UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Clube 65+

Envelhecer com qualidade

Sónia Conceição Mestre Jacob

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Clube 65+

Envelhecer com qualidade

Sónia Conceição Mestre Jacob

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

"Envelhecer ainda é a única maneira
que se descobriu de viver muito tempo".

Charles Saint-Beuve

À minha família

Aos meus filhos, Maria Inês e Martim, por todos os momentos em que não pude estar presente e acompanhar o vosso estudo, por todas as vezes em que lhes disse "não tenho tempo" ou por todas as vezes em que declinei os vossos convites para brincar e passear, acreditando que estaria a fazer algo por um futuro melhor!

Ao meu marido, Gualter, pelo incentivo à realização de mais um desafio profissional e pelo apoio incondicional e força moral dispensada nos momentos em que julguei não ter força para continuar, mesmo quando pela minha ausência se impunha ser pai e mãe para os nossos filhos!

RESUMO

O envelhecimento populacional trouxe novos desafios à saúde com necessidade de reinventar estratégias que conduzam à obtenção de ganhos em saúde. A promoção da saúde tem procurado dar condições aos indivíduos para terem um papel mais ativo na sua saúde e da comunidade que integram, sendo fundamental a atuação do enfermeiro comunitário e de saúde pública na consecução deste objetivo através da capacitação de grupos e comunidades.

Serve o presente relatório para apresentar de forma detalhada o processo de conceção e implementação do projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" realizado sob a metodologia do planeamento em saúde com a finalidade de contribuir para o envelhecimento ativo e saudável dos idosos de uma comunidade rural através da criação de parcerias comunitárias e desenvolvimento da educação para a saúde. Pretende ainda consolidar as aprendizagens realizadas e refletir o processo de aquisição de competências de especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Palavras-chave: envelhecimento, enfermagem em saúde comunitária, educação para a saúde

ABSTRACT

"Club 65+. Aging with quality"

Population aging brought new challenges to health with the need of reinventing strategies that lead to achieve gains in health. Promotion of the health has looked for to give conditions to individuals to have a more active role in its health and of the community they integrate. The community and public health nurse have an essential role in the achievement of this goal through empowerment of groups and communities.

Present report aims to present in a detailed way the process of conception and implementation of project "Club 65+. Aging with quality". As methodology it was used the methodology of planning in health with the purpose to contribute for active and healthful aging of a rural community through the creation of community partnerships and the development of health education. It also intends to consolidate previous learning and to reflect upon the process of acquisition of skills needed to be a specialist in community and public health nurse.

Keywords: aging, community health nursing, health education

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Tutora do estágio, e restante equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, pela disponibilidade, pela ajuda, pelos conhecimentos partilhados e pelo incentivo durante todo o período de estágio e sem a qual não teria sido possível a concretização deste projeto.

À Professora Doutora Ana Maria Barros Pires pela orientação dispensada e pela disponibilidade com que sempre respondeu às minhas solicitações e dúvidas.

Aos idosos da comunidade que me acolheram de forma tão carinhosa e participaram com entusiasmo nas atividades do projeto e permitiram o desenvolvimento deste projeto tornando-o uma realidade. A todos eles um especial agradecimento.

Aos parceiros do projeto que mostraram gosto em estar presentes e permitiram desenvolver o mesmo, superando as dificuldades e contratempos que no decorrer do tempo foram encontrados.

Aos colegas de trabalho que me permitiram ajustar o horário para poder desenvolver o estágio e estar presente nas atividades do projeto.

A todos o meu obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 18
1. ENVELHECIMENTO 18
1.1. Determinantes de Saúde 20
1.2. Qualidade de Vida no Idoso 25
1.3. Envelhecimento Ativo 28
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E CAPACITAÇÃO COMUNITÁRIA 32
2.1. Teorias e Modelos de Educação para a Saúde 36
3. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA 38
II - ENQUADRAMENTO PRÁTICO 41
1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO 41
2. O ESTÁGIO 43
2.1. O Contexto 44
2.2. Diagnóstico da Situação 44
2.2.1. Metodologia 45
2.2.2. Apresentação dos resultados 48
2.2.3. Identificação dos problemas e necessidades 56
2.3. Definição de Prioridades 58
2.4. Objetivos 59
2.5. Seleção de Estratégias 62
2.6. Elaboração de Programas e Projetos 64
2.7. Preparação da Execução/Execução 65
2.7.1. Atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde 68
2.8. Avaliação do Projeto 72
2.8.1. Avaliação dos objetivos 73
2.8.2. Avaliação da implementação do projeto 77
3. COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS ENQUANTO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA 80
CONCLUSÃO 83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 87

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS XCIII

ANEXO I – Questionário "Pessoas idosas – diagnóstico de saúde da comunidade"..... XCIV

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.....C

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES CII

APÊNDICE I - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em projeto de investigação CIII

APÊNDICE II – Projeto de Intervenção Comunitária "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" CVI

APÊNDICE III - Cronograma CXI

APÊNDICE IV – Questionário de satisfação CXIII

APÊNDICE V - Plano de atividades "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" CXV

APÊNDICE VI – Taxas de adesão às atividades CXXVII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead 20

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o valor de pressão arterial em consulta 51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estatística descritiva relativamente ao IMC, peso, perímetro abdominal, altura, glicémia, colesterol total e hemoglobina A1c 49

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o perímetro abdominal 50

Tabela 3 - Avaliação dos objetivos do projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" 74

Tabela 4 – Resultados do questionário de satisfação 78

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

n.º - Número

L/dia – Litros por dia

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI- Equipa Cuidados Continuados Integrados

EpS – Educação para a Saúde

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão arterial

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

INTRODUÇÃO

O presente relatório visa descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio final do Mestrado em Associação em Enfermagem, área de especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, designadamente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Alentejo, no período de 19 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018 e foi supervisionado por uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Serve o presente relatório para apresentar de forma detalhada o processo de conceção e implementação de um projeto de intervenção comunitária realizado sob a metodologia do planeamento em saúde, o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade". Para além deste objetivo, pretende-se também cimentar as aprendizagens realizadas ao longo do mestrado, refletir sobre a temática do envelhecimento e conceito de promoção da saúde e capacitação comunitária. Por fim, constitui-se ainda como objetivo do presente relatório complementar a avaliação do estágio final do mestrado e obtenção do grau de Mestre com a sua discussão pública.

Numa sociedade envelhecida as preocupações com as consequências do envelhecimento têm merecido a atenção de investigadores das áreas da saúde, social e económica, quer pelas novas necessidades de saúde que se afiguram, quer pelas dificuldades vividas nos diversos sistemas de reforma, pelo aumento dos custos com a saúde como também pelas dificuldades da família em proporcionar apoio efetivo aos seus idosos (Figueiredo & Sousa, 2002).

Sendo o aumento da esperança média de vida uma conquista da ciência não deixa de ser também uma preocupação constante com a procura de respostas para manter e prolongar a qualidade de vida durante o processo natural de envelhecimento. As questões com a manutenção da qualidade de vida do idoso assumem especial relevância nas políticas e estratégias de saúde que

vêm sendo implementadas nas últimas décadas. Organizações governamentais e sociedade em geral esperam conseguir manter e prolongar a vida humana de forma ativa e saudável por o maior tempo possível (Rodrigues, 2007).

A promoção da saúde tem sido encarada desde Alma-Ata, como uma importante forma de intervir na saúde comunitária, merecendo atenção especial por parte das instituições governamentais no contexto internacional e mundial. A promoção da saúde pode ser vista como um processo de conscientização dos cidadãos em relação aos seus direitos e deveres, mas também como um elemento dinamizador da capacidade organizativa da comunidade.

Uma cultura de cidadania em saúde tem sido almejada pelas diferentes políticas de saúde desenvolvidas. Por outro lado, a capacitação e empoderamento comunitários, são fundamentais no seio das políticas de saúde atuais, onde o cidadão aparece como elemento central com poder de decidir sobre a sua saúde e de influenciar por ação dos seus comportamentos, não só a sua saúde individual, mas também a saúde coletiva da comunidade em que se insere.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública apresenta-se como uma figura pró-ativa e com julgamento clínico, com poder decisivo na identificação de necessidades da população, assim como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Compete ao enfermeiro comunitário criar condições ao desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, como o apresentado no presente relatório, para fazer emergir as potencialidades da comunidade, gerir recursos e auxiliar a participação ativa da comunidade, na resolução das suas fragilidades e colmatar as necessidades por ela sentidas.

O projeto de intervenção comunitária “Clube 65+. Envelhecer com qualidade” foi desenvolvido com a finalidade de contribuir para o envelhecimento ativo e saudável dos idosos de uma comunidade rural, através da criação de um espaço de interação social, partilha e desenvolvimento de competências individuais e sociais.

O projeto assume como objetivo geral promover a capacitação da população idosa de uma comunidade rural, no âmbito das competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso, através das atividades do “Clube 65+. Envelhecer com qualidade”.

No sentido de concretizar o objetivo proposto foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Criar o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
2. Contribuir para a integração dos idosos nas atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
3. Contribuir para a reeducação alimentar dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
4. Promover a prática de atividade física regular nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
5. Contribuir para a promoção da segurança da pessoa idosa, nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
6. Implementar atividades de estimulação cognitiva nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento.

O relatório está organizado em duas partes, designadamente enquadramento teórico e enquadramento prático. Na primeira parte é feito o enquadramento teórico à área temática do projeto dedicando um capítulo ao envelhecimento onde é feita uma reflexão sobre o conceito e influência dos determinantes de saúde sobre o mesmo. São também abordados os conceitos de qualidade de vida e envelhecimento ativo. O segundo capítulo é dedicado à promoção da saúde e capacitação comunitária, e no mesmo é feita uma reflexão em torno dos conceitos e do modo como estão interligados e têm permitido aos indivíduos, grupos e comunidades, controlar a sua saúde e interferir nos fatores que a influenciam. O terceiro e último capítulo deste enquadramento versa sobre a enfermagem comunitária e de saúde pública enquanto profissão e procura compreender as suas áreas de competência.

A segunda parte do relatório, o enquadramento prático, tem três capítulos. O primeiro é dedicado à caracterização do local de estágio fazendo-se referência à missão de uma Unidade de Cuidados na Comunidade e ao enquadramento legal que regulamenta a sua atividade e particularizando a atividade da UCC de acolhimento. O segundo capítulo debruça-se sobre o estágio e faz a descrição pormenorizada das atividades desenvolvidas seguindo a metodologia do planeamento em saúde. É feita uma breve apresentação do contexto onde se desenvolveu o projeto, caracteriza-se a população e amostra e apresentam-se os dados relevantes do diagnóstico de saúde, identificando os problemas e necessidades de saúde. Seguindo a metodologia do planeamento em saúde são estabelecidas as prioridades e objetivos, e delineadas as estratégias para a intervenção.

Segue-se a fase de elaboração do projeto e preparação operacional do mesmo com clarificação das atividades desenvolvidas e a avaliação dos objetivos propostos e da implementação do projeto.

No terceiro capítulo do enquadramento prático é descrito o processo de aquisição de competências de Mestre e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública pela mestranda, salientando os contributos pessoais do desenvolvimento do projeto de intervenção "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".

Por fim são apresentadas a conclusão, referências bibliográficas, anexos e apêndices. A conclusão apresenta de forma sucinta as ideias chave do trabalho e faz referência às limitações do mesmo e apresenta sugestões relativamente a futuros trabalhos. É apresentada a bibliografia que serviu de suporte à elaboração do presente trabalho e houve a preocupação em apresentar bibliografia atual embora tenham sido incluídas obras menos recentes por continuarem a ser consideradas de referência e se manterem relevantes na atualidade.

A redação do relatório respeita as normas e indicações descritas no formulário elaborado pela Universidade de Évora para a redação de relatórios de Mestrado e a referenciação bibliográfica teve em conta a sexta edição da Associação Americana de Psicologia.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento tem merecido ao longo dos tempos alguma atenção por parte dos investigadores, sobretudo no que se refere àquilo que dele decorre, estilos de vida, aumento dos níveis de dependência e consequente necessidade de cuidadores, redes de apoio formal e informal, isolamento, risco de maus tratos ou mesmo abandono e solidão. As áreas de investigação são inúmeras assim como os estudos que têm sido publicados.

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade à escala mundial. Numa grande parte dos países do mundo, tal como em Portugal, verifica-se um aumento gradual do número de idosos, resultante dos avanços da medicina e da melhoria das condições socioeconómicas, mas também como consequência da diminuição progressiva da natalidade. Atualmente o fenómeno do envelhecimento adquire já a dimensão de problema social na medida em que lhe são reconhecidas consequências em termos das dificuldades vividas nos diversos sistemas de reforma, no aumento dos custos com a saúde, dificuldades da família em proporcionar apoio efetivo aos seus idosos, entre outros (Figueiredo & Sousa, 2002).

A preocupação com o fenómeno envelhecer, tem suscitado a procura de respostas para manter e prolongar a qualidade de vida durante o processo natural de envelhecimento. A manutenção da qualidade de vida do idoso assume especial relevância tanto pelos custos emocionais que a perda de autonomia e dependência acarretam, como pelos custos económicos associados a estas condições. A expetativa da sociedade é que progressivamente se consiga manter e prolongar uma vida ativa reduzindo a morbilidade e incapacidade associadas ao envelhecimento (Rodrigues, 2007).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) referem-se ao envelhecimento como “um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo” (p.23), isto é, apesar do envelhecimento não constituir só por si um problema, as suas consequências são visíveis há medida que a idade cronológica avança. Considera-se idoso o indivíduo com 65 e mais anos de acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) (Imaginário, 2002). Com o processo de envelhecimento a pessoa perde inevitavelmente, de forma mais ou menos gradual, dependen-

do de cada um, as suas capacidades funcionais e cognitivas sendo conduzida a uma situação de dependência.

A temática do envelhecimento constitui, portanto, um assunto muito atual, talvez porque tenhamos cada vez mais velhos. Para Carneiro (2012) as mudanças sociais e a evolução das estruturas familiares colocam "novos desafios em termos de necessidades sociais e à organização das respostas públicas e privadas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo no contexto do processo de envelhecimento" (p. 43).

As famílias são confrontadas com o envelhecimento e dependência de alguns dos seus membros vivendo dificuldades no assegurar do papel de prestador de cuidados, papel este desde sempre entregue às funções da família. No entanto, a família de hoje não é igual à de ontem, ela está em constante mudança.

A organização familiar assumiu novos contornos devido às alterações da sociedade, nomeadamente a crescente participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho. Por outro lado, existe uma volatilidade das relações conjugais e a atomização dos agregados familiares, "observando-se uma reestruturação das relações, mais aberta e com menor estabilidade. Esta instabilidade está associada aos casos problemáticos de isolamento e de abandono" (Carneiro, 2012, p.44).

Os idosos de hoje continuam a ser cuidados maioritariamente na família, e pela família, apesar das alterações das estruturas familiares e das dificuldades inerentes a esse cuidado. São estes cuidadores informais que assumem a maior parte dos cuidados aos idosos quer por uma questão cultural, quer porque não existem socialmente respostas que satisfaçam as necessidades.

Apesar destes aspetos o envelhecimento não deve ser visto como um problema, pois é uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que seja vivido de forma saudável e autónoma o maior tempo possível. De acordo com Ferreira, Maciel, Costa, Silva e Moreira (2012) "autonomia pode ser definida como a liberdade para agir e tomar decisões (…) como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa, necessitando, para tanto, de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas" (p.514).

1.1. Determinantes de Saúde

Os determinantes de saúde são os fatores que influenciam, afetam ou determinam a saúde dos indivíduos e comunidades. Têm sido estudados nas últimas décadas por serem considerados relevantes no entendimento da relação saúde-doença e, consequentemente, possibilitando o delinear de estratégias e políticas de saúde. Os determinantes de saúde têm sido agrupados essencialmente em três categorias: os sociais e económicos, os relacionados com o meio físico e os relacionados com os comportamentos individuais (F. Almeida, 2013).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1) aborda os determinantes da saúde agrupando-os em diversos níveis. Este modelo permite identificar áreas de intervenção política no sentido de mitigar diferenças causadas pela posição social dos indivíduos e grupos.

Este modelo realça as características individuais no centro, os estilos de vida dos indivíduos, as redes sociais e comunitárias e os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, num nível intermédio e numa camada mais distal, os macrodeterminantes (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Figura 1 – Modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead

Fonte: http://www.enfermagemesquematizada.com.br/determinantes-sociais-da-saude/

No centro do modelo encontramos os fatores de influência intrínsecos ao indivíduo, como a idade, sexo e genética, enquanto modeladores da saúde na esfera individual.

Na camada seguinte aparece o estilo de vida dos indivíduos relacionado com os aspetos comportamentais. Estes fatores tendem a ser considerados apenas como uma responsabilidade individual já que as pessoas têm o poder de decidir sobre os seus comportamentos. Contudo devem ser tidas em conta as influências externas de múltiplos fatores, nomeadamente influência dos meios de comunicação social, a pressão exercida pelos pares ou pela sociedade em geral, ou ainda o nível de informação para decidir de forma consciente e o acesso a bens e serviços.

As redes sociais e comunitárias aparecem no nível imediatamente a seguir demonstrando também essa influência sobre os comportamentos individuais e estilo de vida. O nível de coesão social constitui um elemento relevante, na medida em que torna mais fácil o trabalho por um bem comum, a saúde da comunidade.

A coesão social manifesta-se na evidência de objetivos, ações e crenças comuns no seio de uma comunidade. Num ambiente de coesão social a solidariedade, a entreajuda, o voluntariado e convívio social, ocorrem de forma natural. A coesão social é alicerçada por valores partilhados, cooperação e interação, constituindo-se como uma resposta coletiva da população para resolver os problemas económicos e/ou sociais que enfrenta (J. Almeida, 2013)

O sentido de comunidade, intrinsecamente relacionado com o conceito de coesão social, surge aqui como o elo de ligação dos indivíduos. Este conceito procura explicar a natureza dos laços estabelecidos entre os indivíduos e os grupos sociais alargados como a comunidade, e tem sido alvo de investigação por parte das ciências sociais e humanas. O sentido de comunidade assenta na perceção de semelhança e interdependência com os outros membros da comunidade. A perda de laços na comunidade tem sido apontada como altamente potenciadora dos sentimentos de solidão, alienação e sofrimento psicológico, e consequentemente, causadora de graves problemas psicológicos (Anéis, 2009).

Quando falamos de comunidade o nosso consciente transporta-nos para um conjunto de pessoas que partilham pontos comuns, mas não parece linear a definição deste conceito. O conceito de comunidade foi abordado por Anéis (2009) fazendo referência a Gusfield, defendendo a existência de duas perspetivas diferentes: uma perspetiva geográfica e outra relacional.

Na perspetiva geográfica entende-se a comunidade como um conjunto de pessoas vivem num determinado local e na vertente relacional podemos considerar os vários sistemas que as pessoas integram (por exemplo, o local de trabalho). Também Oliveira et al. (2013) referem que "a comunidade abarca uma estrutura geográfica, bem como as interações sociais contidas no interior desse espaço" (p.134).

Numa comunidade as pessoas integram um espaço de proximidade, constituem laços entre si, têm referências comuns, valores, crenças que partilham entre si. A sua participação ativa em prol da melhoria das condições de saúde e bem-estar é a pedra basilar para que se constituam atores sociais e cidadãos com poder de decisão na comunidade que integram.

O terceiro nível do modelo de determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead refere-se às condições e meio em que vivem e trabalham as pessoas. Uma ação a este nível pressupõe políticas multissectoriais e uma ação integrada dos diferentes setores.

Por fim, a camada externa do modelo reporta aos macro determinantes, fatores relacionados com as condições económicas, culturais e ambientais da sociedade. Estes fatores influenciam todos os adjacentes. "A evidência empírica reconhece que o contexto e a cultura, condiciona a forma como os indivíduos envelhecem" (Daniel, Caetano, Monteiro & Amaral, 2016, p. 356). A atuação ao nível destes determinantes tem como finalidade a promoção do desenvolvimento sustentável, a redução das desigualdades sociais e económicas, a intervenção pela paz e proteção ambiental (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Numa intervenção ao nível dos determinantes sociais de saúde, as ações desenhadas deverão incidir sobre os diferentes grupos de determinantes, quer sejam individuais, ou estejam relacionados com as condições de vida e trabalho e as redes sociais e comunitárias.

Sabe-se atualmente que só com uma ação conjunta de diferentes setores, e com a inclusão da área da saúde em todas as políticas será possível melhorar da saúde das comunidades. Contudo, crê-se que a intervenção ao nível dos comportamentos e estilos de vida, poderá produzir efeitos a curto-médio prazo na saúde dos indivíduos e comunidades.

