2F10400.14%2F8803&usg=AFQjCNGS5U_qo_bQbPK6JYgkygM20S5aRQ&sig2=U1phUzxXfEVgesRERoUufA

OCDE. (2014). *OECD Health Statistics 2014 How does Portugal compare?* Acedido a 20 de fevereiro de 2016. Retrieved from: <http://www.oecd.org/portugal/Briefing-Note-PORTUGAL-2014.pdf>

- OMS. (n/d). *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde Ottawa. novembro de 1986.* Acedido a 20 janeiro de 2016. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde – Tradução brasileira.* OMS, 2002. Acedido a 14 de dezembro de 2015. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- OMS. (2014). *Actividade física.* Acedido a 20 de setembro de 2015. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- ONU. (2002a). *Segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento Madrid.* Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de: <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/Idosos-Factos.pdf>
- ONU. (2002b). Centro de informação das Nações Unidas em Portugal, *Comunicado de imprensa do Departamento de Informação Pública da ONU sobre a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid (2002).* Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de: <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Acedido a 22 de fevereiro de 2016. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamentos das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.* Acedido a 20 de fevereiro de 2016. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Paixão & Reichenheim. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev,

2005. Acedido a 5 de novembro de 2015. Recuperado de:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>
- Paúl. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. IN Paúl & Fonseca. (2005). *Envelhecer em Portugal*. (1ªed) Climepsi editores. Lisboa.
- Paúl. (2014). *Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes soluções*. In Fonseca. (2014). *ENVELHECIMENTO SAÚDE E DOENÇA: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (1ª ed), Coisas de Ler. Lisboa.
- Paúl & Fonseca. (2005). *Envelhecer em Portugal*. (1ªed) Climepsi editores. Lisboa.
- UCC Terras do Sul, Portel e Viana do Alentejo. (2013). Plano de Acção da Unidade de cuidados na Comunidade Terras do sul, Portel e Viana do Alentejo (Maio 2013)
- PORDATA, Base de Dados de Portugal Contemporâneo. Acedido em fevereiro de 2016. Recuperado de: <http://www.pordata.pt/>
- Queirós, P., Costa, D., Souza, A., Chaveiro, L., Silva, A., Silva, D...Calpineiro, N. (2010) “Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família - região leste de goiânia” *Revista de Salud Pública*, (XIV) 1: 15-23, junho. 2010. Acedido a 12 de fevereiro de 2016. Recuperado de:
http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_05_art2_pp%2015_23.pdf
- Regulamento n.º 128/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011. Acedido a 22 de novembro de 2015. Recuperado de:
http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2014). *Diabetes: Factos e Números 2014*. 11/2014 Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido a 12 de setembro de 2015. Recuperado de: <http://www.dgs.pt/?cr=26575>
- Rodrigues & Dias. (2012). *Demografia e Sociedade do envelhecimento* In Paúl & Rodrigues. (2011). *Manual de gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. (1ªed) Lisboa: LIDEL edições.
- Rosa. (2012). *O Envelhecimento da sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos santos, Lisboa: relógio de Água Editores
- Simões, C., Nogueira, c., Lopes, D.& Peres, S. (2011) Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde... *Ordem dos Enfermeiros*. (2011). Acedido a 10 de fevereiro de 2016. Recuperado de:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990.
- WHO. (2015). *Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde, Resumo*. Acedido a 22 de fevereiro de 2016. Recuperado de: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- WHO. (n/d). BMI Classification WHO. Acedido a 16 de outubro de 2016. Recuperado de: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

ANEXOS

ANEXO I-CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(a)s Sr(a)s

Sou estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora e solicito a sua colaboração no preenchimento dos seguintes inquéritos no âmbito do referido Mestrado, cujo tema é “Envelhecimento ativo”.

A recolha de dados será efetuada no Clube de Saúde Sénior a toda a população que pertence ao mesmo.

Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos).

O seu consentimento é indispensável para a realização deste projeto, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto:

Telemóvel - 964218662

Agradeço desde já a sua colaboração

Grata pela atenção,

Helena Farinha

Assim, estou disponível e aceito colaborar, no âmbito do projeto “Envelhecimento Ativo” a ser realizado pela estudante Helena Farinha, no âmbito do seu mestrado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora.

Nome

Assinatura

Data/...../.....

