



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Coorientador: Professora Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Nélia Margarida Passarinho Lourenço – N.º 36

Fevereiro

2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Coorientador: Professora Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Nélia Margarida Passarinho Lourenço – N.º 36

Fevereiro
2015

"Pela janela

*Imerso na solidão do teu quarto
olhas pela janela fechada sobre a tua vida,
em busca de um rasgo de luz
que te traga à lembrança
a felicidade dos momentos que todos os dias recordas
com a raiva de quem já não sabe ser feliz!
O suspiro que não contém
denuncia a desesperança,
e a janela que não abres,
por onde não permites que a vida entre,
deixa vislumbrar a vida que fervilha lá fora.
Talvez pudesses abrir essa janela...
Talvez pudesses sair desse quarto...
Talvez pudesses tomar nas tuas mãos
o que resta do teu tempo,
e deixar-te levar pela brisa que passa
suavemente pelos teus cabelos brancos;
pela luz que descobre os sulcos que vincam a tua face;
pelo sol que aquece as tuas mãos trémulas e inseguras;
sem teres pena de ti próprio
porque és velho!"*

(Luísa Pimentel, 2005)

Dedicatória

Ao meu Marido e Filhas, pelo que ficou por viver em família, na sua plenitude, e o incondicional entendimento demonstrado.

Agradecimentos

À Professora Dr.^a Maria Filomena Martins, pela sua orientação, disponibilidade, sensibilidade e incentivo.

À Professora Coorientadora Paula Oliveira, pelo seu suporte no acompanhamento e orientação deste Relatório.

Ao Presidente e Vice-Presidente da Junta de Freguesia da Tramaga pela disponibilidade, simpatia, assertividade e colaboração demonstrada.

Ao Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor por indicar e disponibilizar os meios solicitados.

Ao Responsável comercial da Teleassistência Helpphone que prontamente se disponibilizou em colaborar.

Ao Sr.^o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Representante da Área Social da Câmara Municipal de Ponte de Sor, pela cooperação demonstrada.

Ao Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga que nos acolheu para o ‘*atelier da saúde*’.

Ao Sr.^o Diretor do Jornal Mesário “aponte” e à equipa do Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor – “SORSAÚDE” que prontamente colaboraram na publicação dos artigos.

À equipa de enfermagem representada pela Sr.^a Enfermeira Chefe, pela disponibilidade demonstrada.

Aos idosos participantes e familiares pois sem eles não seria possível nem teria sentido a elaboração deste trabalho.

À D. Maria Josefa, mãe da mestranda Helena Pires, que com a sua simplicidade colaborou estrategicamente como orientação dentro da Freguesia.

À funcionária da União de Juntas, que amavelmente se disponibilizou para apoio logístico.

Aos colegas do III Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre que comigo percorreram este caminho, com especial estima e inesquecível saliência: Aline Jordão, Helena Pires, Rosário Semedo e Susana Simões que comigo partilharam sentimentos de dificuldades, superaram obstáculos e alcançaram sucessos.

Ao meu Marido, Filha e bebé recém-chegada, que diretamente e indiretamente contribuíram para este percurso.

Resumo

O presente relatório reporta-se ao estágio de intervenção comunitária, decorrido entre 16/9/2013 e 31/01/2014, na população idosa da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, Distrito de Portalegre, parte integrante de uma das regiões mais envelhecidas do país: Alto Alentejo. Constitui-se como instrumento para avaliação da manifesta Unidade Curricular, título de Mestre em Enfermagem e validar competências para atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem **Comunitária** e Saúde Pública pela Ordem dos Enfermeiros.

A Intervenção **Comunitária** sustentou-se com base na metodologia do planeamento em saúde, metodologia de referência no âmbito da aquisição de competências da especialidade em Enfermagem **Comunitária** e Saúde Pública (Regulamento n.º 128/2011), das quais se distinguem capacidades para trabalhar em parceria com as comunidades, reconhecer as suas necessidades, planear cuidados adequados aos seus problemas mais prementes, enfatizar práticas conducentes a comportamentos e estilos de vida saudáveis, adotando a promoção da saúde e o **empowerment** como pedra basilar de intervenção.

As intervenções dirigiram-se para os problemas priorizados, designadamente: quedas, comorbilidades, depressão, obesidade, polifarmácia e vulnerabilidades como: Viver só, isolamento, iliteracia e condição de habitação.

Os objetivos gerais subjacentes tinham como desígnio sensibilizar população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a **qualidade de vida** destes **idosos**; contribuir para a sua minimização e melhoria da **qualidade de vida**, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu **empowerment**.

Na sinergia entre Mestrandas, **comunidade** e organizações políticas/locais/concelhias houve possibilidade de discutir e analisar soluções para alguns problemas identificados.

Foram desenvolvidas atividades de educação em saúde: *'atelier da saúde'*; *Fórum* comunitário; Sessão *'Segurança do idoso'* (em parceria estratégica de ampliação de eficácia com GNR e Teleassistência); todas tiveram o cunho interativo da **comunidade**.

Foram adotadas estratégias de transmissão e disponibilização de informação no domínio de comportamentos e adoção de estilos de vida saudáveis, difundida por panfletos e meios de comunicação social local, configurando complementaridade com ações educativas.

Supõe-se que as ações desenvolvidas alteraram comportamentos e contribuíram para a melhoria da **qualidade de vida** dos **idosos**, uma vez que estimulam a participação, interação, integração e perspetivam o **empowerment**.

Palavras-chave: Idosos; Comunidade; Qualidade de vida; empowerment.

Abstract

This report makes reference to the Community intervention stage, elapsed between 16.09.2013 and 31.01.2014, the elderly population of Tramaga Parish, Municipality of Ponte de Sor, Portalegre District, part of one of the regions more aged the country: Alto Alentejo. It serves as a tool to evaluate the manifest Course, obtaining master's degree in Nursing, and validate competencies to award the title of Nurse Specialist Community Public Health by the Order of Nurses.

The Community Intervention held up on the basis of health planning methodology, reference under the acquisition of specialty skills in Community Nursing and Public Health (Regulation 128/2011), which are distinguished capabilities to work in partnership with communities, recognize their needs, plan appropriate care for their most pressing problems, emphasize practices leading to healthy behaviors and lifestyles, adopting health promotion and empowerment as the cornerstone of intervention.

The Interventions directed to the prioritized problems, including: falls, comorbidities, depression, obesity, polypharmacy and vulnerabilities as: Living alone, isolation, illiteracy and housing condition. The underlying general objectives had to design sensitize the elderly population and political entities / local / municipal, on health problems that negatively influence the quality of life of older people; contribute to their reduction and improved quality of life through educational approaches in the context of healthy behaviors and lifestyles, aimed at empowerment.

In synergy between master's students, community and political organizations / local / municipal there was opportunity to discuss and analyze solutions to some identified problems.

Were developed Health education activities: 'health workshop'; Community Forum; Session 'Safety of the elderly' (in strategic partnership effective magnification with GNR and Telecare); all had the interactive nature of the community.

Have been added transmission strategies and provision of information in the field of behavior and adoption of healthy lifestyles, disseminated by leaflets and local media, as complementary educational activities.

It is assumed that the actions taken have contributed to the change in behavior and therefore to improve the quality of life of older people, since they stimulate the participation, interaction, integration and aims to empowerment.

Key-words - Older people; Community; Quality of life; empowerment.

Abreviaturas e símbolos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD's – Atividades de Vida Diárias
CMPS – Câmara Municipal de Ponte de Sor
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
dl - decilitro
Dr. – Doutor
Dr.^a – Doutora
EAIVD's – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diárias
EAVD's – Escala de Atividades de Vida Diárias
EPE – Empresa Pública Empresarial
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
etc. – et cetera
f. – folha
GDS – *Geriatric Depression Scale*
GNR – Guarda Nacional Republicana
ICC – Índice de *Comorbilidade de Charlson*
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPP – Instituto Politécnico de Portalegre
Kg – quilograma
km – quilómetro
nº – número
m- metro
mg- miligramas
mmhg – milímetros de mercúrio
NIS – Núcleo Idosos em Segurança
NUTSII – Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial e Saúde

PA – Perímetro abdominal

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

REDTESS – Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social

RNAR_75 – Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos

S. Mamede – São Mamede

S. Martinho – São Martinho

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sr.º - Senhor

SUB – Serviço Urgência Básica

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidades de Saúde Pública

Vol. – Volume

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

% – por cento

≥ – maior ou igual

€ - Euro

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1- REFERENCIAL SOBRE ENVELHECIMENTO	20
1.1- PRINCIPAIS ALTERAÇÕES COM O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO ----	21
1.1.1- O envelhecimento e as alterações físicas.....	21
1.1.2- O envelhecimento e as alterações psicológicas.....	23
1.1.3- O envelhecimento e as alterações sociais	24
1.2- O PROGRESSO DEMOGRÁFICO DO ENVELHECIMENTO	25
1.2.1- Envelhecimento demográfico em Portugal	26
2- A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO	31
2.1- PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS FREQUENTES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO	32
2.2- QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO	33
2.3- PROMOÇÃO DA SAÚDE	37
2.3.1- Teoria da Organização Comunitária	41
2.4- ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	45
2.4.1- Planeamento em Saúde	48
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO	54
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	54
1.1- ESCOLHA DA POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTÁGIO	54
1.2- CONCELHO DE PONTE DE SOR	55
1.2.1- Situação territorial e acessibilidade	55
1.2.2- Situação sociodemográfica	56
1.2.3- Situação Socioeconómica	57
1.2.4- Infraestruturas e Rede Social	57
1.2.5- Recursos de saúde	63
1.3- FREGUESIA DE TRAMAGA	64
CAPÍTULO III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	68

1- INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS DA FREGUESIA DE TRAMAGA	68
1.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	68
1.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga	69
1.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	71
1.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	74
1.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	91
1.5- ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	102
1.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	103
1.7- EXECUÇÃO	104
1.8- AVALIAÇÃO	116
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA	128
1- PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	128
1.1- METODOLOGIA PICO	129
1.2- INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	130
CONCLUSÃO	139
BIBLIOGRAFIA	143
ANEXOS	152
Anexo I – Procedimentos de colaboração da Junta de Freguesia da Tramaga	153
Anexo II – Publicação noticiosa no Jornal “Ecos Sor” sobre Sessão Segurança do Idoso na Freguesia da Tramaga	155
Anexo III – Monitorização de visualizações dos artigos publicados no Jornal Digital “SORSAÚDE”	157
APÊNDICES	159
Apêndice I - Questionário: ‘necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga’	160
Apêndice II – Projeto de Estágio de Grupo	172
Apêndice III – Projeto de Estágio Individual	229
Apêndice IV – Plano do ‘Atelier da Saúde’	286
Apêndice V – Plano do Fórum Comunitário	290
Apêndice VI – Plano da Sessão ‘Segurança do Idoso’	293
Apêndice VII – Cartaz de Divulgação do ‘Atelier da Saúde’	297
Apêndice VIII – Panfletos de Informação: ‘Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável’ e ‘Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...’	299

Apêndice IX – Fotos do evento ‘Atelier da Saúde’ -----	304
Apêndice X – Convite e Cartaz para participação no Fórum Comunitário -----	306
Apêndice XI - Convite e Cartaz para participação na Sessão ‘Segurança do Idoso’	309
Apêndice XII – PowerPoint apresentado no Fórum Comunitário -----	312
Apêndice XIII - Fotos do Fórum Comunitário -----	338
Apêndice XIV - Panfletos de Informação: ‘Prevenir para não cair...’ e ‘Inverno em segurança’ -----	340
Apêndice XV - PowerPoint apresentado na Sessão ‘Segurança do Idoso’ -----	345
Apêndice XVI – Fotos da Sessão ‘Segurança do Idoso’ -----	359
Apêndice XVII - Publicação do artigo: ‘Saber mais, Viver melhor’ no Jornal “aponte” -----	361
Apêndice XVIII - Publicação do artigo: ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ no Jornal “aponte” -----	363
Apêndice XIX - Publicação do artigo: ‘Saber mais, Viver melhor’ no Jornal Digital SORSAÚDE -----	365
Apêndice XX - Publicação do artigo: ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ no Jornal Digital “SORSAÚDE” -----	369
Apêndice XXI - Análise de artigos de acordo com método PICO -----	373

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 - Pirâmide Etária -----	27
Figura nº 2 – Taxa de variação da população portuguesa -----	28
Figura nº 3 - Principais etapas no processo de planeamento da saúde -----	49
Figura nº 4 - Mapa do concelho de Ponte de Sor -----	56
Figura nº 5 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor -----	61

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 – Evolução de Índices de Envelhecimento, de Dependência dos Idosos e de Longevidade -----	29
Quadro nº 2 – Caracterização demográfica do concelho de Ponte de Sor por freguesias -----	57
Quadro nº 3 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga ----	65
Quadro nº 4 - Problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga -----	69
Quadro nº 5 - Problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga – versão reduzida -----	72
Quadro nº 6 – Comparação por pares -----	73
Quadro nº 7 – Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares -----	74
Quadro nº 8 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Reunião com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor -----	76
Quadro nº 9 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor -----	79
Quadro nº 10 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Reunião com Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor -----	81
Quadro nº 11 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Reunião com Representante da Teleassistência Helpphone --	82
Quadro nº 12 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: ‘Atelier da Saúde’ associado ao dia festivo das comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga -----	83
Quadro nº 13 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Fórum Comunitário -----	86
Quadro nº 14 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Sessão de Educação para a Saúde ‘Segurança	

do idoso' -----	87
Quadro n.º 15- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: 'Saber mais, viver melhor!' -----	89
Quadro n.º 16- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação 'Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos' ----	90
Quadro n.º 17- Potenciais obstáculos à realização, modificações necessárias, estratégias potenciais -----	92
Quadro n.º 18- Estratégias utilizadas e a sua associação aos problemas priorizados	95
Quadro n.º 19- Descrição das despesas decorrentes e respetivos custos -----	102
Quadro nº 20 - Participantes que aderiram ao evento ' <i>atelier</i> da saúde', quanto ao género e idade -----	122
Quadro nº 21 - Média, Moda, Máxima e Mínima da tensão sistólica e diastólica -----	122
Quadro nº 22 - Média, Moda, Máxima e Mínima da Glicémia capilar -----	122
Quadro n.º 23 – Plano de Sessão: 'Atelier da Saúde' -----	287
Quadro n.º 24 - Plano de Sessão: Fórum Comunitário -----	291
Quadro n.º 25 - Plano de Sessão: 'Segurança do Idoso' -----	294
Quadro n.º 26 - Análise PICO do artigo 1: 'Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de Investigação na Sociologia Portuguesa' -----	374
Quadro n.º 27 - Análise PICO do artigo 2: 'Aplicabilidade prática do <i>empowerment</i> nas estratégias de promoção da saúde' -----	382
Quadro n.º 28 - Análise PICO do artigo 3: 'Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil' -----	393

INTRODUÇÃO

O Presente Relatório de Intervenção Comunitária enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio e Relatório, inserida no 1º semestre do 2º ano do III Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, do Instituto Politécnico de Portalegre.

O objetivo geral deste relatório é descrever, analisar e avaliar as atividades planeadas e desenvolvidas durante o estágio que decorreu no período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014, com orientação da Professora Dr.ª Maria Filomena Martins, Professora Coordenadora desta Escola, Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública e coorientação da Professora Paula Oliveira.

Este relatório insere-se como instrumento de avaliação, além da Unidade Curricular, conferir obtenção de Título de Mestre em Enfermagem e validar competências para atribuição do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública pela Ordem dos Enfermeiros.

Pretende-se neste sentido a aquisição de competências profissionais de relevo, das quais se distinguem capacidades para trabalhar em parceria com as comunidades, reconhecer as suas necessidades em termos de saúde, planear cuidados adequados aos seus problemas mais prementes, enfatizar práticas conducentes a comportamentos e estilos de vida saudáveis, adotando a promoção da saúde e o *empowerment* como pedra basilar de intervenção. Neste contexto há que favorecer processos de proximidade e implicação das comunidades nas tomadas de decisão, visando o desenvolvimento de intervenções orientadas para a obtenção de ganhos em saúde.

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura, os comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm conduzindo a novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais ajustadas, exigindo a necessidade de aprofundar conhecimentos neste domínio. Torna-se fundamental e emergente criar e desenvolver ações junto da população idosa, capacitando-a para a sua independência e autonomia, diminuindo custos e promovendo as condições para o idoso viver com “Qualidade de Vida” até ao final da sua vida (Veras, 1994).

A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de

envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem.

A melhoria da qualidade de vida é cada vez mais desejada pela idade mais avançada. Os anos vividos, na trajetória da longevidade, desejam-se repletos de dignidade, decência e satisfação. Esta premissa implica modificação de comportamentos e atitudes da população em geral; da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social; uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social e uma adaptação do meio envolvente às debilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

Seguindo como referência o PNS 2012-2016, também este evidencia o envelhecimento com crescente expressão demográfica e social, devido ao aumento da esperança média de vida e alerta para o desafio premente para a sociedade, para o sistema de saúde e proteção social. Com o aumento da esperança de vida, aumenta a prevalência da doença crónica e de comorbilidades, o que leva à maior procura de cuidados de saúde, aumento da incapacidade e dependência, com carga variável para a família e para o sistema de saúde.

O PNS 2012-2016 reitera também que as intervenções se devem apoiar nos princípios da autonomia, participação ativa, autorrealização e dignidade da pessoa idosa, e que se devem desenvolver no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; na comunidade; e nas instituições de acolhimento.

O interesse pela temática do envelhecimento é relevante e de extrema pertinência, para além do fundamentado, também pela minha experiência profissional, como enfermeira em Cuidados de Saúde Primários, numa região do interior do País, com alta expressão de população envelhecida.

Neste contexto emergiu a intervenção comunitária dirigida à população com idade igual ou superior a 65 anos da Tramaga, uma Freguesia do Concelho de Ponte de Sor, Distrito de Portalegre. Este Distrito é parte integrante de uma das regiões mais envelhecidas do país: O Alto Alentejo.

A Intervenção Comunitária na Freguesia de Tramaga sustentou-se com base na metodologia do planeamento em saúde, cuja génese partiu do Diagnóstico de Saúde concretizado no período entre maio e setembro de 2013, onde foram identificadas as necessidades e problemas de saúde da população em estudo, definindo-se os perfis críticos desta população. Neste sentido, após o diagnóstico da situação, partiu-se para definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projetos e programas, preparação da execução, execução e avaliação.

O Estágio teve como objetivos gerais:

- Sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga;

- Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment.

Importa salientar que as atividades decorridas nesta intervenção comunitária foram desenvolvidas, em parceria e mútua colaboração/cooperação, por cinco alunas deste mestrado.

Concluído estágio há que efetivar respetivo relatório através de uma atitude crítica e reflexiva, fidelizando as atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas junto e com a comunidade.

No sentido de responder ao objetivo geral deste relatório, a sua organização estrutural compreende quatro capítulos. O primeiro remete para o enquadramento teórico, fruto de uma exaustiva pesquisa bibliográfica, onde está contemplado o referencial sobre envelhecimento e a sua relação com a saúde; o segundo refere-se ao enquadramento do local de estágio; o terceiro reporta, na sua essência, o estágio de intervenção comunitária e no último capítulo é apresentada inerente discussão, análise crítica e conclusão.

Este Relatório, na versão formato papel, pela sua dimensão e amplitude, é apresentado em três volumes. O Volume I representa o Relatório na sua essência, o Volume II refere-se a Anexos e quatro Apêndices e o Volume III aos remanescentes Apêndices.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- REFERENCIAL SOBRE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano e demográfico é considerado um dos problemas mais marcantes das sociedades contemporâneas, exigindo a necessidade premente de ser estudado e valorizado.

Todo o ser humano envelhece, o envelhecimento é um processo fisiológico, universal, dinâmico, diferencial, heterogêneo, irreversível e inevitável.

Para a Direção Geral da saúde [DGS] (2004) o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida. Inicia-se mesmo antes do nascimento terminando com a morte e caracteriza-se pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos.

Pesquisando literatura em torno do envelhecimento afere-se que o seu conceito não é inteiramente consensual e tem alguma carga de subjetividade.

Para Paúl e Fonseca (1999), envelhecer é um processo complexo da evolução biológica, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Perante um corpo que vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais é necessário uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios internos e externos.

Na perspetiva de Palácios (2004), o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo, nem está associado à existência de uma doença. Envolve múltiplos fatores endógenos e exógenos, os quais devem ser considerados de forma integrada. O envelhecimento é ditado por regras biológicas não totalmente esclarecidas, como os processos primários (quando e como o envelhecimento se inicia na vida de um indivíduo) e secundários (qualidade e estilo de vida, dieta calórica, atividades físicas), vinculados ao aumento da idade e ao controle pessoal.

Segundo Silva (2005) atingir a velhice significa que o indivíduo sobreviveu e se adaptou a desafios específicos das várias etapas da vida. Considera os adultos idosos sobreviventes face às vicissitudes da vida.

Pronunciar o conceito de envelhecimento implica necessariamente proferir o conceito idoso que lhe está subjacente. Várias concepções sobre o idoso conferem sempre o aspeto cronológico, contabilizando o tempo em anos. No entanto designar um indivíduo como idoso só baseado em critérios cronológicos pode ser questionável.

Segundo Level Gautnat (1985) citado por Pimentel (2001) idade cronológica refere-se ao tempo que decorre entre o nascimento e o tempo presente. Esta idade não é suficiente para definir o indivíduo pois só nos indica o período em que ele viveu. Também distingue idade física e biológica, idade psicológica (psico-afetiva) e idade social.

Já Fonseca (2004) referenciando Fernández Ballesteros (2000) apresentou o conceito de idade funcional com um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que facilitam entender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório.