Os estilos de vida podem ser entendidos como os hábitos e comportamentos que temos no quotidiano, que são fruto do processo de socialização e experienciados ao longo do ciclo de vida

(Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003). Muitos dos problemas de saúde estão relacionados com o estilo de vida, nomeadamente comportamentos aditivos (álcool, tabaco e drogas), má alimentação (com excesso de gorduras e hidratos de carbono e falta ou insuficiência de vitaminas e fibras), sedentarismo e dificuldade na gestão do *stress.*

As opções de cada pessoa, expressas no seu estilo de vida, são responsáveis pela sua saúde individual como também pela saúde da comunidade a que pertencem. Individualmente, os estilos de vida não saudáveis estão fortemente associados ao desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica, diabetes *mellitus,* doenças osteoarticulares e perturbações da saúde mental, como a depressão). Estas doenças serão as principais responsáveis por situações de morbilidade e incapacidade, por vezes permanente, pela perda de qualidade de vida, com aumento da procura e consumo de cuidados de saúde, fazendo crescer a despesa com a saúde.

Neste sentido a DGS (2003) procedeu à elaboração do Programa Nacional de Integração sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida de forma a intervir nestes determinantes, referindo-o "como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter, a médio prazo, ganhos significativos em termos de redução da prevalência de doenças crónicas, e dos custos económicos individuais e sociais que lhe estão associados" (p.1). A promoção da saúde através da educação para a saúde constitui uma estratégia chave de atuação sobre os determinantes da saúde de modo a favorecer e reforçar os hábitos de vida saudáveis.

De acordo com a DGS (2016), em Portugal os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos estão relacionados com hábitos alimentares inadequados, hipertensão arterial, fumo de tabaco, índice de massa corporal elevado e glicose plasmática em jejum aumentada. Todos eles são fatores modificáveis, e por isso, é necessário atuar.

Sabe-se atualmente que o envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas, constituem fatores de risco para o aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis. É ainda indiscutível, o seu contributo para a redução das capacidades físicas e cognitivas das pessoas idosas, provocando um aumento dos níveis de dependência e limitando a sua autonomia e participação social (DGS, 2017).

De entre os estilos de vida menos saudáveis os hábitos alimentares assumem um lugar preponderante. A reeducação alimentar urge. A sociedade atual colocou de lado a dieta mediterrânica, passando a consumir os alimentos fora de época e processados. Por outro lado, a "comida de panela" também deu lugar a novas formas de confeção nem sempre saudáveis. Atualmente tenta-se desencorajar o consumo de açúcares simples e de gorduras saturadas, com implementação de medidas legislativas restritivas. Deve igualmente ser dada atenção aos açúcares adicionados.

Por outro lado, os idosos tendem a ingerir pouca água, por vezes abaixo das suas necessidades propiciando situações de desidratação. Atendendo a esta realidade deve ser incentivado o consumo de água em abundância. As bebidas alcoólicas devem ser ingeridas apenas às refeições e com moderação. A manutenção de uma alimentação saudável e equilibrada previne as situações de obesidade e dislipidemia, e consequentemente, reduz a ocorrência das doenças metabólicas promovendo a melhoria da qualidade de vida.

À medida que envelhecem os indivíduos tendem a reduzir a sua atividade física. A prática de atividade física regular, está sobejamente evidenciada como um fator determinante na manutenção da mobilidade, mas também na prevenção das doenças não transmissíveis responsáveis por elevados padrões de morbimortalidade. É preciso perceber que nunca se é velho demais para iniciar uma atividade física regular, como sejam as de lazer (caminhadas, ciclismo), as ocupacionais (o próprio trabalho), as tarefas domésticas ou mesmo atividades e desportos planeados, quer em contexto individual, familiar ou comunitário. Interessa reforçar que a atividade física de cada um deve ser ajustada à sua condição física e eventuais limitações impostas pela sua saúde.

Em relação ao estilo de vida, outro aspeto considerado relevante é o consumo de substâncias aditivas. Não sendo o álcool e tabaco os aditivos mais preocupantes nos idosos, o seu consumo deve igualmente ser desencorajado.

Por outro lado, a polimedicação poderá assumir especial relevância nos idosos, quer pelo aumento do número de patologias decorrente do aumento da idade, mas também devido à possibilidade de serem incapazes de fazer a gestão terapêutica.

As situações de *stress* e ansiedade fazem parte do quotidiano das pessoas atualmente. Também os idosos experienciam muitas vezes situações de *stress* contínuo decorrente da forma como estão a envelhecer. As situações de perda de autonomia e incapacidade para o autocuidado, a

perceção de perda do controle sobre a própria vida e as restrições das atividades sociais e relações interpessoais propiciam situações de *stress* e ansiedade nesta fase do ciclo vital (Gonçalves, 2012).

O termo *stress* encontra-se hoje, de certa forma, banalizado e é empregue por vezes de forma inadequada. Este tem sido alvo de múltiplas definições sendo que a proposta por Lazarus parece ser a mais consensual. Com base em Lazarus, Vaz Serra (1999) define-o como "a relação que se estabelece entre a carga sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia" (p.13). Podemos, pois, assumir o stress como um fenómeno adaptativo dos seres humanos que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas atividades, bem como para o desempenho eficaz das mesmas.

Por outro lado, a vulnerabilidade ao stress experimentada por cada indivíduo varia de acordo com as diferenças individuais e é influenciada por fatores de natureza física, emocional, social e psicológica. Entenda-se a vulnerabilidade, de acordo com Vaz Serra (1999) baseado em Brown (1993), como "o risco aumentado em se reagir de uma forma negativa perante um dado acontecimento de vida" (p.9). É preciso estar atento aos idosos e conhecer o contexto em que vivem, conhecer a sua rede social e as suas necessidades para perceber até que ponto poderão estar vulneráveis a situações causadoras de stress e ansiedade.

Pelo exposto verificamos a importância do estudo dos determinantes de saúde e sublinhamos a relevância de uma intervenção a este nível. Para além de trabalhar os estilos de vida, a implementação de atividades que fomentem a socialização nas comunidades, que impulsionem o alargamento da rede social (formal e informal) e que minimizem o isolamento social, constitui-se como um veículo de promoção do bem-estar e da saúde mental dos idosos com influência positiva na sua qualidade de vida.

1.2. Qualidade de Vida no Idoso

Nas comunidades rurais o estado de saúde dos idosos é muitas vezes avaliado pela capacidade de trabalhar e de continuar a ser autónomo nos autocuidados. Ser capaz de trabalhar é muitas vezes sinónimo de ser saudável. Nestas comunidades, motivados pela escassez de recursos, iso-

lamentos e distância, é nos vizinhos, familiares menos próximos e redes informais, que os idosos encontram a ajuda de que muitas vezes necessitam (Stanhope & Lancaster, 2011).

O conceito de qualidade de vida no idoso relaciona-se com a perceção que cada um tem da sua vida, englobando aspetos relacionados com a sua saúde física e psíquica, o seu nível de independência, as relações sociais que estabelece, as suas crenças e convicções pessoais e a forma com interage com o meio ambiente onde se insere (DGS, 2006).

A perceção de saúde constitui um importante indicador de saúde. A qualidade de vida percecionada está intimamente ligada à manutenção do estado de saúde, pois sem saúde não será possível participar ativamente nas questões da comunidade. Os idosos que se mantem ativos fisicamente podem, com maior facilidade, participar ativamente nas atividades culturais e recreativas, ser interventivos socialmente e dar o seu contributo à comunidade em que se inserem.

O aumento da longevidade trouxe preocupações acrescidas com a qualidade de vida, motivando o seu estudo por diversas disciplinas com intuito de compreender os fatores que favorecem o envelhecimento com autonomia e independência o mais tempo possível.

O conceito de qualidade de vida tem evoluído ao longo dos tempos, sendo possível distinguir dois períodos na forma de o abordar. Assim, até à década de 1960, a qualidade de vida foi estudada sobretudo por disciplinas como a Economia, Política e Medicina e foi associada à melhoria das condições higiénico-sanitárias, relacionando o conceito à capacidade humana para promover o desenvolvimento equilibrado da sociedade. Estava fortemente relacionado com a saúde e frequentemente equiparado a promoção da saúde, mas era sobretudo avaliado com base em indicadores económicos (Fralda, 2014).

Após a década de 1960 a qualidade de vida passa também a ser objeto de estudo das ciências sociais devido a uma maior preocupação com o bem-estar das populações no pós II Guerra Mundial. Mais tarde rejeita-se a avaliação da qualidade de vida baseada sobretudo nos indicadores económicos passando a incluir outros de natureza social e ambiental, como a educação, a individualidade, a saúde e o bem-estar. Nesta fase a qualidade vida tem em conta uma componente objetiva, relacionada com indicadores sociais, económicos, políticos e ambientais, e outra subjetiva, relacionada com aspetos psicológicos, isto é, dependente da forma como o próprio individuo perceciona a sua vida (Fralda, 2014).

A partir da década de 1980, com o aumento da esperança média de vida e a maior relevância das doenças crónicas e incapacitantes, é atribuída maior importância ao conceito de qualidade de vida na área da saúde, considerando-se que esta pode ser comprometida na medida em que a situação de doença crónica dificulta ou impossibilita, muitas vezes, o desempenho dos papéis familiares e profissionais, bem como a participação nas atividades de lazer e de cariz social (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

Atualmente a qualidade de vida é conotada como algo de muito positivo e desejado pela generalidade dos indivíduos. Tendencialmente é encarada como uma variável "para medir as condições de vida do indivíduo, numa perspetiva de bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, de relacionamento social (família, amigos e vizinhos), de saúde, educação, poder de compra, habitação, saneamento básico, entre outros aspetos da vida quotidiana" (Fralda, 2014, p. 47).

São múltiplas as definições de qualidade de vida propostas ao longo dos tempos. A definição proposta pela OMS é aquela que reúne maior consenso e que abrange os diferentes domínios da vida humana. A World Health Organization (2002) define a qualidade vida como:

> "an individual's perception of his or her position in life in the context of the culture and value system where they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way a person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features in the environment".[1](p.13).

Quando avaliada a qualidade de vida dos idosos devem ser considerados aspetos relativos à saúde, capacidade funcional, condições económicas e redes sociais e familiares. Por outro lado, não pode deixar de ser tido em consideração o contributo do idoso para a sociedade pelo seu saber e estar, devendo ser percebido o seu sentimento de utilidade e pertença social (Fralda, 2014).

A forma como os idosos percecionam a sua qualidade de vida é influenciada pela forma como a sociedade olha para eles e os (des)valoriza. A família, a comunidade e a sociedade têm um papel determinante na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

[1] "a perceção individual de si e da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, incorporando de forma complexa a saúde física de uma pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relacionamento com as características salientes do meio ambiente" (World Health Organization, 2002, p.13, tradução própria)

Numa sociedade sem tempo para os idosos, só lhes resta muitas vezes, cuidar de si mesmos, do cônjuge, tão ou mais velho que eles próprios, sendo que, e segundo Ferreira (2015):

> "a tendência de envelhecimento surge acompanhada por um maior isolamento social e geracional, na medida em há mais pessoas a viver sozinhas ou com outros da mesma idade, o que, além de não fomentar o alargamento das redes sociais, pode promover um certo fechamento deste grupo etário sobre si mesmo". (p.9)

De acordo com Fralda (2014) alguns estudos realizados no sentido de perceber o que é valorizado pelos idosos em temos de qualidade vida demonstraram que as relações familiares e sociais, o desempenho dos papéis sociais, ter saúde e autonomia física, ter uma boa casa e ter uma visão positiva da vida, com controlo e independência, constituem os aspetos mais valorizados.

A ausência de suporte familiar, as dificuldades económicas vividas por muitos idosos, a sua progressiva diminuição da capacidade funcional e consequente perda de autonomia, impelem-nos para o isolamento social e para a perda de qualidade de vida.

1.3. Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo é relativamente recente, sendo referido inicialmente pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico como a capacidade das pessoas levarem uma vida ativa e produtiva na sociedade, à medida que envelhecem. Mais tarde, em 2002, é definido pela OMS, como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança (Foster & Walker, 2013; World Health Organization, 2015).

Este conceito foi, ao longo dos anos, sendo alvo de múltiplas políticas de intervenção. O Parlamento Europeu e a Comissão Europeia decidiram proclamar 2012 como "Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações" com objetivo de combater a discriminação com base na idade e sensibilizar a sociedade para o valor do envelhecimento ativo e solidariedade intergeracional (Governo de Portugal, 2012).

O envelhecimento ativo assenta em três pilares: saúde, participação e segurança. Relativamente à saúde, a expectativa é que as políticas de envelhecimento ativo possam aumentar a qua-

lidade de vida e proporcionar bem-estar físico, mental e social ao indivíduo durante o processo de envelhecimento. Manter a autonomia física e independência funcional e viver no seu meio habitual o mais tempo possível é o desejo daqueles que envelhecem, mas também das organizações governamentais. Com o envelhecimento surgem as situações de incapacidade e doenças, muitas vezes evitáveis. As políticas assentes no pilar da saúde procuram minimizar os fatores de risco para as doenças crónicas e fomentar os fatores de proteção da saúde (World Health Organization, 2002).

A questão da participação está relacionada com o grau de envolvimento dos indivíduos nas questões sociais, culturais e espirituais da comunidade que integram. Os idosos podem desempenhar vários papéis no seu dia-a-dia. No contexto familiar assumem muitas vezes o papel de cuidador dos netos, ajudam os filhos nas tarefas do quotidiano e são, em alguns casos, também o suporte financeiro. Mas a sua participação não se limita à esfera familiar podendo desempenhar outros papeis como o voluntariado em algumas associações na sua comunidade, sendo que muitas podem proporcionar a interação entre gerações. Com a sua participação nestas atividades contribuem também para a transmissão de saberes e costumes às gerações futuras. No entanto a participação está fortemente relacionada com o pilar da saúde pois a sua ausência, ou a presença de incapacidades, dificulta algumas atividades e limita a participação dos idosos (Azevedo, 2015; Cardoso, 2014).

No que concerne à segurança espera-se que as políticas instituídas possam garantir a segurança física, social e financeira dos mais vulneráveis. Interessa atender ao local onde os indivíduos residem e interagem, conhecer o contexto em que se insere. Quando reportamos a segurança em contexto de envelhecimento ativo incluímos não só a segurança física, mas também a social e financeira. As medidas a implementar relacionam-se com a prevenção de acidentes e quedas, mas também com a prevenção dos maus tratos e violência sobre os idosos. Os casos de abandono de idosos são uma realidade dos nossos dias. Também a segurança financeira deve ser tida em conta (World Health Organization, 2002).

A comunidade científica e as organizações governamentais têm reconhecido, de alguns anos a esta parte, a importância dos idosos se manterem ativos, participantes e integrados na sociedade onde vivem para que assim, possam alcançar o máximo potencial de qualidade de vida. A palavra ativo refere-se à participação contínua nas questões relacionadas com a vida na sociedade e não apenas à capacidade de trabalhar e desenvolver atividades físicas (DGS, 2006; OMS, 2005).

A OMS propõe uma abordagem do envelhecimento ativo muito para além da vertente da empregabilidade, sugerindo que este conceito integre, numa perspetiva multidimensional, os vários domínios da vida pessoal e social dos indivíduos (World Health Organization, 2002).

O envelhecimento ativo reconhece os direitos dos mais velhos e sublinha os princípios de independência, dignidade e assistência, e apoia o exercício da cidadania e participação ativa nas questões relacionadas com a comunidade e quotidiano da mesma (Ribeiro & Paúl, 2011; World Health Organization, 2002). Depende de todos e de cada um e refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho (DGS, 2006).

Importa, no entanto, sublinhar que a preparação do envelhecimento ativo deve começar muito antes de se ser idoso. A adoção precoce de um estilo de vida saudável proporcionará ao indivíduo os frutos benéficos dessa atitude, conferindo-lhe (crê-se) maior proteção da saúde. De acordo com a DGS "embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar" (2017, p. 6).

Faz parte da vida saudável e, consequentemente de um envelhecimento ativo, uma atitude de otimismo perante a vida, procurando prevenir o *stress,* evitar o tabaco, adotar uma dieta adequada evitando o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, promover a prática regular de atividades físicas, evitando o sedentarismo e fomentando a manutenção do bem-estar, autonomia e capacidade funcional (Ferreira et al., 2012).

Ainda que a condição de saúde seja uma peça chave no envelhecimento ativo, não podemos esquecer que a sua promoção não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. Na abordagem ao envelhecimento ativo, devem ser considerados outros fatores tais como, os determinantes pessoais, o ambiente físico, os determinantes sociais e económicos, os serviços sociais e de saúde e os determinantes comportamentais. Por outro lado, a cultura e o género, são também aspetos de extrema relevância no processo de envelhecimento (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2005).

Veloso (2015) refere que "a conceção de envelhecimento ativo foca essencialmente a atividade, independentemente de que seja produtiva ou não, estabelecendo uma relação positiva entre o prolongamento da vida profissional e o estado de saúde" (p. 14).

Segundo a OMS, o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expetativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as debilitadas, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. Torna-se fundamental fazer uma análise da relação entre a capacidade funcional e os fatores determinantes do envelhecimento saudável. Para a DGS (2003) "a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, constitui assim uma questão fulcral na génese da saúde individual e colectiva" (p.1).

Não envelhecemos quando nos reformamos, envelhecemos ao longo de toda a vida e nesse percurso construímos a nossa história, uma história mais ou menos colorida de acordo com as opções que fazemos. A forma como envelhecemos "dependerá muito do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo, de forma a que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem" (DGS, 2017, p. 6).

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E CAPACITAÇÃO COMUNITÁRIA

A saúde dos indivíduos e comunidades tem merecido progressivamente maior atenção, ainda que muito haja por fazer. Apesar da evolução dos sistemas de saúde nas últimas décadas, a sociedade em geral considera que os mesmos estão longe da eficiência desejada. Não é pouco comum, que as manchetes dos jornais apontem o dedo ao sistema de saúde e sublinhem as dificuldades de acesso aos serviços, deixando transparecer a insatisfação dos cidadãos. Parece evidente que a organização dos serviços de saúde e a gestão de recursos materiais e humanos no setor da saúde, carece ainda de intervenção no sentido de criar respostas efetivas às necessidades de saúde das comunidades.

Por outro lado, cidadãos e comunidades, têm evidenciado dificuldade em controlar a sua saúde e consequentemente, em gerir os recursos de saúde disponíveis de forma consciente e racional. Existindo um maior controlo sobre a saúde individual, a procura dos serviços de saúde poderia ser minimizada, influenciando a efetividade da resposta dos serviços de saúde a quem realmente precisa. Torna-se, pois, relevante, implementar medidas que contribuam para aumentar a literacia e cidadania em saúde. Loureiro e Miranda referem que "melhorar a literacia em saúde significa dar poder aos cidadãos para assumirem responsabilidade pelos seus comportamentos, em prol de uma melhor qualidade de vida" (2010, p.135).

Estes aspetos têm sido alvo de preocupação e estudo desde há algum tempo. Em 1986 realizava-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, onde o documento final, a Carta de Ottawa, reitera a necessidade de capacitar as pessoas para o controlo dos fatores determinantes da sua saúde, através de intervenção comunitária e da promoção da saúde (Graça, 2015).

A segunda Conferência realizou-se em Adelaide, em 1988, e centrou as suas recomendações nas políticas saudáveis, sendo que as mesmas englobam não só o setor da saúde, mas também outros que possam ter impacto sobre a mesma. A saúde passa a ser entendida também como fator de desenvolvimento económico e social, pelo que as políticas desenvolvidas devem ser multissectoriais (Instituto de Administração da Saúde, 2018; Graça, 2015).

Em 1990, a Lei de Bases da Saúde em Portugal, sublinha a promoção da saúde e prevenção da doença como uma prioridade do governo e reafirma a responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado na proteção da saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto).

A Declaração de Sundsvall, na Suécia, sobre ambientes favoráveis à saúde emerge da terceira Conferência realizada em 1991. Esta conferência dedicou-se às preocupações com os contextos físicos e sociais em que vivem os cidadãos, por serem considerados ambientes favoráveis à saúde. Foram delineadas quatro estratégias de promoção de ambientes favoráveis à saúde: fortalecer a advocacia através da intervenção comunitária, empoderamento dos indivíduos e comunidades, construir alianças para a saúde e mediar a equidade de acesso aos ambientes favoráveis à saúde (Instituto de Administração da Saúde, 2018; Graça, 2015).

A quarta conferência realiza-se em Jacarta no ano 1997 e faz uma avaliação positiva dos impactos da Carta de Ottawa (realizada 11 anos antes), reafirmando as estratégias da mesma. Considera ainda que para uma maior eficiência das estratégias, as mesmas devem abranger a criação de parcerias em saúde com múltiplas estruturas e intervenientes sociais e não só as políticas públicas (Graça, 2015).

No ano 2000, a cidade do México, acolhe a quinta Conferência sob o tema "Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade" e observou uma melhoria significativa do bem-estar social em muitos países do mundo, mas sublinhou a necessidade de continuar a trabalhar soluções para muitos problemas ainda existentes. Afirma a necessidade de elaborar planos nacionais de saúde, ao que Portugal corresponde com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Graça, 2015).