ANEXO II- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Recolha de dados Sociodemográficos

1 Sexo?

1. ___ Masculino
2. ___ Feminino

2 Idade?

_____ Anos

3 Estado civil?

1. ___ Solteiro (a)
2. ___ Divorciado (a)/Separado (a)
3. ___ Viúvo (a)
4. ___ Casado (a)/União de fato

4 Habilitações literárias?

1. ___ Analfabeto (a)
2. ___ Sabe ler e escrever (1º ciclo incompleto)
3. ___ 1º ciclo (1ª à 4ª classe)
4. ___ 2º Ciclo (1º e 2º ano)
5. ___ 3º Ciclo (3º ao 5º ano)
6. ___ Secundário
7. ___ Curso superior

5. Onde reside?

1. ___ Casa própria, sozinho
2. ___ Casa própria, com familiares
3. ___ Instituição
4. ___ Outro local Qual? _____

6. Antecedentes pessoais de saúde?

_____ ; _____ ; _____

7. **Peso** _____ **kg**

Altura _____ **m**

IMC _____

8. **TA** _____ **mmHG**

9. **Glicémia capilar** _____ **mg/dl**

10. **Perímetro abdominal** _____ **cm**

"Envelhecimento ativo: Identificação de Necessidades de Educação para a Saúde"

Assinale os temas que gostaria de tratar no Clube de Saúde Sênior

Atividade física	
Sono	
Higiene pessoal	
Nutrição/alimentação/ hidratação (Obesidade, Diabetes, HTA, Hipercolesterolemia)	
Eliminação/incontinência	
Insuficiência renal	
Saúde em geral "sinais de alerta"	
Saúde oral	
Sexualidade na terceira idade	
Cuidados com o frio	
Cuidados com o calor	
Prevenção de acidentes e quedas	
Gestão do luto	
Primeiros Socorros	
Outro. Qual? _____	

ANEXO III- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

- c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

- d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.
Fechou os olhos _____

Nota: _____

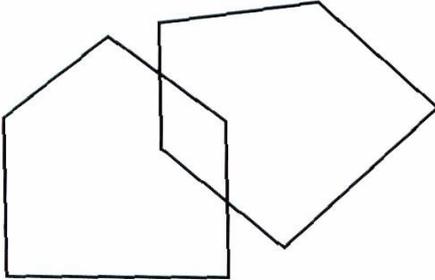
- e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Índice de Barthel

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contigente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala _____)

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda) _____

Total (0 - 100) _____

Índice de Lawton & Brody - versão apresentada por Sequeira (2007)

Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	2
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	3
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Escala de Depressão Geriátrica (EDG) Yesavage

1. Está satisfeito (a) com sua vida?
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?
3. Sente que a sua vida está vazia?
4. Aborrece-se com frequência?
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?
6. Teme que algo ruim lhe possa acontecer?
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?
12. Vale a pena viver como vive agora?
13. Sente-se cheio(a) de energia?
14. Acha que sua situação tem solução?
15. Acha que tem muita gente numa situação melhor que a sua?

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

Escala de Qualidade de Vida de Flanagan – EQVF

A escala **EQVF** busca avaliar a qualidade de vida utilizando as seguintes expressões linguísticas

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Insatisfeito	Indiferente	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Às expressões linguísticas são atribuídos escores numa faixa de 1 a 7 pontos, conforme indicado acima. Responda cada um dos itens abaixo assinalando o escore que indica seu grau de satisfação em relação aos seguintes aspectos de sua vida:

Qual a sua satisfação em relação a:	1	2	3	4	5	6	7
1. Conforto Material: casa, alimentação, situação financeira							
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a).							
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda.							
4. Constituir família: ter e criar filhos.							
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante							
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões.							
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas.							
8. Participação em associações e atividades de interesse público.							
9. Aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais.							
10. Auto-conhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações.							
11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena.							
12. Comunicação criativa.							
13. Participação em recreação ativa.							
14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos.							
15. Socialização: “fazer amigos”.							