Segundo Palácios (2004) estima-se que o ser humano “esteja programado” para viver entre 110 e 120 anos. O Seu ciclo vital atinge maturidade biológica por volta dos 25, 30 anos; dos 25 aos 40 anos o indivíduo pode ser considerado um adulto inicial; até aos 65 anos um adulto médio ou de meia-idade; dos 65 aos 75 anos adulto tardio na velhice precoce e a partir dos 75 anos velhice tardia.

Cabete (2005) define idoso ou pessoa idosa como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos de idade, e muito idoso ou grande idoso idade superior a 70 anos.

Em Portugal e segundo o INE (2002) são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

1.1- PRINCIPAIS ALTERAÇÕES COM O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

1.1.1- O envelhecimento e as alterações físicas

Desde o nascimento que o nosso corpo passa por diversas fases de desenvolvimento. Na infância e na adolescência estas alterações são facilmente observáveis e aceites pelo indivíduo. Contudo na velhice estas alterações são consideradas negativas e difíceis de aceitar, não só pelo próprio indivíduo, como pela sociedade que o envolve.

Para Berger et al. (1995) as mudanças estruturais podem alterar não só o funcionamento do organismo como também a aparência corporal. Estas mudanças ocorrem a vários níveis, designadamente:

- ▶ Células e tecidos (perda da massa magra do corpo, aumenta a proporção de gordura, diminui a massa de água no corpo, aumenta o volume plasmático, perda de elasticidade e aparecimento de rugas).
- ▶ Músculos, ossos e articulações (atrofia dos músculos, degeneração do tónus muscular, perda de potência, força e agilidade, calcificação dos ligamentos das articulações, diminuição das articulações com conseqüente limitação da funcionalidade, diminuição da altura do idoso, ossos mais frágeis, osteoporose - mais frequente na mulher e gerador de fraturas).

- ▶ Pele e tecido subcutâneo (pele mais fina, seca, com perda de elasticidade e um tom amarelado e frequentemente com manchas).

- ▶ Tegumentos (cabelos mais fracos, com menos volume e embranquecem, diminuição dos pêlos ao longo do corpo exceto na cara onde por vezes aumenta, unhas crescem mais lentamente, ficam mais espessas, secas e quebradiças).

Sendo importantes as alterações estruturais, o funcionamento do organismo envolve-se ainda de maior importância. Berger et al. (1995) considera que as alterações funcionais ocorrem ao nível:

- ▶ Sistema cardiovascular (perda de eficácia e contratilidade do músculo cardíaco, fluxo sanguíneo mais lento, os vasos sanguíneos perdem a elasticidade e calcificam o que ocasiona a hipertensão arterial).

- ▶ Sistema respiratório (menor elasticidade e permeabilidade dos tecidos alveolares, diminuição de absorção de oxigénio, mudanças da estrutura do tórax e da parte muscular diminuindo a eficácia da tosse predispondo ao enfisema ou bronquite).

- ▶ Sistema renal e urinário (menor eficácia dos rins, bexiga perde gradualmente a elasticidade, diminuição da capacidade de retenção da urina, esfíncteres da uretra enfraquecem levando à incontinência - mais frequente nas mulheres que nos homens).

- ▶ Sistema gastrointestinal (o desgaste ou falta de dentição afeta a mastigação e conseqüente digestão, diminuição das papilas gustativas com alteração do paladar, diminuição do olfato, diminuição do apetite, diminuição de saliva, secura da boca, diminuição do reflexo de deglutição aumentando risco de aspiração, maior suscetibilidade de alterações no estômago e fígado, deficiências em vitaminas lipossolúveis, obstipação).

- ▶ Sistema nervoso e sensorial (perdas de memória, aumento do tempo de reação, despertar mais matinal, movimentos mais lentos, perda de equilíbrio, perdas sensoriais - fator que predispõe a quedas).

- ▶ Sistema endócrino e metabólico (dificuldade em metabolizar a glicose, diminuição da atividade da tiroide, alterações hormonais: no homem diminuição dos testículos, atrofia da próstata, dificuldade em urinar e ereção mais difícil; na mulher atrofia dos órgãos genitais, menopausa, quistos nos ovários, atrofia e diminuição da lubrificação da vagina, aumento do tecido adiposo nas coxas e nádegas, substituição do tecido glandular das mamas por gordura aumentando a flacidez).

- ▶ Sistema imunitário (diminui gradualmente, organismo mais frágil).

- ▶ Ritmo biológico e do sono (sonos menos longos, sono ligeiro).

1.1.2- O envelhecimento e as alterações psicológicas

Tal como as alterações físicas são bem visíveis no idoso, a nível psíquico também o são. A saúde mental é um dos aspetos mais importantes na vida do ser humano, contudo defini-la de forma concreta é difícil, muitas vezes representa unicamente uma boa adaptação à vida e um envelhecimento feliz para o idoso. Tem implicações no conhecimento e na aceitação de si próprio e dos outros, a consciência íntegra do ambiente e da realidade, a capacidade de se manter tranquilo e de se interessar pela vida e a competência para a integração (Berger et al., 1995).

De acordo com Berger et al. (1995) é fundamental que o indivíduo ao longo da sua vida tenha uma boa saúde física e mental para conseguir aceitar bem a velhice. O idoso deve nesta nova fase continuar a viver ativamente e com qualidade recorrendo a habilidades para manter a sua autoestima e enfrentar novos desafios. O estado de saúde física, a mudança de papel, o estatuto familiar e marital e por fim a personalidade, são alguns dos fatores que influenciam a saúde mental do idoso. Ao sentir-se bem e saudável, a pessoa tem maior facilidade em se manter ocupada, em manter a vida social e assim sentir-se útil; contrariamente à pessoa que se sente doente, com baixa autoestima e que deprime facilmente.

A família e os amigos são na maioria das vezes a principal rede de suporte do idoso. Ao serem separados da família ou dos amigos, sentem-se isolados e sem recursos, ficando inseguros e com dificuldade em se adaptarem.

É também importante aceitar o idoso como ser individual com personalidade e características próprias, logo com formas diferentes de adaptação ao envelhecimento. De acordo com Silva (2005) o conceito de personalidade inclui uma adaptação constante do indivíduo ao longo do tempo, sendo que este indivíduo tem a sua forma de pensar, agir e sentir. Uma personalidade saudável poderá estar associada a um controlo ativo do seu próprio meio ambiente, a personalidade singular e a uma capacidade para se olhar a si próprio e olhar o mundo sem grandes distorções.

Durante muito tempo «ser idoso» despertou, e ainda desperta para muitos, sentimentos negativos como pena, medo e constrangimento, este fato leva muitas pessoas a desejarem controlar o envelhecimento. Nesta fase da vida é normal aparecerem algumas limitações físicas que podem ter repercussões no estado psicológico do idoso, alterando a sua vida e a dos seus familiares.

Muitas situações de tensão e frustração no idoso estão associadas ao fato do indivíduo querer continuar a manter a mesma imagem que tinha e realizar da mesma forma as atividades que praticava enquanto jovem. A decadência do corpo pode trazer infelicidade, originar depressão e em situações extremas levar ao suicídio. (Silva, 2005)

O idoso com ideias e fantasmas em torno do envelhecer enfrenta o medo da solidão, do desconhecido e da morte. Estes pensamentos estão muitas vezes associados a uma falsa ideia sobre a velhice, herança dos estereótipos, crenças, mitos e preconceitos sociais criados ao longo do tempo. O idoso mostra ansiedade face ao desconhecido, sendo muitas vezes o desconhecido, a própria velhice. Os medos de envelhecer estão muitas vezes associados a disfunções cognitivas. É fundamental perceber que disfunções cognitivas não são doenças mas sim estados fisiológicos do envelhecimento. As funções cognitivas mais atingidas são a memória, o tempo de reação e a percepção (Silva, 2005).

A solidão conjuntamente com a inatividade e a perda de entes queridos está entre as principais causas de depressão na terceira idade, que é hoje a principal doença mental.

Segundo Berger et al. (1995), o equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do indivíduo promove a adaptação ao envelhecimento, sendo mais fácil esta adaptação nas mulheres que nos homens.

1.1.3- O envelhecimento e as alterações sociais

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e simultaneamente um dos seus grandes desafios. Tornou-se cada vez mais uma questão social sobre a qual a sociedade se debruça prioritariamente. É nesta conjuntura, que o debate atual em torno do envelhecimento se foca, entre outras questões, nas políticas de saúde, no papel da família e no peso que esta evolução demográfica representa para o sistema de segurança social (OMS, 2002).

De acordo com Ariés & Duby (1991), outrora os mais velhos eram considerados como fonte de conhecimento, sabedoria e experiência, sendo a velhice vista como uma promoção e não como uma decadência. Esta distinção com que os idosos eram vistos não conseguiu perdurar ao ritmo crescente das inovações tecnológicas e às mudanças de valores que marcam as sociedades atuais. São tantas e tão rápidas as alterações que a atualização se sobrepõe à experiência. O «idoso sábio» a quem se recorria e cuja opinião era respeitada passa agora a ser um problema social, uma carga.

Na perspetiva de Martins (2006), convertendo-se a velhice num problema social, o aumento de estudos e de investigadores que centram as suas atenções nas pessoas idosas simboliza a preocupação em encontrar soluções. Este problema afeta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, com peculiar gravidade quando colide com a capacidade das famílias em responder a esse desafio.

O envelhecimento da população, a dispersão do núcleo familiar, a diminuição do número de filhos e a integração da mulher no mercado de trabalho, causa aumento de

preocupação com os idosos, pois a família pode deixar de ser o apoio de primeira linha ao idoso.

Com o envelhecimento da população surgem as políticas de velhice, sendo estas o conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo reside em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade (Fernandes, 1997). A responsabilidade dos encargos com o idoso, que anteriormente era da família ou de particulares, passa agora a ser da responsabilidade de instâncias despersonalizadas e burocratizadas.

Para Cardoso et al. (2008), reconhecendo que as condições de vida da população têm evoluído, verifica-se que em Portugal existe uma grande fragilidade da população idosa face às situações de pobreza. Aqui podemos incluir dois tipos de pobreza, por um lado os indivíduos que sempre tiveram baixos rendimentos e assim continuam ao passarem para a situação de reformados, por outro lado os que usufruíam de bons rendimentos e que ao passarem para a situação de reformados sofrem uma quebra de rendimentos não conseguindo manter os padrões de vida anteriores.

A pobreza pode levar à exclusão social, contudo existem outras formas de exclusão social que não envolvem pobreza. Para Costa et al. (2008) os idosos são muitas vezes socialmente excluídos da sociedade, independentemente dos seus rendimentos. A organização da sociedade e os estilos de vida correntes leva a esta forma de exclusão, podendo provocar no idoso estados de privação e carências afetivas, psicológicas e relacionais. Para este autor a sociedade é formada por um conjunto de sistemas sociais, podendo alguns deles serem considerados como básicos ou essenciais. Estar integrado numa família, grupo de amigos ou vizinhos é fundamental para a pessoa se considerar integrada na sociedade.

As perdas de origem afetivas, económicas, de poder, de *status* e diminuição de contactos sociais estão estreitamente ligadas, afetando-se reciprocamente, originando uma velhice alterada, com sentimentos de abandono e solidão e provocando no idoso sensação de inutilidade diminuindo a vontade de viver.

1.2- O PROGRESSO DEMOGRÁFICO DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento demográfico nas sociedades desenvolvidas é a realidade mais marcante deste século devido às implicações diretas na esfera socioeconómica, impacto que produz na família, na sociedade e no sistema de saúde, para além das modificações que se refletem a nível individual.

O envelhecimento é um fenómeno comum a todos os países desenvolvidos, verifica-se contudo uma maior intensificação nos países em desenvolvimento.

Nas últimas décadas, com a evolução técnico-científica, tem-se verificado uma diminuição da mortalidade infantil e da natalidade e um aumento da esperança média de vida refletindo-se no envelhecimento da população.

A questão do envelhecimento tem sido objeto de preocupação dos diferentes setores que gerem a saúde. O relatório da Organização Mundial de Saúde para a Europa (2002) faz alusão a vinte países do mundo com as mais altas percentagens de população idosa, dos quais dezoito encontram-se na Europa onde 13% a 18% da população tem mais de 65 anos de idade.

O Instituto Nacional de Estatística ([INE]) faz alusão que a proporção da população mundial com 65 ou mais anos de idade regista uma tendência crescente. Salienta, ainda, que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002; INE, 2007).

A evolução demográfica nas próximas décadas aponta assim, com clara evidência, para a continuação do aumento proporcional da população idosa face à população juvenil.

1.2.1- Envelhecimento demográfico em Portugal

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a uma transformação demográfica sem precedentes na história. Os progressos conseguidos durante o século XX pelo desenvolvimento em geral, e pelas ciências da saúde em particular, contribuíram para um aumento da esperança média de vida de 30 anos. Este aumento progressivo da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio, embora esteja abaixo dos padrões de certos países europeus, causa grande impacto na saúde pública com repercussões sociais e económicas (DGS, 2004).

Portugal ocupa o 8º lugar no ranking mundial dos países mais envelhecidos (INE, 2012).

Sabe-se que o envelhecimento demográfico é um processo natural da sociedade e que se desenvolve a nível mundial, embora com ritmos diferentes, mesmo dentro do mesmo país. Portugal tem algumas características próprias, no início do século XXI mantém-se com uma baixa taxa de fecundidade, com a esperança média de vida a aumentar e o saldo migratório a diminuir.

De acordo com os Censos 2011, Portugal apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15% e uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89%.

Pode-se afirmar que em Portugal, não só a população está a envelhecer, como está cada vez mais velha a própria população idosa, pois cada vez mais os indivíduos chegam a patamares etários superiores onde permanecem durante mais anos (Araújo, 2010).

Segundo a Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social ([REDETESS], 2012) é notória a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%), sinal da “feminização” do envelhecimento, que se observa na sociedade portuguesa desde 1900. Atualmente a esperança média de vida à nascença é de 79,2 anos, sendo 75 anos para os homens e 81 anos para as mulheres (Censos 2011). Apesar de se verificar que os homens vivem em média 59,3 anos sem limitações na sua atividade, enquanto para as mulheres, a esperança de vida sem incapacidade é de 56,6 anos (PNS 2012-2016). Verifica-se assim que embora as mulheres vivam mais anos, a esperança média de vida sem incapacidade é maior nos homens.

De acordo com Imaginário (2008) assistimos a dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo da pirâmide etária, encontrando-se estes intimamente ligados. O primeiro verifica-se quando a percentagem de jovens diminui reduzindo assim a base da pirâmide. O segundo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta originando assim o alargamento na parte superior da pirâmide.

Assiste-se assim a uma expressiva alteração na pirâmide etária, como demonstra a figura nº 1.

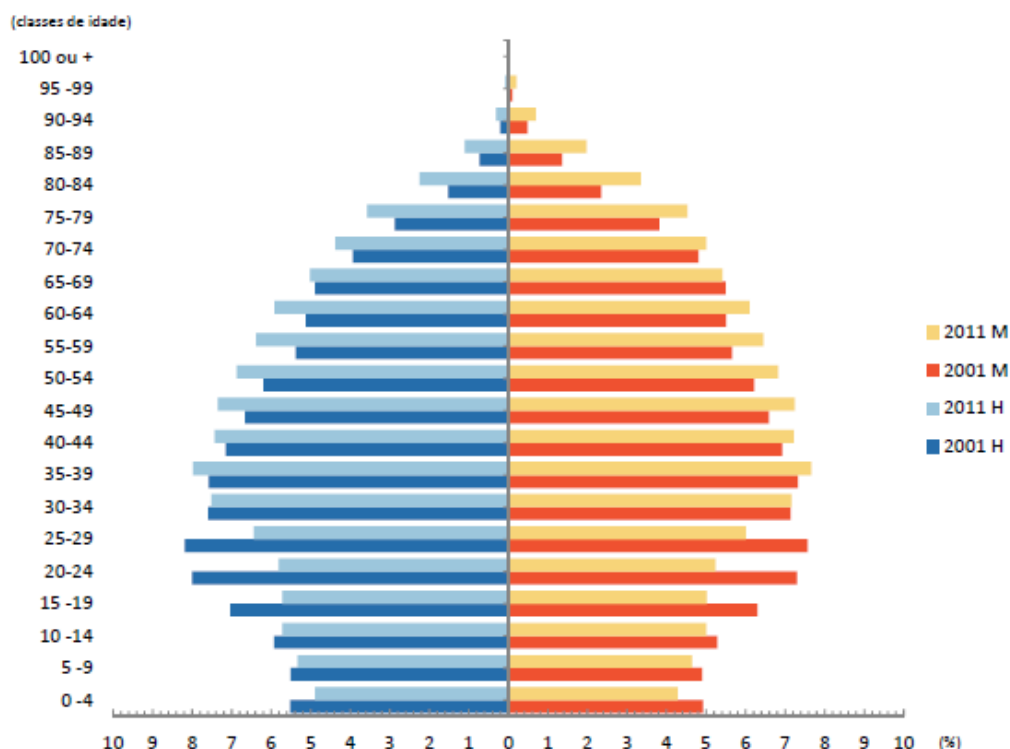


Figura nº 1 - Pirâmide Etária.
Fonte: Censos 2011 (INE, 2012)

Na literatura consultada os autores são unânimes na leitura transfiguradora da pirâmide etária, antes tinha uma configuração próxima de um triângulo, com uma base larga de

população jovem e o estreitamento para o topo da população idosa. Com a mudança de crescimento etário a referida pirâmide dá lugar a uma configuração metamorfoseada.

Os Censos 2011 indicam que a população residente em Portugal é de 10 562 178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres. Na última década verificou-se um enfraquecimento do crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% observados na década de 90.

A região do Alentejo apresenta menos 19 283 pessoas face a 2001, e com saldo positivo, surgem as regiões do Algarve, com mais 14%, as regiões autónomas dos Açores e da Madeira com, respetivamente, 2% e 9% e a região de Lisboa com 6%, como reflete a figura nº 2.

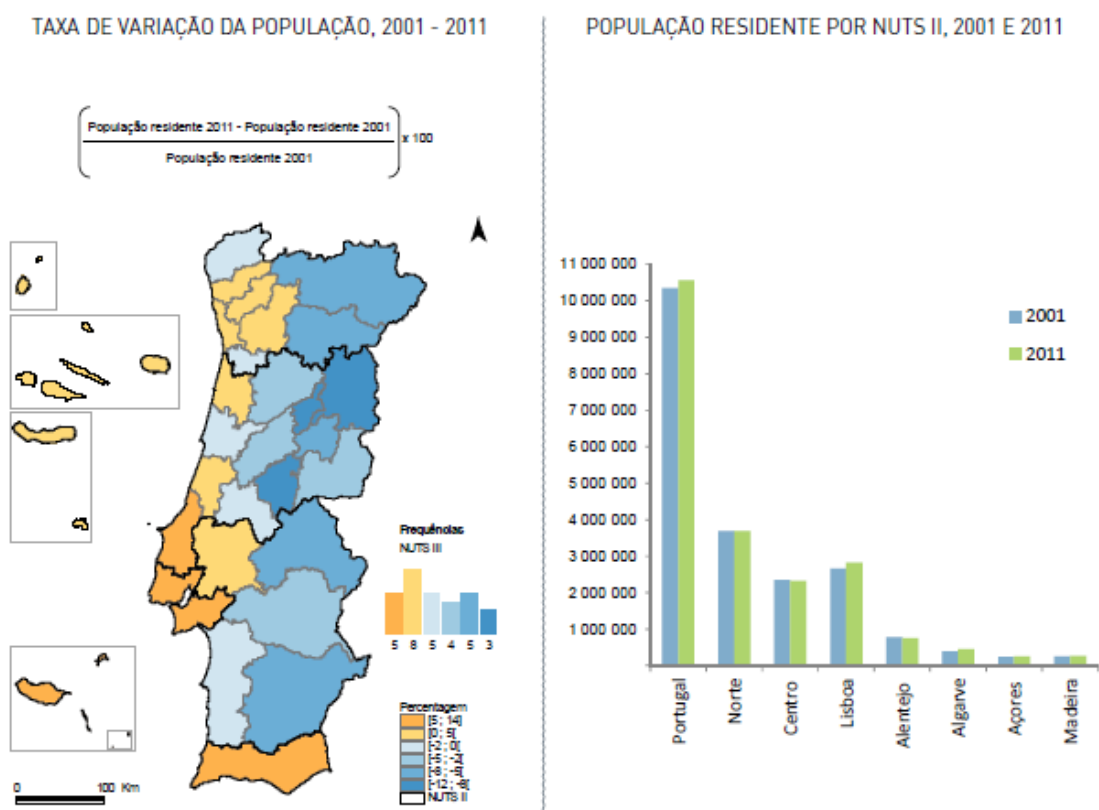


Figura nº 2 – Taxa de variação da população portuguesa.

Fonte: Censos 2011 (INE)

Como já foi referido, o peso da população idosa mantém a tendência crescente. Em 2011 os indivíduos a residir em Portugal com 65 e mais anos eram 2 010 064. A percentagem de idosos aumentou de 16% em 2001 para cerca de 19% em 2011. A Região do Alentejo é a que detém a maior percentagem de população idosa com 24%.

O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território. Em 2011 o Índice de Envelhecimento da população

(relação entre a população idosa de 65 ou mais anos e a população jovem dos 0 aos 14 anos) agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (Censos, 2011). Sendo a região do Alentejo mais envelhecida, o seu índice de envelhecimento é 178 (100 jovens para 178 idosos).

O Índice de Longevidade (relação da população com 75 ou mais anos com o total da população idosa) em 2001 era 41, elevando-se a 48 em 2011. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas. O Alentejo apresenta este índice com cerca de 52, é a única NUTSII em que o índice já ultrapassa os 50, o que significa que a maioria da população idosa já tem mais de 75 anos (Censos, 2011).