A sexta Conferência, realizada em Bangkok, em 2005, defendeu o desenvolvimento global de políticas e alianças para capacitar as comunidades, estabelecendo ações e compromissos para abordar os determinantes de saúde. Reafirma mais uma vez, os valores e estratégias da Carta de Ottawa, como estratégia para atingir a melhoria das condições sociais nas comunidades (Instituto de Administração da Saúde, 2018).

Nairobi, no Quénia, recebeu em 2009 a sétima Conferência de Promoção da Saúde, abordando temas relacionados com a capacitação das comunidades, a literacia em saúde enquanto requisito essencial para poder intervir de forma consciente e informada, a necessidade de proporcionar um sistema de saúde eficaz e que responda às necessidades dos cidadãos, a construção de

parcerias e ação intersectorial e, por fim, a necessidade de desenvolver a capacidade de promover a saúde (Graça,2015).

A oitava Conferência teve lugar em Helsínquia, em 2013, com o tema "Saúde em Todas as Políticas" e dela emergiu um apelo aos governos para o cumprimento das suas obrigações para com a saúde, bem como para o cumprimento dos acordos realizados. Firma-se um compromisso com a saúde e a equidade de acesso à mesma enquanto prioridade política, devendo os governos incluir a saúde em todas as políticas e promover a participação da comunidade e sociedade civil na implementação e avaliação das mesmas. O reforço da literacia em saúde torna-se fulcral (Graça,2015).

A última Conferência de promoção da saúde realizou-se em 2016, em Xangai – China, com o tema "Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável" e renova o compromisso com o investimento no aumento da literacia em saúde, com a capacitação das comunidades, com a saúde em todas as políticas e sublinha a preocupação com a garantia de escolhas saudáveis e informadas, nos ambientes de consumo. Defendem-se três pilares de intervenção: boa governança, cidades saudáveis e literacia em saúde (World Health Organization, s.d.).

Ao longo de todas estas conferências verificamos o sublinhar da necessidade de envolver cidadãos, sociedade e governos na promoção da saúde, sendo-lhes atribuída uma crescente coresponsabilização nas estratégias e políticas desenvolvidas nesta área. Por outro lado, tem existido um investimento na literacia em saúde e na capacitação comunitária.

O conceito de capacitação comunitária é, tendo em conta o exposto, relativamente recente, tendo emergido da necessidade de tornar o cidadão cada vez mais responsável pela sua saúde e, simultaneamente mais consciente, de que as suas escolhas e comportamentos, influenciam a saúde individual e coletiva.

A capacitação comunitária permite aos cidadãos uma participação ativa nas decisões e gestão dos assuntos da comunidade, e em particular no que respeita a si mesmo. Capacitar os cidadãos é dar-lhes o poder para decidir.

Atendendo às orientações e compromissos assumidos nas sucessivas conferências têm sido desenvolvidas políticas que conduzem ao crescente envolvimento multissectorial na saúde, bem

como à participação comunitária. Indivíduos e comunidades são chamados a intervir, esperando que deixem uma posição tendencialmente passiva para assumir um papel de interveniente ativo.

A educação para a saúde aliada a outras estratégias de saúde, nomeadamente uma boa governança ou a melhoria dos contextos sociais e económicos em que vivem, trabalham ou se divertem as pessoas, pode ter um papel determinante em termos de promoção da saúde. A educação para a saúde surge como parte integrante das atividades de enfermagem, promovendo a capacitação dos indivíduos e comunidades, a humanização dos cuidados e o reforço da cidadania (Loureiro & Miranda, 2010).

Desta forma, Loureiro e Miranda (2010) referem que o governo deve promover políticas saudáveis e "aos cidadãos cabe participar, não só pela adopção de comportamentos mais saudáveis, mas também, como actores e agentes de mudança nas suas comunidades" (p.103).

A promoção da saúde tem procurado dar condições aos indivíduos, grupos e comunidades, que lhes permitam controlar a sua saúde e intervir nos fatores que a influenciam. A sua primeira finalidade é ajudar a satisfazer as reais necessidades da comunidade, melhorando a saúde e ajudando a pessoa a decidir sobre a mesma. A promoção da saúde visa a capacitação das pessoas para agirem sobre os determinantes da saúde, aumentando a literacia e a capacidade de participação na saúde.

Ferreira (2014) refere que a participação dos cidadãos pode ser feita em três níveis: enquanto seres passivos que recebem informação das instituições, seres que contribuem com a sua opinião em processos de consulta, e seres ativos, empoderados, que participam na decisão e gestão.

Por sua vez, o principal objetivo da intervenção comunitária é a promoção da autonomia, proporcionando aos cidadãos o desenvolvimento do pensamento crítico e das suas capacidades de tomada de decisão. Os cidadãos são, portanto, os primeiros responsáveis pela sua saúde, devendo defender e promover a mesma. Podemos afirmar que a cidadania se manifesta nas atitudes e comportamentos em sociedade, e tem como referência os direitos humanos, estando voltada para uma conduta positiva de participação. Cada cidadão tem o direito de fazer as suas escolhas de modo consciente, e fundamentadas pela informação dada pelos profissionais de saúde.

2.1. Teorias e Modelos de Educação para a Saúde

A educação para a saúde "resulta da combinação planeada de experiências de aprendizagem por forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, revelando-se assim como uma das técnicas para a prática de promoção da saúde" (Piçarra, 2013, p. 60). Trata-se de um componente fundamental da enfermagem comunitária.

Atendendo à especificidade de cada comunidade, as estratégias desenvolvidas em intervenção comunitária devem ter por base os modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. As estratégias de intervenção comunitária procuram muitas vezes estabelecer parcerias com instituições e associações locais como medida de envolvimento da comunidade, mas também como medida de rentabilização de recursos. Os recursos são geralmente limitados e a criação de parcerias permite a otimização dos mesmos, sem os quais seriam, em muitos casos, inviabilizadas as intervenções planeadas. Em muitas comunidades só com o estabelecimento de parcerias se conseguem implementar projetos de intervenção comunitária dada a escassez de recursos. A evidência científica tem demonstrado que no âmbito comunitário, sobretudo em meios rurais, os modelos de parceria têm sido eficazes em áreas com poucos recursos materiais e humanos (Stanhope & Lancaster, 2011).

De acordo com Carvalho e Carvalho (2006) "no desenvolvimento da EpS [Educação para a Saúde] podem observar-se três gerações, em paralelo com as alterações sociopolíticas e a evolução dos fatores de risco" (p.26), referindo-se, portanto, à geração informativa, à geração centrada no comportamento e à geração crítica.

A primeira geração acredita que a falta de informação está na origem dos hábitos e comportamentos não saudáveis. Este tipo de educação para a saúde sofre influência do modelo biomédico de saúde, estando orientada "para a prevenção e tratamento da doença, sob a forma de prescrições e recomendações, utilizando uma metodologia expositiva e unidireccional" (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 26).

Na segunda geração a informação é apenas um elo de processo para atingir os comportamentos saudáveis. Nesta geração é considerada a influência dos fatores sociais e económicos, bem como as motivações e resistências à mudança de comportamento, no processo de alteração com-

portamental. A saúde é vista como o resultado da interação do individuo com o meio em que se insere e é influenciada pelo seu comportamento. Esta geração é marcada pelas teorias da aprendizagem, pelos estudos da motivação humana e de atitudes (Carvalho & Carvalho, 2006).

Por fim, a terceira geração ou geração crítica, entende que a modificação de comportamentos individuais é insuficiente e que as modificações devem ocorrer também ao nível do ambiente e instituições, estando fortemente direcionada para a promoção da saúde. A este nível, a saúde é encarada como um processo de construção coletiva, e o objetivo da educação para a saúde é:

> "implicar os cidadãos no processo de transformação dos factores que incidem na saúde, sejam estes pessoais, ambientais ou socioeconómicos (…) trata-se de desenvolver nas pessoas a capacidade de autocuidado e facilitar os elementos suficientes para que possam assumir a responsabilidade que como cidadãos têm na melhoria dos estilos e condições de vida da população, que influenciam directamente a saúde." (Carvalho & Carvalho, 2006, p.29).

Esta geração de educação para a saúde é influenciada pela psicologia cognitivista, humanista, psicologia de grupo, teoria crítica de ensino e modelo dialógico de Freire (Carvalho & Carvalho, 2006).

3. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A enfermagem enquanto profissão é relativamente recente em Portugal. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define-a como uma atividade desenvolvida em prol da manutenção, melhoramento ou recuperação da saúde do ser humano. Sublinha ainda que os cuidados de enfermagem têm como alvo o ser humano são ou doente, e são prestados ao longo de todo o ciclo vital, perspetivando a manutenção e/ou recuperação da máxima capacidade funcional dos indivíduos (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro).

Os cuidados aos doentes e a preocupação com a prevenção da doença têm assumido progressivamente maior relevância na sociedade. Por ouro lado, constitui-se como dever do enfermeiro para com a comunidade ser conhecedor das suas necessidades e colaborar, juntamente com outros profissionais, na orientação da comunidade para encontrar respostas adequadas para as necessidades detetadas devendo a sua atividade ser dirigida para o respeito pelos direitos humanos (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril). O enfermeiro, e em particular o enfermeiro comunitário e de saúde pública, detém uma posição favorável pelas competências que lhe estão atribuídas, mas também pela proximidade e relação que estabelece com os indivíduos, grupos e comunidades, para conhecer e poder agir nas necessidades de saúde da nossa sociedade. Numa altura em que a evidência científica sublinha a relevância dos comportamentos e estilo de vida na prevenção das doenças crónicas não transmissíveis, a enfermagem comunitária e de saúde pública reveste-se de uma importância suplementar pelo seu papel determinante na promoção da saúde e na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário enquanto medidas de obtenção de ganhos em saúde.

É certo que a evolução dos processos de saúde/ doença ao longo do tempo trouxeram a necessidade de uma evolução mais especializada na profissão de enfermagem. Progressivamente surgem diferentes áreas de especialização atendendo às necessidades identificadas no cuidado aos indivíduos e comunidades. De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, um especialista em enfermagem é aquele que detém

> "um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e

> tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção". (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos enfermeiros, p.8648)

Independentemente da área de especialização, existe um conjunto de competências comuns a todos os especialistas de enfermagem que se distribuem por quatro domínios. É sua competência promover a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Concretamente em relação à enfermagem comunitária e de saúde pública, o especialista nesta área desenvolve a sua prática na comunidade, permitindo-lhe ser conhecedor do contexto socioeconómico em que esta se insere. Por outro lado, no exercício das suas competências, ocupa um lugar privilegiado na identificação dos determinantes dos problemas de saúde e das necessidades de saúde da comunidade, conforme descrito anteriormente.

Na sua prática de cuidados é esperado que consiga estabelecer as articulações necessárias e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, no contexto social, económico e político onde desenvolve a sua atividade, no sentido de identificar as necessidades dos que cuida e conseguir assegurar os cuidados (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As competências do enfermeiro comunitário e de saúde pública foram definidas e aprovadas pelo colégio da especialidade da Ordem dos Enfermeiros. Foram assim definidas as seguintes competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública:

> "a) estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
>
> b) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
>
> c) integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
>
> d) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico". (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Da análise do Regulamento podemos afirmar que compete ao enfermeiro comunitário avaliar o estado de saúde da comunidade e atuar sobre os determinantes da mesma, sendo sua responsabilidade contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde, assim como para o exercício da cidadania (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Por outro lado, o Regulamento sublinha que as referidas competências se evidenciem em "actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade" (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8667).

É fundamental estabelecer prioridades em saúde, saber definir objetivos e delinear estratégias adequadas e exequíveis que respondam aos mesmos. Espera-se que o especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública conceba, planei, coordene, participe, dinamize e avalie projetos e programas intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico de saúde das comunidades.

O desenvolvimento do seu trabalho assenta na premissa da capacitação e empoderamento comunitário enquanto estratégia de promoção de saúde e fator determinante para promoção da participação e exercício da cidadania em saúde.

Seria inocente pensarmos que sozinhos, temos a capacidade de mudar comportamentos. O percurso realizado cimenta a ideia de que enquanto agentes promotores de saúde, os enfermeiros comunitários e de saúde pública desempenham um papel fundamental na promoção da capacitação de grupos e comunidades. Contudo, "o desenvolvimento de estratégias tem de ser feito em colaboração com a sociedade civil, por forma a assegurar que os processos de mudança assentem no reconhecimento das necessidades pela população e, por isso, contam com o seu apoio" (Loureiro & Miranda, 2010, p.135).

II - ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A realização do estágio do mestrado em enfermagem decorreu numa UCC. As UCC são unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo para o cumprimento da missão do ACES em que se integram. De acordo com o n. º1 do artigo 11º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro

> "A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção" (p. 1184).

De acordo com o regulamentado no Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, a prestação de cuidados efetivada pela UCC deve assentar no diagnóstico de saúde da comunidade e nas estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS). A UCC deve desenvolver a sua atividade com "autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão" (p.15438).

A UCC onde se desenvolveu o estágio conta com uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte, a tempo inteiro, os enfermeiros e outros profissionais de diversas áreas, em tempo parcial, nomeadamente da área da psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social e ainda outros profissionais que, integrando a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, também colaboram com esta unidade. A coordenação da UCC é realizada por um enfermeiro.

O horário de funcionamento da UCC é das 8 horas e 30 minutos às 17 horas, todos os dias incluindo os fins-de-semana e feriados. Este horário poderá ser alargado em qualquer dia dependendo da programação pontual de atividades e das necessidades dos utentes acompanhados em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

As atividades de fim-de-semana e feriados relacionadas com a prestação de cuidados a utentes internados em ECCI, serão asseguradas pelos Enfermeiros em regime de rotatividade.

Nesta UCC os projetos que integram a carteira de serviços desenvolvem-se em múltiplas áreas, nomeadamente na área da saúde escolar (com vários projetos em curso), intervenção precoce, comissão de proteção de crianças e jovens, rendimento social de inserção, equipa de coordenação local e de cuidados integrados continuados, diagnóstico de saúde da comunidade, diabetes, úlceras de pressão, envelhecimento ativo, reabilitação e cuidadores informais.

2. O ESTÁGIO

O presente projeto de intervenção comunitária insere-se no âmbito da componente prática do mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública, sendo desenvolvido com a população de uma comunidade rural do Alentejo.

O projeto é desenvolvido com base na metodologia do planeamento em saúde descrita por Imperatori e Giraldes (1993) que enfatiza a necessidade de um envolvimento multissetorial para a resolução dos problemas de saúde das populações, já que os aspetos sociais e económicos também a condicionam.

Imperatori e Giraldes definem o planeamento em saúde como "a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos" (1993, p. 23).

O planeamento em saúde é crucial porque os recursos são escassos e os problemas a resolver são múltiplos. É preciso conhecer os problemas em profundidade, estabelecer prioridades e planear em articulação multissetorial as intervenções necessárias. Uma intervenção individual e isolada não tem expressividade em termos de ganhos em saúde.

O processo de planeamento em saúde compreende diferentes fases: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação. É preciso reconhecer o planeamento em saúde como algo dinâmico e passível de ajuste e redefinição contínua (Imperatori & Giraldes, 1993).

O envolvimento da comunidade é fundamental, sendo o seu empoderamento e a gestão participativa peças-chave na intervenção comunitária. Só com a participação da população é possível conhecer em profundidade as suas reais necessidades.

2.1. O Contexto

O projeto decorreu numa comunidade rural da área da UCC acolhedora do estágio e tem como população alvo os idosos. A opção por esta comunidade foi decisão da equipa da UCC e pesou o fato de até à data, não ter sido realizado nenhum diagnóstico de saúde naquela população e não existir nenhum projeto de intervenção comunitária em curso.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2011, a freguesia onde decorreu o projeto tinha 1386 habitantes, dos quais 691 homens e 695 mulheres. Esta comunidade apresenta uma população maioritariamente adulta, em idade ativa. Contudo, a população idosa representa mais de um quarto da população total inscrita na extensão de saúde local pelo que foi decidido intervir junto deste grupo etário. A extensão de saúde local contava a 31/12/2016 com 268 inscritos com 65 mais anos (informação cedida pela equipa de saúde local).

As principais atividades económicas são a agricultura e o pequeno comércio. A aldeia apresenta várias estruturas de apoio, nomeadamente um posto de saúde, escola e jardim de infância, farmácia, junta de freguesia, casa do povo, mercado, igreja, centro de convívio e loja social, espaço internet e biblioteca e várias associações recreativas com elementos de diferentes faixas etárias.

2.2. Diagnóstico da Situação

Com a realização do diagnóstico de situação de uma comunidade espera-se a obtenção de contributos para a identificação, de forma clara, dos principais problemas da mesma, assim como das reais necessidades da população e as causas subjacentes às mesmas.

O diagnóstico constitui a primeira etapa do planeamento em saúde, sendo por isso fundamental que seja rigoroso na avaliação dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença da comunidade (Imperatori & Giraldes, 1993). Constitui a base de trabalho de um enfermeiro comunitário e permite a priorização das necessidades identificadas/sentidas pela comunidade e, consequentemente, uma atuação mais eficaz com vista a obter ganhos potenciais em saúde e melhorar a qualidade do envelhecimento.

O diagnóstico de situação foi realizado durante o estágio I deste mestrado no período de 02 de maio a 17 de junho de 2017.

2.2.1. Metodologia

O estudo realizado para dar corpo ao diagnóstico de saúde da comunidade, constitui-se um estudo de prevalência descritivo.

A população alvo

A população alvo do mesmo foram os utentes com 65 e mais anos de idade, inscritos na extensão de saúde local, à data de 31/12/2016 (lista cedida pela UCC). Esta opção relaciona-se, tal como referido anteriormente, com o interesse da instituição acolhedora do estágio concluir o diagnóstico de saúde da referida comunidade, uma vez que o mesmo já tinha sido realizado para as faixas etárias até esta idade.

A seleção da amostra

A seleção da amostra para o estudo respeitou os seguintes critérios de inclusão: ter 65 ou mais anos, pertencer à lista de utentes inscritos na extensão de saúde local, responder à convocatória para o diagnóstico de saúde e aceitar participar no estudo.

Atendendo ao tempo disponível para a realização do diagnóstico, e à extensão e modalidade de recolha de informação, não seria possível realizar o mesmo a todos os idosos (total de utentes com 65 e mais anos na extensão de saúde = 268), pelo que se optou por selecionar uma amostra representativa da população (amostra = 100 utentes) dirigindo a convocatória a todos os inscritos com idade até aos 80 anos. No entanto, e porque se optou por realizar as convocatórias à família, foram abrangidos alguns elementos com idade superior aos 80 anos, cônjuges de outros que se encontravam na faixa etária selecionada (dos 65 aos 80 anos).

O instrumento de colheita de dados

Para realização do diagnóstico de saúde da comunidade aplicou-se um questionário em uso na UCC, igualmente utilizado noutros diagnósticos de saúde (Anexo I). O instrumento usado na fase de diagnóstico inclui questões com vista à avaliação de(a):

- aspetos sociodemográficos dos indivíduos da amostra (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão);

- parâmetros de saúde (peso, altura, Índice de Massa Corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, glicémia, colesterol e hemoglobina A1C);

- regime terapêutico (n.º de medicamentos que faz habitualmente, os fármacos que faz e demonstração da gestão do mesmo);

- patologias/queixas referidas pelo utente;

- capacidade de locomoção (em casa, na rua e na presença de escadas);

- autonomia física (nível de autonomia/dependência nos autocuidados lavar-se/tomar banho, vestir/despir-se, uso do sanitário, deitar/levantar-se, sentar/levantar-se, controlar urina/fezes e alimentar-se).

- autonomia instrumental (usar telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas de lida doméstica, lavar/tratar da sua roupa, usar transportes, tomar os seus medicamentos e gerir o seu dinheiro);

- risco de quedas (despistar ocorrência de quedas e dificuldades na marcha e equilíbrio);

- hábitos tabágicos (despistar e quantificar o hábito);

- hábitos alimentares (conhecer o género de alimentos consumidos, modos de confeção, gorduras usadas na confeção; conhecer as bebidas ingeridas e quantificar);

- integridade da pele (despistar existência de lesões);

- hábitos de atividade física (conhecer hábitos de atividade física);

- isolamento social (número de pessoas com que coabita, tempo que está só durante as 24h/dia, existência de pessoa com quem desabafa/confidente e de cuidador informal caso necessite).

Método de recolha de dados

A recolha de dados foi feita através do preenchimento do questionário em consulta de enfermagem usando o método de entrevista. Os idosos foram convocados para uma consulta com a finalidade de realizar o diagnóstico de saúde, através de dois métodos: por carta e por contato telefónico (nos casos em que este estava atualizado na base de dados).