ANEXO IV- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE-CUIDADOS COM O FRIO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS DE ÉVORA

UCC de Viana do Alentejo
Clube de Saúde Sénior

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

CUIDADOS COM O FRIO



Francisco Esteves, nº 30745

Perceptora: Enf^a Celeste
Patinhas

Joana Tobias, nº 30478

Perceptora: Enf^a Marília
Rasquinho

Marta Melgão, nº 31007

Helena Farinhan^o32839

Perceptora: Enf^a Ana Faleiro

Disciplina: Estágio de Intervenção Comunitária; Ensino Clínico VIII – Enfermagem Comunitária (UCC Viana do Alentejo)

Tema: “Cuidados com o frio”

Grupo: Frequentadores do Clube de Saúde Sénior das freguesias de Aguiar, Viana do Alentejo e Alcáçovas

Local: Aguiar, Viana do Alentejo e Alcáçovas

Data: 26, 28 e 30 de outubro de 2015

Objetivos

No final da sessão espera-se que as pessoas que frequentam o Clube de Saúde Sénior das freguesias de Aguiar, Viana do Alentejo e Alcáçovas sejam capazes de:

- Indicar as 2 ações a realizar em caso de enregelamento;
- Identificar 3 sinais e sintomas de hipotermia;
- Enumerar 3 recomendações a ter no domicílio;
- Identificar 3 sinais e sintomas da gripe;
- Identificar 3 cuidados a ter quando tem gripe.

	Conteúdos	Estratégias			Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades de Grupo	
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos alunos• Apresentação das enfermeiras orientadoras• Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Diálogo	_____	5 minutos

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Referência aos grupos de risco ✓ Recomendações e cuidados a ter: <ul style="list-style-type: none"> 1. Domicílio 2. Vestuário 3. Higiene 4. Alimentação 5. Exercício físico 6. Ar livre 7. Recomendações gerais ✓ Consequências da exposição prolongada ao frio <ul style="list-style-type: none"> 1. Enregelamento 2. Hipotermia ✓ Sinais e sintomas ✓ A gripe <ul style="list-style-type: none"> 1. Etiologia 2. Sinais e sintomas 3. Cuidados a ter 4. Formas de evitar a transmissão 5. Lavagem das mãos 6. Medidas de proteção 	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Suporte informático (PowerPoint)</p> <p>Imagética</p> <p>Diálogo</p>	<p>Participação ativa do grupo com partilha de experiências e diálogo acerca do tema</p>	<p>20 minutos</p>
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecimento de dúvidas ✓ Síntese das ideias principais ✓ Avaliação da sessão 	<p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>	<p>Suporte informático (PowerPoint)</p>	<p>Debate</p>	<p>10 minutos</p>

**ANEXO V- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE-ALIMENTAÇÃO
SAÚDÁVEL, EXERCÍCIO FÍSICO E OBESIDADE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS DE ÉVORA**

**UCC de Viana do Alentejo
Clube de Saúde Sénior**

Alimentação Saudável, Exercício Físico & Obesidade



HELENA FARINHA Nº32839

ENF^a ANA FALEIRO

Viana do Alentejo, 2015

DISCIPLINA: Estágio de Intervenção Comunitária- UCC de Viana do Alentejo

TEMA: Alimentação saudável, Exercício físico e Obesidade

GRUPO: Frequentadores do Clube de Saúde Sénior

LOCAL: Aguiar, Viana do Alentejo e Alcáçovas

DATA: 23, 25 e 27 de novembro de 2015

OBJETIVOS:

- Identificar os grupos da roda dos alimentos
- Referir 4 regras para uma alimentação saudável/equilibrada
- Mencionar 3 vantagens da realização de exercício físico
- Referir 3 cuidados a ter aquando da realização de exercício físico
- Identificar 2 consequências da obesidade para a saúde

I N T R O D U Ç Ã O	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades de grupo	Tempo
		<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do grupo• Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Diálogo	
D E S E N V O L V I M E N T O	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos resultados do questionário• Referência ao grupo de risco (processo de envelhecimento)• Promoção e manutenção da saúde• Alimentação Saudável<ul style="list-style-type: none">-A roda dos alimentos- Condicionantes da alimentação (económicos, físicos e sociais)-Recomendações sobre hábitos alimentares saudáveis• Exercício Físico<ul style="list-style-type: none">- Vantagens da prática de exercício físico-Atividades recomendadas• -Recomendações para a prática de exercício físico• Obesidade<ul style="list-style-type: none">- O que é- Consequências para a saúde	Expositivo Interativo Demonstrativo	Suporte Informático (PowerPoint) Diálogo	Participação ativa do grupo por partilha de experiências e diálogo acerca do tema	20 min