O Índice de Dependência dos Idosos (relação entre a população idosa com 65 ou mais anos e a população em idade ativa entre os 15 e os 64 anos) também evidencia aumento, em 1960 era de 12,7% e em 2011 era de 28,8%. (INE, 2012)

O quadro nº 1 traduz a evolução dos respetivos índices.

Anos	Índice de Envelhecimento	Índice de Dependência dos Idosos	Índice de Longevidade
1960	27,3	12,7	33,6
1970	34,0	15,6	32,8
1981	44,9	18,2	34,2
1991	68,1	20,5	39,3
2001	102,2	24,2	41,4
2011	127,8	28,8	47,9

Quadro nº 1 – Evolução de Índices de Envelhecimento, de Dependência dos Idosos e de Longevidade.

Fonte: INE, 2012

Para 2020 espera-se que a proporção de jovens (0-14 anos) desça para 14% e a população de 65 e mais anos aumente para 21%, incluindo este valor 6% de indivíduos com 80 ou mais anos (INE, 2012).

Em 2050, de acordo com a REDTESS (2012) prevê-se 35,7% de pessoas com 65 e mais anos e 14% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos.

Também Pertronilho (2010) refere que neste crescendo de transição demográfica, em 2050, Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa.

O PNS 2012-2016 enquadra o contexto demográfico e social em Portugal, onde indica a crescente proporção de idosos e decrescente de jovens; aumento do índice de dependência de idosos e de envelhecimento; taxa de crescimento natural negativa; decréscimo do índice

sintético de fecundidade; diminuição da taxa de crescimento migratório; melhoria generalizada do nível de instrução; crescente taxa de desemprego e diminuição da taxa de risco de pobreza.

Os dados apresentados sobre a evolução demográfica nas últimas décadas e inerentes projeções são inequívocos e reforçam a ideia de que o século XXI é o século do envelhecimento, retratando este fenómeno como irreversível. Obriga à reflexão de questões com relevância crescente como a idade da reforma, meios de subsistência, qualidade de vida dos idosos e a solidariedade intergeracional.

2- A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO

A saúde é um bem necessário à vida, sendo a base do desenvolvimento pessoal, social e produtivo. Ao longo da existência humana, o Homem sempre valorizou a saúde como fator essencial, reconhecendo que a sua ausência, além de ser causa de sofrimento e tristeza, é simultaneamente um encargo financeiro para o indivíduo e a sociedade.

Quando se começou a considerar o indivíduo como um todo formado pela soma das partes que o constituem e se relacionam entre si (dimensões biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual), os conceitos de saúde e doença começaram a ganhar novos contornos, assumindo-se como entidades distintas que coexistem numa interação dinâmica, conseguida em função do ambiente em que a pessoa vive. O ambiente é a família, o contexto, a sociedade, a cultura, a política, é o que se produz, as suas interações e a interação do indivíduo com tudo o que existe à sua volta.

Sabe-se que o envelhecimento é um processo inevitável e invencível, caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida. Com a evolução do processo de envelhecimento existe maior exposição a fragilidades, com a consequente diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente, e deste modo maior propensão à doença.

Segundo Martins (2003), baseada em Hoeman (2000), viver mais tempo aumenta as probabilidades em 80% de contrair uma ou mais doenças crónicas, bem como limitações físicas incapacitantes.

De acordo com o atual PNS, o aumento da esperança de vida favorece o aumento da doença crónica e de comorbilidades que se refletem na maior procura de cuidados de saúde.

Saúde versus envelhecimento constituem assim um repto de especial relevância para os profissionais de saúde, designadamente no sentido de promover um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida da pessoa; criar respostas adequadas às necessidades emergentes da população idosa, estimulando as suas capacidades e participação ativa DGS (2004).

2.1- PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS FREQUENTES ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO

Conhecidas as principais alterações decorrentes do processo de envelhecimento na perspectiva física, psíquica e social, já descritas no referencial sobre o envelhecimento, sabe-se que há inevitavelmente entidades patológicas que são mais frequentes nos idosos. Martins (2003) refere que os principais efeitos do processo de envelhecimento e/ou doença crónica manifestam-se aos níveis: cardiopulmonares, músculo-esqueléticas, cutâneos, neurológicos, padrões do sono, função intestinal, função geniturinária, função hepática, renais e endócrinos.

Para Paschoal (1996), viver mais tempo pode ter consequências sérias a nível físico, psíquico e social na vida humana. A longevidade pode ser sinónimo de perda de autonomia, depressão, isolamento social, doenças, declínio funcional e aumento da dependência.

Baseada em Zimmerman e cols., Martins (2003) refere que existe de fato uma relação estreita entre incapacidades e idosos. Em pessoas com mais de 65 anos as incapacidades mais frequentes são: artropatias, hipertensão arterial sistémica e cardiopatias, numa relação de prevalência de 47,2%, 41,4% e 30,4%, respetivamente. Ressalva também que a presença de múltiplas afeções na mesma pessoa, frequente nos idosos, aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades de vida diária.

Também segundo Martins (2003), baseada em Bernard Isaacs, os problemas de saúde considerados típicos da terceira idade, denominados como “os gigantes da geriatria”, e que apresentam elevadas taxas de prevalência, são: Incontinência urinária, Instabilidade postural e quedas, Imobilidade, Demência, Delirium e Depressão.

A DGS (2004) identifica alguns fatores de vulnerabilidade que deverão ser tidos em linha de conta na idade avançada, designadamente: alterações sensoriais, desnutrição, risco de quedas, incontinência de esfíncteres e polimedicação.

De acordo com Martins (2003) além dos défices de carácter físico e intelectual descritos, com o envelhecimento podem verificar-se modificações nas reações emocionais, acúmulo de perdas e separações, solidão, isolamento e marginalização social. Baseada em Souza, e cols. (1996) menciona as características do envelhecimento emocional, designadamente: redução da tolerância aos estímulos, vulnerabilidade à ansiedade e depressão, sintomas hipocondríacos, auto depreciativos ou de passividade, conservadorismo de carácter e de ideias, e acentuação de traços obsessivos.

Segundo Martins (2008) a depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde relevante que atinge pessoas de todas as idades conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento. Porém a depressão é muito mais do que um sentimento, pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-dia de

uma pessoa. É nas idades avançadas que a depressão compreende elevados índices de morbilidade e mortalidade, pois adota formas atípicas, muitas vezes de difícil diagnóstico e, conseqüentemente, de difícil tratamento.

Segundo Zimerman (2000) uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional, designadamente: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares. Pode ainda mostrar-se apática, desmotivada e muito sensível aos acontecimentos negativos da vida.

Já Fernandes (2000) menciona vários estudos que pronunciam a prevalência da depressão no idoso em Portugal e concluiu assim que a depressão parece ser a perturbação psíquica mais frequente nos idosos.

Em síntese, considerando diversos autores e de hierarquia variável, Martins (2003) enuncia os principais problemas de saúde dos idosos, nomeadamente:

- ▶ Sistema nervoso central – Demências, doenças neurológicas, padrões de sono, delírium e depressões.
- ▶ Aparelho Locomotor – Limitações físicas incapacitantes, artropatias, imobilidade, instabilidade postural / quedas, reumatismos.
- ▶ Sistema Cardiovascular – Arteriosclerose, hipertensão, cardiopatias.
- ▶ Sistema Respiratório – Afeções pulmonares.
- ▶ Sistema Urinário – Incontinência, perturbações renais.

Reforço também as já mencionadas alterações do sistema endócrino e metabólico (Berger et al., 1995) designadamente a prevalência da Diabetes.

2.2- QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO

Durante muitos anos a ciência teve como principal foco a longevidade. Atualmente a longevidade, só por si, não é compreensível se não for arrojada de qualidade de vida. A busca incessante de acrescentar anos à vida passa a posterior plano, face à necessidade de acrescentar vida aos anos.

De acordo com Lima & Alves (2009) se antes envelhecer era um privilégio de poucos, atualmente é uma experiência que poderá ser vivenciada por um número cada vez maior de indivíduos.

A saúde é uma área fulcral da qualidade de vida daí o crescente interesse por este conceito. Buss (2010) enfatiza o impacto da saúde na qualidade de vida, considerando a

saúde como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida.

O termo qualidade de vida foi, e continua a ser, muito utilizado em definições que não têm uma aceitação análoga ou consensual. Concetualizar qualidade de vida pode variar de indivíduo para indivíduo e consoante a época e a cultura onde está inserido.

De acordo com Serra (2010), baseado em Lauer (1999), não há uma definição que seja universalmente aceite sobre o conceito de qualidade de vida, todavia existe o consenso de que é um constructo multidimensional que procura atender a uma perspetiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano, e que pode ser abordado de múltiplas formas.

Segundo Canavarro (2010) o conceito de qualidade constitui o nível, grau ou estado de excelência atribuído a alguém ou a alguma coisa; e o termo vida engloba o estado completo da atividade funcional de uma pessoa, incluindo o seu comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer, sofrimento e o estilo geral de vida.

A OMS (1994) refere-se a qualidade de vida como sendo a perceção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, considerando a cultura, os valores, objetivos de vida, relações sociais e perspetivas de vida. Menciona também que ter qualidade de vida não é só a ausência de doença, é também analisar fatores aliados a esta temática como a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, prazer e espiritualidade.

Para Manso & Simões (2007) o conceito de qualidade de vida adquire um carácter multifacetado, pois integra várias áreas da vida, integra dimensões objetivas e dimensões subjetivas, que se podem desenvolver tanto a nível individual como coletivo. Como dimensões objetivas refere-se a grau de instrução, rendimento, acesso a bens e serviços, condições ambientais e socioeconómicas, disponibilidade de bens e serviços públicos, desempenho dos sistemas de segurança social e o nível de desemprego. Como dimensões subjetivas o grau de satisfação com a vida, a felicidade, as perceções de bem-estar e de saúde, capacidade de participação cívica e capacidade de influenciar os desenvolvimentos sociais.

Já Leal (2008) baseado em Pires (1998) refere que a qualidade de vida tem a ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Compreende aspetos como a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a participação nas decisões, situações variadas como o atendimento digno em caso de doença e de acidente, o nível de escolaridade, o conforto e a pontualidade nas deslocações, a alimentação em quantidade suficiente e em qualidade e até a posse de eletrodomésticos.

Para a DGS (2003) o conceito de qualidade de vida tem a ver com a perceção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são

negadas oportunidades para alcançar o estado de felicidade e de realização pessoal na procura de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

De acordo com a *World Health Organization* ([WHO]) (2005), os principais fatores encontrados que afetam a qualidade de vida dos idosos são: alterações cognitivas, depressão, aumento ou diminuição excessivos da massa corporal, limitação funcional de membros inferiores, baixa frequência de contatos sociais, baixo nível de atividade física, auto percepção de saúde deficiente, tabagismo e distúrbios visuais.

Para Chachamovich (2006), os níveis de sintomatologia depressiva interferem na qualidade de vida do idoso. Quanto maiores forem esses níveis, menor será a qualidade de vida em todos os domínios.

Neste âmbito, e consultando vários autores que se debruçam sobre os aspetos que influenciam a qualidade de vida, todos são unânimes em relacionar a influência das alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o envelhecimento, já mencionadas anteriormente e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Como já foi referido, a longevidade pode ser sinónimo de perda de autonomia, depressão, isolamento social, doenças, declínio funcional e aumento da dependência; mas esta realidade pode ser contrariada se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, com participação na sociedade, cumprindo papéis sociais significativos, com elevada autoestima e encontrando um sentido para suas vidas.

Para Rojas (2001) é necessário tapar o vazio deixado pelo tempo do trabalho e que tem de ser preenchido para que o indivíduo que envelhece não se sinta desnecessário ou inútil à sociedade.

O crescente aumento da população envelhecida e o grande impacto que provoca na sociedade contemporânea requer assim ações que cada vez mais deverão ir no sentido de promover a qualidade de vida dos idosos.

A promoção da saúde e qualidade de vida são os objetivos mais importantes em atividades com idosos, é fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito das suas condições físicas e psicológicas, no sentido de prevenir possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia. Será necessário que procure um estilo de vida saudável e ativo, integrando atividades físicas na sua vida quotidiana. Torna-se importante enfatizar a participação dos idosos em ações educativas, intersectoriais e interdisciplinares de forma a manterem a sua saúde e autonomia na velhice.

Têm sido várias as temáticas abordadas relacionadas com o envelhecimento demográfico, em 1999 as Nações Unidas definiram o “Ano Internacional da Pessoa Idosa”. Neste seguimento em 2012 a Comissão Europeia definiu a celebração do Ano Europeu do Envelhecimento ativo e da Solidariedade entre Gerações.

A OMS (2002) define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. O envelhecimento ativo tem assim como objetivo fulcral aumentar a expectativa de vida saudável e qualidade de vida, tirando o maior partido da vida, à medida que se envelhece, em todos os contextos, designadamente contexto de trabalho, familiar e na comunidade.

Para a DGS:

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.” (DGS 2004: 3).

Segundo a DGS (2004) a OMS sugere que o conceito de envelhecimento ativo depende de várias influências ou determinantes que envolvem não só os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. Todos estes fatores, assim como a interação entre eles, representam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento dos indivíduos e das populações.

De acordo com a DGS (2008), a OMS e a Comissão da União Europeia revestem de grande importância todas as medidas políticas e práticas que contribuem para um envelhecimento saudável e para isso é fundamental promover a autonomia das pessoas idosas valorizando a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha; conservar as suas capacidades cognitivas através da aprendizagem ao longo da vida e manterem-se ativas, mesmo após a reforma.

A promoção de um envelhecimento ativo ao longo da vida é uma das áreas de intervenção em que assenta o Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas. De acordo com a DGS (2004), as recomendações sugeridas nesta área são informar e formar as pessoas sobre:

- ▶ Exercício físico moderado e regular e as melhores formas de o praticar;
- ▶ Estimulação das funções cognitivas;
- ▶ Gestão do sono-vigília;
- ▶ Nutrição, alimentação, hidratação e eliminação;
- ▶ Conservação de um envelhecimento ativo, particularmente na fase da reforma.

O Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, inserido no PNS 2004-2010, tem como objetivo obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorar as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento. Visa a autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global

das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde.

O referido Programa evidencia um envelhecimento numa perspetiva preventiva e promotora da saúde e da autonomia, associando fatores, como a prática de atividade física, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social. A promoção destes fatores irá contribuir para reduzir a incapacidade decorrente do processo de envelhecimento, envolvendo não só a própria pessoa, como a família e a comunidade a que pertence, numa perspetiva de responsabilidade partilhada. Além da saúde, também a educação, segurança social e trabalho, justiça, planeamento e desenvolvimento rural e urbano, habitação, transportes, turismo, novas tecnologias, cultura, entre outros, são dispositivos sociais relevantes.

De acordo com a DGS (2004) o manifesto programa pretende promover um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida da pessoa; criar respostas adequadas às necessidades emergentes da população idosa; estimular as suas capacidades e participação ativa. Identifica alguns fatores de vulnerabilidade que deverão ser tidos em linha de conta, nomeadamente idade avançada, alterações sensoriais, desnutrição, risco de quedas, incontinência de esfíncteres e polimedicação.

O atual PNS 2012-2016 considera as etapas do Ciclo da Vida definidas no PNS 2004-2010, para cada etapa realçam-se necessidades e determinantes de saúde específicos. Assim contempla o envelhecimento ativo a partir dos 65 anos.

Espera-se que as pessoas envelheçam com qualidade de vida e, sempre que possível continuem a contribuir para a sociedade através da sua experiência e agindo como indivíduos participativos. O maior desafio a colocar às pessoas idosas é conseguirem contribuir para que mesmo com as limitações progressivas que possam surgir, elas redescubram formas de viver com a melhor qualidade de vida possível.

2.3- PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde é o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la. Foca-se além do comportamento individual para um amplo leque de intervenções sociais e ambientais.

A génese da Promoção da saúde teve um início muito peculiar em meados da década de 70, quando começou a haver a preocupação em criar condições favoráveis para o desenvolvimento de políticas sustentadas e sustentáveis que previnam a doença e

promovam a saúde das populações a nível mundial através das respetivas Conferências Internacionais.

A Declaração de Alma-Ata (1978) - Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde constitui um marco importante com a proposta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”, reconhece que a saúde é um propósito social de primeira importância, estabelece uma nova orientação para a política de saúde, com peculiar afetação ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários setores da sociedade, bem como à criação dos Cuidados Saúde Primários (Martins, 2005).

Segue-se a Carta de Ottawa (1986) – 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define na sua declaração final um novo conceito de promoção da saúde entendendo-o como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, melhorando-a como um recurso para a vida, exigindo estilos de vida saudáveis para obter o bem-estar, numa perspetiva de capacitação, sendo uma responsabilidade não só do setor da saúde mas também dos indivíduos e comunidades. O princípio desta conferência engloba a elaboração de políticas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais.

A carta de ottawa indica que se devem capacitar indivíduos e comunidades para vigiarem a sua saúde, no sentido de a aperfeiçoarem. Pretende, deste modo, capacitar as populações para o máximo rendimento do potencial de saúde, atendendo à igualdade de oportunidades. Torna-se necessário implementar medidas como o acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções de vida saudáveis.

Segundo esta declaração é fundamental mediar a cooperação entre o governo, setores da saúde, social e económico, organizações governamentais e não-governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social, entre outros, pois as condições básicas e expectativas face á saúde não podem ser asseguradas unicamente pelo setor da saúde. As medidas tomadas por esta cooperação entre entidades deve depois ser ajustada às necessidades locais e às possibilidades de cada país, e região, sendo considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

A Carta de Ottawa tornou-se deste modo um marco de referência, em que as atividades de promoção da saúde começaram a ser verdadeiramente equacionadas, debatidas, valorizadas e estimuladas.

Seguiram-se outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, designadamente:

► 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988) - Declaração de Adelaide: Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis;

▶ 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1991) - Declaração de Sundsvall: Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde;

▶ 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997) - Declaração de Jacarta: Promoção da Saúde no Século XXI;

▶ 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2000) - Declaração do México: Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade;

▶ 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2005) - Declaração de Bangucoque: Promoção da Saúde num Mundo Globalizado;

A 7ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009) – Em Nairobi: Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Colmatando Lacunas de Implementação veio salvaguardar a importância das várias cartas que dão realce à promoção da saúde, distingue no entanto o fato da sua aplicabilidade ter ficado muito aquém dos compromissos assumidos e das orientações sugeridas. Identifica como principais lacunas a aplicação das resoluções e apela a todos os governos e partes interessadas a responderem com urgência à implementação de estratégias e ações no sentido de utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde. Como estratégias e ações foram delineadas cinco orientações temáticas, designadamente: empoderamento individual, empoderamento comunitário, fortalecimento dos sistemas de saúde, parcerias e ação setorial, e capacitação para a Promoção da Saúde.

O empoderamento individual tem por base a literacia como um sustentáculo fundamental para o desenvolvimento e promoção da saúde.

O empoderamento comunitário baseia-se na capacitação das comunidades, aumentando o controlo e a capacidade de decisão, adquirindo domínio sobre os fatores e deliberações que moldam e têm impactos na sua própria vida. As comunidades devem partilhar o poder, os recursos e as capacidades de decisão a fim de garantir as condições que sustentam a equidade em saúde.

O fortalecimento dos sistemas de saúde implica que as intervenções da promoção da saúde devam ser integradas nos sistemas de saúde que apoiam a equidade na saúde e apresentam padrões de desempenho adequados, com o intuito de reforçar a sua orientação para a prevenção da doença e promoção da saúde.

As parcerias e ação setorial são imprescindíveis para intervir eficazmente sobre os determinantes da saúde e a equidade em saúde, sendo que os problemas dificilmente podem ser resolvidos por ações exclusivas da saúde, ou qualquer outro setor isolado, devem assim ser desenvolvidas com colaboração, cooperação e integração entre as várias áreas de intervenção, procurando melhorias na qualidade de vida e bem-estar das populações.

A capacitação para a promoção da saúde tem por base a construção de infraestruturas de promoção da saúde sustentáveis e desenvolver competências multissetoriais para colmatar as lacunas na implementação dos processos de promoção da saúde.

A dimensão capacitadora da promoção da saúde assenta no empoderamento das pessoas e das comunidades. Nessa perspetiva, a promoção da saúde constitui-se em passagem dos conhecimentos científicos sobre saúde, com construção na população de atitudes condizentes com tais aprendizagens.

A promoção da saúde compreende assim a educação para a saúde. Como método, a promoção da saúde amplia a “tradicional” educação para a saúde pela ênfase que coloca no empoderamento dos agentes individuais e coletivos com vista ao aumento da sua capacidade de escolher e de decidir. É na estratégia educativa que a promoção da saúde assenta a racionalidade das escolhas informadas.

A educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas. É uma combinação de experiências de aprendizagem criadas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, tornando maior o seu conhecimento ou influenciando as suas atitudes.

A Educação para a Saúde, de acordo com Hockenberry et al. (2006), implica transmitir informação de forma compreensível para a população. Carvalho & Carvalho (2006) reforçam que não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, é necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.

As estratégias de promoção da saúde têm investido fundamentalmente nas mudanças de comportamento no sentido de adoção de estilos de vida saudáveis.

A promoção da saúde apoia assim o desenvolvimento pessoal e social, mediante a passagem de informação, a educação para a saúde e o desenvolvimento das competências para a vida. Desta forma, aumenta as opções disponíveis para que as pessoas façam opções que conduzem à sua saúde, exerçam portanto maior controlo sobre a sua própria saúde e sobre a saúde do ambiente que as rodeia, (WHO 1986).

O Enfermeiro é por excelência um dos profissionais de saúde que mais assume competências no âmbito da promoção da saúde global, a nível individual, familiar e comunitário, promovendo a mudança no sentido da obtenção de ganhos em saúde.