A convocatória por carta foi feita em nome da UCC e dos profissionais da mesma, pois são conhecidos da comunidade e relacionam-se com a mesma numa base de confiança, o que poderia ser um elemento facilitador na abordagem e até na adesão ao estudo.

A convocatória por método telefónico foi a privilegiada quando existia contato atualizado, já que, desde cedo, foi percecionada uma maior adesão à participação no diagnóstico de saúde, com a utilização deste método. Julgamos que esta ocorrência pode estar relacionada com o facto de ser uma abordagem que privilegia o contato individual e que permite um esclarecimento mais pormenorizado sobre o propósito e importância do estudo.

Por outro lado, cria em caso de manifestação de vontade em participar, um compromisso da pessoa para com os profissionais, levando-os a comparecer no posto de saúde para realização do diagnóstico de saúde.

O método de convocatória por telefone revelou-se também muito eficaz em casos em que os utentes apresentavam problemas de mobilidade, pois permitiu o agendamento e realização de visitação domiciliária com o fim de aplicar o questionário. A opção pelo método de convocatória decorre do facto da mestranda não ser conhecida da comunidade, ponderando-se que o mesmo poderia trazer constrangimentos no acesso à população, se a recolha de informação fosse feita porta a porta sem contato prévio. Crê-se ainda que seria contraproducente utilizar este tipo de abordagem, numa altura em que têm sido desenvolvidos esforços no sentido de sensibilizar a

população idosa para não abrir a porta a estranhos por questões de segurança. O período de recolha da informação decorreu de 5 de maio a 8 de junho de 2017.

Questões éticas

Antes de iniciar a consulta e o preenchimento do questionário foi explicado aos idosos o âmbito em que estava a ser realizado o estudo, a sua finalidade e importância. Foi-lhes ainda explicado que a partir dos resultados obtidos seria desenvolvido um projeto de intervenção comunitária local.

Foi informado o carácter de voluntariedade de participação, assim como a possibilidade de desistir do estudo em qualquer momento. Foram igualmente garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Elaborou-se consentimento informado, esclarecido e livre para participação em projeto de investigação (Apêndice I).

2.2.2. Apresentação dos resultados

Após a aplicação dos questionários, para efetuar o tratamento estatístico dos dados foram utilizados os programas *Statistic Package for Social Sciencies* versão 24 e também *Microsoft Excel* 2016. Os resultados obtidos são apresentados em seguida.

Caraterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 100 utentes com 65 e mais anos, inscritos na extensão de saúde local, que responderam afirmativamente à convocatória para realização do diagnóstico de saúde e aceitaram participar no estudo. Atendendo que existem 268 utentes com 65 e mais anos, inscritos naquela extensão de saúde, a amostra representa 37,31% do total dos mesmos.

Relativamente à distribuição da amostra pudemos apurar que na distribuição por sexo, pode ser observada uma maior prevalência do sexo feminino (65%) e que a maioria dos utentes tem entre 70 e 75 anos (39%), seguindo-se de forma equitativa as faixas etárias ≥65 <70 anos (26%) e dos ≥75 <80 anos (27%).

Em relação ao estado civil, a amostra distribui-se da seguinte forma: 62% são casados ou vivem em união de facto e 38% são viúvos/separados/solteiros.

Relativamente à profissão interessa referir que a maior parte da amostra está na situação de reformado, mas foi aferida a sua profissão ao longo da vida. Assim, a amostra distribui-se na sua maioria por dois setores: os trabalhadores rurais (41%) e a área das domésticas/ limpezas (20%).

Quanto à escolaridade os dados revelam que mais de metade da amostra tem o ensino primário completo (atual 4º ano de escolaridade) e que mais de 20% da mesma não têm qualquer escolaridade.

Parâmetros de saúde

Relativamente aos parâmetros de saúde foram avaliados no momento da recolha de dados, os seguintes: peso, altura, IMC (Índice de Massa Corporal), perímetro abdominal, valores de pressão arterial e glicémia, a todos os participantes. Nos utentes que disponibilizaram análises válidas (com menos de 12 meses), foram considerados também o valor de colesterol total e hemoglobina A1c (no caso dos utentes diabéticos). A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva relativamente ao IMC, peso, perímetro abdominal, altura, glicémia, colesterol total e hemoglobina A1c.

Tabela 1- Estatística descritiva relativamente ao IMC, peso, perímetro abdominal, altura, glicémia, colesterol total e hemoglobina A1c

		IMC	Peso	Perímetro abdominal	Altura	Glicémia	Colesterol total	Hemoglobina A1c
N	Válido	100	100	100	100	100	69	31
	Omisso	0	0	0	0	0	31	69
Média		28,7600	72,6820	103,0800	1,5764	133,41	187,35	6,961
Mediana		28,0000	71,8000	101,5000	1,5600	119,50	189,00	6,700
Moda		27,00	63,00[a]	100,00	1,54	110	198	6,2[a]
Amplitude		26,00	55,40	70,00	,38	242	182	4,6
Mínimo		18,00	48,00	64,00	1,41	72	116	5,4
Máximo		44,00	103,40	134,00	1,79	314	298	10,0

a. Há várias modas. O menor valor é mostrado

A análise dos dados permitiu perceber amplitudes de variáveis bastante significativas, podendo ser demonstrativo de diferenças relevantes nas características dos inquiridos nesta amostra.

De acordo com Sérgio et al. (2005), o IMC permite fazer o diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade. Nesta amostra apenas 16% dos utentes apresentam peso dentro do intervalo de variação normal (IMC≥18,5 <24,9Kg/m2).

Podemos ainda concluir que 44% dos utentes estão em situação de pré-obesidade (IMC≥25 <29Kg/m2) e 40% são obesos (IMC≥30 Kg/m2), tratando-se por isso de uma situação preocupante na medida em que o excesso de peso e obesidade estão associados ao aumento do risco de comorbilidades.

Sérgio et al. (2005), no Programa Nacional de Combate à Obesidade, referem que com o valor da circunferência da cintura, e dependendo do sexo, podemos estratificar o risco para as complicações metabólicas. Os valores de perímetro abdominal encontrados colocam 79% da amostra ao nível do risco metabólico muito aumentado e 16% no risco aumentado (Tabela2).

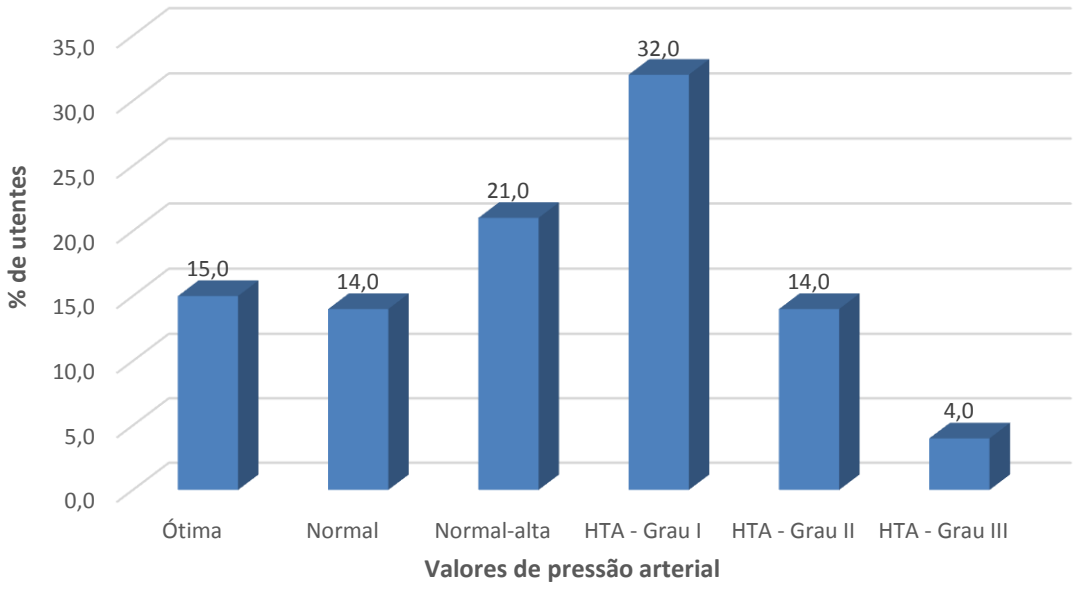
Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o perímetro abdominal

Risco Metabólico	% Homens	% Mulheres
Normal	4	1
Aumentado	12	4
Muito aumentado	19	60
Total de utentes	35	65

Em relação à pressão arterial (PA), além da medição feita na altura da consulta, os utentes foram questionados relativamente aos seus antecedentes pessoais, sendo que 71% da amostra refere ter história de hipertensão arterial (HTA).

Relativamente aos valores encontrados no momento da consulta de enfermagem, verificou-se que 50% da amostra apresentava valores de PA elevados (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com o valor de pressão arterial em consulta



Salientamos, no entanto, que a avaliação isolada da pressão arterial não permite o diagnóstico de hipertensão pois de acordo com a DGS (2013) "para o diagnóstico de HTA é necessário que a PA se mantenha elevada nas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana". Contudo, a avaliação realizada permite rastrear este parâmetro de saúde.

Relativamente aos níveis de colesterol total, quase um quarto da amostra não disponibilizou análises válidas que avaliem este parâmetro. Dos que apresentaram análises, 53% apresentavam colesterol total inferior a 200mg/dl e 23% apresentavam valores superiores a 200mg/dl.

Os valores de "hemoglobina glicada A1c (HbA1c) é determinada, por rotina, em todas as pessoas com diabetes mellitus, para avaliar o grau de controlo glicémico (Nível de evidência A, grau de recomendação I)" (Direcção-Geral de Saúde, 2012, p.1). Na amostra estudada as análises revelaram mau controlo glicémico na maioria dos diabéticos.

Regime terapêutico

O número de fármacos que os utentes fazem diariamente tem sido objeto de alguma preocupação, já que devido à interação entre eles e eventuais confusões na sua toma, a polimedicação pode ser potenciadora de efeitos negativos. Na amostra estudada, os valores encontrados podem considerar-se um pouco preocupantes, pois 53% dos utentes faz 5 ou mais medicamentos habitualmente e 75% da amostra consome psicofármacos.

Em relação à gestão do regime terapêutico, todos os utentes, com exceção de um, demonstraram ser autónomos.

Patologias/queixas referidas pelo utente

Quando questionados os utentes acerca das suas patologias ou queixas, percebemos que as mais referidas são as queixas músculo-esqueléticas (76%), a hipertensão (71%), os problemas de visão (64%), dislipidemia (41%), queixas de audição (31%), diabetes (30%) e doenças cardíacas (22%). Salientamos que estas queixas/patologias podem estar relacionadas com o próprio envelhecimento, mas também, na sua maioria com o estilo de vida, nomeadamente com o padrão alimentar e de atividade física. É conhecida a influência destes determinantes na saúde.

Capacidade de locomoção

Relativamente à locomoção, a amostra foi avaliada em três parâmetros: andar em casa, andar na rua e andar em escadas. Os utentes apresentaram-se, na sua maioria, como independentes nesta atividade de vida em relação aos três parâmetros avaliados. Apenas 9% da amostra necessita de usar meios auxiliares para se deslocar (bengala, canadiana ou andarilho) em casa ou na rua. Em relação a andar em escadas 19% da amostra tem algum grau de dependência, sendo que 6% são incapazes de as usar.

Autonomia física

A autonomia física é algo muito valorizado pelos indivíduos em geral. A capacidade de um individuo ser autónomo na realização das atividades de vida, assume uma importância relevante

nas suas vidas. Neste estudo foram avaliadas independentemente cada uma das atividades pois a perda de autonomia não é igual em todas as atividades de vida.

De modo geral, a amostra estudada apresentava-se maioritariamente independente nos autocuidados à data do diagnóstico. Foi referido por 5% dos participantes a sua dependência de terceiros para realização da higiene. Em relação ao vestir/despir-se, 3% estavam dependentes de terceiros e 2% dependiam de outros para usar ao sanitário. Relativamente ao controlo dos esfíncteres urinário e anal, 9% da amostra tem algum grau de dependência. Na avaliação realizada, 5% da amostra referiu o uso pensos de incontinência/fralda por apresentarem perdas de urina, 2% estavam incontinentes urinários e 1% incontinente fecal.

Autonomia instrumental

A autonomia instrumental também foi aferida neste estudo. Na amostra de idosos estudada podemos destacar um elevado número de utentes dependentes de terceiros em relação a:

- preparação das refeições (32%);

- lavar/tratar da roupa (31%);

- tarefas da lida da casa, como a limpeza (28%);

- fazer as compras (17%).

Em grande parte destes idosos, nomeadamente nos homens, trata-se de papéis que nunca assumiram ao longo da vida, isto é, tradicional e culturalmente, a preparação das refeições, o cuidar da roupa e da casa eram tarefas destinadas às mulheres e os homens não desenvolveram essas habilidades, pelo que, mesmo quando ficam sós, necessitam de terceiros para as realizar. Na aldeia existe uma cantina social que serve refeições a baixo custo no centro de convívio e também vende para casa e distribui a quem não consegue ir buscar.

Em relação às compras necessárias para casa, 17% estavam dependentes de terceiros, referindo auxílio dos filhos ou cônjuge, mas na aldeia também há possibilidade de fazer as compras e o supermercado entregá-las em casa, que alguns utentes referem usar.

Ainda de salientar que 10% apresentaram dependência de terceiros no uso de transportes para se deslocarem onde não conseguem ir a pé, e igual proporção depende de terceiros para gerir o seu dinheiro.

Risco de quedas

No que se refere ao risco de queda, 32% utentes referiram ter tido 2 ou mais quedas nos últimos 12 meses, sendo que 15% referiram ter ido aos serviços de saúde em consequência disso. A maior parte das quedas ocorreu na rua (8%), seguido do ambiente doméstico/casa (6%) e depois no quintal da residência (5%).

Na amostra, 34% dos utentes referiram ter dificuldades na marcha ou falta de equilíbrio, que poderá ser um fator condicionante para a ocorrência de queda.

Hábitos de atividade física

Em relação aos hábitos de atividade física foi aferido se os indivíduos praticavam caminhadas ou outro tipo de atividade física regularmente. Os resultados obtidos revelam que a distribuição se faz de forma muito equilibrada entre os que referem a prática de atividade física (57%) e os que não têm qualquer atividade física regular (43%).

Uma análise mais pormenorizada da distribuição da amostra, na tentativa de perceber se o género tem influência sobre a prática de exercício físico, revelou que dentro do género masculino, 65,71% praticam atividade física e no género feminino a atividade física é praticada por 52,31% das mulheres. Dos indivíduos que praticam atividade física, 27% fazem menos de 4h/semana e 25% entre 4 e 8h/semana. A média de horas despendidas para a atividade física nesta amostra é 2,75h/semana.

Hábitos tabágicos

As questões relacionadas com o consumo de tabaco têm merecido uma atenção especial nas últimas décadas em virtude dos malefícios cientificamente comprovados do mesmo na saúde das populações. Na amostra do estudo 7% dos participantes têm hábitos tabágicos, dos quais 4% fumam 10 ou mais cigarros/dia.

Hábitos alimentares

Relativamente aos hábitos alimentares foram aferidos os aspetos relacionados com o número de refeições, tipo de alimentos e modo de confeção dos mesmos e também a ingestão de água e bebidas alcoólicas. Da análise realizada, relativamente ao número de refeições realizadas podemos concluir que 86% da amostra faz entre 3 e 5 refeições /dia.

Em relação ao tipo de alimentos consumidos, foi referida a ingestão diária de sopa por 34% da amostra e 41% comem-na 1 a 3 vezes/semana. Quanto à ingestão de salada, 16% não comem salada e 42% da amostra come salada 5 ou mais vezes/semana. Relativamente ao consumo de vegetais (sem ser os da sopa), o seu consumo na amostra não é frequente pois 62% dos idosos inquiridos ingerem-nos apenas 1ou 2 vezes/semana e 11% não os incluem na sua alimentação. A maior parte da amostra (74%) ingere 2 ou 3 peças de fruta/dia. Em relação ao consumo de doces/bolos, apesar de mais de um terço da amostra (39%) não o comer, 7% da amostra refere o seu consumo pelo menos 1 vez/dia.

Em relação a alguns métodos de confeção alimentar, foi possível perceber que apesar de reconhecerem que são menos saudáveis, ainda continuam a fazê-los 1 ou 2 vezes/semana, nomeadamente os assados no forno (56%), os fritos (42%) e os guisados (19%).

O azeite é a gordura de eleição para cozinhar para 94% dos inquiridos.

Relativamente à quantidade de água que ingerem diariamente, a maior parte da amostra situa-se entre 1 L/dia (37%) e 1,5L/dia (32%).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 78% da amostra não consome quaisquer bebidas com álcool e os que ingerem fazem-no na refeição.

Integridade da pele

A presença de lesões tem baixa prevalência na amostra estudada, tendo sido encontrados 6 idosos com lesões: pé diabético (1), úlcera de pressão (1), úlcera de perna (2) e escoriações (2).

Isolamento social

A questão do isolamento social tem assumido uma enorme relevância e tem constituído objeto de estudo para muitos investigadores. Esta é uma amostra de idosos e 38% da mesma é solteira, separada ou viúva, sendo que muitos deles vivem sozinhos propiciando o isolamento social. Contudo, quando questionámos quanto tempo passavam sozinhos nas 24h, 40% da amostra referiu nunca estar sozinha. Dos 60% de indivíduos que passam algum tempo do dia sozinhos, 20% passam mais de 20h sozinhos, 13% passam entre 4 e 8h sozinhos e 14% menos de 4h.

Ainda no que se refere às questões do isolamento social, foi questionada a amostra sobre se tinham com quem desabafar ou algum confidente, ao que 7% referiram não ter.

Outra questão que geralmente é motivo de preocupação, sobretudo quando se chega a idoso, é ter ou não algum cuidador informal em caso de necessidade. Na amostra 16% dos idosos referiram ausência de cuidador em caso de necessidade.

2.2.3. Identificação dos problemas e necessidades

A identificação dos problemas e necessidades de saúde é o objetivo primário de um diagnóstico de saúde. É através da análise dos dados obtidos na auscultação da comunidade que se obtém o conhecimento sobre onde intervir de forma a obter ganhos em saúde.

É preciso ter presente que o conceito de problema de saúde é diferente do conceito de necessidade. Entenda-se por problema de saúde um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, profissional de saúde ou comunidade, enquanto a necessidade exprime a diferença entre a situação atual e aquela que se pretende alcançar. As necessidades podem ser reais (identificadas pelos profissionais de saúde) e/ou sentidas (pelo indivíduo, família ou comunidade). Assim, ao diagnosticar a situação identificam-se primeiro os problemas de saúde e em seguida determinam-se as necessidades (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Em síntese, com base nos resultados obtidos foi possível identificar os seguintes problemas:

1. Elevada prevalência de obesidade

2. Risco metabólico elevado na maioria da amostra
3. Elevada prevalência de hipertensão
4. Elevada prevalência de dislipidemia
5. Existência de polimedicação
6. Elevado número de queixas músculo-esqueléticas
7. Elevado número de problemas de visão
8. Elevada prevalência de indivíduos com dependência instrumental
9. Elevada incidência de quedas
10. Baixa adesão à prática de atividade física
11. Más práticas alimentares
12. Isolamento social

A análise dos dados permitiu a identificação das seguintes necessidades:

1. Reeducação alimentar, de modo a reduzir a prevalência de obesidade, risco metabólico, hipertensão, dislipidemia e outras doenças influenciadas pelas práticas alimentares;
2. Incentivo à prática da atividade física, para prevenir as consequências da imobilidade e perda de autonomia física;
3. Promoção da segurança do idoso, através da educação para a saúde direcionada para prevenção de quedas e acidentes domésticos;
4. Estimulação da interação social e desenvolvimento da rede social informal como medida de combate ao isolamento social através de atividades periódicas para diminuir a solidão e estados anímicos depressivos, que em nada favorecem a saúde e o envelhecimento saudável;
5. Articulação dos parceiros comunitários no sentido de melhorar a intervenção das respostas sociais e de saúde.

2.3. Definição de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, estando diretamente relacionada com a etapa anterior, o diagnóstico da situação. Esta etapa é marcada pela hierarquização dos problemas identificados e revela-se determinante para a fixação de objetivos.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) na definição de prioridades deve ser feita uma análise cuidada dos problemas para identificar os "fatores determinantes, ou condicionantes, e as consequências previsíveis dos problemas no nível de saúde da população" (p.63).

Existem alguns aspetos que devem ser considerados no momento de definir as prioridades, nomeadamente o horizonte temporal do plano e os recursos disponíveis tendo em conta a área de intervenção. Ao longo do tempo tem sido percebida a subjetividade inerente a esta etapa do planeamento pelo que tem sido sugerida a utilização de critérios que auxiliem na hierarquização dos problemas, nomeadamente a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

A magnitude aborda o problema pela sua dimensão, a transcendência relaciona-se com a importância social ou económica do mesmo e a vulnerabilidade diz respeito à possibilidade de intervir com eficácia tendo em conta os recursos existentes (Imperatori & Giraldes, 1993). Existem, no entanto, outros critérios que devem ser tidos em conta no momento de tomada de decisão em relação aos problemas, como sejam a previsão da sua evolução, a irreversibilidade dos danos daí decorrentes, atitude da população em relação ao mesmo e os aspetos económicos e legais inerentes (Tavares, 1990).