C O N C L U S Ã O	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese de ideias principais • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão 	<p style="text-align: center;">Interrogativo Interativo</p>	<p style="text-align: center;">Suporte informático (PowerPoint)</p>	<p style="text-align: center;">Debate</p>	<p style="text-align: center;">10 min</p>
--	--	---	---	---	---

ANEXO VI- SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE-PRIMEIROS SOCORROS

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS DE ÉVORA**

**UCC de Viana do Alentejo
Clube de Saúde Sénior**



**HELENA FARINHA N°32839
ENFERMEIRA ANA FALEIRO**

Viana do Alentejo, 2016

DISCIPLINA: Estágio de Intervenção Comunitária- UCC de Viana do Alentejo

TEMA: Primeiros Socorros

GRUPO: Frequentadores do Clube de Saúde sénior

LOCAL: Aguiar, Viana do Alentejo e Alcáçovas

FORMADORES: Associação de Bombeiros Voluntários de Viana do Alentejo

DATA: 23, 27 e 29 de janeiro de 2016

OBJETIVOS:

- Enumerar 3 fatores de risco de acidentes inerentes ao processo de envelhecimento
- Referir 3 acidentes mais comuns nos idosos
- Enumerar 4 formas de prevenir os acidentes
- Mencionar a forma de pedir ajuda
- Referir 2 procedimentos no socorro às vítimas (Asfixa/Engasgamento; Corpo estranho no olho; Queimaduras e cortes; Desmaio e convulsões; Epistaxes; Hipoglicémia e Hiperglicemia)

I N T R O D U Ç Ã O	Conteúdos				Tempo
		Métodos	Recursos	Atividades de grupo	
	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos preletores• Referencia ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Diálogo		5 min
D E S E N V O L V I M E N T O	<ul style="list-style-type: none">• Referência ao grupo de risco (alterações inerentes ao processo de envelhecimento e acidentes mais comuns nos idosos) Recomendações: <ul style="list-style-type: none">• Prevenção de acidentes• Pedido de ajuda (contactos telefónicos, sequência de atendimento)• Demonstração do suporte básico de vida• Primeiros socorros a vítimas de:<ul style="list-style-type: none">- Asfixa/Engasgamento- Corpo estranho no olho- Queimaduras e cortes- Desmaio e convulsões- Epistaxes- Hipoglicémia e Hiperglicemia	Expositivo Interativo Demonstrativo	Suporte Informático (PowerPoint) Diálogo	Participação ativa do grupo por partilha de experiências e diálogo acerca do tema	30 min

C O N C L U S Ã O	<ul style="list-style-type: none">• Síntese de ideias principais• Esclarecimento de dúvidas• Avaliação da sessão	Interrogativo Interativo	Suporte informático (PowerPoint)	Debate	10 min
---	--	-----------------------------	--	--------	--------

ANEXO VII- ENCONTRO DE SAÚDE

Vamos Falar de Saúde
Cineteatro de Viana do Alentejo
21 de Dezembro | 2015 20H00

DIABETES

Sessão de Abertura

20H00

Moderador:

Enf.ª **Marília Rasquinho**, UCC de Viana do Alentejo

Envelhecer Ativamente

20H10

Enf.ª **Ana Faleiro**, UCC VA

Enf.ª **Helena Farinha**, HESE, EPE

Satisfação dos utentes do Clube Saúde Sénior

20H25

Professor **Luis Branco**, CMVA

Coffee Break

20H40

Diabetes: O que fazer para melhorar...

21H00

Moderador: Dr.º **Augusto Santana Brito**

Enf.ª **Sílvia Mestre Escola**, HESE, EPE

Dr.ª **Juliana Ávila**, HESE, EPE

Organização



Apoio



Vamos falar de Saúde...
Cineteatro de Viana do Alentejo
21 de Dezembro às 20h

CONVITE



A UCC de Viana do Alentejo tem o prazer de convidar para o presente encontro de Saúde “*Vamos falar de Saúde...*” Com o tema central *Diabetes* que se realizará no dia 21 de Dezembro às 20h no Cineteatro de Viana do Alentejo.