De acordo com Carvalho & Carvalho (2006) após Alma-Ata procurou-se esclarecer o centro da atenção da enfermagem, devendo este estar voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa, vista como um todo, inserida na família e comunidade interagindo com os profissionais de saúde.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), definidos pela Ordem dos Enfermeiros ([OE]), é salientada a importância do desempenho do papel de agente de

educação para saúde ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício profissional o enfermeiro ajuda os utentes a alcançarem o máximo potencial de saúde através de:

- Identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade;
- Criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis;
- Promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento;
- Fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente.

No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias da Carreira de Enfermagem, faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e que promovam o autocuidado do utente. Esta função aponta claramente para a realização de atividades de educação para a saúde.

Assim todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, neste sentido, o papel do enfermeiro passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento.

De acordo com Basto (2000) a educação para a saúde é uma estratégia para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade. Esta é fundamental nos idosos, e os enfermeiros têm um papel extremamente importante na ajuda para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e bem-estar, mediante a execução, a prática e o treino, de forma a torná-los o mais independentes possível.

2.3.1- Teoria de Organização Comunitária

Comunidade, de acordo com a OMS (1974), é um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns, os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, exhibe e cria normas, valores e instituições sociais. Sendo a comunidade um grupo de pessoas que vivem juntas, relacionam-se umas com as outras, e compartilham não só um ou outro interesse particular, mas todo um conjunto de interesses bastante amplos e completos para incluir as suas vidas.

A teoria de organização comunitária está inserida numa forma de intervenção social conhecida por desenvolvimento comunitário.

Segundo Carmo (2001) intervenção social é um processo social em que uma pessoa, grupo, organização, comunidade, ou rede social (sistema-interventor) se assume

como recurso social de outra pessoa, grupo, organização, comunidade, ou rede social (sistema-cliente) e com ele interage através de um sistema de comunicações diversificadas com o objetivo de o ajudar a suprir um conjunto de necessidades sociais, potenciando estímulos e combatendo obstáculos à mudança pretendida.

De acordo com fonte supracitada, o papel do interventor social, em qualquer processo de mudança planeada deve:

- Conhecer a cultura do sistema-cliente, assim como as suas principais especificidades (idade, género, estatuto social, particularidades étnicas e linguísticas, etc.).
- Conhecer-se a si próprio e exercer uma rigorosa autovigilância sobre os seus atos: só a partir desta autoscopia permanente é possível controlar a sua ação.
- Conhecer os principais elementos que integram o ambiente da intervenção (políticos, económicos e socioculturais), que lhe traçam um quadro de ameaças e de oportunidades estratégicas
- Estar atento a todos os elementos que configuram a interação decorrente do processo de intervenção social, nomeadamente os que integram os sistemas de comunicações. Nas comunicações feitas presencialmente o interventor deve estar atento às mensagens verbais e não-verbais e nas comunicações à distância torna-se indispensável que este saiba escolher os suportes de mediatização adequados (áudio, vídeo ou informático) e os canais de comunicação de que se vai servir (terceiras pessoas, correio, rádio, televisão, internet) de modo a evitar a ocorrência de filtros comunicacionais.

De acordo com Carmo (2001), baseado em Silva (1962), o desenvolvimento comunitário foi consagrado pelas Nações Unidas, em 1950, num documento intitulado: “O progresso social através do Desenvolvimento Comunitário”.

Carmo (2001), baseado em Ander-Egg (1980), refere que o desenvolvimento comunitário caracteriza-se como:

“Técnica social de promoção do homem e de mobilização de recursos humanos e institucionais, mediante a participação ativa e democrática da população, no estudo, planeamento, e execução de programas ao nível de comunidades de base, destinados a melhorar o seu nível de vida”.(2001:4)

Baseada em Ander-Egg (1980) e Baptista (1973), Carmo (2001) refere que o desenvolvimento comunitário estabeleceu-se como método complementar de intervenção social após a segunda guerra mundial face aos complexos problemas de desorganização social, injustiças e comportamentos desviados que emergiram, o que conduziu à conceção de um método de intervenção social mais vigoroso que os usados até então, de forma a criar sinergias através da cooperação entre o Estado e os escassos meios das comunidades locais.

Segundo esta autora as experiências de desenvolvimento comunitário foram-se multiplicando e diversificando por todos os Continentes em variadíssimos contextos,

Portugal não foi imune a este movimento, desde o final dos anos sessenta que se registam experiências de desenvolvimento comunitário.

Na década de oitenta Jack Rothman (1987) apontou para uma tipologia particularmente útil de práticas de intervenção comunitária, recorrendo ao critério dos estilos de intervenção, sugerindo a existência de três modelos:

- Modelo de desenvolvimento local, caracterizado por uma intervenção muito localizada (perspetiva microssocial), orientada para o processo de criação de grupos de autoajuda. O interventor assume um papel facilitador com uma forte componente socioeducativa;

- Modelo de planeamento social, caracterizado por uma intervenção de componente meso e macro mais acentuada, voltada para a resolução de problemas concretos, (orientação para o resultado). O interventor assume um papel de gestor de programas sociais;

- Modelo de ação social, caracterizado por uma intervenção de perspetiva integrada (macro, meso, micro), orientada para a alteração dos sistemas de Poder. O interventor assume um papel de ativista, advogado do sistema-cliente e negociador, aproximando-se da figura do militante. (Carmo, 2011)

O desenvolvimento comunitário assenta nos seguintes princípios:

- Princípio das necessidades sentidas - parte das necessidades sentidas pela população e não apenas das necessidades consciencializadas pelos técnicos;

- Princípio da participação - requer a necessidade do envolvimento da população no processo do seu próprio desenvolvimento;

- Princípio da cooperação - a colaboração entre sector público e o privado é determinante de eficácia nos projetos de desenvolvimento comunitário;

- Princípio da autossustentação - defende que os processos de mudança planeada devem ser equilibrados e sem ruturas, suscetíveis de manutenção pela população alvo e dotados de mecanismos que previnam efeitos perversos ocasionados pelas alterações provocadas;

- Princípio da universalidade - tem como alvo de desenvolvimento uma determinada população na sua globalidade e como objetivo a alteração profunda das condições que estão na base da situação de subdesenvolvimento.

O desenvolvimento comunitário no domínio da proteção da saúde das populações tem sido usado com êxito, essencialmente em três campos de atuação:

- No apoio a cidadãos fragilizados por condições de saúde particulares, nomeadamente: idosos, deficientes, doentes crónicos, doentes mentais, toxicodependentes, doentes terminais.

- Em programas de cuidados de saúde primários (instrumentos fundamentais da organização e do desenvolvimento das comunidades locais).
- Em instituições de cuidados de saúde diferenciados.

As teorias a nível comunitário visam mobilizar membros da comunidade e organizações, oferecendo estratégias que se adaptam em escolas, locais de trabalho, grupos comunitários, entre outros (National Institutes of Health, 2005). Quando são planeadas intervenções a nível comunitário, é necessário caracteriza-la e fazer um levantamento das necessidades de saúde ou problemas existentes. Devem ser utilizadas estratégias de intervenção que apelem a participação da comunidade que conduzam a avaliação e resolução de problemas de saúde ou sociais (National Institutes of Health, 2005).

A teoria de organização comunitária promove a capacitação do grupo comunitário pela mudança de comportamentos através da utilização de estratégias que permitam identificar problemas e mobilizar recursos que permitam atingir objetivos coletivos. Reporta-se ao empowerment (empoderamento), processo de capacitação do grupo, que consiste na aquisição de conhecimentos e aptidões com vista a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, pela modificação do ambiente ou comportamentos que sejam responsáveis por estilos de vida não saudáveis (National Institutes of Health, 2005).

O *empowerment* segue uma orientação com enfoque na capacidade e melhoria de competências, sendo considerada por Laverack e Labonte (2000) a abordagem que mais se adequa aos programas de intervenção comunitária, uma vez que se procura apoiar a comunidade na identificação de questões que são importantes e relevantes para suas vidas, e permitir-lhes desenvolver estratégias para a resolução dessas questões.

O envolvimento de parcerias é essencial para uma intervenção comunitária bem-sucedida e para que haja continuidade. Stanhope & Lancaster (1999), baseado em Dahl et al., referem que a maior parte das mudanças têm como meta a atingir melhorar a saúde da comunidade através de parcerias ativas com os habitantes da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas. A parceria é definida como a distribuição e redistribuição informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade.

De acordo com Trickett (2009) a intervenção comunitária destina-se a trabalhar em colaboração e parceria com as comunidades para abordar as preocupações locais ou expectativas de melhoria. A compreensão do contexto da comunidade é pré-lúdio de essencial importância.

2.4- ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Enfermagem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses ([REPE], 2012), é uma profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o seu ciclo vital e aos grupos sociais em que está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011) o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou grupo de pessoas (família ou comunidades). Neste âmbito, quer o enfermeiro, quer as pessoas, clientes que usufruem dos cuidados de enfermagem, possuem um quadro de valores, crenças e desejos de natureza individual, de acordo com as suas vivências. A relação terapêutica que o enfermeiro estabelece assenta numa parceria com pessoas e grupos, respeitando as suas capacidades, valores, considerando os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas.

A tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática. O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); planeia inerentes intervenções de Enfermagem que são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados, incorporando os resultados da investigação na sua prática (idem).

De acordo com o REPE, o enfermeiro é o profissional de saúde ao qual é atribuído e reconhecido competências de ordem científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais aos indivíduos, família e comunidade aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Em conformidade com o diagnóstico de enfermagem os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção.

O enfermeiro possui, deste modo, um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

No âmbito das suas competências o enfermeiro deve demonstrar um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimentos e na avaliação sistemática das melhores práticas,

permitindo uma tomada de decisão fundamentada. Demonstra uma prática assente na Deontologia profissional e nos referenciais legais.

Segundo a OE (2011), o enfermeiro assume o papel imprescindível nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade no trabalho pluriprofissional, arrogando a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal.

Em busca da melhoria contínua da qualidade dos seus cuidados, o enfermeiro também participa em programas de melhoria da qualidade, atuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas. Aposta na formação contínua, adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação. Deve procurar manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas (idem).

Um enfermeiro especialista, segundo OE (2010), está habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem. O título profissional que lhe é atribuído reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Possui:

“...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 (OE, 2010:2).

O conjunto de competências clínicas especializadas decorre assim do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e em competências específicas.

Em qualquer área de especialidade todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, consideradas competências comuns. São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (idem).

A atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve as dimensões da educação dos indivíduos, famílias, grupos e comunidade; orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de interpretar, difundir e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

A especialidade de enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem -se em novas

necessidades de saúde. Por inferência do seu conhecimento e experiência clínica, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, possuindo elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, segundo a OE (2010), são as seguintes:

- Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o 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 (a desenvolver no próximo ponto).
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, ou seja, promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivo.
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico constituindo um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde/doença.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada, considerando as competências específicas supracitadas, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública participa na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, promovendo a capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

O Enfermeiro com esta especialidade intervém em múltiplos contextos, garantindo o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, designadamente a grupos sociais com necessidades específicas, resultantes de contextos estigmatizados por condições economicamente desfavoráveis ou por outras diferenças.

No âmbito desta especialidade evidenciam-se assim atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de

determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelece as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (OE, 2010).

Os enfermeiros ao trabalharem junto com as populações assumem um papel fundamental na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado. O cumprimento desta aspiração exige profissionais competentes e hábeis para mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem a aquisição de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade de cada comunidade.

2.4.1- Planeamento em Saúde

As organizações de saúde são confrontadas atualmente com desafios e exigências para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde. Para tal torna-se fundamental adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), o diretor geral da OMS, durante a 3ª Assembleia Mundial, considerou que o planeamento em saúde é um instrumento que oferece aos países um meio útil e prático, não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de traduzirem numa ação correta do desenvolvimento no domínio da saúde. Para estes autores planeamento em saúde é como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real” (1993:21), e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”. (1993:21)

Para Tavares planear em saúde é

“um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas: essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.” (1990:29)

Este autor afirma que

“através de um planeamento de saúde bem concebido e eficaz poder-se-á, no entanto, conseguir uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos, derivada de uma necessidade de redução de recursos, para com eles beneficiar regiões menos favorecidas”. (Tavares, 1990:16).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos, endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados. Para estes autores o planeamento em saúde deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação, tal como se pode observar na figura nº3.

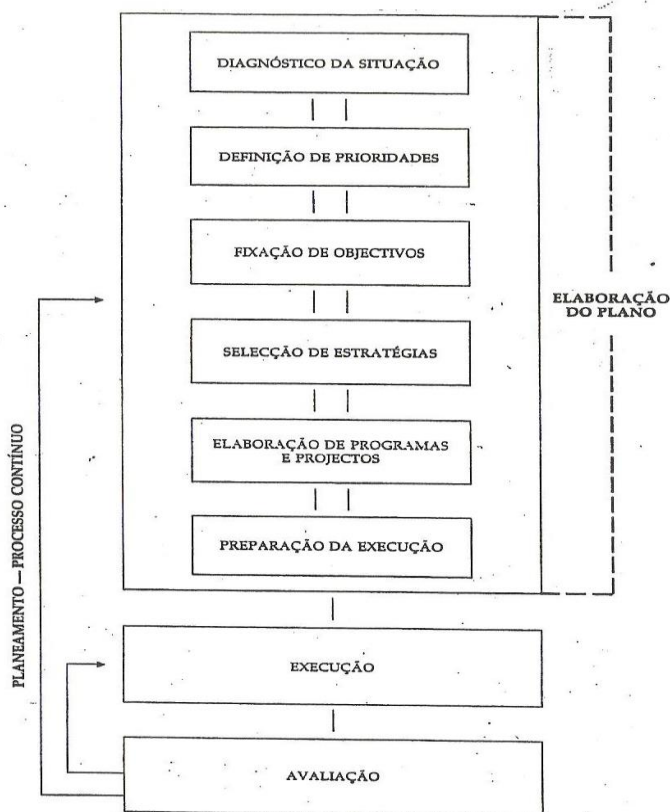


Figura nº 3 - Principais etapas no processo de planeamento da saúde
Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993.

O Planeamento em Saúde não deve ser entendido como inalterável, mas sim como um processo contínuo e dinâmico. Pode ocorrer mudanças em qualquer fase do processo uma vez que “ não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída (...) será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la”, no entanto a primeira etapa será sempre o diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993:28).

Considerando a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes o diagnóstico da situação funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir

do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades“ (1993:44). Para estes autores “a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades” (1993:44).

De acordo com Tavares (1990) a fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de modo a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento.

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, Imperatori & Giraldes referem que “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades” (1993:44).

Segundo Tavares (1990), a definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) quando acontece a definição de prioridades deve-se ter em conta o horizonte do plano, ou seja, o tempo ou momento-limite que estamos a prever a nossa intervenção e também a área de programação, em que se dissociam as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados são definidos critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Segundo Tavares “ determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.” (1990:101)

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), baseados em Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965), são sugeridos três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente:

- Magnitude, que consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão.
- Transcendência, isto é, a ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes.
- Vulnerabilidade, ou seja, a possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área.

Para além destes critérios, Imperatori & Giraldes (1993) referem-se a outros, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos.

De acordo com Tavares (1990) há a salientar ainda critérios de conhecimento da relação entre o problema e os fatores de risco (a referida vulnerabilidade), a gravidade do problema e a exequibilidade.

Segundo Nutt (1984), citado por Imperatori & Giraldes (1993), quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Cumprida a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades segue-se para a etapa seguinte do planeamento em saúde, a fixação de objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. É nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com fonte supracitada a fixação de objetivos quantificados é indispensável à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.

A fase seguinte passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993:87).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior. É fundamental fazer uma estimativa dos recursos a utilizar, caso se considere que os recursos são insuficientes, haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder à revisão de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1990:30)).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

A fase de preparação da execução especifica a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Para Imperatori & Giraldes (1993) a preparação da execução é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação.

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o impacto ou o resultado a cumprir).

Segundo Tavares a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (1990:205).

Terminado todo o processo, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. De acordo com Imperatori & Giraldes “ terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo” (1993:30).

As modificações ocorridas na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de atuação profissional da saúde apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades das populações.

O desenvolvimento do corpo de conhecimentos que alimenta essa prática foi construído no sentido de reagir a esse desafio com o grande contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, que pela via da formação adquiriram competências científicas, técnicas e relacionais colocadas ao serviço das boas práticas.

Tal como referido e desenvolvido no ponto anterior, e de acordo com a OE (2010), no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2010) o enfermeiro, com inerente especialidade, ao proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde, variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde; identifica os determinantes dos problemas em saúde e as necessidades de grupos ou de uma comunidade; estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde dessa comunidade; utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde; demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde, sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde; disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade e também define o perfil de saúde da comunidade.

Ao estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade, o enfermeiro com a especialidade patente, utiliza critérios objetivos que permitem definir quais as principais prioridades em saúde; integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de

uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde e utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objetivos e estratégia.

Em conformidade com as etapas do planeamento em saúde, este enfermeiro prossegue a enunciar objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde determinadas. Ao definir os objetivos, estes devem ser mensuráveis para que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. Deve também criar estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos. Promove a coparticipação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objetivos operacionais, considerando aquando a elaboração das estratégias os recursos disponíveis e os aspetos socioculturais da comunidade (OE, 2010).

Neste âmbito, o enfermeiro enceta e estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. Cria, planeia e implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos, atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção, mobilizando responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos, promovendo o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projetos de intervenção (idem).

Segue-se a última fase do planeamento em saúde: a avaliação dos programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. Nesta fase é monitorizada a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. Procede-se à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política e à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida. É atualizado o perfil de saúde e utilizado como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região, o que é essencial para a cariz de continuidade e dinamismo do planeamento em saúde (idem).

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- ESCOLHA DA POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTÁGIO

A evidência do envelhecimento em Portugal apresentar números tão alarmantes fundamenta a importância de se determinar esta realidade, cada vez mais proeminente, sobretudo nas regiões do interior do país, como é o caso do Alentejo, cuja população com idade igual ou superior a 65 anos regista atualmente 24%, superando de forma inquietante as previsões supracitadas para 2020.

Como profissional de saúde, enfermeira em cuidados de saúde primários, também numa região do interior do país, com inquietudes comunitárias análogas, não me é indiferente esta complexa realidade.

Neste sentido, e no âmbito do mestrado em enfermagem comunitária com especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, decidi desde logo que o trabalho a desenvolver seria na área do envelhecimento. O Contexto que me pareceu mais apropriado, assertivo e promotor das aprendizagens e competências a que me proponho foi o Distrito de Portalegre, o qual também é parte integrante de uma das regiões mais envelhecidas do país: o Alto Alentejo.

Dos 15 concelhos que constituem o distrito de Portalegre, capital do Alto Alentejo, a eleição de Ponte de Sor foi justificada tendo por base vários aspetos, designadamente:

- Ser o terceiro concelho do distrito com mais população. De acordo com os Censos 2011, possui 16722 residentes, apenas ultrapassado por Elvas com 23078 e Portalegre com 24930 (o número de residentes com 65 ou mais anos é diretamente proporcional).
- Atrair atenções académicas para outra população que não a de Portalegre, uma vez que esta tem sido alvo de um maior número de estudos em comparação com Ponte de Sor.
- A localização geográfica do Concelho e a proximidade também foi considerada, pois este estágio foi desenvolvido em mútua colaboração e complementaridade por cinco mestrandas residentes e com local de trabalho respetivamente em Sardoal, Santarém, Torres Novas, Abrantes e Lisboa, tratando-se, portanto, do Concelho do Distrito de Portalegre mais próximo a estas localidades.

Demarcar a população a intervir foi o passo seguinte. Foram recolhidos e analisados os dados dos Censos 2011 relativamente ao número de habitantes residentes e da população com 65 ou mais anos por cada Freguesia do Concelho, bem como a localização das mesmas.

Considerando os prazos para realização deste trabalho e os recursos existentes, as Freguesias com maior número de habitantes com 65 ou mais anos foram excluídas. O critério de seleção seria uma Freguesia que tivesse um número médio de residentes com estas características, tendo-se destacado as Freguesias de Foros de Arrão, com 321 habitantes; Longomel, com 375 habitantes e Tramaga, com 350 habitantes.

Tramaga surgiu então como freguesia de eleição, pois além do número de habitantes com 65 ou mais anos ser o pretendido para este estudo, é a que está mais próxima do centro da cidade de Ponte de Sor.

O facto de Tramaga ser uma das Freguesias mais jovens do Concelho, também contribuiu para a sua seleção, pois permite um horizonte temporal mais alargado para as possíveis intervenções e estratégias de promoção de saúde e prevenção de doença a adotar no futuro com base nos conhecimentos adquiridos nesta fase.

Um outro aspeto preponderante para a escolha desta Freguesia foi o fato de uma das colegas mestrandas, integrante neste estágio, ser natural desta freguesia, funcionando como elemento facilitador e integrador.

Feita inquirição prévia a alguns professores, enfermeiros da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Ponte de Sor e o enfermeiro coordenador para os Cuidados de Saúde Primários da ULSNA, a decisão pela intervenção comunitária nesta Freguesia ficou tomada.

1.2- CONCELHO DE PONTE DE SOR

1.2.1- Situação territorial e acessibilidade

Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do Distrito de Portalegre, na região do Alentejo e na sub-região do Alto Alentejo. Foi elevada à categoria de cidade a 8 de Julho de 1985.