Dos critérios mencionados consideramos que a magnitude dos problemas encontrados, nomeadamente as prevalências de obesidade, risco metabólico, hipertensão, dislipidemia e outras doenças influenciadas pelas práticas alimentares e a baixa adesão à atividade física regular, foram determinantes na hierarquização dos problemas. Por outro lado, a expressividade e impacto social e económico, das doenças crónicas não transmissíveis têm sido fortemente relacionados com o estilo de vida e sublinham o critério de transcendência dos mesmos. Considerando o autocuidado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, interessa perceber o critério da vulnerabilidade atendendo aos recursos de que dispomos.

Os problemas encontrados denunciam eventuais défices de comportamento de autocuidado nomeadamente nas áreas dos comportamentos alimentares, atividade física, segurança e interação social, sendo estas áreas consideradas prioritárias pela equipa multidisciplinar da UCC. A existência de défices no autocuidado pode trazer consequências para o bem-estar do indivíduo, nomeadamente doença. Atendendo a este pressuposto torna-se necessário a atuação do enfermeiro no sentido de educar e orientar para a manutenção do autocuidado.

2.4. Objetivos

A fixação de objetivos revela-se uma etapa de extrema importância na medida em que só com objetivos bem delineados se pode responder ao propósito do planeamento e perceber de que modo a intervenção realizada trouxe contributos. Imperatori e Geraldes (1993) definem objetivo 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 impacte" (p.77).

Tendo em conta os problemas e necessidades encontradas na população idosa desta comunidade rural, foi planeada uma intervenção com a finalidade de contribuir para o envelhecimento ativo e saudável deste grupo etário, através da criação de um espaço de interação social, partilha e desenvolvimento de competências individuais e sociais – o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".

Assume-se como objetivo geral deste projeto:

- Promover a capacitação da população idosa de uma comunidade rural, no âmbito das competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso, através das atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".

Quanto aos objetivos específicos delineados foram:

1. Criar o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
2. Contribuir para a integração dos idosos nas atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
3. Contribuir para a reeducação alimentar dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";

4. Promover a prática de atividade física regular nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
5. Contribuir para a promoção da segurança da pessoa idosa, nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";
6. Implementar atividades de estimulação cognitiva nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento.

Metas e indicadores

As metas ou objetivos operacionais são o que definimos como resultado desejável das atividades que pretendemos desenvolver e traduzem-se em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para monitorizar a evolução do projeto, foram enunciados metas e indicadores para cada um dos objetivos específicos que permitem monitorizar e avaliar em termos de processo ou atividade.

Enumerem-se.

Objetivo 1. Criar o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Meta: Que seja criado um espaço de interação social, partilha e desenvolvimento de competências individuais e sociais – o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Indicador: Existência do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" enquanto projeto de intervenção comunitária

Objetivo 2. Contribuir para a integração dos idosos nas atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Meta: Que 5% dos idosos da comunidade integrem as atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Indicador: % de idosos da comunidade que integram as atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

$$\frac{n.º\ de\ idosos\ que\ integram\ as\ atividades\ do\ "Clube\ 65+.\ \text{Envelhecer com qualidade.}"}{n.º\ total\ de\ idosos\ da\ comunidade}\ \text{x}\ 100$$

Objetivo 3. Contribuir para a reeducação alimentar dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Meta: Que 50% dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" frequentem as atividades relacionadas com a reeducação alimentar

Indicador: % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que adere às atividades relacionadas com a reeducação alimentar

$$\frac{n.º\ de\ idosos\ do\ \text{"Clube 65+. Envelhecer com qualidade"}\ que\ aderem\ às\ atividades\ relacionadas\ com\ a\ reeducação\ alimentar}{n.º\ total\ de\ idosos\ inscritos\ nas\ atividades\ do\ "Clube\ 65+.\ Envelhecer\ com\ qualidade"}\ \text{x}\ 100$$

Objetivo 4. Promover a prática de atividade física regular nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Meta: Que 50% dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" adira às atividades referentes à atividade física

Indicador: % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que adere às atividades referentes à atividade física

$$\frac{n.º\ de\ idosos\ do\ "Clube\ 65+.\ Envelhecer\ com\ qualidade"\ que\ aderem\ às\ atividades\ referentes\ à\ atividade\ física}{n.º\ total\ de\ idosos\ inscritos\ nas\ atividades\ do\ "Clube\ 65+.\ Envelhecer\ com\ qualidade"}\ \text{x}\ 100$$

Objetivo 5. Contribuir para a promoção da segurança da pessoa idosa, nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Meta: Que 50% dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" frequente as atividades relacionadas com a segurança da pessoa idosa

Indicador: % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que aderem às atividades relacionados com a segurança da pessoa idosa

$$\frac{n.º\ de\ idosos\ do\ "Clube\ 65+.\ Envelhecer\ com\ qualidade"\ que\ aderem\ às\ atividades\ relacionadas\ com\ a\ segurança\ da\ pessoa\ idosa}{n.º\ total\ de\ idosos\ inscritos\ nas\ atividades\ do\ "Clube\ 65+.\ Envelhecer\ com\ qualidade"}\ \text{x}\ 100$$

Objetivo 6.	Implementar atividades de estimulação cognitiva nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento

Meta: Que 50% dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" adiram às atividades de estimulação cognitiva

Indicador: % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que aderem às atividades de estimulação cognitiva

$$\frac{n.º\ de\ idosos\ do\ "Clube\ 65+. Envelhecer\ com\ qualidade"\ que\ aderem\ às\ atividades\ de\ estimulação\ cognitiva}{n.º\ total\ de\ idosos\ inscritos\ nas\ atividades\ do\ "Clube\ 65+. Envelhecer\ com\ qualidade"} \text{ x } 100$$

Atendendo ao contexto do projeto, a avaliação de indicadores de resultado que demonstrem o impacto das atividades no estado de saúde da população não será viável durante o tempo do estágio, já que o resultado das estratégias acionadas e intervenções iniciadas só a médio e longo prazo produzirão efeitos.

6.1. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias é uma fase do planeamento em saúde à qual deve ser dedicada especial atenção, pois dela poderá depender o sucesso da implementação do projeto e a resposta adequada aos problemas e necessidades identificados. Imperatori e Giraldes (1993) defendem a necessidade de ser detalhada para que se possa analisar de forma real os recursos necessários tendo em conta os objetivos pretendidos. Os mesmos autores definem estratégia de saúde como "o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde" (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87).

As opções estratégicas tomadas devem refletir a preocupação com os custos associados, eventuais barreiras e obstáculos ao desenvolvimento do projeto, a pertinência, vantagens e desvantagens do mesmo (Tavares, 1990).

Assim, delinearam-se as seguintes estratégias de intervenção:

1. **Envolvimento dos parceiros comunitários**, nomeadamente equipa multidisciplinar da UCC, junta de freguesia, equipa da extensão de saúde e comunidade idosa local, através de reuniões para apresentação dos resultados do diagnóstico e divulgação do projeto de intervenção comunitária. Considerou-se fundamental, para delinear as intervenções do projeto e conseguir um envolvimento efetivo da comunidade e profissionais, que todos os recursos humanos envolvidos tivessem conhecimento integral dos problemas e necessidades encontrados na comunidade e dos objetivos e intervenções que se pretendiam desenvolver.

2. **Elaboração de sessões de educação para a saúde com os parceiros, no âmbito do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"**, tendo em conta as diferentes áreas de intervenção do projeto e definindo a responsabilidade de cada um dos envolvidos na consecução das atividades a desenvolver, permitindo gerir os recursos e ser eficaz na preparação e realização das atividades planeadas. Considerou-se que a realização de sessões de educação para saúde nas áreas de intervenção da reeducação alimentar, atividade física, segurança do idoso e estimulação cognitiva, trariam contributos ao nível da capacitação e desenvolvimento de competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso. Por outro lado, o caráter de regularidade das mesmas permitiria fomentar a interação social e o desenvolvimento da rede social informal nos idosos.

3. **Avaliação do projeto com base nas taxas de adesão às atividades e na satisfação dos idosos com o projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"** com intuito de monitorizar a adesão dos idosos às atividades e perceber o impacto do projeto na comunidade.

As estratégias definidas tiveram em conta a previsão de recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento do projeto.

6.2. Elaboração de Programas e Projetos

Esta fase diz respeito à primeira parte da preparação operacional da intervenção e pretende clarificar as ações a desenvolver no sentido de dar resposta aos objetivos propostos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Foi delineado o projeto de intervenção comunitária "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" no âmbito do envelhecimento ativo e com vista a obter ganhos potenciais em saúde e melhorar a qualidade do envelhecimento desta comunidade (Apêndice II), que foi entregue nos serviços académicos da Universidade de Évora acompanhado do impresso próprio com parecer positivo do diretor de curso e declaração da orientadora.

O projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora tendo sido emitido parecer positivo para o desenvolvimento do mesmo (Anexo II).

O projeto de intervenção comunitária tem como finalidade responder aos problemas e necessidades considerados prioritários. Atendendo às áreas em que foi proposta intervenção planearam-se intervenções em quatro áreas distintas: reeducação alimentar, promoção da atividade física, segurança do idoso e estimulação cognitiva.

As intervenções planeadas pretenderam, sobretudo, fomentar a interação social e o desenvolvimento da rede social informal, assim como desenvolver competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso, na população idosa da comunidade rural. Com a adesão dos idosos às atividades regulares do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" espera-se contribuir para a diminuição do isolamento social e promover o sentido de comunidade. Por outro lado, através das sessões de educação para a saúde contribui-se também para o processo de capacitação e empoderamento comunitário na população alvo do presente projeto.

As intervenções planeadas tiveram em consideração as orientações da Direção-Geral de Saúde constantes no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, nomeadamente a redução da prevalência e impacto das doenças crónicas, a redução das incapacidades físicas e mentais, a promoção da literacia em saúde e do bem-estar e segurança nas pessoas idosas (Direção-Geral da Saúde, 2006, 2017).

As atividades planeadas para cada estratégia delineada são detalhadas no ponto seguinte deste relatório.

6.3. Preparação da Execução/Execução

Atendendo ao planeamento em saúde, o planeamento das atividades diz respeito à fase da preparação da execução, devendo o mesmo ser suficientemente organizado e pormenorizado para prever com minúcia os recursos necessários e estabelecer uma sequência lógica das atividades e evitar erros de calendarização ou acumulação de tarefas (Imperatori & Geraldes, 1993).

Nesta fase do planeamento de saúde pretende-se descrever as ações desenvolvidas de acordo com as estratégias selecionadas e clarificar as atividades planeadas nas diferentes áreas de intervenção propostas.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) nesta fase são definidas a responsabilidade de execução das atividades, a forma como serão executadas, os recursos necessários para a sua concretização e estabelecido o calendário de realização das mesmas.

De acordo com as estratégias selecionadas foram planificadas as atividades e elaborado o cronograma (Apêndice III).

Estratégia 1. Envolvimento dos parceiros comunitários

Foram planeadas reuniões para apresentação dos resultados do diagnóstico e divulgação do projeto de intervenção comunitária delineado com os diferentes parceiros, nomeadamente com a equipa multidisciplinar da UCC, a junta de freguesia, a equipa da extensão de saúde e a comunidade idosa local.

Considerou-se fundamental, para delinear as intervenções do projeto e conseguir um envolvimento efetivo da comunidade e profissionais, que todos os recursos humanos envolvidos tivessem conhecimento integral dos problemas e necessidades encontrados na comunidade e dos objetivos e intervenções que se pretendiam desenvolver.

Foram realizadas reuniões com diferentes profissionais da UCC, nomeadamente enfermeiros, nutricionista e psicóloga. Os enfermeiros têm um papel decisivo na organização e gestão do pro-

jeto. A colaboração da nutricionista foi requerida para desenvolver as atividades relacionadas com a temática da alimentação. A psicóloga disponibilizou-se para implementar um programa de estimulação da memória com um grupo de idosos da comunidade.

Foi feita uma reunião com a equipa da extensão de saúde local para a apresentação dos resultados do diagnóstico e projeto, tendo a mesma revelado interesse em colaborar nomeadamente na divulgação das atividades e no incentivo aos utentes para participarem nas atividades e fazendo o seu acompanhamento posterior.

Realizou-se uma reunião com a junta de freguesia local que valorizou o desenvolvimento do projeto na localidade e disponibilizou o seu apoio para a implementação do mesmo. Foram cedidas instalações e materiais da junta de freguesia para desenvolver as atividades, apoio financeiro para aquisição de alguns géneros alimentícios para as sessões de educação para a saúde sobre alimentação, colaboração da terapeuta ocupacional da junta de freguesia nas atividades e assumido o compromisso de tentar implementar a atividade física regular com a contratação de um professor de educação física.

Contatou-se com a Guarda Nacional Republicana no sentido de obter colaboração para as atividades relacionadas com a segurança do idoso, sendo que uma equipa de profissionais desta instituição disponibilizou-se para realizar uma sessão de educação para a saúde subordinada à temática da prevenção de burlas, furtos e violência sobre os idosos.

Estes momentos de reunião permitiram perceber os recursos disponíveis e o grau de envolvimento de cada parceiro.

Estratégia 2. Elaboração de sessões de educação para a saúde com os parceiros no âmbito do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

A criação do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" foi considerada pela equipa de enfermagem da UCC e mestranda como uma ação importante no sentido de reforçar a pertença dos idosos ao projeto. Apesar das atividades pretenderem ser direcionadas a todos os idosos da comunidade considerou-se que, existindo uma inscrição para as atividades do clube, isso poderia fortalecer a ligação dos idosos ao projeto. Foi elaborado material de apoio à concretização desta estra-

tégia. Também os parceiros tiveram um papel determinante na divulgação do projeto e no incentivo aos idosos para participarem no mesmo.

O nome dado ao projeto, "Clube 65+.Envelhecer com qualidade", tem a sua génese na ideia central que rege o mesmo, isto é, o projeto de intervenção comunitária deve permitir aos idosos que nele participam, sentirem-se parte integrante do mesmo com direito a expressar-se sobre as atividades a desenvolver e, paralelamente, incutir deveres de associado, nomeadamente o dever de estar presente nas atividades. Crê-se que o sentimento de "associado" ao clube poderá reforçar a sua participação e criar um compromisso com os objetivos do projeto, contribuindo para a valorização, divulgação e sucesso da intervenção.

Por outro lado, é desejo universal que se possa envelhecer com qualidade, pois seja qual for o conceito que cada um de nós tem sobre qualidade de vida, ele estará ligado a algo positivo. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2017) "as três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas são o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais" (p.9).

Em consenso com os parceiros ficou decido que a atividade do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" se desenvolveria em dois contatos semanais com os idosos com intuito de manter atividades regulares e potenciar a adesão às mesmas. Desta forma foram calendarizadas as atividades das diferentes áreas de acordo com a disponibilidade dos parceiros.

Às quintas-feiras de manhã foram agendadas as sessões de estimulação cognitiva com o desenvolvimento de um programa de estimulação da memória sob a responsabilidade da psicóloga da UCC. Às quartas-feiras foram programadas, quinzenalmente, as atividades relacionadas com a reeducação alimentar sob a responsabilidade da nutricionista da UCC. Nas semanas em que a nutricionista não agendou atividade, a mestranda programou atividades relacionadas com a promoção da atividade física e a segurança da pessoa idosa. Desta forma o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" desenvolveu atividades semanalmente às quartas e quintas-feiras.

A gestão dos recursos humanos e calendarização das atividades permitiu desenvolver diferentes atividades de educação para a saúde, manter a regularidade dos contatos com os idosos do projeto, sendo apenas pontualmente necessária a modificação do calendário de atividades. Considerou-se que o caráter de regularidade seria indispensável para manter a adesão às atividades,

criar o compromisso de envolvimento no projeto e, simultaneamente reforçar o sentido de pertença ao "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".

A planificação detalhada de cada sessão de educação para a saúde ficou a cargo do responsável pela sua execução.

Estratégia 3. Avaliação do projeto com base nas taxas de adesão às atividades e na satisfação dos idosos com o projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".

A avaliação da implementação do projeto de intervenção comunitária desde cedo constituiu uma preocupação da mestranda. Atendendo ao contexto do projeto preconizou-se a avaliação do mesmo em termos de indicadores de processo e atividade, já que o resultado das estratégias acionadas e intervenções iniciadas só a médio e longo prazo produz efeitos.

No decurso das atividades preconizou-se a avaliação das taxas de adesão dos idosos às diferentes sessões e atividades desenvolvidas, e a aplicação de um questionário de satisfação aos inscritos nas atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" como instrumento de monitorização do projeto (Apêndice IV). Este questionário foi aplicado no final do período de estágio. Esta avaliação pretendeu conhecer a recetividade dos idosos ao projeto e a satisfação com o mesmo.

6.3.1. Atividades desenvolvidas no âmbito da educação para a saúde

O início das atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" foi marcado pela realização de uma **sessão de apresentação do projeto** e dos objetivos do mesmo no dia 15 de novembro de 2017. Foram descritas as áreas de intervenção fazendo uma breve apresentação das atividades planeadas para cada uma delas, bem como a apresentação dos recursos humanos envolvidos no contexto. Foi dada a conhecer a calendarização das diferentes atividades e disponibilizado o plano de atividades (Apêndice V). Esta sessão teve como finalidade **contribuir para a integração dos idosos nas atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".**

Ficou agendado o início das atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" e assumido o compromisso com os idosos para desenvolver as mesmas em dois dias por semana (quarta e

quinta-feira). De acordo com os objetivos delineados foi planeado um conjunto de atividades para responder aos mesmos.

Objetivo: Contribuir para a reeducação alimentar dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Para responder ao objetivo foram planeadas 6 sessões de educação para a saúde. A primeira sessão foi da responsabilidade da mestranda e foi abordado o tema da alimentação saudável dando orientações gerais relativamente às práticas alimentares mais saudáveis. Foi reforçado a valor da dieta mediterrânica que tem vindo progressivamente a perder seguidores.

A sessão contou com a participação dos idosos, que fizeram referência às suas práticas alimentares e trocaram ideias sobre as mesmas. Foi pedido aos idosos que trouxessem uma ou mais receitas do seu agrado e quotidiano para partilhar durante as sessões de educação para a saúde a dinamizar quinzenalmente com a nutricionista.

As outras 5 sessões de educação para a saúde com a nutricionista decorreram quinzenalmente entre 29 de novembro de 2017 e 24 de janeiro de 2018 e foram planeadas e executadas pela própria ou pelas estagiárias que a acompanharam. Contaram com a colaboração da mestranda na sua execução.

Nesta atividade foi pedido ao grupo que trouxesse receitas do seu agrado e que gostasse de confecionar durante a atividade. O objetivo foi trabalhar algumas de forma a torná-las nutricionalmente equilibradas e poder confecioná-las para que todos as pudessem conhecer e provar. Considerou-se que implementar sessões teórico-práticas poderia melhorar a adesão do grupo às atividades.

Ao longo das sessões foram abordados múltiplos conteúdos relacionados com a alimentação saudável, numa metodologia mais expositiva, mas aberta à discussão e partilha de saberes, **para promover a literacia em alimentação saudável e contribuir para a reeducação alimentar.**

Os recursos materiais necessários foram disponibilizados pela UCC (projetor, panfletos com receitas), pela junta de freguesia (espaço físico – sala de formação e cozinha com espaço de refei-

ção e ingredientes para a confeção das receitas nas sessões de formação) e pela mestranda (computador).

Objetivo: Promover a prática de atividade física regular nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Relativamente às atividades relacionadas com a promoção da atividade física foram preconizadas duas sessões de educação para saúde, com intuito de responder ao objetivo, uma de caráter teórico e outra prática realizadas nos dias 6 de dezembro de 2017 e 19 de janeiro de 2018, respetivamente.

A sessão teórica sob a responsabilidade da mestranda teve como finalidade a sensibilização dos idosos para a importância e benefícios da atividade física nos idosos, alertando os participantes para as consequências da imobilidade. Foi sublinhado que a atividade física pode e deve ser adequada à condição física e de saúde de cada um, e deve respeitar as suas capacidades e limitações. Reforçou-se que cada um faz o que consegue fazer e que mesmo sentados podemos desenvolver alguns exercícios que promovam a manutenção da mobilidade articular.