Organização



ACES
ALENTEJO CENTRAL

Apoio



Encontro em Viana do Alentejo - Vamos falar de Saúde - Windows Internet Explorer

http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Encontro-em-Viana-do-Alentejo---Vamos-falar-de-Saude.aspx

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos

SCLínico Encontro em Viana do Alentejo

Portal do Utente | Portal da Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE

arsalentejo

Instituição ▾ Utentes ▾ Profissionais ▾ Fornecedores ▾

PORTAL ARS ALENTEJO > INSTITUIÇÃO > NOTÍCIAS > ENCONTRO EM VIANA DO ALENTEJO - VAMOS FALAR DE SAÚDE

Apresentação

Conselho Directivo

Estatutos

Estrutura Orgânica

Instrumentos de Gestão

Planeamento Estratégico

Investimentos

Contactos

NOTÍCIAS

Bibliotecas

Novidades

Eventos

Newsletter

Encontro em Viana do Alentejo - Vamos falar de Saúde

21-12-2015

A UCC de Viana do Alentejo organizou um encontro que decorreu no dia 21 de dezembro, no cineteatro de Viana do Alentejo intitulado "Vamos Falar de Saúde". Os temas debatidos foram: "Envelhecer Ativamente", "A Satisfação dos utentes do Clube de Saúde Sénior" face às atividades desenvolvidas, e "A Diabetes: o que fazer para melhorar".

A UCC de Viana do Alentejo é uma das parceiras do projeto Clube de Saúde Sénior no Município de Viana do Alentejo. Este projeto está direccionado para a população sénior do concelho e tem como grande objetivo retardar os efeitos do envelhecimento, promovendo hábitos de vida saudáveis e um envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo é uma nova visão do envelhecimento que tem sido e deve continuar a ser aplicado tanto individualmente como às sociedades que envelhecem. O envelhecimento ativo implica a participação dos idosos na vida social, cultural, cívica,...entre outras.

Sendo uma população com uma alta prevalência da diabetes e de outros fatores de risco, pensou-se que, seria benéfico não só para esta população mas, para a população em geral, a realização de um encontro sobre várias temáticas, dando ênfase ao tema da Diabetes.

Internet | Modo Protegido: Activado

Iniciar

PT 12:44 11-01-2016

Encontro em Viana do Alentejo - Vamos falar de Saúde - Windows Internet Explorer

http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Encontro-em-Viana-do-Alentejo---Vamos-falar

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos

SCLínico Encontro em Viana do Alentejo

Página Segurança Ferramentas

Este evento contou com a participação de elementos da equipa de enfermagem da UCC, de um técnico de desporto da Câmara Municipal, responsável pelo projeto, Dr. Luís Branco, da estudante do mestrado de Saúde Comunitária, Enf^a Helena Farinha, com o responsável da USP, Dr. Augusto Brito e também com a responsável pela equipa da consulta da diabetes no HESE, Enf.^a Sílvia Mestre Escola.

A importante afluência por parte da população do concelho foi uma mais valia para o sucesso deste evento.



Internet | Modo Protegido: Activado

100%

Iniciar

12:46
11-01-2016



UCC-VA

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VIANA DO ALENTEJO

“ Vamos Falar de Saúde”

A população idosa no Alentejo aumentou na última década e representa, em 2011, 24,2% da população, acima da média nacional que é de 19,0%.

O concelho de Viana do Alentejo não é exceção e o índice de envelhecimento aumentou de 2001 para 2011 de 168,5 para 178,7.

Segundo Moura (2006) os programas e projetos que promovem a autonomia e independência no processo de envelhecimento permitem ao idoso espaços de convívio e interação, que facilitam a construção de novos laços onde partilham significados do envelhecer e a adaptação aos novos modelos de envelhecimento.

Assim, a UCC de Viana tem colaborado ao longo dos anos como parceira no projeto “Clube de Saúde Sénior”. Este projeto vai também ao encontro do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006) que se dirige à população sénior, com o paradigma de promoção da saúde e prevenção da doença numa procura constante de retardar os efeitos do envelhecimento, promovendo hábitos de vida saudáveis e um envelhecimento ativo.

No início de outubro, tendo por contexto a realização do Relatório de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Enfermeira Helena Farinha, com orientação da Enfermeira Ana Faleiro, foram realizadas avaliações/rastreios: tensão arterial, glicémia capilar, IMC e perímetro abdominal e aplicadas algumas escalas de saúde à população que frequenta o Clube de Saúde Sénior. Dessas avaliações e com base nos resultados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2014) evidenciou-se importante tratar este tema, tanto com os frequentadores do CSS, bem como com a população em geral.