A cidade de Ponte de Sor dista da capital distrito 62.1km. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num relevante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

Ponte de Sor é limitada a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes. Dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes. É constituído pelas freguesias de Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº 4). Recentemente, com a reorganização das juntas de freguesia, as últimas três foram agrupadas e formaram a união das freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

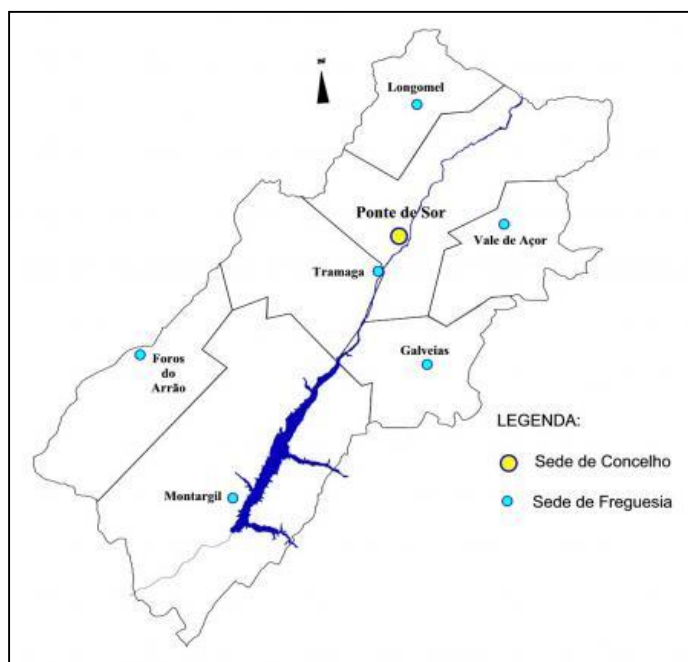


Figura nº 4 - Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

1.2.2- Situação sociodemográfica

Em termos sociodemográficos é possível observar, com o auxílio do quadro n.º 1, a distribuição dos habitantes pelas respetivas freguesias do concelho de Ponte de Sor. É possível constatar que cerca de 54% da população reside na sede de concelho, 14% na freguesia de Montargil, 9% na Tramaga e restante população divide-se pelas remanescentes freguesias.

No que respeita à população com 65 e mais anos, também constante no quadro n.º 2, verifica-se que, excetuando as freguesias afetas à União de freguesias (Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor), todas as outras têm percentagens entre 30 e 36%.

É também possível observar as distâncias das freguesias à sede de concelho, sendo que Foros de Arrão com cerca de 4% da população é a que está mais isolada a 31.8 Km, seguida de Montargil 27 Km, as restantes abaixo de 13.4 Km.

	Habitantes	Habitantes ≥ 65 anos		Distância do Concelho (km)
		Habitantes	%	
Foros do Arrão	919	321	34.93%	31.8
Galveias	1061	383	36.10%	13.4
Longomel (Vale do Arco, Rosmaninhal, Escusa e Tom)	1228	375	30.54%	9.5
Montargil	2316	791	34.15%	27
Ponte de Sor	8958	1868	20.85%	-----
Vale de Açor	698	198	28.37%	9.5
Tramaga	1542	350	22.7%	3

Quadro n.º 2 – Caracterização demográfica do concelho de Ponte de Sor por freguesias.
Fonte: Censos 2011

1.2.3- Situação socioeconómica

Em termos socioeconómicos o Concelho da Ponte de Sor destaca-se sobretudo no setor corticeiro, das abundantes florestas de sobreiros da região, é atualmente uma referência para a indústria corticeira mundial. Contudo, o seu tecido industrial integra também outras empresas de relevante destaque, designadamente ligadas ao ramo automóvel, aeronáutico, transformação de produtos agrícolas, construção civil.

Rodeado de natureza generosa, este concelho situado na extensa região Alentejana, bem na junção com a anterior região Ribatejana, é caracterizada pelas lezírias do Sor, grandes campos de cultivo que circundam a cidade de Ponte de Sor. Destaca-se a grande Barragem de Montargil que atrai inúmeros visitantes pelas suas boas condições para a prática das mais diversas atividades, e também pela existência de boas infraestruturas turísticas.

Ponte de Sor orgulha-se do seu tradicional artesanato, nomeadamente em peças cortiça, mármore decorativo, a cestaria em vime e também diversos trabalhos em madeira.

Este concelho é o exemplo de que a tradição e o desenvolvimento convivem em harmonia, abonado de diverso associativismo, possui bastante afluência na área do comércio e serviços.

1.2.4- Infraestruturas e Rede Social

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, peculiarmente da população idosa e com escassos recursos

financeiros, pois considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e constituir-se como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de Abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta ligada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social surgiu da vontade de intervir na comunidade pontessorensis. A sua missão tem por base desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

Esta Associação desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podem contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, 'Ateliês à medida' para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial notoriedade e que está a ser desenvolvido por esta Associação é o "Projeto Solidão Acompanhada". O seu principal objetivo é minimizar a solidão em que muitos idosos e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações. São visados sobretudo para fazer companhia, conversar e escutar e podem ainda, pontualmente, realizar pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta Associação, no decorrer dos últimos anos, afirmou-se em Ponte de Sor e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, designadamente ao nível da regeneração das famílias, formação pessoal e social de crianças e jovens, envelhecimento ativo e feliz, encontro das gerações, transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Para coadjuvar a superar dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, nomeadamente: almoço de idosos do Concelho; Projeto 'Porta a Porta', Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O almoço de idosos do Concelho é uma atividade clássica, trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O serviço 'Porta a Porta' visa prestar apoio aos idosos do Concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de

saúde, a população idosa depara-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária que começam dentro da própria habitação. Este serviço foi criado pelo Município em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destina-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso inscreve-se na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como substituição de lâmpadas, reparação de portas e janelas, limpeza e montagem de esquentadores, uma torneira que pinga, pequenos arranjos, tantas outras situações análogas que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida. O beneficiário pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor é uma iniciativa de comunicação, com periodicidade trimestral, visa sobretudo a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, particularmente relacionadas com a rede de Centros Comunitários, Universidade Sénior, fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, assim como temáticas relevantes no âmbito da saúde.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto CIDADES, projeto criado em torno do conceito 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas', concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto CIDADES, é promovido pela Associação VIDA, é cofinanciado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas' pretende identificar práticas e serviços em Portugal que facilitam o dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos permitindo aos municípios a possibilidade de conferirem os níveis de satisfação da sua população sénior relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra também o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais

equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas propõe soluções e constitui simultaneamente um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo trajetos inteiramente acessíveis.

Existem várias instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários, com valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Quanto a lares de idosos existem várias Instituições em todo o concelho. A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor exerce funções de apoio social desde 1978, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo, Lar Residencial da Ponte, Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social. Existe ainda de carácter privado o Lar a Magnólia.

Está também prevista inauguração de um novo Lar de idosos em Ponte de Sor com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa primeira fase o serviço de apoio domiciliário ficará em suspenso, uma vez que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

A freguesia de Galveias têm um lar de idosos e um centro de acamados e as freguesias de Foros de Arrão e Montargil têm também um lar de idosos.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, designadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, designadamente a promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade; o fortalecimento de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade; coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados

à implementação dos vários programas parcelares e fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permite à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no desígnio de dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, o que vem permitir a obtenção de ganhos elevados de eficiência para todos os interventores, sobretudo para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura nº 5).



Figura nº 5 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.
Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR.

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).

O Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança, é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que tem como objetivos:

- Garantir as condições de segurança e tranquilidade das pessoas idosas (apoio à camada da população mais desfavorecidas/vulneráveis, como é o caso dos idosos, especialmente os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais mais ativos);

- Promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população;
- Ajudar a prevenir situações de risco.

Ao procederem ao levantamento exaustivo dos idosos a viverem isoladamente, foram referenciadas pequenas comunidades e elaboradas listas de instituições públicas e privadas diretamente ligadas ao apoio que a estes deve ser conferido, através de:

- Reforço de policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos;
- Criação de uma rede de contactos diretos e imediatos entre os idosos a GNR, em caso de necessidade;
- Colaboração com outras entidades que prestam apoio à terceira idade.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor a preocupação com estas temáticas é evidente. Segundo o Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor são efetuados anualmente os Censos Sénior, cujo principal objetivo é identificar os idosos que vivem sós e em situação de maior vulnerabilidade. Estes dados não são estanques, pois são permanentemente atualizados.

No decorrer de 2013, a nível do concelho de Ponte de Sor, foram identificadas 450 situações de idosos que vivem sós, sem apoio de familiares.

Concretamente na Freguesia de Tramaga, no decorrer deste ano, foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade.

Quando são detetadas situações de risco de vida eminente do Idoso, estas são devidamente sinalizadas para as Instituições de Apoio Social do concelho/distrito.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor, dois militares desempenham funções específicas na área dos programas especiais, no entanto as patrulhas de vigilância dos idosos são efetuadas por todos os militares de acordo com a disponibilidade dos mesmos, ou seja, não está calendarizado mensalmente os dias do patrulhamento, mas a mesma é efetuada assiduamente.

Anualmente são efetuadas várias ações de sensibilização cujo público-alvo são os idosos, onde são abordadas temáticas de superior relevância, designadamente burlas,

prevenção da criminalidade e prevenção de incêndios florestais. São também fornecidos folhetos com informações úteis, assim como cartões com o contacto telefónico da GNR.

Esta área de intervenção comunitária é muito significativa para os militares da GNR, estando continuamente a ser monitorizada e melhorada.

1.2.5- Recursos de saúde

No âmbito da saúde o concelho de Ponte de Sor tem como hospital de referência o Hospital Dr. José Maria Grande (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE), localizado em Portalegre, a cerca de 60 km.

O Centro de Saúde de Ponte de Sor, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE) possui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem Extensão de Saúde.

O Centro de Saúde de Ponte de Sor pretende prestar cuidados de saúde de excelência no atendimento ao cidadão, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, privilegiando o trabalho em equipa multidisciplinar, a permanência do utente na família e na comunidade, dedicando especial atenção aos cidadãos/grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco. A sua missão passa por:

- Promover o potencial de saúde de todos os cidadãos da sua área de influência, ou que a ele recorram, responsabilizando-os e capacitando-os para serem os maiores responsáveis pela sua saúde (prevenção primária);
- Identificar as necessidades em saúde/doença da comunidade e dar-lhe uma resposta integrada e de qualidade, minimizando o seu impacto negativo na vida do cidadão (prevenção secundária).
- Promover a sua rápida recuperação e integração na vida ativa (prevenção terciária);
- Proporcionar aos doentes, com doença incurável, a melhor qualidade de vida possível, nas diferentes fases da doença;
- Responder com qualidade e adequação às situações de urgência/emergência, que ocorram ao SUB, sejam elas da sua área de influência, ou não;
- Os cuidados de saúde serão sempre prestados garantindo o respeito e a preeminência da pessoa, assegurando a equidade e a excelência dos cuidados

O Centro de Saúde deste Concelho tem como objetivos:

- Contribuir para a obtenção de ganhos em saúde na comunidade que serve;
- Promover a saúde, a sua vigilância, o diagnóstico tão precoce quanto possível das situações de doença, o seu tratamento e reabilitação, programando e planeando a

prestação de cuidados e as atividades específicas dirigidas ao cidadão, à família e à comunidade, sobretudo aos grupos mais vulneráveis;

- Garantir a humanização dos cuidados;
- Garantir os direitos dos utentes;
- Melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços;
- Melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da organização dos serviços;
- Valorizar os recursos humanos, pedra fundamental da Instituição, pugnano pela sua formação contínua;
- Promover e gerir processos de mudança e de inovação na prestação de cuidados;
- Manter o trabalho em equipas multidisciplinares, que garantam a prestação de cuidados de proximidade e qualidade aos utentes;
- Investir na educação para a saúde, visando a promoção de estilos de vida saudáveis, que possibilitem ganhos em saúde e permitam a prevenção da doença;
- Assegurar as atividades de Saúde Pública;
- Promover as atividades de Saúde Escolar, garantindo à equipa responsável os meios adequados ao cumprimento dos seus objetivos;
- Participar na formação pré e pós – graduada de novos profissionais do sector;
- Assegurar o atendimento no Serviço de Urgência 24 horas por dia, todos os dias do ano, garantindo a qualidade e a adequação à procura, quer nos recursos humanos, quer nos equipamentos disponíveis.

O Centro de Saúde de Ponte de Sor primando pela excelência no atendimento ao cidadão e abertura à comunidade possui um jornal digital denominado "SORSAÚDE", um espaço onde são partilhados conhecimentos através de publicação de artigos, informações úteis no âmbito da saúde, e onde cidadão pode comentar e divulgar informações, cujo endereço é <http://sorsaude.blogspot.pt/>.

1.3- FREGUESIA DE TRAMAGA

A freguesia de Tramaga derivou da freguesia de Ponte de Sor, foi fundada por Decreto-Lei a 11 de Junho de 1993. Muito recentemente, face à reorganização das freguesias, fundiu-se de novo a Ponte de Sor e Vale de Açor formando a união das freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

Tramaga dista do concelho cerca de 3 Km. Tem os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da

ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, confrontando-se também a poente com Foros de Arrão. Esta freguesia fica próxima da ribeira do Sor e do ribeiro do Padrão ou das Ónias, foi conhecida durante muito tempo como aldeia da "Água de Todo o Ano".

No ano de 1864, segundo os registos históricos, já existia esta povoação, com o nome de Água de Todo o Ano, tendo 11 fogos e 40 pessoas. Na época esta pequena aldeia era atravessada pela antiga e movimentada estrada de Montargil.

A freguesia de Tramaga a nível de património local apresenta um curioso conjunto de três moinhos hidráulicos de rodízio, localizados nas margens do rio Sor, entre Sobreira e Tramaga. Pensa-se que tenham sido construídos no século XIII, pois são construções bastante antigas, feitos em pedra e argamassa com coberturas abobadadas. Estes exemplares recordam o trabalho de dezenas de gerações de moleiros que, outrora, faziam a farinha para os seus clientes. Merece ainda menção a Igreja Matriz e a Capela do Monte Velho (Capela do Senhor da Fonte Santa).

Atualmente Tramaga conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população. De acordo com dados dos Censos de 2011 esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, logo uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor.

O Quadro n.º 3 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 Anos	199	12,9%
15-24 Anos	168	10,9%
25-64 Anos	825	53,5%
65 Ou mais anos	350	22,7%
Total	1542	100%

Quadro nº 3 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o 'Carnaval de Tramaga' e as 'Marchas Populares de Tramaga'. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for exequível.

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária, com especial destaque:

- Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.
- Incentivo à frequência de atividades desportivas, assegurando transporte para os idosos frequentarem hidroginástica na Ponte de Sor.
- Anualmente é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, gratuito e com animação musical. Este é um almoço que acontece há muitos anos e que é bastante apreciado pelos idosos da Freguesia.
- Anualmente organiza um passeio de idosos à praia, também gratuito, sendo o principal objetivo o convívio entre estes
- Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades, nomeadamente existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados para posteriormente exporem esses trabalhos nas Festas da Cidade de Ponte de Sor e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, e iniciou funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente conta com 16 funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social. Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos, 37 em regime de centro de dia e 49 em apoio domiciliário.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

CAPÍTULO III – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1- INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS DA FREGUESIA DE TRAMAGA

As modificações ocorridas na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de atuação profissional da saúde invocam a uma preocupação aditada com o desenvolvimento profissional, particularmente dos enfermeiros, de tal modo que urge a necessidade de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades das populações e deste modo a aquisição de novas competências científicas, técnicas e relacionais que demonstrem as melhores práticas.

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, perante a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, o enfermeiro especialista realiza o planeamento em saúde, de acordo com as diferentes etapas.

É de referência que uma intervenção na área da saúde deve privilegiar sempre, no seu planeamento, a metodologia do planeamento em saúde.

Tendo por base a temática do envelhecimento, foi então foco para intervenção a população da Freguesia de Tramaga com 65 ou mais anos, em conformidade com a metodologia do planeamento em saúde.

1.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação, tal como já foi referido no referencial teórico, é o primeiro passo no processo de planeamento em saúde, funciona como a 'justificação das atividades' e como padrão de comparação no momento da avaliação. Deve corresponder às necessidades da população destinatária e é o ponto a partir do qual é mensurado o avanço alcançado com as atividades.

Neste âmbito foi desenvolvido o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, que decorreu no Estágio I (Unidade Curricular do 2º semestre do 1º ano deste mestrado).

O Diagnóstico de Saúde teve como objetivo geral identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga. Como objetivos específicos pretendeu caracterizar as condições sociofamiliares, económicas e habitacionais dos idosos; avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diárias ([AVD's]), Atividades Instrumentais de Vida Diária ([AIVD's]), risco associado à idade; e avaliar sintomas depressivos.

Tratou-se de um Diagnóstico de Saúde de índole quantitativo, exploratório-descritivo, cujo instrumento de colheita de dados foi o questionário: 'necessidades de saúde da população com idade \geq 65 anos de Tramaga' (consultar apêndice I), adaptado do RNAR_75 (Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em pessoas idosas de idade igual ou superior a 75 anos). Este questionário foi realizado presencialmente, porta a porta, cujo preenchimento do questionário ficou à responsabilidade do inquiridor.

Foi possível obter uma imagem da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga e caracterizá-la na sua especificidade.

1.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da Freguesia de Tramaga

De acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde, salienta-se neste ponto o perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da Freguesia de Tramaga, isto é, o afunilar do diagnóstico, direcionado na sua essência, para a caracterização da situação potenciadora de problemas de saúde, e neste sentido facilitar a determinação das necessidades e fatores de risco desta população.

Trata-se de uma população caracterizada por 'grandes idosos', cuja média de idades é de 76 anos e a moda 74 anos, em que 24,5% dos idosos tem entre 78 e 83 anos e 17,2% idade superior a 83 anos.

O quadro que se segue evidência e lista os problemas diagnosticados nesta população.

	Problemas
I	Elevada taxa de iliteracia.
II	Género maioritariamente feminino, existem mais mulheres que vivem sós e com estado civil viúvo do que homens.
III	A maioria dos idosos vivem apenas com outra pessoa, que geralmente é o cônjuge, a média de idades é 70,45, e a moda 73 anos.
IV	Cerca de 25,5% dos idosos vivem sós (maior representação entre os 78 e 83 anos).

V	A maioria dos idosos vive com dificuldades económicas.
VI	Cerca de 5,9% dos idosos habitam em locais isolados.
VII	Cerca de 17,2% dos idosos não possuem sistema de esgotos.
VIII	A maioria dos idosos possui banheira, apenas 40% possui poliban.
IX	A maioria não possui tapetes antiderrapantes.
X	Cerca de 32,8% dos inquiridos possuem obstáculos na circulação nos seus domicílios.
XI	A maioria dos idosos tem necessidades de ajuda que é suplantada pelos familiares que não coabitam. Nos casos onde a frequência da necessidade é maior, são os familiares que coabitam que prestam ajuda (cônjuges, também idosos).
XII	Nas AIVD os idosos do sexo masculino são mais dependentes que os do sexo feminino. A maioria dos mais dependentes tem idade superior a 83 anos.
XIII	Nas AVD (índice de Katz) a maioria dos idosos são independentes, 5,9% são dependentes em todas as funções. Nas classes etárias mais avançadas observaram-se valores do Índice de Katz mais elevados. Nestas quando precisam de ajuda é o familiar que coabita quem mais ajuda (cônjuges, também idosos).
XIV	Cerca de 31,9% dos idosos são compatíveis com depressão e 21,8% com depressão grave. O sexo feminino é quem apresenta valores mais elevados, assim como quem estabelece relações sociais só com vizinhos/amigos e vive numa habitação isolada.
XV	Cerca de 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade, ou seja com risco aumentado de comorbilidade, e 23,1% em obesidade classe I que se traduz em risco moderado de comorbilidade.
XVI	De acordo com o perímetro abdominal a maioria dos idosos apresenta risco muito elevado de comorbilidade, sendo bastante mais acentuado no sexo feminino.
XVII	A maioria dos idosos faz polimedicação (moda 4 e a média 4,9/dia). Associada e diretamente proporcional ao Índice de Comorbilidade de Charlson.
XVIII	Cerca de 31,4% dos idosos referem quedas nos últimos 6 meses, com maior tendência para as mulheres e idosos com menor capacidade de mobilização.
XIX	A maioria dos idosos tem distúrbio sensorial na visão e 37,6% dos idosos afirmaram ter problemas de audição.
XX	De acordo com o Índice de Comorbilidade de Charlson todos os idosos se encontram com presença de comorbilidade, 89,7% com comorbilidade severa e 10,3% comorbilidade moderada. Este índice também está diretamente proporcional ao aumento das classes etárias.
XXI	Patologias mais referenciadas foram a hipertensão arterial, dislipidémia,

	Osteoarticulares e Reumatológicas, Diabetes e Insuficiência Cardíaca.
XXII	A maioria dos idosos hipertensos e diabéticos não vigia/monitoriza a sua tensão arterial e glicémia, nem faz vigilância do pé diabético. Nos últimos 6 meses recorreram aos cuidados de enfermagem 45,8% dos idosos.

Quadro n.º4 - Problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga.

1.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Como tem vindo a ser referido, o diagnóstico constitui a primeira etapa do planeamento, mas está diretamente relacionado com a fase seguinte, a escolha de prioridades.

Segundo Imperatori e Giraldes,

“a qualidade e perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades. Será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades.” (1993:44)

No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita na etapa de definição de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Segundo o referencial teórico inerente ao planeamento em saúde, para hierarquizar os problemas de saúde detetados são definidos critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação, mas uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros. Poder-se-á intervir numa segunda ou terceira prioridade oportunamente.

Assim quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção ou triagem que permite aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Considerando a lista dos problemas apresentados no ponto anterior, evidenciam-se vários problemas cuja base problemática é comum, ao agrupá-los verifica-se uma redução do número de problemas, previamente à necessidade de recorrer aos critérios e métodos de priorização. O Quadro n.º 5 ilustra respetivas correspondências aos problemas anteriores.

De acordo com revisão teórica, os critérios modelares para a definição de prioridades são a magnitude, transcendência e vulnerabilidade, são também apontados a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população, fatores económicos, gravidade do problema e exequibilidade.