A sessão prática foi dinamizada por um enfermeiro da área de especialização em reabilitação que desenvolveu um conjunto de exercícios dirigidos para a mobilização dos diferentes grupos articulares, sendo que foi demonstrada a possibilidade de serem realizados em casa e por pessoas com limitações de mobilidade. A necessidade deste tipo de atividade foi sentida porque muitos idosos referiam não ter capacidade física para fazer exercício. O objetivo desta atividade foi **promover a prática de atividade física regular nos idosos.**

Durante o projeto foi transmitido à junta de freguesia o desejo de muitos idosos relativamente à possibilidade de frequentarem aulas regulares de atividade física, sendo que já na fase inicial do projeto tinha sido reforçado o benefício deste tipo de atividade e proposto que se considerasse a possibilidade de contratar um profissional da área do desporto para dar aulas na comunidade. Na fase final do estágio da mestranda a junta de freguesia já tinha contratado um professor e implementado a atividade física regular na localidade em dois dias por semana (no final de janeiro de 2018).

Os recursos materiais necessários foram disponibilizados pela UCC (projetor), pela junta de freguesia (espaço físico) e pela mestranda (computador).

Objetivo: Contribuir para a promoção da segurança da pessoa idosa, nos idosos do "Clube 65+"

No que concerne às atividades direcionadas para o objetivo da promoção da segurança da pessoa idosa, a mestranda planeou duas sessões de educação para a saúde que se realizaram a 20 de dezembro de 2017 e 12 de janeiro de 2018.

A primeira sessão foi da responsabilidade da mestranda e abordou a prevenção de acidentes domésticos. Nesta sessão foram ministrados os conteúdos relacionados com os fatores de risco para os acidentes domésticos, a importância de manter um ambiente seguro em casa, os principais acidentes domésticos e dadas orientações para a sua prevenção. Foi objetivo da sessão sensibilizar para o impacto dos acidentes domésticos na qualidade de vida do idoso e capacitando os mesmos para a manutenção de um ambiente seguro em casa.

Ainda na consecução deste objetivo a mestranda procurou obter a colaboração da Guarda Nacional Republicana, estabelecendo uma parceria com esta instituição, com a finalidade de promover outra ação de sensibilização para a prevenção de burlas e furtos e segurança em casa. No seu conjunto as atividades desenvolvidas procuraram **promover a segurança da pessoa idosa**.

Para além do pedido, a instituição parceira considerou ainda importante que na sessão a realizar fosse abordada a questão da negligência, abuso e maus tratos sobre os idosos, assim como alguns aspetos relacionados com a segurança financeira, pelo facto de muitos destes idosos viverem sozinhos, e de culturalmente continuar a existir um certo retraimento na denúncia destas situações. A ação de sensibilização ocorreu a 12 de janeiro de 2018.

Os recursos materiais necessários foram disponibilizados pela junta de freguesia (espaço físico) e pela Guarda Nacional Republicana (computador e projetor).

Objetivo: Implementar atividades de estimulação cognitiva nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento.

As atividades semanais relacionadas com a estimulação cognitiva foram planeadas e dirigidas pela psicóloga da UCC enquanto responsável por essa área de atividade. A mestranda acompanhou grande parte das sessões. O projeto iniciou-se a 23 de novembro de 2017 e decorreu sema-

nalmente. A 28 de dezembro foi acordado com os participantes que não haveria atividade pela proximidade com as festividades do natal e ano novo, já que alguns idosos se deslocavam para casa dos filhos ou estes vinham visitá-los. Nessa semana não houve atividade. No dia 25 de janeiro por impossibilidade de comparência da psicóloga não houve atividade, mas foi previamente remarcada com os idosos para o dia seguinte (26 de janeiro).

As atividades de estimulação cognitiva consistiram na implementação de um programa de estimulação da memória com um grupo de 12 idosos, sendo que existiam condições para a admissão nesta atividade, nomeadamente saber ler e escrever e não apresentar nenhum tipo de demência.

O programa de estimulação de memória desenvolvido teve como finalidade de **melhorar e proteger as funções cognitivas e ensinar estratégias de treino de memória**. O programa prevê 12 sessões de atividades orientadas por um manual. São disponibilizados dois cadernos de atividades aos idosos, um para uso nas sessões e outro com tarefas para casa, que devem resolver durante os dias que separam as sessões. O programa encontrava-se ainda em curso no fim do estágio da mestranda.

Os recursos materiais necessários foram disponibilizados pela UCC (capas, manuais, cadernos de atividades, lápis de cor e carvão e borrachas) e junta de freguesia (espaço físico).

6.4. Avaliação do Projeto

A avaliação constitui uma etapa fundamental do planeamento em saúde devendo ser acautelada desde o início do mesmo. Esta fase permite determinar o valor do trabalho desenvolvido e perceber se foram alcançados os objetivos propostos. Imperatori e Giraldes (1993) referem que "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 actividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece" (p.174). Tavares (1990) corrobora esta ideia referindo ainda que "a avaliação faz uma confrontação entre os objectivos e estratégias, ao nível da adequação" (p.205), o que permite perceber se as estratégias acionadas foram as adequadas aos objetivos delineados.

De acordo com a bibliografia consultada, o processo de avaliação pode ser de natureza múltipla. Tavares (1990) refere diferentes tipologias de avaliação de acordo com a disponibilidade de dados, o tipo de dados disponíveis, a implementação das atividades, as componentes dos serviços prestados e a validade do projeto.

Por sua vez Imperatori e Giraldes (1993) referem também diferentes tipos de avaliações, consoante a sua natureza (qualitativa ou quantitativa) e a relação temporal que estabelecem com a ação desenvolvida (retrospetivas, concomitantes e prospetivas). Os mesmos autores fazem ainda referência à classificação da avaliação em interna ou externa, estando a primeira relacionada com questões de produtividade, rendimento ou qualidade dos serviços prestados e a segunda com o impacto das intervenções na população.

Pode ainda referir-se que das classificações propostas em relação ao tipo de avaliação, a mais conhecida é, segundo Imperatori e Giraldes (1993), a proposta por Donabedian (1980) que diferencia três tipos de avaliação: de estrutura, processo e resultados.

No projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" a avaliação é feita em relação aos objetivos específicos do projeto e em relação à implementação do mesmo. Os objetivos do projeto serão avaliados por indicadores de estrutura e resultado e a sua implementação através de indicadores de processo (ou execução) e resultado.

6.4.1. Avaliação dos objetivos

Os objetivos do projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" foram delineados com a finalidade de contribuir para o envelhecimento ativo e saudável dos idosos que o integram, sendo idealizada a criação de um espaço de interação social, partilha e desenvolvimento de competências individuais e sociais que promovesse a capacitação desta população, no âmbito das competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso.

Foram alcançadas as metas propostas para os objetivos específicos deste projeto. A tabela 3 apresenta a avaliação dos objetivos do projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade", a avaliação dos indicadores encontra-se detalhada no apêndice VI.

Tabela 3 - Avaliação dos objetivos do projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Objetivos	Intervenções	Indicadores	Metas	Avaliação
1. Criar o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";	Formalizar o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"	Existência do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"	Sim	Sim **Atingido**
2. Contribuir para a integração dos idosos nas atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";	- Construir instrumentos de divulgação do projeto - Apresentar o projeto à comunidade e parceiros - Envolver os parceiros na promoção do projeto - Elaborar as fichas de inscrição para o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"	- % de idosos da comunidade que integram as atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"	5%	7.46% **Atingido**
3. Contribuir para a reeducação alimentar dos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";	- Sessões de educação para a saúde	- % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que adere às atividades relacionadas com a reeducação alimentar	50%	65% **Atingido**
4. Promover a prática de atividade física regular nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";	- Sessões de educação para a saúde	- % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que adere às atividades referentes à atividade física	50%	67.5% **Atingido**

Objetivos	Intervenções	Indicadores	Metas	Avaliação
5. Contribuir para a promoção da segurança da pessoa idosa, nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade";	- Sessões de educação para a saúde	- % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que aderem às atividades relacionados com a segurança da pessoa idosa	50%	67.5% **Atingido**
6. Implementar atividades de estimulação cognitiva nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento.	- Sessões do programa de estimulação da memória	- % de idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" que aderem às atividades de estimulação cognitiva	50%	64.81% **Atingido**

A análise dos indicadores revela que o **primeiro objetivo foi atingido** pela formalização do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" e implementação das suas atividades.

A adesão de 20 idosos às atividades do projeto representa 7,49% dos idosos da comunidade idosa inscrita na extensão de saúde local, pelo que **também o segundo objetivo é atingido** face à meta delineada. Atendendo ao facto de se tratar de uma comunidade rural, alguns dos idosos inscritos na extensão residem em montes ao redor da aldeia e têm por isso maior dificuldade em deslocar-se para aderir a este tipo de atividades. Ainda assim conseguiu-se através de instrumentos de divulgação do projeto e colaboração dos parceiros na promoção do mesmo, motivar a adesão de 20 idosos às atividades. Por outro lado, é nossa convicção que por não ter sido realizada nenhuma atividade similar nesta aldeia, pode ter existido alguma apreensão e eventual inibição por parte de alguns idosos em inscreverem-se nas atividades.

As **atividades de educação para a saúde do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" na área da reeducação alimentar** foram planeadas para aliar a teoria à prática convencidos que este método poderia ser mais motivador e promover a adesão dos participantes. Esta perceção confir-

mou-se pelo entusiasmo dos idosos durante a preparação e confeção de algumas receitas trazidas por eles e trabalhadas durante as sessões, nomeadamente rabanadas, feijão com espinafres, arroz doce e queques. **A adesão a estas sessões superou a meta proposta** e a atividade revelou-se muito gratificante e divertida para os idosos pois participaram ativamente na preparação e confeção das receitas.

As **atividades relacionadas com a promoção da atividade física** foram também bastante participadas, quer a sessão teórica quer a prática, embora a adesão na sessão teórica tenha sido inferior (50%). A sessão prática foi muito promovida ao longo das outras atividades, era algo desejado pelos participantes e pelo facto de ser executada pelo enfermeiro de reabilitação que todos conheciam, também motivou a adesão dos participantes (85%). **A adesão global à atividade superou a meta proposta**.

As **atividades no âmbito da promoção da segurança de pessoa idosa** tiveram uma adesão semelhante às da promoção da atividade física pois também a sessão prática teve maior adesão do que a teórica (sessão prática 90% de adesão e a teórica 50%). De sublinhar também a participação muito ativa dos idosos na sessão de sensibilização executada pela equipa da Guarda Nacional Republicana sobre a prevenção de burlas, furtos, negligência e violência sobre os idosos. O tempo da sessão foi um pouco alargado decorrente da discussão da temática e interesse dos participantes. Além desta sessão os idosos foram convidados a participar num evento na capital de distrito subordinado ao mesmo tema, sendo disponibilizado transporte pela junta de freguesia para poderem ir. Mais uma vez **a adesão à atividade superou a meta.**

No que respeita às **atividades de estimulação cognitiva** foi implementado pela psicóloga da UCC um programa de estimulação da memória com a duração de 12 sessões a realizar semanalmente. Podemos afirmar que a adesão foi boa, mas o facto dos participantes precisarem de saber ler e escrever limitou a participação de alguns idosos. Contudo, a atividade contou com a participação de 12 inscritos ainda que a adesão às sessões fosse inferior em número de participantes/sessão.

Os idosos que participaram revelaram bastante interesse e empenho na atividade e mesmo os que tinham mais dificuldade na realização de alguns exercícios procuraram resolvê-los em grupo e entreajudando-se. Nesta atividade o grupo de participantes revelou um enorme sentido de pertença e simultaneamente houve maior manifestação de solidariedade e preocupação com o

outro. As ausências pontuais de elementos do grupo ocasionavam a procura dos motivos por parte dos presentes, demonstrando a existência das relações estabelecidas. Referiam muitas vezes sentir-se como se estivessem na escola. **A adesão à atividade também superou a meta proposta**.

6.4.2. Avaliação da implementação do projeto

Relativamente à implementação do projeto, a avaliação teve em conta a formalização do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" e a implementação das suas atividades. Foram programadas reuniões com os parceiros para apresentação do diagnóstico de saúde e do projeto, tendo sido realizadas com os elementos da equipa multidisciplinar da UCC, com a junta de freguesia, com a equipa de saúde da extensão local e com os idosos da comunidade, conforme planeado.

Relativamente às atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" foram programadas, para o período em que decorreu o estágio, seis sessões no âmbito da reeducação alimentar, duas sessões relativas à promoção da atividade física, duas sessões relacionadas com a promoção da segurança da pessoa idosa e dez sessões relativas à implementação do programa de estimulação da memória, no âmbito da estimulação cognitiva. Com exceção do programa de estimulação da memória, foram realizadas todas as sessões programadas inicialmente. No caso do referido programa, a sessão agendada para 28 de dezembro foi adiada para a semana seguinte, por acordo com os participantes, porque iriam faltar muitos elementos devido à época festiva. Desta forma o programa atrasou o seu desenvolvimento uma sessão ficando por realizar três sessões para o período pós estágio da mestranda, reajustando-se a calendarização das sessões.

Parceiros e intervenientes consideram importante o contributo do projeto na comunidade, na medida em que proporcionou a articulação de diferentes entidades e a mobilização dos idosos para frequentarem atividades de forma regular, diminuindo o tempo que passam sozinhos e promovendo a interação social. Simultaneamente consideram que as sessões de educação para a saúde, sendo um instrumento de socialização e interação comunitária contribuem também para a literacia e capacitação em saúde podendo traduzir-se em alteração de comportamentos e potenciais ganhos em saúde.

Os idosos que frequentaram as atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" foram também inquiridos relativamente à satisfação com o projeto, através da aplicação de um questionário, construído pela mestranda. O questionário apresenta seis questões de resposta fechada,

sendo o seu preenchimento voluntário, anónimo e confidencial. Apresentam-se de seguida os dados obtidos no mesmo.

Resultados do questionário de satisfação

Entregaram o questionário dezoito dos vinte idosos inscritos no "Clube 65+.Envelhecer com qualidade", representando **90% de taxa de resposta**. A tabela 4 mostra as respostas obtidas.

Tabela 4 – Resultados do questionário de satisfação

Questão	Respostas omissas	Resultados
1. Gostou de participar nas atividades do projeto?	0	**Sim – 100%** Não – 0%
2. Considera que as mesmas contribuíram para o seu bem-estar?	0	**Sim – 100%** Não – 0 %
3. Acha que as atividades desenvolvidas foram uteis para o seu dia-a-dia?	0	**Sim – 100%** Não – 0%
4. As atividades corresponderam ao que esperava?	0	**Sim – 94,45%** Não – 5,55%
5. Qual a atividade que mais gostou?	0	**Alimentação – 61,12%** Atividade física – 11,11% Segurança – 16,66% Estimulação da memória – 11,11%
6. Aconselharia outras pessoas a participar nas atividades?	0	**Sim – 100%** Não – 0%

A análise das respostas permite afirmar que as atividades desenvolvidas foram do agrado dos participantes, contribuíram para o bem-estar e foram úteis para a totalidade dos participantes.

Em relação à expetativa dos idosos face às mesmas, 5,55% dos idosos (1 resposta) afirmou que as atividades não corresponderam ao que esperava.

Relativamente às diferentes atividades desenvolvidas foi a temática da alimentação (reeducação alimentar) que obteve maior preferência dos participantes (61,12%), seguindo-se as atividades relacionadas com a segurança (16,66%) e por fim, em igual proporção as atividades relaciona-

das com a atividade física e estimulação cognitiva (11,11%). Devemos ressalvar que nem todos os inquiridos participaram nas atividades de estimulação cognitiva.

Relativamente à última questão - Aconselharia outras pessoas a participar nas atividades? – também a totalidade da amostra respondeu de forma afirmativa, o que também poderá reforçar a ideia de que terão gostado de participar no projeto.

Posto isto, apraz-nos afirmar que o projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" foi gratificante para promotores, parceiros, colaboradores e comunidade e trouxe contributos sobretudo ao nível da interação social e permitiu minimizar o isolamento social de alguns idosos, já que passaram a frequentar as atividades regularmente. Congratula-nos também o facto das atividades relacionadas com a atividade física terem sido implementadas pela junta de freguesia e que a equipa da UCC tenha conseguido dar continuidade ao projeto mantendo as atividades de estimulação da memória e alimentação na comunidade.

Espera-se com a continuidade do projeto, a integração progressiva de mais idosos na atividade e que sejam construídas mais parcerias no sentido de alargar as atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade".

3. COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS ENQUANTO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O crescente envelhecimento populacional motivado pelo aumento da esperança média de vida e consequente proliferação das doenças crónicas não transmissíveis conduziu à emergência de diferentes necessidades de saúde impondo novos desafios à enfermagem e justificando o aprofundamento e especialização das práticas desenvolvidas.

A especialização em enfermagem decorre do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialização existem competências que são comuns a todas as especialidades e que se inserem em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que são descritas no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

O desenvolvimento do estágio e projeto de intervenção na comunidade pautou-se por uma adequada postura profissional respeitando os princípios de respeito pelo outro e pelas suas vontades. Todo o projeto foi dado a conhecer aos intervenientes e as decisões e opções estratégicas ao longo da intervenção foram realizadas em parceria com os mesmos. Houve sempre o respeito pela individualidade e privacidade, e pela confidencialidade e segurança da informação obtida. As intervenções desenvolvidas respeitaram as crenças e valores individuais e sobretudo o direito do outro à autodeterminação. Tendo em conta a experiência profissional de dezoito anos de enfermagem, a procura da excelência dos cuidados prestados e a melhoria da qualidade dos mesmos têm sido elementos determinantes na vida profissional, traduzindo-se também nas atualizações e diversidade de contextos onde foi desenvolvida a profissão. O estágio desenvolvido num ambiente de bem-estar e segurança foi também uma experiência enriquecedora constituindo uma oportunidade para crescer enquanto pessoa e profissional. Considera-se atingida a competência.

No que concerne ao domínio da gestão dos cuidados, a gestão do projeto de intervenção "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" revelou-se um desafio constante ao desenvolvimento desta competência impondo capacidade de gerir as diferentes atividades e recursos, visando a

otimização dos mesmos com a finalidade de atingir os objetivos propostos de forma eficiente. Consideram-se atingidas as competências deste domínio.

A elevada consciência de que a postura que adotamos e a forma como interagimos com a comunidade influencia determinantemente as relações que se estabelecem com mesma, demarcou a atuação com base numa praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, respeitando o contexto geral onde se desenvolveu o projeto. As aprendizagens realizadas e os contributos do projeto permitiram o desenvolvimento profissional e ganhos para a comunidade. Consideram-se atingidas as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tendo em conta a área de especialização, e considerando que a enfermagem comunitária e de saúde pública tem o seu foco na comunidade e saúde das populações, podemos afirmar que debruça a sua ação nas populações de risco ou de interesse, procurando intervir nas primeiras no sentido de reduzir o risco, e nas segundas potenciando os fatores que promovem ou protegem a saúde (Stanhope & Lancaster, 2011). O estágio curricular foi organizado para permitir o desenvolvimento profissional tendo em conta o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e de enfermagem comunitária e de saúde pública.

Relativamente à primeira competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade - pode afirmar-se que a mesma é atingida com o desenvolvimento do projeto de intervenção "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" implementado após a realização do diagnóstico de situação no estágio curricular I. Durante os momentos de estágio foram desenvolvidas competências que permitiram fazer o diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecer prioridades e objetivos, delinear estratégias e intervenções, bem como planear e executar um projeto de intervenção comunitária e avaliá-lo.

O projeto de intervenção implementado contribuiu simultaneamente para responder às necessidades identificadas na comunidade e ao desenvolvimento da segunda competência de especialista em enfermagem comunitária e de saúde e publica, na medida em que se estabeleceu como objetivo geral do mesmo promover a capacitação da população idosa de uma comunidade rural, no âmbito das competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso, através das atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade". Foi demonstrada ao longo do

estágio e implementação do projeto a capacidade de liderar a intervenção e mobilizar os parceiros e comunidade com vista à capacitação do grupo de idosos alvo de intervenção. A existência de conhecimentos de outras disciplinas além da enfermagem, nomeadamente das áreas da educação, comunicação e marketing e ciências sociais e humanas, também foi evidenciada através das ações instituídas e da divulgação e promoção realizada em torno do projeto.

A área temática do envelhecimento ativo subjacente ao projeto "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" insere-se também no Plano Nacional de Saúde direcionando-nos para a terceira competência do especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Esta competência, relacionada com a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, foi evidenciada pelas atividades planeadas e desenvolvidas nas áreas da estimulação cognitiva, da promoção da segurança da pessoa idosa, da promoção da atividade física e da reeducação alimentar, sendo que as duas últimas fazem parte dos programas de saúde prioritários (Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde). Para além das atividades descritas foi ainda possível colaborar noutros projetos no âmbito da Saúde Escolar relacionados com a promoção da alimentação saudável e prevenção da violência e do abuso sexual.

A última competência do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública está relacionada com a vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico e foi demonstrada através da monitorização da saúde da comunidade onde se desenvolveu o diagnóstico e projeto de intervenção, sendo usadas técnicas estatísticas para análise dos dados produzidos e realizada a sua interpretação. Não sendo possível integrar o trabalho de uma unidade de saúde pública há aspetos relacionados com esta competência que não foram aprofundados, ainda assim considera-se a competência atingida.