Desta forma, organizámos um Encontro de Saúde que se intitulou, “**Vamos falar de saúde - A Diabetes**”, no dia 21 de dezembro, às 21h, para a população do Clube de Saúde Sénior e para a população em geral. Contámos com a colaboração da enfermeira responsável pela consulta da diabetes no Hospital Espírito do Santo de Évora.

Foram moderadores do evento, a Coordenadora da UCC, Enfermeira Marília Rasquinho e o médico de Saúde Pública do Centro de Saúde, Dr. Augusto Brito.

A realização deste evento teve como objetivos a partilha de experiências e saberes e a promoção de uma prática efetiva de saúde, numa sociedade que se quer ativa, capacitada e participativa.

Enfermeiras Ana Faleiro e Helena Farinha
UCC Viana do Alentejo

Bibliografia:

- Moura C. (2006). *SÉCULO XXI, Século do Envelhecimento*. (1ªed.) Lusociência.
- INE, Instituto Nacional de Estatística disponível em: <https://www.ine.pt/>
- Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas da DGS (2006) disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>



ANEXO VIII- PLANO DE ATIVIDADES PARA O CSS 2015/2016

UCC DE VIANA DO ALENTEJO
CÂMARA MUNICIPAL DE VIANA DO ALENTEJO
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO
PLANEMANETO 2015/2016

Data	Dia da semana	Hora	Turma	Local
21-09-2015	Domingo	20h00	Clube de Saúde Sénior	Cineteatro
12-10-2015	Segunda-feira	15h00	Av. Física Inicial - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
14-10-2015	Quarta-feira	15h00	Av. Física Inicial - CSS Viana	SCMVA
16-10-2015	Sexta-feira	14h30	Av. Física Inicial - Alcáçovas	SCMA
19-10-2015	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
21-10-2015	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
23-10-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
26-10-2015	Segunda-feira	14h00	SEpS Cuidados com o Frio	Antiga Cooperativa
28-10-2015	Quarta-feira	14h00	SEpS Cuidados com o Frio	SCMVA
30-10-2015	Sexta-feira	14h00	SEpS Cuidados com o Frio	SCMA
02-11-2015	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
04-11-2015	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
06-11-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
09-11-2015	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
11-11-2015	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
13-11-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
16-11-2015	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
18-11-2015	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
20-11-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
23-11-2015	Segunda-feira	14h00	SEpS Obesidade Alimentação e atividade física	Antiga Cooperativa
25-11-2015	Quarta-feira	14h00	SEpS Obesidade Alimentação e atividade física	SCMVA
27-11-2015	Sexta-feira	14h00	SEpS Obesidade Alimentação e atividade física	SCMA
30-11-2015	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
02-12-2015	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
04-12-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
07-12-2015	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
09-12-2015	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
11-12-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
14-12-2015	Segunda-feira	15h00	1ª Av. Física Intermédia - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
16-12-2015	Quarta-feira	15h00	1ª Av. Física Intermédia - CSS Viana	SCMVA
18-12-2015	Sexta-feira	14h30	1ª Av. Física Intermédia - CSS Alcáçovas	SCMA
21-12-2015	Segunda -feira	20h00	Encontro de Saúde	Cineteatro
04-01-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
06-01-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
08-01-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA

**UCC DE VIANA DO ALENTEJO
CÂMARA MUNICIPAL DE VIANA DO ALENTEJO
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO**