	Problemas	Correspondência
A	Iliteracia	I
B	Viver só	II, IV,
C	Isolamento da habitação	VI
D	Dificuldades económicas	V
E	Quedas (Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais)	IX, X, XI, XIX, XX
F	Sem rede de esgotos	VII
G	Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos.	III, XII,XIII, XIV,
H	Classificação de depressão e depressão grave	XV
I	Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I	XVI
J	Polifarmácia	XVIII
K	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / comorbilidade severa atribuída pelo ICC	XVII, XXI
L	Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca	XXII, XXIII

Quadro n.º5 - Problemas diagnosticados na população com 65 e mais anos da freguesia de Tramaga – versão reduzida.

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64).

Atendendo ao fator tempo-limite para a intervenção e considerando que seria incomportável a utilização de todos os critérios supracitados, foram selecionados essencialmente: a vulnerabilidade, exequibilidade, gravidade do problema e fatores económicos. De reforçar também que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve utilizar critérios objetivos que permitem definir quais as principais prioridades em saúde e integra, na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade, as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.

Deste modo e considerando as várias técnicas existentes para determinação de prioridades, como são exemplos: triagem simples, grelha de análise, método CENDES/OPS, comparação por pares, método de Hanlon, DARE, SIMPLEX, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993), foi selecionado o de comparação de pares, por se tratar de uma abordagem prática. Cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante, neste caso, o critério ‘importância’ engloba: a vulnerabilidade,

exequibilidade, gravidade do problema, fatores económicos e orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, desenvolvidas no presente referencial teórico.

Para cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo assim possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo o mais importante (Tavares, 1990).

Assim com o quadro n.º 6 demonstra-se a técnica de comparação de pares para ordenação de prioridades, sendo o valor final o número de vezes que o problema foi escolhido e a ordem a classificação ordinal.

	Problemas	Comparação por pares	Valor final	Ordem
A	Iliteracia	A A A A A A A A A A B C D E F G H I J K L	3	8º
B	Viver só	B B B B B B B B B B C D E F G H I J K L	5	6º
C	Isolamento da habitação	C C C C C C C C C C D E F G H I J K L	4	7º
D	Dificuldades económicas	D D D D D D D D D D E F G H I J K L	0	11º
E	Quedas (Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais)	E E E E E E E E F G H I J K L	10	1º
F	Sem rede de esgotos	F F F F F F F F G H I J K L	2	9º
G	Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos.	G G G G G G H I J K L	1	10º
H	Classificação de depressão e depressão grave	H H H H H I J K L	9	2º
I	Idosos classificados com pré- obesidade e obesidade I	I I I I J K L	7	4º
J	Polifarmácia	J J J J K L	6	5º
K	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade	K K K K L	10	1º

	severa atribuída pelo ICC			
L	Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca	--	8	3º

Quadro n.º 6 – Comparação por pares.
(adaptada com base em Imperatori & Giraldes, 1993).

Considerando a comparação de pares e os primeiros dez problemas, obteve-se a seguinte ordem de prioridades, descrita no quadro n.º 7.

Ordem de prioridade	Problemas
1º	Quedas (Banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)
	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / comorbilidade severa atribuída pelo ICC
3º	Classificação de depressão e depressão grave
4º	Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
5º	Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
6º	Polifarmácia
7º	Viver só
8º	Isolamento da habitação
9º	Iliteracia
10º	Sem rede de esgotos

Quadro n.º 7 – Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares.

1.3- FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a priorização dos problemas a intervir segue-se para a etapa seguinte do planeamento em saúde, a fixação de objetivos em relação a esses problemas, determinando também o período de tempo.

Para a fixação de objetivos é indispensável que sejam quantificados para possibilitar a avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), nesta fase há quatro aspetos a considerar, designadamente a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, também a determinação da tendência desses problemas, a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Como se sabe os indicadores de saúde são a relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco. Existem dois tipos de indicadores, os de resultado ou impacto e os de atividade ou execução. O primeiro permite medir a alteração verificada num problema de saúde ou dimensão atual do problema e o segundo permite medir a atividade desenvolvida visando atingir um ou mais indicadores de resultado.

Pretendia-se, neste contexto, contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; promover o seu empowerment para a adoção de estilos de vida saudáveis e ambiente capacitador da autonomia e independência.

Considerando as condições existentes na realização deste trabalho, em termos de espaço de tempo e dimensão das atividades implementadas, não é possível traduzir a evolução da tendência em indicadores de resultado ou impacto, porque as atividades foram realizadas num espaço de tempo curto (inferior a um ano), não sendo portanto possível avaliar os ganhos em saúde a longo prazo. Apenas são quantificadas atividades, de acordo com a consecução das metas definidas, presumindo apenas que ocorrerão mudanças de comportamento na população abrangida nas atividades.

Neste contexto foram considerados objetivos gerais de ambição adequada ao tempo de intervenção, designadamente:

- Sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga;
- Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment.

Como objetivos específicos apresentam-se os quadros seguintes, onde também estão contempladas as metas e indicadores de atividade/execução.

O Quadro n.º 8 apresenta os objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade: Reunião com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar, até final de Novembro 2013, o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia da Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor sobre problemas prioritizados no diagnóstico de saúde realizado na Freguesia da Tramaga e a necessidade de intervenção para minimização/resolução dos mesmos.</p>	<p>- Apresentar ao Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia 8 propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; 2- Funcionário da autarquia (com formação desportiva) deslocar-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos; 3- Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); 4- Rampas de acesso em casas de idosos/via pública; 5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia; 6- Teleassistência; 7- Projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever; 8- Rede Municipal de Esgotos para todos. 	<p>N.º de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p>

<p>- Envolver, até ao final de Novembro 2013, o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia da Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>- Que o Presidente da União de Juntas de Freguesia aceite 30% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro.</p> <p>- Que o Presidente da União de Juntas de Freguesia aceite para análise 40% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro</p> <p>- Apresentar ao Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia 6 propostas para colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia da Tramaga, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Integração do 'atelier da Saúde' no evento das comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga e consequente apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga (espaço); 2- Disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras, entre outros); 3- Apoio de 1 a 2 funcionários da União de Juntas para auxílio e organização de espaços; 4- Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para <i>Fórum</i> 	<p>$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas para análise}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas efetuadas}}{\text{N.º de propostas previstas}} \times 100 =$</p>
---	--	---

	<p>Comunitário;</p> <p>5- Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde: 'segurança do idoso'</p> <p>6- Divulgações dos eventos para a comunidade através de Editais.</p> <p>- Que o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia aceite 30% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p>
--	---	--

Quadro n.º 8- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Reunião com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

O Quadro seguinte apresenta também objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativamente à atividade:
Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar, até final de Novembro 2013, o Sr. Presidente da Câmara Municipal da Ponte de Sor [CMPS] sobre problemas prioritizados no diagnóstico de saúde realizado na Freguesia da Tramaga e a necessidade de intervenção para minimização/ resolução dos mesmos.</p>	<p>- Apresentar ao Sr. Presidente da CMPS 8 propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; 2- Funcionário da autarquia (com formação desportiva) deslocar-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos; 3- Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); 4- Rampas de acesso em casas de idosos/via pública; 5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia; 6- Teleassistência; 7- Projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever; 8- Rede Municipal de Esgotos para todos. 	<p>Nº de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p>

	<p>- Que o Sr. Presidente da CMPS aceite 30% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro.</p> <p>- Que o Sr. Presidente da CMPS aceite para análise 40% de propostas de, intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro.</p>	<p><u>N.º de propostas aceites</u> x100 = N.º de propostas efetuadas</p> <p><u>N.º de propostas para análise</u> x100 = N.º de propostas efetuadas</p>
--	---	--

Quadro n.º 9- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor.

O Quadro n.º 10 apresenta também objetivo específico, metas e indicador de atividade/execução relativo à atividade Reunião com o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Envolver, até final de Novembro 2013, o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga</p>	<p>- Solicitar colaboração ao Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor, através da apresentação de 2 propostas:</p> <p>1-Parceria na Sessão de Educação para a Saúde: “Segurança do idoso”;</p> <p>2- Empréstimo de material multimédia tela e “datashow” para 2 Sessões a desenvolver na comunidade (Fórum comunitário e Sessão de educação para a saúde);</p> <p>- Que o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor aceite 50% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>Nº de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p> <p><u>N.º de propostas aceites</u> _____ x100 = N.º de propostas efetuadas</p>

Quadro n.º 10- Objetivo específico, metas e indicador de atividade/execução relativos à atividade: Reunião com o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR.

O Quadro n.º 11 apresenta objetivo específico, metas e indicador de atividade/execução relativo à atividade Reunião com Representante da Teleassistência Helpphone.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Envolver, até final de Novembro 2013, um Representante da Teleassistência Helpphone nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>- Solicitar colaboração ao Representante da Teleassistência Helpphone, através da apresentação de 2 propostas:</p> <p>1- Requisitar informação e demonstração sobre teleassistência</p> <p>2- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde: “Segurança do idoso”;</p> <p>- Que o Representante da Teleassistência Helpphone aceite 50% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia de Tramaga.</p>	<p>Nº de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p> <p><u>N.º de propostas aceites</u> _____ x100 = N.º de propostas efetuadas</p>

Quadro n.º 11- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Reunião com Representante da Teleassistência Helpphone.

O quadro n.º 12 apresenta os objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução respetivamente à atividade desenvolvida: 'Atelier da Saúde' associado ao dia festivo das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos participantes das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga.</p>	<p>- Que 50% dos participantes nas Comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga adiram ao evento 'Atelier da Saúde'</p>	<p>$\frac{\text{N.º de aderentes ao atelier da saúde}}{\text{N.º de participantes nas Comemorações de S. Martinho}} \times 100 =$</p>
<p>- Incentivar os participantes do 'atelier da saúde' à vigilância da sua tensão arterial e glicémia capilar.</p>	<p>- Monitorizar tensão arterial a 95% dos participantes no 'Atelier da saúde';</p> <p>- Monitorizar glicémia capilar a 90% dos participantes no 'Atelier da saúde';</p>	<p>$\frac{\text{Nº de participantes Monitorizados}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{Nº de participantes Monitorizados}}{\text{N.º de participantes no atelier da saúde}} \times 100 =$</p>

	<p>- Que 80% dos participantes no evento 'Atelier da Saúde' aceitem os folhetos informativos realizados para o efeito sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável' • 'Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...' <p>- Que 50% dos participantes no evento 'Atelier da Saúde' atribuam pontuação superior a 4, na escala de Likert, à questão aplicada sobre importância do evento: Como classifica este evento em termos de importância?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Sem qualquer importância 2- Com pouca importância 3- Indiferente 4- Com razoável importância 5- Com muita importância <p>- Que 50% dos participantes ao evento 'Atelier da Saúde' atribuam pontuação superior a 4 na escala de Likert à questão aplicada sobre interesse destas iniciativas: Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Sem qualquer interesse 	<p>N.º de folhetos <u>Distribuídos</u> _____ x100= N.º de participantes no "atelier da saúde"</p> <p>N.º total de respostas iguais <u>ou superiores a 4</u> _____ x100= N.º de participantes no atelier da saúde"</p> <p>N.º total de respostas iguais <u>ou superiores a 4</u> _____ x100= N.º de participantes no "atelier da saúde"</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none">2- Com pouco interesse3- Indiferente4- Com razoável interesse5- Com muito interesse	
--	--	--

Quadro n.º 12- Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: 'Atelier da Saúde' associado ao dia festivo das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga.

O quadro n.º 13 apresenta objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução respetivamente à atividade desenvolvida: *Fórum* Comunitário.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Apresentar o Diagnóstico de Saúde, sob a forma de <i>Fórum</i>, até final de novembro 2013, às Entidades Políticas/Locais/Concelhias e a toda a Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos.</p>	<p>- Convidar 35 Entidades Políticas/Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesia; Presidente do Município da Ponte Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência; IPP- ESSP.</p> <p>- Que participe 10% das Entidades Políticas/Locais/Concelhias convidadas.</p> <p>- Convidar a Comunidade em Geral (convite cartaz colocado em pontos estratégicos da Freguesia e Edital).</p> <p>- Que participe 10% da população com idade ≥ 65 anos.</p>	<p><u>N.º de entidades convidadas</u> x100 = N.º de entidades a convidar previstas</p> <p>N.º de entidades que <u>participam no Fórum</u> X 100 = N.º de entidades convidadas</p> <p>N.º de pessoas com idade ≥ 65anos que participam <u>no Fórum</u> X 100 = N.º total de pessoas da comunidade com idade ≥ 65anos</p>

Quadro n.º 13- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: *Fórum* Comunitário.

O quadro seguinte apresenta objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução respetivamente à atividade desenvolvida: Sessão de Educação para a Saúde 'Segurança do idoso'.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de incidentes e acidentes domésticos, através de Sessão de Educação para a Saúde, em parceria com GNR e Teleassistência Helpphone (formato multidisciplinar), subordinada ao tema: "Segurança do idoso", dirigida às Entidades Políticas/Locais/Concelhias e à Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos; a realizar durante o mês de dezembro 2013.</p>	<p>- Convidar 35 Entidades Políticas/Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesia; Presidente do Município da Ponte Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal "aponte" e "Ecos do Sor"); Teleassistência; IPP- ESSP.</p> <p>- Que participe 10% das Entidades Locais / Concelhias convidadas</p> <p>- Convidar a Comunidade em Geral (convite cartaz colocado em pontos estratégicos da Freguesia e Edital).</p> <p>- Que participe 10% da população com idade ≥ 65 anos.</p>	<p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades convidadas}}{\text{N}^\circ \text{ de entidades a convidar previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades que participam na Sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de entidades convidadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam na Sessão}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas da comunidade com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100 =$</p>

	<p>- Que 95% dos participantes com idade \geq 65anos aceitem os folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes, realizados para o efeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Prevenir para não cair...' • 'Inverno em segurança' <p>- Que sejam esclarecidas 95% de questões expostas pelos participantes.</p>	<p>N.º de folhetos distribuídos <u>a pessoas com idade \geq 65anos</u> x100= N.º de pessoas com idade \geq 65anos que participam na Sessão</p> <p>N.º de questões <u>esclarecidas</u> x100= N.º de questões levantadas pelos participantes</p>
--	--	---

Quadro n.º 14- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Sessão de Educação para a Saúde 'Segurança do idoso'.

O próximo quadro apresenta objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução respetivamente à atividade desenvolvida: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação 'Saber mais, viver melhor!'

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação do artigo informativo 'Saber mais, viver melhor' em meios de comunicação social durante o mês de dezembro 2013,</p>	<p>- Que o artigo 'Saber mais, viver melhor' seja publicado em 2 meios de comunicação social: 1- Jornal mesário da região de Ponte de Sor "aponte"; 2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: "SORSAUDE".</p> <p>- Que o artigo 'Saber mais, viver melhor' obtenha tiragem mínima de 1000 exemplares na Publicação no Jornal mesário "aponte";</p> <p>- Que o artigo 'Saber mais, viver melhor', após 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal Digital "SORSAUDE", obtenha no mínimo 100 visualizações.</p>	<p>N.º de Publicações concretizadas _____ x 100 = N.º Publicações propostas</p> <p>Nº de Tiragem do Jornal "aponte"</p> <p>Nº de visualizações no Jornal Digital "SORSAUDE"</p>

Quadro n.º 15- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: 'Saber mais, viver melhor!'.

Por fim, quadro n.º 16 apresenta objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução respetivamente à atividade desenvolvida: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’.

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação do artigo informativo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ em meios de comunicação social durante o mês de janeiro 2014,</p>	<p>- Que o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ seja publicado em 2 meios de comunicação social: 1- Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte”; 2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”.</p> <p>- Que o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ obtenha tiragem mínima de 1000 exemplares na Publicação no Jornal mesário “aponte”;</p> <p>- Que o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’, após 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal Digital “SORSAUDE”, obtenha no mínimo 100 visualizações.</p>	<p>N.º de Publicações concretizadas _____ x 100 = N.º Publicações propostas</p> <p>Nº de Tiragem do Jornal “aponte”</p> <p>Nº de visualizações no Jornal Digital “SORSAUDE”</p>

Quadro n.º 16- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade desenvolvida: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’.

1.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Fixados os objetivos segue-se a seleção de estratégias. A conceção de estratégias é uma das etapas mais essenciais para o planeamento, visa criar uma ação mais ajustada para atenuar os problemas de saúde considerados prioritários.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), estratégia é um conjunto de técnicas de gestão ou operacionais necessárias à prestação de serviços, ou seja a tecnologia a aplicar, os procedimentos administrativos e outros a seguir.

Nesta fase, tal como foi mencionado no referencial teórico, é possível escolher um conjunto de técnicas específicas, organizadas, com o intuito de alcançar um determinado objetivo, e desse modo reduzir problemas de saúde, isto é estratégia de saúde.

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo. É fundamental fazer uma estimativa dos recursos a utilizar e caso se considerem insuficientes podem-se rever as estratégias inicialmente propostas e recuar à fase anterior para uma revisão de objetivos.

Importa referir que uma estratégia de saúde não tem de ser necessariamente de domínio restrito dos serviços de saúde, em muitos casos envolve o domínio de outras entidades que apresentam importância fundamental para a resolução dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com fonte supracitada, no âmbito de seleção de estratégias de saúde há a considerar as seguintes fases:

- Estabelecer os critérios de conceção das estratégias;
- Enumerar as modificações necessárias;
- Esboçar estratégias potenciais;
- Escolher as estratégias mais realizáveis;
- Descrever as estratégias escolhidas;
- Estimar os custos das estratégias;
- Avaliar a adequação dos recursos futuros;
- Rever, se necessário, estratégias e objetivos.

Neste sentido, considerando as fases de seleção de estratégias, os critérios de conceção das estratégias foram os seguintes:

- Direcionar estratégias visando essencialmente os objetivos fixados;
- Direcionar estratégias de intervenção que apelem à participação da comunidade em conformidade com a Teoria de organização comunitária;
- Considerar estratégias cujo principal ênfase e tónica assente nos cuidados preventivos, designadamente Promoção da Saúde / Educação para a Saúde;

- Valorizar a importância de comportamentos e estilos de vida saudáveis e promotores da autonomia e independência.

- Envolver entidades Políticas/Locais/Concelhias de relevante referência e mobilizadoras da comunidade, designadamente Junta de Freguesia, Município, GNR, Centro de Saúde, meios de comunicação locais;

- Incentivar a participação da comunidade através de atividades de lazer, recreativas e de relevante interesse, sem acarretar custos acrescidos e desnecessários à população participante;

- Atender e rentabilizar aos recursos humanos existentes, captando, se possível, parceiros e colaboradores da comunidade;

- Rentabilizar eficaz e eficientemente recursos materiais existentes.

Quanto às modificações necessárias consideram-se nesta fase as que visam satisfazer os critérios de conceção de estratégias e contornar ou eliminar potenciais obstáculos. O Quadro n.º 17 apresenta potenciais obstáculos e esboça modificações necessárias que visam contornar ou eliminar os mesmos.

Potenciais obstáculos	Modificações necessárias / estratégias potenciais
- Resistência à mudança ou dificuldades de aceitação do projeto por parte das entidades locais/concelhias.	- Usar a técnica de Persuasão com mecanismos de aproximação, pressão social e lisonjeio, estimulando para continuidade e melhoria de desempenho e para o bem comum, através de contactos pessoais, reuniões formais e informais.
- Resistência à mudança ou dificuldades de aceitação do projeto por parte da população-alvo e Comunidade; - Colaboração deficiente da população-alvo e Comunidade.	- Articulação Intersectorial com as entidades locais/concelhias mobilizadas; - Usar a técnica de Reeducação, incluindo medidas de informação à comunidade, educação para a saúde; - Integrar líderes formais e informais no projeto, como sendo, o Ex-presidente da Junta de Freguesia da Tramaga (atual Vice-Presidente da União de Juntas), Presidente da União de Juntas e familiar-mãe de mestranda estagiária; - Participar em eventos que mobilizem tradicionalmente a comunidade. - Incentivar ao convívio, promovendo lanche em

	género de <i>coffee Break</i> durante as intervenções tipo sessões/ <i>Fórum</i> .
- Carência de recursos Humanos	- Maximização de tempos; - Captar parceiros e colaboradores de entidades envolvidas ou da comunidade.
- Carência de recursos Materiais	- Rentabilização de materiais existentes, meios tecnológicos e equipamentos necessários sem necessidade de aquisição (material informático, material clínico: esfigmomanómetro, estetoscópio, glicómetro de glicémia capilar; cavalete, viatura própria); - Solicitação de materiais por empréstimo às entidades envolvidas (espaços, estruturas – mesas e cadeiras, material de multimédia- tela e datashow); - Aquisição de materiais de consumos preferencialmente de qualidade e a baixo custo (fotocópias, lanches caseiros, combustível).
- Limitação de tempo para implementar projeto	- Rentabilização máxima de tempo disponível, em dias úteis, fins-de-semana e feriados.

Quadro n.º 17- Potenciais obstáculos à realização, modificações necessárias, estratégias potenciais.

Escolher as estratégias mais realizáveis foi o passo seguinte. Foram analisados os custos, a utilidade de escolha, considerando o custo de oportunidade; assim como a relação custo-benefício e custo-efetividade.

Também atendendo ao preconizado pela Teoria de Organização comunitária, as estratégias a aplicar, perante os problemas identificados, devem permitir mobilizar recursos que possibilitem atingir objetivos coletivos e deste modo perspetivar o empowerment do grupo, possibilitando a aquisição de conhecimentos e aptidões no sentido da melhoria da sua qualidade de vida e saúde, pela modificação do ambiente ou comportamentos que sejam responsáveis por estilos de vida não saudáveis.

O *empowerment* segue uma orientação com abordagem na capacidade e melhoria de competências. É a abordagem que mais se adequa aos programas de intervenção comunitária, uma vez que se procura apoiar a comunidade na identificação de questões que

são importantes e relevantes para suas vidas, e permitir-lhes desenvolver estratégias para a resolução dessas questões.