Face ao exposto podemos afirmar que foram mobilizadas as competências inerentes ao processo de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública permitindo à mestranda um crescimento profissional numa vertente de cuidados diferente daquela que tem vindo a ser desenvolvida ao longo da sua vida profissional. Estar no contexto comunitário revelou ser uma experiência verdadeiramente enriquecedora, já que a mestranda sempre trabalhou em contexto hospitalar e com o indivíduo/ família em contexto de doença.

CONCLUSÃO

A população mundial tem verificado um envelhecimento gradual decorrente da evolução favorável dos cuidados de saúde com o consequente aumento da esperança média de vida. No entanto têm sido evidenciados problemas relacionados com as doenças crónicas associadas ao prolongar da vida e também uma preocupação crescente com os custos de saúde em termos económicos e emocionais.

As políticas mundiais têm procurado envolver todos os setores de atividade nas questões relacionadas com a saúde e coresponsabilizar os indivíduos pela sua saúde e das comunidades. As sucessivas conferências mundiais de promoção da saúde organizadas pela OMS têm sublinhado a necessidade de promover o empoderamento e capacitação comunitária para obter ganhos em saúde. O enfermeiro comunitário e de saúde pública tem um papel preponderante neste empoderamento enquanto educador e como gestor de programas e projetos de saúde comunitários.

A influência do estilo de vida na saúde individual e comunitária tem sido sublinhada pela evidência científica motivando estratégias de saúde direcionadas para a educação para a saúde com a finalidade de incrementar comportamentos saudáveis e fomentar a literacia e cidadania em saúde, nas quais os enfermeiros comunitários e de saúde pública têm tido um papel relevante pelas suas competências.

Relativamente a este relatório pode afirmar-se que apresenta de forma detalhada o processo de conceção e implementação do projeto de intervenção comunitária sob a metodologia do planeamento em saúde, o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade". Foram apresentadas as diferentes etapas do mesmo, com exposição dos principais problemas e necessidades encontrados no diagnóstico de situação e determinadas as prioridades de intervenção. Face aos problemas encontrados foram identificadas necessidades de intervenção ao nível do estilo de vida, nomeadamente relacionadas com as práticas alimentares, com a atividade física, com alguns aspetos da segurança do idoso e ao nível da estimulação cognitiva. Foi sobretudo sublinhada a necessidade de implementar atividades com caracter de regularidade nesta comunidade com vista a diminuir o isolamento social dos idosos e contribuir para o envelhecimento ativo e saudável deste grupo

etário, através da criação de um espaço de interação social, partilha e desenvolvimento de competências individuais e sociais.

O relatório clarificou também as opções estratégicas encontradas e as intervenções desenvolvidas com vista a alcançar os objetivos propostos para o projeto aqui descrito. Desta forma o envolvimento dos parceiros no projeto revelou-se imprescindível na medida em que sem a sua colaboração a viabilidade do projeto poderia estar condicionada. A equipa da extensão local de saúde foi importante na divulgação do projeto junto dos utentes idosos e incentivou a sua participação nas atividades, colaborando também nas inscrições para as mesmas. A parceria desenvolvida com a junta de freguesia local foi fundamental para conseguir um espaço físico e recursos materiais essenciais ao desenvolvimento das atividades, mas também para promover e divulgar o projeto. Por outro lado, a colaboração da terapeuta ocupacional e das funcionárias do centro de convívio local nas atividades desenvolvidas também foi essencial para que pudessem decorrer da melhor forma.

A elaboração de sessões de educação para a saúde revelou-se uma boa estratégia na medida em que permitiu não só contribuir para a aquisição de competências e promover a literacia em saúde como também se revelou uma estratégia muito eficaz na promoção da interação social e redução do isolamento nos idosos. A opção por sessões teórico-práticas configurou-se bastante vantajosa pela interação e dinamismo conseguidos, mas também pareceu influenciar numa maior adesão às atividades. Também o envolvimento de outros profissionais, nomeadamente nutricionista, Guarda Nacional Republicana e o enfermeiro especialista em reabilitação mostraram ter um impacto significativo na adesão e interesse demonstrado nas atividades.

Relativamente aos objetivos do projeto, foi criado o “Clube 65+. Envelhecer com qualidade” e foram integrados alguns idosos nas atividades do mesmo. Com as atividades desenvolvidas foi possível contribuir para o processo de reeducação alimentar dos idosos incentivando-os a adotar comportamentos alimentares mais saudáveis e a decidir de forma mais consciente sobre as suas opções alimentares. Foi sublinhada a importância de manter uma prática de atividade física regular e reforçada na junta de freguesia local a necessidade de implementar a atividade física com caráter de regularidade, já que também alguns idosos manifestaram este desejo.

Relativamente à promoção da segurança da pessoa idosa as sessões de educação para a saúde realizadas permitiram relembrar e reforçar as medidas de prevenção em relação aos acidentes

domésticos e quedas, mas também alertar para outros aspetos relacionados com a prevenção de burlas, furtos, negligência e violência sobre os idosos. Foram sessões muito participadas e dinâmicas evidenciando o interesse dos idosos pela temática.

Outro objetivo do projeto prendia-se com a implementação de atividades de estimulação cognitiva nos idosos do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" sendo o mesmo conseguido com a inestimável colaboração e empenho da psicóloga da UCC num grupo de idosos que, apesar de ter algumas limitações cognitivas e eventualmente dificuldades na escrita e interpretação dos exercícios do programa de estimulação da memória, mostraram muito interesse na atividade e progressos ao longo das múltiplas sessões do programa desenvolvidas até ao final do estágio da mestranda.

A avaliação destes objetivos e reflexão sobre a forma como decorreu implementação do projeto permitiram apreciar a eficiência e eficácia do mesmo e conhecer o seu impacto na comunidade. Os resultados obtidos permitiram perceber que as sessões de educação para a saúde realizadas foram as planeadas, sendo o plano inicial sujeito a alguns ajustes de cronograma, previamente acordados com todos os participantes e em função da disponibilidade dos mesmos. A avaliação realizada permitiu ainda concluir um impacto positivo ao nível da satisfação com o projeto por parte dos idosos que aderiram às atividades, e um *feedback* favorável dos parceiros envolvidos em relação ao contributo do projeto na comunidade por ter proporcionado a articulação de diferentes entidades e a mobilização dos idosos para as atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade". As sessões de educação para a saúde foram consideradas um instrumento de socialização e interação comunitária, mas também de promoção da literacia e capacitação em saúde.

Para além destes contributos, o desenvolvimento do projeto cimentou as aprendizagens realizadas ao longo do mestrado, permitindo desenvolver as competências do enfermeiro comunitário e de saúde pública com objetivo de adquirir a especialização nesta área e a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.

Ao longo do estágio e implementação do projeto foram encontrados alguns constrangimentos, nomeadamente, e como já referenciado anteriormente, relacionados com a articulação dos diferentes parceiros, o que motivou ajustes na calendarização das atividades programadas. Pensa-se que o facto de anteriormente não ter sido desenvolvido nenhum projeto de intervenção nesta

comunidade pode ter diminuído a adesão às atividades, mas que a continuidade das mesmas para além do período de estágio contribuirá para a crescente adesão dos idosos às mesmas. Assumiu-se ainda a dificuldade dos profissionais da UCC em manter todas as atividades face aos constrangimentos causados pela carência de profissionais de enfermagem que têm e pela ausência prolongada de outros decorrente de motivos de saúde ou por terem assumido outras funções.

No futuro considera-se que a criação de novas parcerias para além das existentes poderá ajudar a minimizar os constrangimentos relacionados com os recursos humanos e simultaneamente alargar o âmbito das atividades a desenvolver. Envolver as escolas da localidade e algumas associações de diferentes áreas existentes na comunidade, pode revelar-se uma boa estratégia para promover o convívio intergeracional e eventualmente permitir a criação de um grupo de voluntários para ajudar a diminuir isolamento dos idosos e minimizar alguns dos seus problemas relacionados com a dependência de terceiros para satisfazer as suas necessidades. Por outro lado, o envolvimento de outros parceiros nas atividades do projeto contribuirá também para a sua divulgação e crescente valorização e impacto na comunidade. Numa época de crescente individualismo é, sem dúvida, na comunidade e nas suas estruturas, que encontraremos a possibilidade de resposta aos atuais problemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, F. (2013). *Determinantes da desigualdade de saúde. Evidência para Portugal*. (Dissertação de mestrado). ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10071/6481

Almeida, J. (2013, outubro). Capital Social, desenvolvimento económico e coesão social: reduzir os deficits trigémeos. Painel relativo ao Coesão Social, Liderança e Empreendedorismo. Qualificações. *IV Congresso Nacional dos Economistas*, Lisboa. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/234035875

Anéis, D. (2009). *A "cola" que une a comunidade: comparação do sentido de comunidade entre uma amostra clínica e não-clínica*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/handle/10451/901

Buss, P. & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1),77-93. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. Alicerces, III (3), 243-268. Recuperado de: https://www.ipl.pt/sites/default/files/alicerces_3.pdf

Cardoso, A. (2014). Livro branco sobre a solidariedade entre as gerações e envelhecimento ativo. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social. Recuperado de: http://www.poatfse.qren.pt/upload/docs/Livro%20Branco%20Solidariedade%20entre%20Gerações.pdf

Carneiro, R. (Coord.) (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. (Relatório final). Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa, Faculdade de ciências humanas, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 363p. Recuperado de: https://www.animar-dl.pt/documentacao/pdf/27-coesao-social/176-o-envelhecimento-da-populacao-dependencia-ativacao-e-qualidade-relatorio-final

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.

Daniel, F., Caetano, E., Monteiro, R., & Amaral, I. (2016). Representações sociais do envelhecimento ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*, 34 (4), 353-364. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.14417/ap.1020

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 205/1996 - Série I-A.* Lisboa: Ministério da Saúde. (pp. 2959 – 2962). Recuperado de: http://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República n.º 93/1998 - Série I-A*. Lisboa: Ministério da Saúde. (pp. 1740 – 1757). Recuperado de: http://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/html

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 38/2008 - Série I.* Lisboa: Ministério da Saúde. (pp. 1182 – 1189). Recuperado de: http://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República n.º 74/2009 -Série II.* Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (pp. 15438 - 15440). Recuperado de: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2216310/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%2010143%2F2009

Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio. Determina os programas de saúde prioritários no âmbito do Plano Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 94/2016 - 2.ª série.* Lisboa: Gabinete do

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (p. 15239). Recuperado de: https://dre.pt/application/file/74443337

Direção-Geral da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa. Recuperado de: http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-155-1

Direcção-Geral de Saúde. (2012). *Norma n.º 33/2011 da Direção-Geral da saúde*. Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c. Portugal.

Direção-Geral de Saúde. (2013). *Norma n.º 20/2011 da Direção-Geral da saúde*. Hipertensão Arterial: definição e classificação. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2016). *A saúde dos portugueses 2016.* Lisboa. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10400.26/18278

Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial - Despacho n. º12427/2016*. Portugal. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf

Ferreira, P. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(19), 07-34. Recuperado de: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27113/19216

Ferreira, R. (2014). Sentido de coerência e adesão ao regime terapêutico. Um estudo de associação em pessoas com hipertensão arterial com assistência de saúde em Cuidados de Saúde Primários. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Viana do Castelo. Recuperado de: http://hdl.handle.net/20.500.11960/1235

Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A. & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *21*(3), 513-518. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa): um instrumento de avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados a idosos. *Psychologica,* 31, 153- 159.

Foster, L. & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*. 10(1), 3–10. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/s10433-013-0261-0

Fralda, L. (2014). *Envelhecimento ativo e serviço social: práticas de envelhecimento ativo e seu reflexo na qualidade de vida e bem-estar psicológico de idosos.* (Dissertação de mestrado). Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa. Recuperado de: http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/776

Gonçalves, M. (2012). *A ansiedade no idoso*. (Monografia). Escola Superior de Educação São João de Deus, Lisboa. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10400.26/3568

Governo de Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de ação, 2012*. Portugal: autor. Recuperado de: http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20AçaoAnoEuropeu2012.pdf

Imaginário, C.M.I. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. (3ª Ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto de Administração da Saúde (2018). Portal do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM Recuperado de: http://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Lei de bases da saúde. *Diário da República nº 195/90 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República. (pp.3452-3459). Recuperado de: https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf

Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Oliveira, S. G., Budó, M. de L. D., Quintana, A. M., Garcia, R. P., Simon, B. S., Wunsch, S., & Soares, M. U. (2013). Discussões sobre o conceito de comunidade relacionado à atuação do enfermeiro: relato de experiência. *Avances En Enfermería*, XXXI (1), 133–140. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a13.pdf

Pereira, M., Xavier, S., Araújo, M., Valença, C., Menezes, R., Germano, R. (2011). The self-care theory of Orem and its applicability as a theoretical framework: analysis of a survey. *Revista de enfermagem/UFPE online.* 2011 jun.;5(4):896-900https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6733/5980. DOI: 10.5205/reuol.1302-9310-1 -LE.0504201106

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série. N.º 35. (pp. 8648-8653). Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública. *Diário da República, 2.ª série*. N.º 35. (pp. 8667-8669). Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

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

Ribeiro, A., Cotta, R. & Ribeiro, S. (2012). A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1), 07-17.

Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Recuperado de: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/3/Capa%20RG.pdf

Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Medina, J. L., Carvalheiro, M., Almeida, M. D. V. de, & Dias, T. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade.* Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e indivíduos*. (4ª ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.* (7ª ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-29-1

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. (1ª Ed.) Coimbra: Autor.

World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html

World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization (2015). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/ageing/ageing-global-strategy-draft1-en.pdf

World Health Organization (s.d.). 9th Global Conference on Health Promotion. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1

ANEXOS

ANEXO I – Questionário "Pessoas idosas – diagnóstico de saúde da comunidade"

Pessoas Idosas

Diagnóstico de Saúde da Comunidade

Nº Questionário: _____

Idade _____ **anos** **Sexo:** Masculino [0] Feminino [1]

Registos Saúde

Peso Kgs		IMC ...		TA		Colest.	
Altura metros ...		Per.abd..		Glic.....		HbA1c	

Regime terapêutico

Nº variedades medicamentosas ..... [ ]

Gestão do regime medicamentoso demonstrado ..... Sim [0] Não [1]

Nome dos medicamentos que toma	Quantos toma por semana

Patologias/queixas referidas pelo utente

Diabetes	Sim 0	Não 1	Vig	Control
Hipertensão	Sim 0	Não 1	Vig	Control
Dislipidémias	Sim 0	Não 1	Vig	Control
Queixas pele	Sim 0	Não 1		
Queixas músculo-esqueléticas	Sim 0	Não 1		
Queixas visão	Sim 0	Não 1		
Queixas audição	Sim 0	Não 1		
AVC /AIT	Sim 0	Não 1		
Doenças cardíacas	Sim 0	Não 1		
Doenças oncológicas	Sim 0	Não 1		
Doenças respiratórias	Sim 0	Não 1		
Outras doenças/ queixas	Sim 0	Não 1		

Quais _____

LOCOMOÇÃO

Andar em casa/dentro de edifícios

Incapaz/não anda 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

Andar na rua

Incapaz/não sai 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

Andar em escadas

Incapaz/não usa 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

AUTONOMIA FISICA

Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se)

Incapaz/ñ se lava 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir)

Incapaz/ñ se veste 0 Dependente de terceiros 1 Mei 2 Independente 3

Usar a sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar)

Incapaz/não usa 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

Deitar-se/levantar-se da cama (mover, transferir-se, andar)

Incapaz/ñ levanta 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

Sentar-se/levantar-se de cadeiras (mover, transferir-se, andar)

Incapaz/ñ senta 0 Dependente de terceiros 1 Meios 2 Independente 3

Controlar a urina

Incap./ñ controla 0 Dependente de terceiros 1 Mei 2 Independente 3

Controlar as fezes

Incap./ñ controla 0 Dependente de terceiros 1 Mei 2 Independente 3

Alimentar-se/comer

Incap./ñ alimenta 0 Dependente de terceiros 1 Mei 2 Independente 3

AUTONOMIA INSTRUMENTAL

Usar o telefone (marcar números, atender)

Incapaz/não usa [0] Dependente de terceiros [1] Meios [2] Independente [3]

Fazer compras (todas as compras necessárias)

Incapaz/não faz [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Preparar refeições (planear bem, preparar, servir-se)

Incapaz/não faz [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza)

Incapaz/não faz [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena)

Incapaz/não faz [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Usar transportes (onde não pode ir a pé; ex: públicos, táxi, carro/conduzir)

Incapaz/não usa [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Tomar os seus medicamentos (nas doses e tempos correctos)

Incapaz/não toma [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Gerir o seu dinheiro (contas, cheques, idas ao banco)

Incapaz/não faz [0] Dependente de terceiros [1] Mei [2] Independente [3]

Risco de quedas

Teve 2 ou mais quedas nos últimos 12 meses? ..... Sim [0] Não [1]

No último ano foi a algum serviço de saúde por queda? ..... Sim [0] Não [1]

Tem dificuldades na marcha ou falta de equilíbrio? ..... Sim [0] Não [1]

Se teve alguma queda descreva como e onde aconteceu : _____

_____

Hábitos tabágicos

Fuma ? ..... Sim [0] Não [1]

Se sim, nº de cigarros diários ..... [ ]

Hábitos Alimentares

Por favor refira quais os seus hábitos alimentares, anotando o que é mais habitual fazer

Quantas refeições **por dia** costuma fazer ..... ☐

Quantas vezes **por semana** costuma comer sopa de legumes ..... ☐

Quantas vezes **por semana** costuma comer saladas ..... ☐

Quantas vezes **por semana** costuma comer legumes (sem ser na sopa) ..... ☐

Quantas peças de fruta come em média **por dia** ..... ☐

Quantas vezes **por semana** costuma comer doces ..... ☐

Em média, quantas vezes por semana usa cada um dos tipos de confecção de alimentos

Assados no forno ..... ☐

Estufados (sem refogados) ..... ☐

Guisados (com refogado antes de colocar outros alimentos)..... ☐

Cozidos (alimentos cozinhados em água)..... ☐

Grelhados (no carvão ou grelhador/chapa e sem adição de gordura) ..... ☐

Fritos (em óleo, banha, margarina ou azeite) ..... ☐

Outros tipos de confecção.

_____ ☐

_____ ☐

Que tipos de gordura usa para cozinhar os alimentos (azeite, manteiga, margarina, óleo, banha, caldos, etc)

Refira todas as que usa colocando-as por ordem (a que usa mais em primeiro lugar)

1º _____ 4º _____

2º _____ 5º _____

3º _____ 6º _____

Que quantidade de água bebe, em média, diariamente ..... Litros ☐

Bebe algum tipo de bebida alcoólica ..... Sim ☐ 0 Não ☐ 1

Cerveja - nº de copos de 20cl (copo de imperial ou minis) ou equivalente ..... ☐

Vinho - nº de copos de 10cl (copo de vinho pequeno) ou equivalente ..... ☐

Bebidas destiladas (Whisky; Aguardente; Vodka; Gin; Rum, etc.)
nº copos 3 cl ou equivalente..... ☐

Aperitivos (Martini; Vinho do Porto; Amarguinha; Licores; etc.)
nº copos 5 cl ou equivalente..... ☐

Integridade da pele

Tem alguma lesão de pé diabético? ..... Sim [0] Não [1]

Tem alguma úlcera de pressão? ..... Sim [0] Não [1]

Tem alguma úlcera de perna? ..... Sim [0] Não [1]

Tem alguma outra lesão na pele ..... Sim [0] Não [1]

Se sim, de que tipo _____

HÁBITOS de ACTIVIDADE FÍSICA

Andar pé na rua ..... N.º horas/semana: _____

Ginástica ou desporto ..... N.º horas/semana: _____

Outra actividade física ..... N.º horas/semana: _____ Qual? _____

ESTADO SÓCIO-ECONÓMICO

Características habitacionais

Água canalizada ..... Sim [0] Não [1]

Sistema de esgotos..... Sim [0] Não [1]

WC no interior da habitação ..... Sim [0] Não [1]

Degradação da habitação ..... Sim [0] Não [1]

Janelas (luminosidade e arejamento) ..... Sim [0] Não [1]

Isolamento social

Estado civil (em relação à união com outra pessoa)

Viúvo/separado/solteiro [0] Casado/união de facto [3]

N.º de coabitantes na sua residência ..... [ ]

Tempo que está só nas 24 h: ..... [ ]

Ter com quem desabafar/ter confidente (falar de assuntos pessoais) ..... Tem [0] Não tem [1]

Quem? _____

Se necessitar tem prestador de cuidados informais ..... Sim [0] Não [1]

Habilitações literárias e profissão

Escolaridade _____

Profissão: _____

Observações e Sugestões

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora

Documento	1	8	0	7	7

Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Margarida Amoedo, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Clube 65+ - Envelhecer com qualidade*" da investigadora **Sónia Conceição Mestre Jacob** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ana Maria Barros Pires (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em projeto de investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO
E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Este questionário destina-se à recolha de dados essenciais à realização do **diagnóstico de saúde da comunidade**, que será a base para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo a instituição de acolhimento deste curso a Universidade de Évora conjuntamente com os Institutos Politécnicos de Beja, Portalegre, Castelo Branco e Setúbal. Este projeto de intervenção comunitária visa responder às necessidades encontradas, priorizando-as, com intuito de obter ganhos em saúde para esta comunidade.