Data	Dia da semana	Hora	Turma	Local
11-01-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
13-01-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
15-01-2015	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
18-01-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
20-01-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
22-01-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
25-01-2016	Segunda-feira	15h00	SEpS Primeiros Socorros	Antiga Cooperativa
27-01-2016	Quarta-feira	15h00	SEpS Primeiros Socorros	SCMVA
29-01-2016	Sexta-feira	14h30	SEpS Primeiros Socorros	SCMA
01-02-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
03-02-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
05-02-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
08-02-2016	Segunda-feira	Carnaval 2016		
10-02-2016	Quarta-feira			
12-02-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
15-02-2016	Segunda-feira	15h00	2ª Av. Física Intermédia - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
17-02-2016	Quarta-feira	15h00	2ª Av. Física Intermédia - CSS Viana	SCMVA
19-02-2016	Sexta-feira	14h30	2ª Av. Física Intermédia - CSS Alcáçovas	SCMA
22-02-2016	Segunda-feira	14h00	SEpS A Depressão	Antiga Cooperativa
24-02-2016	Quarta-feira	14h00	SEpS A Depressão	SCMVA
26-02-2016	Sexta-feira	14h00	SEpS A Depressão	SCMA
29-02-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
02-03-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
04-03-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
07-03-2016	Segunda-feira	14h00	SEpS AVD Eliminação	Antiga Cooperativa
09-03-2016	Quarta-feira	14h00	SEpS AVD Eliminação	SCMVA
11-03-2016	Sexta-feira	14h00	SEpS AVD Eliminação	SCMA
14-03-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
16-03-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
18-03-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
21-03-2016	Segunda-feira	14h00	SEpS A HTA	Antiga Cooperativa
23-03-2016	Quarta-feira	14h00	SEpS A HTA	SCMVA
25-03-2016	Sexta-feira	14h00	SEpS A HTA	SCMA

UCC DE VIANA DO ALENTEJO
CÂMARA MUNICIPAL DE VIANA DO ALENTEJO
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO

Data	Dia da semana	Hora	Turma	Local
28-03-2016	Segunda-feira		Páscoa 2016	
30-03-2016	Quarta-feira	15h00	Encontro Intergeracional com os alunos do 1º Ciclo	Local a designar
04-04-2016	Segunda-feira	15h00	SEpS Saúde em Geral, Sinais de alerta	Antiga Cooperativa
06-04-2016	Quarta-feira	15h00	SEpS Saúde em Geral, Sinais de alerta	SCMVA
08-04-2016	Sexta-feira	14h30	SEpS Saúde em Geral, Sinais de alerta	SCMA
11-04-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
13-04-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
15-04-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
18-04-2016	Segunda-feira	15h00	3ª Av. Física Intermédia - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
20-04-2016	Quarta-feira	15h00	3ª Av. Física Intermédia - CSS Viana	SCMVA
22-04-2016	Sexta-feira	14h30	3ª Av. Física Intermédia - CSS Alcáçovas	SCMA
25-04-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
27-04-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
29-04-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
02-05-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
04-05-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
06-05-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
09-05-2016	Segunda-feira	15h00	SEpS Gestão do Sono	Antiga Cooperativa
11-05-2016	Quarta-feira	15h00	SEpS Gestão do Sono	SCMVA
13-05-2016	Sexta-feira	14h30	SEpS Gestão do Sono	SCMA
16-05-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
18-05-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
20-05-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
23-05-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
25-05-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
27-05-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
28-05-2016	Sábado	10h:00	Caminhada à Sra. D'Aires	
30-05-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
01-06-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
03-06-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
06-06-2016	Segunda-feira	14h00	Segurança no Idoso	Antiga Cooperativa
08-06-2016	Quarta-feira	14h00	Segurança no Idoso	SCMVA
10-06-2016	Sexta-feira	14h00	Segurança no Idoso	SCMA

**UCC DE VIANA DO ALENTEJO
CÂMARA MUNICIPAL DE VIANA DO ALENTEJO
DIVISÃO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO**

Data	Dia da semana	Hora	Turma	Local
13-06-2016	Segunda-feira	15h00	Av. Física Final - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
15-06-2016	Quarta-feira	15h00	Av. Física Final - CSS Viana	SCMVA
17-06-2016	Sexta-feira	14h30	Av. Física Final - CSS Alcáçovas	SCMA
20-06-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
22-06-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
24-06-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
27-06-2016	Segunda-feira	15h00	Sessão regular - CSS Aguiar	Antiga Cooperativa
29-06-2016	Quarta-feira	15h00	Sessão regular - CSS Viana	SCMVA
01-07-2016	Sexta-feira	14h30	Sessão regular - CSS Alcáçovas	SCMA
07-07-2016	Quinta-feira	7h00	Passeio do CSS a Fátima	Fátima

ANEXO IX- CRONOGRAMA

0 SEMANAS	2015																2016			
	3º Trimestre				4º Trimestre												1º Trimestre			
	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
Aplicação de instrumentos de Avaliação																				
Análise de dados																				
Apresentação dos dados e planeamento das Atividades																				
Apresentação e discussão das atividades propostas																				
Implementação das atividades propostas																				
Elaboração de Relatório final																				
Revisão Bibliográfica																				