O envolvimento de parcerias também é essencial para uma intervenção comunitária bem-sucedida e para que haja continuidade, pois a maior parte das mudanças têm como meta melhorar a saúde da comunidade através de parcerias ativas com os habitantes da comunidade e os trabalhadores de saúde de várias disciplinas. Esta parceria é definida como a distribuição e redistribuição informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade.

Pretendiam-se concomitantemente atividades abrangentes aos problemas priorizados, realizáveis sob o ponto de vista da não excessividade em termos de frequência, morosidade e monotonia, evitando a saturação e por conseguinte pouca colaboração, quer das entidades envolvidas, quer da população-alvo e Comunidade.

O Quadro n.º 18 apresenta as estratégias utilizadas e a sua associação aos problemas priorizados.

Estratégias Realizáveis	Problemas priorizados associados
<p>Reunião com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para os problemas priorizados e a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa; - Evidenciar os problemas sensíveis à intervenção deste pelouro; - Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à sua intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais) - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Viver só - Isolamento da habitação - Iliteracia - Sem rede de esgotos
<p>Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para os problemas priorizados e a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa; - Evidenciar os problemas sensíveis à intervenção deste pelouro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais) - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade /

<p>-Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à sua intervenção.</p>	<p>Comorbilidade severa atribuída pelo ICC</p> <ul style="list-style-type: none">- Classificação de depressão e depressão grave;- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I- Viver só- Isolamento da habitação- Iliteracia- Sem rede de esgotos
<p>Reunião com o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor.</p> <ul style="list-style-type: none">- Alertar para os problemas identificados e priorizados, designadamente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações;- Sensibilizar para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa.- Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas supracitados, no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida:<ul style="list-style-type: none">. Insegurança: burlas, roubos, assaltos;. Dificuldade em pedido de auxílio e socorro;. Combate ao isolamento.	<ul style="list-style-type: none">- Viver só- Isolamento da habitação

<p>Reunião com Representante da Teleassistência Helpphone.</p> <ul style="list-style-type: none">- Assinalar os problemas identificados e priorizados no âmbito do Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos da Freguesia da Tramaga, designadamente: viver só e isolamento das suas habitações;- Sensibilizar para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa;- Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas supracitados, no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida;- Informar e dar a conhecer dispositivos existentes para apoio da população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento- teleassistência.	<ul style="list-style-type: none">- Viver só- Isolamento da habitação
<p>‘Atelier da Saúde’ associado ao dia festivo das comemorações de S Martinho da Freguesia de Tramaga:</p> <ul style="list-style-type: none">- Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis não só para os idosos, mas adultos e mais jovens, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença;- Monitorizar tensão arterial e glicémia capilar;- Fornecer informação através de folhetos a realizar de acordo com baixa literacia e aconselhamento personalizado e individualizado;- Promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment).	<ul style="list-style-type: none">- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC- Classificação de depressão e depressão grave- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I- Polifarmácia- Viver só- Isolamento da habitação

<p>Fórum Comunitário sobre resultados do Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga a pessoas com 65 e mais anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos, Entidades Locais e Concelhias; - Envolver, sensibilizar e informar toda a população, poderes locais/concelhios, todos os intervenientes, sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; - Informar todos os participantes sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver apelando à participação de todos no sentido a colaboração e cooperação; - Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de lanche em género de <i>coffee Break</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais) - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Polifarmácia - Viver só - Isolamento da habitação - Iliteracia - Sem rede de esgotos
<p>Sessão de Educação para a Saúde ‘Segurança do idoso’.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessão multidisciplinar conjunta com GNR e Teleassistência; - Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida: 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais, polifarmácia) - Isolamento da habitação - Viver só

<ul style="list-style-type: none">. Informações úteis para o dia-a-dia em segurança;. Prevenção de acidentes (queda, frio). Insegurança: burlas, roubos, assaltos;. Dificuldade em pedido de auxílio e socorro;. Combate ao isolamento.. Informar e dar a conhecer dispositivos existentes para apoio da população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento-teleassistência;<ul style="list-style-type: none">- Fornecer informação supracitada através de folhetos a realizar de acordo com literacia baixa;- Promover convívio/envolvimento entre participantes (lanche/<i>coffee Break</i>).	
<p>Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”: ‘Saber mais, viver melhor’.</p> <ul style="list-style-type: none">- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis;	<ul style="list-style-type: none">- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I

<p>Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mensal da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”: ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’.</p> <p>- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis;</p>	<ul style="list-style-type: none">- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca- Classificação de depressão e depressão grave;- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I- Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)- Isolamento da habitação- Viver só
--	--

Quadro n.º 18- Estratégias utilizadas e a sua associação aos problemas priorizados.

Eleitas as estratégias realizáveis há que estimar os seus custos. Tal como já foi referido, foi também critério para seleção de estratégias a realizar a sua relação com o custo.

Todas as estratégias alusivas a reuniões, publicação de artigos não careceram de custos materiais. As reuniões foram desenvolvidas no espaço físico das entidades envolvidas.

Também relativamente ao espaço onde se desenvolveu o Fórum Comunitário e Sessão de Educação para a Saúde foi cedido pela União de Juntas de Freguesia – Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga, assim como estruturas, mesas, cadeiras, climatização. Relativamente ao material multimédia- tela e *datashow* foi cedido, para o efeito, pela GNR de Ponte de Sor para ambas as atividades. Foi também interveniente no processo de cedência de recursos materiais a Caixa de Crédito Agrícola que ofereceu pastas para os participantes de ambas as atividades fazerem anotações.

No âmbito do ‘*Atelier da Saúde*’ foi utilizado cavalete para colocação de cartaz, cedido, para o efeito, por colega mestranda. Os esfigmomanómetros, estetoscópios e o glicómetro foram utilizados os de uso pessoal das mestrandas. Os testes para glicémia capilar, compressas de papel e pensos rápidos foram cedidos por diabético familiar de mestranda. O Contentor grupo IV foi utilizado e devolvido ao Centro de Saúde.

De salientar que a União de Juntas disponibilizou uma funcionária, pertencente à Junta de Tramaga, para auxiliar em termos de apoio necessário nas atividades: ‘*Atelier da Saúde*’, Fórum Comunitário e Sessão de Educação para a Saúde.

As despesas decorrentes tipo deslocações, combustível, chamadas telefónicas foram gerenciadas de forma a serem distribuídas equitativamente entre todas as estagiárias, atendendo à gestão eficaz e eficiente de deslocações pessoais/estágio/poupança de combustível e pacotes de chamadas gratuitas entre redes de telecomunicações já existentes, do foro pessoal.

As despesas decorrentes quantificáveis, como a impressões de documentos, folhetos e cartazes, fotocópias, encadernações do Diagnóstico de Saúde facultado às principais entidades envolvidas, flores decorativas para auditório utilizado em duas atividades, canetas para pastas, alimentos e logística para os lanches - *coffee break*, também foram repartidas pelo grupo das cinco mestrandas estagiárias correspondendo sensivelmente cerca de 39,40€ a cada elemento.

O Quadro n.º19 apresenta as despesas possíveis de quantificar decorrentes do processo.

Descrição de despesas	Custo	Atividades desenvolvidas
Gráfica	40€	-Reuniões e Publicações de artigos - 'Atelier da Saúde' - Fórum Comunitário - Sessão de Educação para a Saúde
Fotocópias, encadernações e canetas	51.16€	
Supermercado	80.76€	
Florista	25€	
Total	196.92€	

Quadro n.º 19 - Descrição das despesas decorrentes e respetivos custos.

Considerando os recursos materiais, financeiros e humanos descritos, estes foram suficientes para responder ao projetado. Não foram ultrapassados orçamentos ou gastos previstos, ou seja, não ocorreram desvios relativamente aos recursos necessários. Os equipamentos disponibilizados responderam também satisfatoriamente às expectativas.

1.5- ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Selecionadas as estratégias e linhas de intervenção definidas para reduzir ou minimizar os problemas de saúde, e neste sentido atingir os objetivos fixados, segue-se a formulação de programas e projetos.

Tal como foi referido no referencial teórico, a elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) um programa é um “conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (1993:129). Segundo estes autores, os programas podem ser formulados segundo diversos critérios e a vários níveis. Podem estruturar-se em torno de um ou mais problemas de saúde.

Um Projeto para os autores supracitados “é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (1993:129). A principal característica que distingue um

programa de um projeto é que o primeiro é desenvolvido de uma forma contínua, ao longo do tempo, enquanto o segundo decorre num período de tempo bem delimitado.

Segundo Tavares (1990), na abordagem dos conceitos de Plano, Programa e Projeto, nem sempre é claro até onde deve ir o Plano e o Programa e onde começa o Projeto. Quando o Projeto não está inserido no contexto mais global de um Plano com Programas, encerra em si toda a globalidade de processo de planeamento.

O Projeto implementado no patente estágio, apesar de não estar incluído num Plano e Programa de saúde, considerou as linhas orientadoras do PNS 2011/2016, no processo de continuidade com o PNS 2004/2010 e o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas.

Segundo Tavares (1990)

“cada atividade desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente o custo da atividade. Esta forma de programação permite clarificar o mais possível cada uma das atividades. Desta forma não existirá uma atividade cujo local de realização se desconhece, sem responsável, ou ignorando-se como vai ser executado”. (1990:169).

O Projeto implementado agrega o projeto de grupo das mestrandas e o Individual, encontram-se respetivamente nos apêndices II e III. Aqui constam as atividades previstas e desenvolvidas, assim como os parâmetros considerados adequados e compatíveis com citação de Tavares (1990).

1.6- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação da execução, e segundo Imperatori & Giraldes (1993), é a etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases anteriores e posteriores. Este autor refere mesmo que o propósito desta fase emerge sobretudo com efeito didático, não aparecendo identificada em muitos esquemas de planeamento. “Não é por isso menos importante, pois pretende mostrar as inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das atividades”. (1993:149)

Segundo Bainbridge e Sapirie, citado por Imperatori & Giraldes (1993), nesta etapa do planeamento em saúde deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (1993:149).

Neste sentido estão contempladas nesta fase de planeamento a especificação detalhada das atividades a realizar, considerando responsabilidades, detalhes, inter-relação, necessidades de recursos, campos de atividades e responsabilidades, assim como horários/calendários e cronogramas.

No âmbito da atual preparação da execução foi considerada a especificação detalhada das atividades constante no projeto individual (apêndice III) e no de grupo (apêndice II), este último da responsabilidade do grupo de mestrandas. Nele estão também contemplados parcerias (articulação intersectorial), recursos, período de tempo (horário/calendário) e local.

Foram concretizados dois Cronogramas sob a forma de gráficos de duas dimensões, tendo ambos como abcissa o tempo, e nas ordenadas, um dos cronogramas com atividades inerentes às etapas do planeamento em saúde e outro com as atividades que formam o projeto. Estes cronogramas encontram-se também no projeto (apêndices II e III).

Imperatori & Giraldes (1993) acrescentam também que para superar as limitações dos cronogramas recorre-se à utilização das redes que mostram as inter-relações das tarefas e a sua sequência cronológica, assim como esquemas (Algoritmos ou árvores de decisão) que representam o encadeamento lógico das ações necessárias ao cumprimento de uma tarefa e fluxogramas como ajudas gráficas que esquematizam circuitos.

No atual contexto não foram considerados necessários a complementação dos cronogramas concretizados.

Neste âmbito também foram elaborados os planos das sessões realizadas, constantes nos apêndices IV, V e VI.

1.7- EXECUÇÃO

No âmbito da execução, e considerando a teoria de organização Comunitária, o papel do profissional de saúde interventor é considerar que todos os pressupostos tidos como fulcrais para uma intervenção comunitária bem-sucedida foram atendidos, designadamente o conhecimento efetivo da cultura e especificidades da população, os principais elementos que integram o ambiente da intervenção (políticos, económicos e socioculturais), os elementos que configuram a interação decorrente do processo de intervenção, nomeadamente sistemas de comunicações, os suportes de mediatização adequados e os canais de comunicação de que se vai servir. Também deve revisar que atendeu aos princípios subjacentes da Teoria adotada, designadamente: necessidades sentidas; participação da comunidade; cooperação de parcerias, autossustentação e universalidade.

Cumulativamente conferidas também as etapas decorrentes do planeamento em saúde, assim como as competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária, procede-se à execução.

Reunião com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

A Reunião com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor decorreu no dia 15 de novembro 2013, pelas 10:30 horas, na sala de reuniões da Junta de freguesia da Tramaga, com duração cerca de 1:30 horas.

Esta Reunião contou além do grupo de mestrandas, com o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia e respetivo Sr. Vice-Presidente (anterior Presidente da Junta de Freguesia de Tramaga) que funcionou como elo de ligação entre a anterior Junta (Junta de Freguesia da Tramaga), que conosco colaborou quando desenvolvemos o Diagnóstico de Saúde, e a atual União de Juntas (União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor).

Pretendia-se nesta reunião abranger todos os problemas prioritizados.

Esta Reunião tinha como objetivos: sensibilizar a União de Juntas de Freguesia sobre os problemas prioritizados e a necessidade de intervenção para minimização/ resolução dos mesmos e envolver a União de Juntas de Freguesia nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga.

A abordagem direcionou-se para a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa; evidenciaram-se os problemas sensíveis à intervenção deste pelouro e apresentadas respetivas propostas de intervenção favoráveis à sua minimização ou resolução. Para isso foi usada técnica de persuasão, com habilidade de aproximação, pressão social e lisonjeio, incentivando à continuidade e melhoria do bom desempenho e bem comum.

Neste âmbito foram apresentadas as seguintes propostas de intervenção para a minimização ou resolução de problemas prioritizados:

- 1- Criar Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos na freguesia, no sentido de incentivo à prática de exercício físico;
- 2- Requisitar o funcionário da autarquia com formação desportiva a deslocar-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos;
- 3- Realizar rampas de acesso aos locais públicos (exemplo: igreja, casa mortuária, cemitério);
- 4- Realizar rampas de acesso em casas de idosos – via pública;
- 5- Criar mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia, incentivando ao convívio e lazer;
- 6- Implementar Teleassistência no caso dos idosos que vivem sós;
- 7- Implementar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever;

8- Concluir rede municipal de esgotos para remanescente população que ainda não possui.

Estas propostas foram posteriormente também apresentadas ao Sr.º Presidente da CMPS, dado haver interdependência entre ambos os pelouros.

Também nesta reunião foi fomentado o envolvimento do Sr. Presidente da União de Juntas na mobilização da comunidade e colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Tramaga, integrando essencialmente o Sr. Presidente e o Sr. Vice – Presidente como pilares e elementos chave para o alcance de sucesso nos resultados pretendidos.

Neste âmbito foram apresentadas também propostas de colaboração nas atividades a desenvolver, nomeadamente:

1- Integração do 'atelier da Saúde' no evento das comemorações de S. Martinho na Tramaga e conseqüente apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga (espaço);

2- Disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras, entre outros);

3- Apoio de 1 a 2 funcionários da União de Juntas para auxílio e organização de espaços;

4- Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para *Fórum* Comunitário;

5- Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde: 'segurança do idoso';

6- Divulgação dos eventos para a comunidade através de Editais.

No que respeita às propostas de intervenção na Freguesia da Tramaga, apesar da interdependência com a autarquia, o Sr.º Presidente da União de Juntas frisou exatamente essa interdependência, não dependendo, portanto, única e exclusivamente da União de Juntas, no entanto a conclusão da rede de esgotos, a criação de rampas em alguns locais públicos e em alguns acessos de portas/passeios às casas dos idosos, eram intervenções que estariam em curso de forma gradual. Considerando que estas propostas também seriam apresentadas ao Sr.º Presidente da CMPS, seriam um incentivo mobilizador e apelativo às inerentes resoluções com maior brevidade. Relativamente às restantes propostas, designadamente: criar espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; requisitar o funcionário da CMPS da área desportiva para realizar exercícios/atividade física aos idosos; criar mesas de jogos xadrez-damas, implementar Teleassistência no caso dos idosos que vivem sós e criar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever, foram propostas consideradas de relevante interesse, e por isso aceites para análise.

No que respeita às propostas para colaboração nas atividades a desenvolver na Freguesia da Tramaga, todas elas foram aceites, contámos assim com total apoio do Sr. Presidente da União de Juntas para o efeito.

Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor.

A Reunião com o Sr. Presidente da CMPS decorreu no dia 15 de novembro 2013, pelas 15:00 horas, na sala de reuniões da CMPS e teve a duração cerca de 1:30 horas.

Esta Reunião contou além do grupo de mestrandas, com a presença do Sr. Presidente da CMPS e com a Responsável pela área social do Município. Pretendia-se nesta reunião abranger todos os problemas priorizados.

Esta Reunião tinha como objetivos: Sensibilizar o Sr. Presidente da Câmara Municipal da Ponte de Sor sobre os problemas priorizados e a necessidade de intervenção para minimização/ resolução dos mesmos.

Também nesta reunião a abordagem foi no sentido da necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa. Foram evidenciados os problemas sensíveis à intervenção deste pelouro e apresentadas respetivas propostas de intervenção favoráveis à sua minimização ou resolução.

À semelhança da Reunião anterior recorreu-se à técnica de persuasão, com subtileza na aproximação, utilizando em simultâneo a pressão social e o lisonjeio com o incentivo para continuidade e melhoria do bom desempenho e bem comum.

Neste âmbito foram apresentadas as mesmas propostas que apresentámos à União de Juntas, face à já mencionada interdependência destes dois pelouros, e deste modo uma mútua sensibilização no sentido de rumarem na mesma direção, com o mesmo entendimento e perceção.

Recorde-se assim as seguintes propostas:

- 1- Criar Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos na freguesia, no sentido de incentivo à prática de exercício físico;
- 2- Requisitar o funcionário da autarquia com formação desportiva a deslocar-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos;
- 3- Realizar rampas de acesso aos locais públicos (exemplo: igreja, casa mortuária, cemitério);
- 4- Realizar rampas de acesso em casas de idosos – via pública;
- 5- Criar mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia, incentivando ao convívio e lazer;
- 6- Implementar Teleassistência no caso dos idosos que vivem sós;
- 7- Implementar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever;

8- Concluir rede municipal de esgotos para remanescente população que ainda não possui.

Esta Reunião permitiu-nos entender que de fato esta autarquia tem privilegiado o apoio social ao idosos, e apesar da conjectura de retração que se vivencia atualmente, tem a preocupação de priorizar o seu foco de atenção nos mais idosos e carenciados, reiterando o Sr. Presidente que seria desejável fazer muito mais, no entanto os recursos existentes não são inesgotáveis, e há que garantir condições de continuidade no que tem vindo a ser implementado. Foi notória a perspicácia e capacidade do Sr. Presidente na integração de processos de respostas de relevante interesse de apoio aos idosos, assumindo algumas das nossas propostas como também já pensadas, mas ainda não possíveis de concretizar.

Neste âmbito, no que respeita às propostas de intervenção o Sr. Presidente garantiu que a conclusão da rede de esgotos é para realizar o mais breve possível, a criação de rampas em alguns locais públicos e em alguns acessos de portas/passeios às casas dos idosos são intervenções que têm estado em curso. De Salientar, que no caso dos idosos que comprovadamente sejam carenciados a autarquia auxilia também nas acessibilidades dentro da habitação.

Relativamente às restantes propostas, designadamente: criar Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; requisitar o funcionário da CMPS da área desportiva para realizar exercícios/atividade física aos idosos; criar mesas de jogos xadrez-damas, implementar Teleassistência no caso dos idosos que vivem sós e criar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever, foram também consideradas de relevante interesse, e por isso aceites para análise.

Reunião com Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor

A Reunião com o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor decorreu no dia 1 de novembro 2013, pelas 9:30 horas, no Posto do destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor, com duração cerca de 1 hora.

No sentido da melhor intervenção junto da comunidade foi nosso intento captar parceiros e colaboradores de entidades envolvidas idoneamente na comunidade, e deste modo emergiu a entidade GNR, nossa aliada desde os primeiros procedimentos de realização do Diagnóstico de Saúde.

Considerámos que a GNR seria a entidade com idoneidade reconhecida para estabelecer parceria connosco numa intervenção mais eficaz dos problemas priorizados viver só e isolamento da habitação.

Esta reunião tinha como objetivos: envolver o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia de Tramaga

A abordagem foi no sentido de alertar para os problemas identificados e priorizados, particularmente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações, sensibilizando para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa. Foi solicitada colaboração e parceria de intervenção nos problemas supracitados, no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida, nomeadamente no que respeita à insegurança (burlas, roubos, assaltos); dificuldade em pedido de auxílio e socorro e combate ao isolamento.

Nesta reunião foram então efetivadas duas propostas de colaboração à entidade, designadamente:

- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde: 'Segurança do idoso';
- Empréstimo de material multimédia tela e "datashow" para intervenções na comunidade através de apresentações *PowerPoint* (Fórum comunitário e Sessão de educação para a saúde);

Ambas as propostas foram consideradas de relevante interesse e prontamente aceites, consideradas como interajuda entre o nosso mestrado e a componente formativa que possuem junto da comunidade. Os procedimentos protocolares formais de solicitação de ambas as propostas foram considerados.

Reunião com Representante da Teleassistência Helpphone.

A Reunião com o Representante da Teleassistência Helpphone decorreu no dia 13 de novembro 2013, pelas 17:30 horas, no escritório de Lisboa da Helpphone com o Administrador da Helpphone e teve a duração cerca de 2:30 horas.

Em busca da melhor intervenção nos problemas: viver só e isolamento da habitação, procurámos captar parceiros/colaboradores que estivessem diretamente ou indiretamente envolvidos com estes problemas, neste sentido emergiu também a Teleassistência Helpphone.