Título do Projeto de Intervenção Comunitária: Clube 65 + - envelhecer com qualidade

Investigadora: Sónia Jacob, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Objetivo do Estudo: fazer o diagnóstico de saúde da população idosa, para desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária que contribua para o envelhecimento ativo e saudável da população idosa de [redacted]

O questionário tem questões de caracterização sociodemográfica, registo de dados de vigilância de saúde avaliados na consulta (peso, altura, IMC, glicémia, valores tensionais) e registos de análises e terapêutica, fornecidos pelos utentes. O questionário permite auscultar os problemas de saúde referenciados pelos utentes, os seus antecedentes, e dá especial relevância aos dados relacionados com os estilos de vida. São aferidas a autonomia física e instrumental, os hábitos de atividade física e alimentares, despiste de ocorrência de quedas, comportamentos aditivos (álcool e tabaco), e a questão do isolamento e redes sociais de apoio informal.

A sua participação no estudo é muito importante para conseguir perceber os problemas e necessidades desta comunidade. Contudo, a sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir do mesmo em qualquer altura.

Caso decida colaborar, antes de iniciar o preenchimento deste questionário devo informar que os dados obtidos a partir do mesmo serão confidenciais. Os resultados do estudo serão apresentados posteriormente, mas os participantes no estudo não serão identificados de forma individual. Os resultados deste estudo serão apresentados à comunidade e motivarão o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: ... ...

Assinatura: ... ...

Data: ..... /..... /.....

APÊNDICE II – Projeto de Intervenção Comunitária "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Projeto de Intervenção Comunitária "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Introdução. O envelhecimento global da população tem suscitado a procura de respostas com vista a melhorar a qualidade de vida assumindo especial relevância tanto pelos custos emocionais que a perda de autonomia e dependência acarretam, como pelos custos económicos associados a estas condições. As expetativas da sociedade é que progressivamente se consiga manter e prolongar uma vida ativa reduzindo a morbilidade e incapacidade associadas ao envelhecimento (Rodrigues, 2007). O envelhecimento ativo reconhece os direitos dos mais velhos e sublinha os princípios de independência, dignidade e assistência, e apoia o exercício da cidadania e participação ativa nas questões relacionadas com a comunidade e quotidiano da mesma (Ribeiro & Paúl, 2011). A evidencia científica tem demonstrado uma forte associação entre muitos problemas de saúde e o estilo de vida que adotamos, sendo este responsável pela nossa saúde individual, mas também pela da comunidade que integramos. De acordo com Ribeiro e Paúl (2011), "a Organização Mundial de Saúde aponta um estilo de vida activo como uma das principais formas de prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providenciar a integração na sociedade"(p.13), pelo que urge a implementação de politicas que fomentem o desenvolvimento deste conceito.

Diagnóstico da situação. O projeto de intervenção desenvolve-se na aldeia de [redacted], sede de uma freguesia rural do concelho de Beja com 1386 habitantes, dos quais 350 são idosos. Destes, 268 estavam inscritos na extensão de saúde local a 31/12/2016. A partir destes, foi constituída uma amostra significativa de 100 indivíduos para realizar o diagnóstico de saúde que serviu de base ao presente Projeto de Intervenção Comunitária (PIC). Atendendo aos valores preconizados pela OMS e DGS, do estudo realizado foi possível perceber alguns problemas que afetam estes idosos, nomeadamente a elevada prevalência de obesidade (40% com IMC >=30 Kg/m2), hipertensão (71%), dislipidemia (41%), elevado risco metabólico (em 79% encontra-se muito aumentado), existência de polimedicação (53%), queixas músculo-esqueléticas (76%), problemas de visão (64%), elevada incidência de quedas (32%) e dependência instrumental significativa. Subjacente a estes problemas poderão estar as más praticas alimentares, a baixa adesão à atividade física, o isolamento social e os estados anímicos depressivos vividos por muitos idosos (38% vivem sozinhos, 20% estão mais de 20 horas/dia sozinhos e 13% estão sozinhos entre 4 e 8 horas/dia e 75% da amostra consome antidepressivos). Esta aldeia está dentro da área de intervenção da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do [redacted]. A UCC de [redacted] conta com uma equipa multidisciplinar, tendo profissionais da área de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia e área social, e também assistentes técnicas.

Determinação de prioridades. A ideia da criação de um espaço onde pudessem ser desenvolvidos os três pilares do envelhecimento ativo - saúde, participação e segurança – foi a pedra base do projeto. Na UCC, e perante os resultados do diagnóstico de saúde desta comunidade, considerou-se prioritária a intervenção ao nível da prevenção e combate ao isolamento social, procurando minimizar a solidão e estados anímicos depressivos vividos na população. Por outro lado, os problemas de saúde encontrados sugerem a necessidade de uma intervenção no domínio da reeducação alimentar, para reduzir a prevalência de obesidade, hipertensão, dislipidemia ou risco metabólico. A promoção da atividade física, é sugerida pela literatura como um dos principais fatores de influência para um envelhecimento ativo e saudável, pelo que também considerado como um eixo prioritário, enquanto medida de combate às queixas músculo-esqueléticas e manutenção da mobilidade e autonomia física, mas também com influência sobre o combate ao isolamento social. As questões da segurança, nomeadamente as quedas, têm também sido alvo de intervenção e assumem um lugar de destaque nos indicadores de saúde. A avaliação do risco de queda e o reforço da promoção da literacia nesta área, foi considerada importante. Por fim, considerando a oferta cultural e a fraca motivação dos idosos para a participação na mesma, considerou-se importante conseguir mobiliza-los para a adesão ao "Clube 65+" por forma a proporcionar-lhes ocupação do seu tempo, desenvolvendo habilidades e também promovendo a estimulação cognitiva, reduzindo o tempo que passam sozinhos e sem qualquer atividade.

Objetivos. Este projeto tem como finalidade contribuir para o envelhecimento ativo e saudável da população idosa de [redacted] através da criação de um espaço de partilha e desenvolvimento de competências individuais e sociais– o "Clube 65+ - envelhecer com qualidade". Constituem-se como objetivos gerais deste projeto:

1. Fomentar a interação social e desenvolvimento da rede social informal através de atividades periódicas
2. Desenvolver competências relacionadas com estilo de vida saudável e segurança do idoso, na população idosa de [redacted], através das atividades do "Clube 65+"

Quanto aos objetivos específicos delineados foram:

1. Integrar os idosos da [redacted] nas atividades do "Clube 65+"
2. Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos idosos do "Clube 65+" sobre comportamentos alimentares saudáveis
3. Promover a prática de atividade física regular nos idosos do "Clube 65+"
4. Contribuir para a aquisição de conhecimentos relacionados com a segurança da pessoa idosa, nos idosos do "Clube 65+"

5. Implementar atividades de estimulação cognitiva nos idosos do “Clube 65+” que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento

Seleção de estratégias. Em termos estratégicos, o projeto preconiza a existência de sessões de educação para a saúde (EpS) nas áreas temáticas a desenvolver, com colaboração de profissionais da equipa multidisciplinar, mas privilegia uma metodologia participativa de trabalho em grupo através de sessões praticas com os idosos.

Preparação operacional. De acordo com os objetivos específicos delineados foram planeadas um conjunto de atividades. Relativamente à temática da alimentação pretende desenvolver-se uma atividade com várias sessões teóricas e práticas, onde os idosos do “Clube 65+” recolham e partilhem receitas do seu quotidiano e que em contexto de projeto as tornem mais saudáveis com a colaboração da nutricionista. Espera-se construir um livro de receitas a partir das mesmas. A promoção da atividade física far-se-á em termos teórico-práticos, sublinhando os benefícios da atividade física e também as consequências da inatividade. Promover-se-á as mobilizações e exercício físico, com colaboração da fisioterapeuta e, caso se consiga, do professor de educação física da junta de freguesia. A segurança do idoso será desenvolvida pela equipa do projeto em sessões de EpS e procurar-se-á a colaboração de outros profissionais relevantes na área. A psicóloga da UCC desenvolverá no decurso deste projeto, e com os idosos do “Clube 65+” que reúnam condições de participação, atividades de estimulação cognitiva, conforme cronograma (Figura n.º 1).

Mês e Semanas / Atividades	Set.		Out.				Nov.				Dez.					Jan.			
	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª		1ª	2ª	3ª	4ª
Apresentação no local de estagio	■														Férias				
Discussão do diagnóstico de saúde e determinação de prioridades		■	■																
Mobilização dos recursos da UCC e construção de parcerias na comunidade			■	■	■	■													
Apresentação do diagnóstico de saúde aos intervenientes						■													
Elaboração das sessões de educação para a saúde					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	
Inscrições para as atividades e constituição do “Clube 65+”						■													
Apresentação do projeto aos membros e intervenientes							■												
Atividades relacionadas com a reeducação alimentar									■		■		■			■		■	■
Atividades relacionadas com a promoção da atividade física								■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
Atividades relacionadas com a segurança do idoso										■		■		■			■		■
Atividades relacionadas com a estimulação cognitiva							■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
Sessão de encerramento do projeto																			■
Avaliação do projeto			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■

Figura n.º 1 – Cronograma de atividades

A equipa da extensão de saúde de [redacted] terá também um papel fundamental no envolvimento e seguimento destes idosos. A terapeuta ocupacional da junta de freguesia promove também atividades de carater lúdico e recreativo, em colaboração com a equipa do projeto, no decurso das diferentes atividades. Por outro lado, com o estabelecimento da parceria com a junta de freguesia consegue-se, além da colaboração da terapeuta ocupacional, um espaço físico para funcionamento das atividades do “Clube 65+.

Envelhecer com qualidade" e alguns materiais para as atividades. Os recursos materiais e humanos são os da UCC e das entidades parceiras. A divulgação do projeto será feita pela comunidade, profissionais e instituições envolvidas.

Planeamento de monitorização/avaliação. Com a colaboração da equipa multidisciplinar, o projeto de intervenção será monitorizado pelos enfermeiros do projeto. A avaliação do projeto terá sobretudo indicadores de processo/execução como sejam a taxa de sessões realizadas face às planeadas e a adesão dos idosos ao "Clube 65+" e às diferentes atividades nele desenvolvidas. Atendendo ao contexto do projeto, a avaliação de indicadores de resultado não será viável, em grande parte dos objetivos, durante o tempo do projeto, já que o resultado destas políticas de intervenção só a médio e longo prazo produz efeitos. A equipa de saúde da extensão terá aqui um papel fundamental, no acompanhamento destes idosos e avaliação de efeitos do projeto ao longo do tempo. Estas políticas de intervenção precisam de persistência e de ser constantemente reinventados para produzir efeitos.

Comentários finais. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública enquanto figura pró-ativa e com julgamento clínico, com poder decisivo na identificação de necessidades da população, assim como na promoção e proteção da sua saúde, deve fazer emergir as potencialidades da comunidade, gerir recursos e auxiliar a participação ativa da mesma, na resolução das suas fragilidades e colmatar as necessidades por ela sentidas, reduzindo as iniquidades. No contexto deste PIC, as dificuldades encontradas prendem-se sobretudo com a articulação dos múltiplos intervenientes, programação e calendarização das atividades. Apesar dos constrangimentos, a equipa está motivada e acredita ser um projeto viável e muito benéfico para a população.

Bibliografia

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lidel Edições Técnicas. Lisboa.

Rodrigues, R. M. C. (2007). Avaliação Comunitária de uma População de Idosos: da Funcionalidade à Utilização de Serviços. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/3/Capa%20RG.pdf

APÊNDICE III - Cronograma

CRONOGRAMA DO PROJETO "CLUBE 65+. ENVELHECER COM QUALIDADE"

ATIVIDADES	SET		OUT				NOV				DEZ				JAN				FEV	MAR
SEMANAS	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Apresentação no local de estágio																				
Discussão do diagnóstico e elaboração do projeto																				
Construção de parcerias																				
Elaboração das sessões de educação para a saúde																				
Inscrições para o "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" e atividades																				
Apresentação do projeto aos parceiros																				
Apresentação do projeto à comunidade																				
Atividades relacionadas com a reeducação alimentar																				
Atividades relacionadas com a promoção da atividade física																				
Atividades relacionadas com a promoção da segurança da pessoa idosa																				
Atividades relacionadas com a estimulação cognitiva																				
Avaliação do Projeto																				
Redação do relatório																				

APÊNDICE IV – Questionário de satisfação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR SAÚDE
IPPortalegre

IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Para perceber em que medida as atividades do projeto "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade" corresponderam ao que esperava quando se inscreveu, responda às seguintes questões:

1. Gostou de participar nas atividades do projeto?
   Sim _____ Não_____

2. Considera que as mesmas contribuíram para o seu bem-estar?
   Sim _____ Não_____

3. Acha que as atividades desenvolvidas foram úteis para o seu dia a dia?
   Sim _____ Não_____

4. As atividades corresponderam ao que esperava?
   Sim _____ Não_____

5. Qual a atividade que mais gostou?
   Alimentação _____ Estimulação da memória _____
   Segurança _____ Atividade física _____

6. Aconselharia outras pessoas a participar nas atividades?
   Sim _____ Não_____

Obrigado pela colaboração!

APÊNDICE V - Plano de atividades "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

Plano de atividades

“Clube 65+. Envelhecer com qualidade”

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **Apresentação do projeto "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"** dirigida aos utentes inscritos no "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Mestranda Enfermeira da UCC Nutricionista da UCC	15 de novembro de 2017 (14h)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo (1h) Discussão sobre o tema/projeto (1h)	- Dar a conhecer o diagnóstico de saúde realizado - Dar a conhecer o projeto de intervenção	- Realização da sessão de Educação para a Saúde
Sessão de Educação para a Saúde **"Alimentação saudável- Orientações gerais"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Mestranda Enfermeira da UCC	22 de novembro de 2017 (14h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo (1h) Discussão sobre o tema	- Dar orientações gerais sobre alimentação saudável - Reforçar o valor da dieta mediterrânica	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 1- O Programa de Estimulação da Memória: A memória e a idade** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ -	Psicóloga da UCC Mestranda	23 de novembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das	- Conhecer o grupo de utentes inscritos na atividade - Apresentar o Programa de Estimulação Cognitiva e seus objetivos	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

Envelhecer com qualidade”				atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 1 do Programa de Estimulação Cognitiva	

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **"Alimentação Saudável** **-Sessão 1"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Nutricionista da UCC	29 de novembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema	- Definidos pela nutricionista	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 2 – Aprender a usar melhor a nossa memória I** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda	30 de novembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 2 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **"Atividade Física – porquê?"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Mestranda Enfermeira da UCC	06 de dezembro de 2017 (14h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema	- Compreender o que é a atividade física - Conhecer os benefícios da prática de atividade física - Conhecer as consequências do sedentarismo	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 3 – Aprender a usar melhor a nossa memória II - A associação** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda	07 de dezembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 3 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **"Alimentação Saudável** **-Sessão 2"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Nutricionista da UCC Mestranda Enfermeira da UCC	13 de dezembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema Atividades práticas	- Definidos pela nutricionista	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 4 – Aprender a usar melhor a nossa memória III – O agrupamento** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda	14 de dezembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 4 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 5 – Aprender a usar melhor a nossa memória IV: O método dos lugares** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda Enfermeira da UCC	21 de dezembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 5 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Sessão de Educação para a Saúde **"Alimentação Saudável** **Sessão 3"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Nutricionista da UCC Mestranda Enfermeira da UCC	27 de dezembro de 2017 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema Atividades práticas	- Definidos pela nutricionista	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **"Acidentes domésticos** **- Orientações gerais para a prevenção"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Mestranda Enfermeira da UCC	03 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema	- Promover a manutenção de ambientes seguros em casa - Prevenir a ocorrência de quedas	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 6 – Aprender a usar melhor a nossa memória V: A categorização** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda Enfermeira da UCC	04 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 6 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **"Alimentação Saudável - Sessão 4"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Nutricionista da UCC Mestranda Enfermeira da UCC	10 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão Atividades práticas	- Definidos pela nutricionista	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 7 – Memorizar e recordar I: A memória auditiva** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda	11 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 7 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Sessão de Educação para a Saúde **"Segurança dos Idosos** **- Seguro em casa e na rua"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Profissionais da GNR Mestranda Enfermeira da UCC	12 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema	- Alertar para situações de violência sobre os idosos - Promover a prevenção de burlas e furtos a residências	- Realização da sessão Esclarecimento - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 8 – Memorizar e recordar II: A memória auditiva** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda	18 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 8 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Sessão de Educação para a Saúde **"Atividade Física** **- Sessão prática"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Enfermeiro da UCC Mestranda	19 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Sessão prática de exercício físico	- Promover a atividade física nos idosos com limitações de mobilidade	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO	AVALIAÇÃO
Sessão de Educação para a Saúde **"Alimentação Saudável** **-Sessão 5"** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Nutricionista da UCC Mestranda Enfermeira da UCC	24 de janeiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Discussão do tema Atividades práticas	- Definidos pela nutricionista	- Realização da sessão de Educação para a Saúde - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 9 – Aprender a usar melhor a nossa memória VI: A orientação espacial** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC Mestranda	26 de janeiro de 2018 (14h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 9 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) ***Sessão 10 – Aprender a usar melhor a nossa memória VII: A orientação espacial*** *dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"*	Psicóloga da UCC	01 de fevereiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 10 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 11 – Aprender a usar melhor a nossa memória VIII: O encadeamento** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC	08 de fevereiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 11 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"
Programa de Estimulação da Memória – Nível 1 (Maroto) **Sessão 12 – Memorizando, memorizando o programa vai acabando…** dirigida aos utentes inscritos nesta atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"	Psicóloga da UCC	15 de fevereiro de 2018 (10h30)	Centro de Convívio	Apresentação oral através de método expositivo Metodologia participativa na resolução das atividades	- Cumprir os objetivos da sessão 12 do Programa de Estimulação Cognitiva	- Realização da sessão do Programa de Estimulação Cognitiva - Taxa de adesão dos utentes inscritos na atividade do "Clube 65+ - Envelhecer com qualidade"

APÊNDICE VI – Taxas de adesão às atividades

TAXAS DE ADESÃO ÀS ATIVIDADES DO "CLUBE 65+. ENVELHECER COM QUALIDADE"

- Taxa de adesão dos idosos ao "Clube 65+. Envelhecer com qualidade" e atividades

$$\frac{n.^{\underline{o}}\ de\ inscritos\ no\ "Clube\ 65+. Envelhecer\ com\ qualidade"}{total\ de\ idosos\ inscritos\ na\ extensão\ de\ saúde\ local}\ x\ 100 =$$

$$= \frac{20\ inscritos}{total\ de\ idosos\ 268}\ x\ 100 = \mathbf{7,49\%\ de\ adesão}$$

- Taxa de adesão às atividades do "Clube 65+. Envelhecer com qualidade"

	Sessão	n.º de inscritos	n.º de participantes	Taxa de adesão
Reeducação alimentar	1	20	14	70.00%
	2		15	75.00%
	3		10	50.00%
	4		11	55.00%
	5		14	70.00%
	6		14	70.00%
Totais/ atividade	6	20	Média de participantes = 13	Média = 65.00%%

Atividade	Sessão	n.º de inscritos	n.º de participantes	Taxa de adesão
Promoção da atividade física	1	20	12	50.00%
	2	20	17	85.00%
Totais/ atividade	2	20	Média de participantes = 13	Média = 67.50%%

Atividade	Sessão	n.º de inscritos	n.º de participantes	Taxa de adesão
Promoção da segurança da pessoa idosa	1	20	10	50.00%
	2	20	18	90.00%
Totais/ atividade	2	20	Média de participantes = 13	Média = 67.50%%

Atividade	Sessão	n.º de inscritos	n.º de participantes	Taxa de adesão
Programa de estimulação da memória	1	12	10	83.33%
	2		10	83.33%
	3		10	83.33%
	4		7	58.33%
	5		7	58.33%
	6		6	50.00%
	7		6	50.00%
	8		8	66.67%
	9		6	50.00%
	10		a)	a)
	11		a)	a)
	12		a)	a)
Totais/ atividade	9 b)	12	Média de participantes b) = 7.78	Média b) = 64.81%

Legenda:

a) Item não avaliado por ainda não ter sido realizada a sessão
b) Cálculo de acordo com as sessões realizadas até final do estágio