Esta Reunião teve como objetivos: Envolver a Teleassistência Helpphone nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga.

A abordagem também se direcionou em evidenciar os problemas identificados e priorizados no âmbito do Diagnóstico de Saúde efetuado ao idoso da freguesia da Tramaga, com especial relevância no viver só e isolamento das habitações, sensibilizando para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa. Foi solicitada

colaboração e parceria de intervenção nos problemas supracitados, no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida; e conhecer dispositivos existentes para apoio da população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento- teleassistência.

Foram colocadas duas propostas ao Responsável da Teleassistência Helpphone, nomeadamente: requisitar informação e demonstração sobre teleassistência e uma parceria na Sessão de Educação para a Saúde: 'Segurança do idoso'. Ambas as propostas foram aceites.

'Atelier da Saúde' associado ao dia festivo das comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga.

O 'Atelier da Saúde' decorreu no dia 16 de Novembro, pelas 19.30 horas, com duração cerca de 2:30 horas, no Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga, associado ao evento cultural e recreativo das comemorações de S. Martinho – Magusto, que decorre nesta altura do ano nesta freguesia. Esta tradição consiste no convite da Junta de freguesia à população para se juntar neste espaço, jantar, confraternizar, assar e comer castanhas, com música e dança.

Esta atividade foi desenvolvida pelo grupo de mestrandas, pretendia-se com esta atividade, além de participarmos num evento que mobiliza tradicionalmente a comunidade, beneficiar de maior proximidade com esta, facilitando assim o processo de inserção e integração na mesma e deste modo promover relação de confiança. Consistia num espaço montra/saúde onde os participantes do Magusto à chegada eram convidados a participar no 'atelier da saúde', monitorizar a sua tensão arterial, glicémia capilar, e simultaneamente obter esclarecimentos, informação/aconselhamento personalizado/individualizado e oferta de folhetos de informação, realizados para o efeito, sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, numa perspetiva de capacitação, como elemento importante e promotor da saúde.

O 'Atelier da saúde' propôs-se a abranger os seguintes problemas prioritários: risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; classificação de depressão e depressão grave; Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; polifarmácia, viver só e isolamento da habitação.

Foi solicitada colaboração ao Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesias que assentiu, tal como já foi referido, e foi nosso principal aliado, conjuntamente com o Sr.º Vice-presidente da União de Juntas, funcionando ambos como elementos chave nesta atividade. Prontificaram-se em nos incluir nas comemorações, divulgar a nossa intervenção através de

Edital (anexo I), disponibilizar espaço físico e estruturas necessárias ao ‘*atelier da saúde*’, assim como uma funcionária para apoio na organização, de acordo com as nossas necessidades.

Neste sentido realizámos um cartaz alusivo ao evento, destinado à comunidade em geral, que foi afixado em vários pontos estratégicos da freguesia (consultar apêndice VII). Este cartaz foi o rosto do ‘*atelier da saúde*’, sendo ampliado e exposto em cavalete na respetiva montra.

Para este evento foram realizados e distribuídos dois panfletos com conteúdo informativo alusivo a alguns problemas priorizados no que respeita a comportamentos e estilos de vida saudáveis, com especial relevância para a hipertensão e Diabetes, designadamente: ‘Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável’ e ‘Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...’, consultáveis no apêndice VIII. Foi tido em conta a baixa literacia dos idosos, recorrendo a imagens.

O ‘*Atelier da Saúde*’ tinha por base o objetivo de Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos participantes no dia festivo das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga e incentivá-los a aderir ao nosso evento, captando-os para avaliar a tensão arterial e glicémia capilar (o que tendencialmente move a adesão das pessoas). Apesar do alvo privilegiado ser os idosos, destinava-se também a adultos e mais jovens, numa perspetiva também preventiva a longo prazo.

Foi também nossa pretensão informar todos os participantes sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver, apelando à participação de todos nas futuras atividades, fomentando o espírito de interesse, colaboração e cooperação.

No final da abordagem o participante foi convidado a responder a duas questões de avaliação através de escala de *Likert*, designadamente de 1 a 5: ‘Como classifica este evento em termos de importância?’ e ‘Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?’

Participaram no Magusto 80 pessoas, destas 61 participaram no ‘*Atelier da saúde*’ e 52 aceitaram respetivos folhetos, e apenas 2 participantes recusaram fazer monitorização de glicémia capilar. É possível visualizar algumas fotos respetivas ao evento no apêndice IX.

Os dados relativos às monitorizações da tensão arterial e glicémia capilar foram trabalhados e analisados, sendo apresentados no próximo capítulo- Avaliação.

O Plano deste evento encontra-se no Apêndice IV.

Fórum Comunitário sobre resultados do Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga a pessoas com 65 e mais anos.

Este Fórum Comunitário decorreu no dia 29 de Novembro de 2013, desenvolvido pelo grupo de mestrandas, no Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga, pelas 14 horas, com duração cerca de 2 horas.

Pretendia-se com o Fórum Comunitário abranger todos os problemas priorizados, no sentido de os apresentar às Entidades Políticas/Locais/Concelhias, a toda a Comunidade em geral, com especial destaque a população com idade ≥ 65 anos.

O Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia prontificou-se em disponibilizar colaboração em termos de divulgação, espaço físico, assim como uma funcionária para apoio na organização da sala, de acordo com as nossas necessidades.

Foi realizado convite para o Fórum Comunitário (apêndice X) e enviado via correio eletrónico a 35 Entidades Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesias; Presidente da CMPS; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; Centro Saúde de Ponte de Sor, GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência Helpphone e IPP-ESSP.

Foi também realizado Cartaz - Convite destinado à comunidade em geral, colocado em vários pontos estratégicos da freguesia (consultar também apêndice X).

Com o patrocínio da Caixa de Crédito Agrícola foram providenciadas pastas de apoio a apontamentos para todos os participantes da sessão, sendo adicionado a cada, uma caneta e folhas identificativas do Fórum para respetivos apontamentos.

Este Fórum tinha como objetivo apresentar o Diagnóstico de Saúde às Entidades Políticas/Locais/Concelhias e a toda a Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos.

A Abordagem foi no sentido de divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde, envolver, sensibilizar e informar toda a população, poderes políticos/locais/concelhios e todos os intervenientes, tornando-os conscienciosos sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Foi também nossa pretensão informar todos os participantes sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver, apelando ao espírito de participação de todos, fomentando a colaboração e cooperação. Neste sentido foi adicionado na referida pasta fornecida aos participantes, o convite para a sessão conjunta multidisciplinar com GNR e

Teleassistência Helpphone sobre o tema 'Segurança do idoso' a realizar no mesmo auditório, dia 6 de Dezembro de 2013 pelas 14 horas (apêndice XI).

Os conteúdos inerentes ao Diagnóstico de Saúde foram apresentados com o auxílio de programa *PowerPoint*, visualizável no apêndice XII, com *datashow* e tela cedidos generosamente para o efeito, tal como já foi referido, pelo Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor.

No final da sessão foi promovido debate aberto a todos os participantes permitindo deste modo o esclarecimento de questões.

Participaram neste evento 7 representantes de entidades convidadas e 37 pessoas da comunidade com 65 ou mais anos. Encontram-se no apêndice XIII algumas fotografias relativas ao evento.

Como encerramento do Fórum e no sentido de promover o envolvimento, convívio e confraternização entre os participantes foi oferecido um lanche- *coffee break*.

O Plano deste Fórum encontra-se no Apêndice V.

Sessão de Educação para a Saúde 'Segurança do idoso'.

Esta Sessão de Educação para a Saúde decorreu no dia 6 de Dezembro de 2013, foi desenvolvida pelo grupo de mestrandas em parceria com Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor e Teleassistência Helpphone, no Auditório da Junta de freguesia da Tramaga, pelas 14 horas, com duração cerca de 2 horas.

Pretendia-se com esta sessão intervir nos seguintes problemas priorizados: quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais, polifarmácia), viver só e isolamento da habitação.

Esta Sessão teve como objetivo base maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de incidentes e acidentes domésticos.

Em busca da melhor intervenção, procurámos captar parceiros e colaboradores de entidades que estivessem diretamente ou indiretamente envolvidas com estes problemas, e assim intervirmos em formato multidisciplinar, articulado e mais eficaz.

Foi então agilizada a colaboração do Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia, em termos de divulgação, espaço físico, assim como uma funcionária para apoio na organização da sala de acordo com as necessidades.

Foi ativada a parceria de intervenção com Destacamento Territorial da GNR, já pré-estabelecida com reunião realizada no dia 1 de novembro de 2013.

No seguimento da reunião efetivada com a Teleassistência Helpphone, no dia 13 de novembro 2013, desenvolveram-se contatos de articulação, no sentido de dinamizar a parceria de intervenção na sessão de educação.

Foi realizado convite para a Sessão (apêndice XI) e enviado via correio eletrónico a 35 Entidades Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesias; Presidente da CMPS; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; Centro Saúde de Ponte de Sor, GNR; Padre da Paróquia; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); Teleassistência Helpphone e IPP-ESSP.

O referido convite foi também colocado, como já foi referido, nas pastas oferecidas aos participantes no Fórum Comunitário, decorrido no dia 29 de novembro de 2013, no sentido de incentivar à participação nesta sessão de educação.

Foi também realizado Cartaz - Convite destinado à comunidade em geral, colocado em vários pontos estratégicos da freguesia (consultar também apêndice XI).

Com o patrocínio da Caixa de Crédito Agrícola foram também providenciadas pastas de apoio a apontamentos para todos os participantes da sessão e adicionado a cada, uma caneta e folhas identificativas da sessão para respetivos apontamentos.

Foram realizados dois panfletos com conteúdo informativo alusivo a comportamentos de prevenção de incidentes e acidentes, designadamente: ‘Prevenir para não cair...’ e ‘Inverno em segurança’, consultáveis no apêndice XIV. Foi tido em conta a baixa literacia dos idosos, recorrendo a imagens.

A abordagem foi no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida, nomeadamente com informações úteis para o dia-a-dia em segurança; prevenção de acidentes (queda, frio); insegurança (burlas, roubos, assaltos); dificuldade em pedido de auxílio e socorro; combate ao isolamento; informar e dar a conhecer dispositivos existentes para apoio da população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento- teleassistência.

Os conteúdos programáticos foram apresentados com o auxílio de programa *PowerPoint*, visualizável no apêndice XV, com *datashow* e tela cedidos generosamente para este efeito pela GNR.

Também os conteúdos abordados pela GNR e Teleassistência Helpphone foram apresentados com recurso ao programa *PowerPoint* e *datashow*.

No final da sessão foi promovido debate aberto a todos os participantes permitindo deste modo o esclarecimento de questões. Mais concretamente foram levantadas 5 questões, 2 aos elementos da GNR e 3 ao Representante da Teleassistência Helpphone, tendo sido totalmente esclarecidas.

Nesta sessão participaram 11 entidades convidadas e 43 pessoas da comunidade com 65 e mais anos. Foram entregues os folhetos a 43 participantes. Encontram-se no apêndice

XXIII algumas fotos relativas ao evento.

Como encerramento da sessão de educação para a saúde e no sentido de promover o envolvimento, convívio e confraternização entre os participantes foi oferecido um *lanche-coffee break*.

O Plano da Sessão encontra-se no apêndice VI.

Esta Sessão foi destacada pelo Jornal “Ecos Sor” no dia 10 de Dezembro 2013, um jornal quinzenário regional da Ponte de Sor, de reconhecido mérito jornalístico de comunicação regional e local (consultar anexo II).

Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”: ‘Saber mais, viver melhor’.

O Artigo ‘Saber mais, viver melhor’ foi publicado no Jornal mesário *aponte* no mês de Fevereiro 2014, mais precisamente na página 14, tal como se pode verificar no apêndice XVII. Este Jornal teve uma tiragem de 1500 exemplares.

Apesar de este artigo ter sido realizado e enviado para redação em Novembro 2013 para publicação em dezembro 2013, a sua publicação foi concretizada em Fevereiro 2014.

Procurando abranger outro tipo de público, além dos leitores do mesário *aponte*, este Artigo foi também publicado no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE” no dia 21 de Janeiro de 2014, tal como se pode verificar no apêndice XIX e visualizar no *site* <http://sorsaude.blogspot.pt/> . Este jornal digital foi monitorizado durante um mês, no imediato após publicação, tendo registado 266 visualizações (consultar anexo III).

Este artigo apesar de ter sido enviado para publicação em dezembro de 2013, tal veio a concretizar-se no referido dia de Janeiro 2014.

O manifesto artigo visava abranger os seguintes problemas priorizados: risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca e pré-obesidade e obesidade I.

Este artigo tinha por base o objetivo de sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis, utilizando como recurso a divulgação em meios de comunicação social.

Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”: ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’

O Artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ foi publicado no Jornal mesário “aponte” no mês de Janeiro 2014, mais precisamente na página 9, tal como se pode verificar no apêndice XVIII. Este Jornal teve uma tiragem de 1500 exemplares.

Procurando também abranger outro tipo de público, além dos leitores do mesário aponte, o Artigo foi também publicado no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE” no dia 21 de Janeiro de 2014, tal como se pode verificar no apêndice XX e visualizar no site <http://sorsaude.blogspot.pt/> . Este jornal digital foi monitorizado durante um mês, imediatamente após publicação, tendo registado 266 visualizações (consultar anexo III).

Este artigo visava abranger os seguintes problemas priorizados: risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC; hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; classificação de depressão e depressão grave; pré-obesidade e obesidade I; quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais); isolamento da habitação e Viver só.

Á semelhança do artigo anterior tinha por base o objetivo de sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis, utilizando como recurso a divulgação em meios de comunicação social.

1.8- AVALIAÇÃO

Como já foi referido no referencial teórico e segundo Tavares (1990) a primeira função da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.

Avaliar é comparar algo com um padrão, Imperatori & Giraldes (1993), baseado na OMS (1978) refere que “uma avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificar mais eficazmente. Para isso é necessário determinar o valor das intervenções realizadas.” (1993:173)

Tal como já foi referido no referencial teórico, nesta fase é a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade, que neste caso, tal como já foi aclarado anteriormente, não é possível calcular até ao final do estágio ganhos a longo prazo porque as atividades foram realizadas num espaço de tempo curto (inferior a um ano).

Meta: Apresentar ao Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia 6 propostas para colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia da Tramaga.

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º de propostas efetuadas}}{\text{N.º de propostas previstas}} \times 100 = \frac{6}{6} = 100\%$$

$$\text{N.º de propostas previstas} \quad 6$$

Meta: Que o Sr. Presidente da União de Juntas de Freguesia aceite 30% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia da Tramaga

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 = \frac{6}{6} = 100\%$$

$$\text{N.º de propostas efetuadas} \quad 6$$

Considerando-se as metas definidas, observa-se, de acordo com a avaliação dos indicadores, que foram alcançadas de forma satisfatória, tendo esta última superado largamente as expetativas. As metas cujos indicadores de avaliação foram mais baixos estavam também de alguma forma condicionados pela interdependência Junta de Freguesia/Autarquia.

Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor.

Meta: Apresentar ao Sr. Presidente da CMPS 8 propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas priorizados, sensíveis a este pelouro.

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º de propostas efetuadas}}{\text{N.º de propostas previstas}} \times 100 = \frac{8}{8} = 100\%$$

$$\text{N.º de propostas previstas} \quad 8$$

Meta: Que o Sr. Presidente da CMPS aceite 30% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas priorizados, sensíveis a este pelouro.

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 = \frac{3}{8} = 37,5\%$$

$$\text{N.º de propostas efetuadas} \quad 8$$

Meta: Que o Sr. Presidente da CMPS aceite para análise 40% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro

Avaliação:

N.º de propostas para análise x100 = 5 = 62,5%

N.º de propostas efetuadas 8

Considerando as metas traçadas, e segundo avaliação dos indicadores, verifica-se que as mesmas foram alcançadas de forma satisfatória, ressalvando que a aceitabilidade de maior número de propostas foi condicionada pela conjuntura atual de retração.

Reunião com o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor

Meta: Solicitar colaboração ao Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor através da apresentação de 2 propostas.

Avaliação:

N.º de propostas efetuadas x100 = 2 = 100%

N.º de propostas previstas 2

Meta: Que o Sr. Comandante do Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor aceite 50% das propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia da Tramaga.

Avaliação:

N.º de propostas aceites x100 = 2 = 100%

N.º de propostas efetuadas 2

As metas propostas foram amplamente atingidas. Esta entidade funcionou muito bem em termos de parceria, foram criadas sinergias de atuação garantindo uma maior eficácia de intervenção.

Meta: Que 80% dos participantes do evento 'Atelier da Saúde' aceitem os folhetos informativos realizados para o efeito sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos}}{\text{N.º de participantes do 'atelier da saúde'}} \times 100 = \frac{52}{61} = 85\%$$

Meta: Que 50% dos participantes do evento 'Atelier da Saúde' atribuam pontuação superior a 4, na escala de Likert, à questão aplicada sobre importância do evento.

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º total de respostas iguais ou superiores a 4}}{\text{N.º de participantes do 'atelier da saúde'}} \times 100 = \frac{61}{61} = 100\%$$

Como complemento da avaliação deste indicador a média das respostas foi de 4,9 sendo que 11,5% dos participantes (N=7) atribuíram pontuação 4 e 88,5% (N= 54) pontuação 5.

Meta: Que 50% dos participantes do evento 'Atelier da Saúde' atribuam pontuação superior a 4 na escala de Likert à questão aplicada sobre interesse destas iniciativas.

Avaliação:

$$\frac{\text{N.º total de respostas iguais ou superiores a 4}}{\text{N.º de participantes do 'atelier da saúde'}} \times 100 = \frac{61}{61} = 100\%$$

Como complemento da avaliação deste indicador a média das respostas foi de 4,8 sendo que 18% dos participantes (N=11) atribuíram pontuação 4 e 82% (N= 50) pontuação 5.

No âmbito desta atividade foi também possível laborar os dados recolhidos relativamente às características dos participantes em género e idade, monitorização de tensão e arterial e glicémia capilar.

O quadro n.º 20 apresenta as características dos participantes que aderiram ao evento 'atelier da saúde', quanto ao género e idades. Podemos calcular quanto ao género que 57,4% são do sexo masculino e cerca de 42,6% do sexo feminino. Em termos de idade, tal como já foi referido anteriormente, pretendia-se abranger, além das pessoas com 65 e mais anos, também toda a população presente que aceitasse aderir ao 'atelier', numa perspetiva preventiva a longo prazo. Consta-se uma média de 60 anos de idade, moda 54, idade máxima 81, mínima 14, sendo maior ou igual a 65 anos de idade 24 (39,3%).

Participantes		Idades				
Homens	Mulheres	Média	Moda	Máxima	Mínima	≥65 anos
35	26	60	54	81	14	24

Quadro nº 20 - Participantes que aderiram ao evento 'atelier da saúde', quanto ao género e idade.

O quadro que se segue ilustra os dados relativamente à tensão arterial. Pode-se constatar que as médias, tanto sistólicas como diastólicas, são elevadas, assim como os valores máximos de ambos e apesar da moda sistólica ser normotensa, a moda diastólica também é elevada; portanto de um modo geral os dados remetem-nos para a problemática da hipertensão arterial, salvaguardando-se no entanto que não são conclusivos perante uma avaliação única isolada.

Tensão arterial							
Sistólica (mmhg)				Diastólica (mmhg)			
Média	Moda	Máxima	Mínima	Média	Moda	Máxima	Mínima
151	114	213	99	91	98	118	58

Quadro nº 21 - Média, Moda, Máxima e Mínima da tensão sistólica e diastólica.

O quadro n.º 22 apresenta os valores de glicémia capilar pós-prandial obtidos, ressalvando que 2 participantes recusaram esta monitorização. Apesar de também os dados recolhidos não serem conclusivos, perante uma avaliação única isolada, podemos verificar uma média de 106 mg/dl, moda 98 mg/dl, o que torna um cenário tendencialmente aceitável, no entanto regista-se valor máximo 206 mg/dl. Existe portanto todo o interesse em intervir preventivamente na Diabetes.

Glicémia capilar (mg/dl)				
Participantes	Média	Moda	Mínima	Máxima
59	106	98	77	206

Quadro nº 22 - Média, Moda, Máxima e Mínima da Glicémia capilar

Considera-se que os objetivos inerentes a esta atividade foram totalmente atingidos. O envolvimento da União de Juntas de Freguesias como parceira e aliada na inclusão das mestrandas nesta comunidade tornou-se a “peça” chave para o sucesso desta e outras atividades. Mas foi de fato nesta atividade que a comunidade iniciou a sua relação de confiança e interação com as mestrandas, que arduamente nos adaptámos à cultura, tradição e especificidade desta comunidade. De Salientar que esta atividade ainda poderia

Meta: Que participe 10% das Entidades Locais / Concelhias convidadas

Avaliação:

N.º de entidades que participam na Sessão X 100 = 11 = 31,4%

N.º de entidades convidadas 35

Meta: Que participe 10% da população com idade ≥ 65 anos.

Avaliação:

N.º de pessoas com idade ≥ 65anos que participam na Sessão X100 = 43 = 12,3%

N.º total de pessoas da comunidade com idade ≥ 65anos 350

Meta: Que 95% dos participantes com idade ≥ 65anos aceitem os folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes, realizados para o efeito:

Avaliação:

N.º de folhetos distribuídos a pessoas com idade ≥ 65anos x 100 = 43 = 100%

N.º de pessoas com idade ≥ 65anos que participam na Sessão 43

Meta: Que sejam esclarecidas 95% de questões expostas pelos participantes.

Avaliação:

N.º de questões esclarecidas x100= 5 = 100%

N.º de questões levantadas pelos participantes 5

As metas apresentadas também foram superadas. Esta atividade foi de fato muito gratificante, todas as entidades envolvidas intervenientes se entreajudaram em parceria, criando sinergias interventivas que a enriqueceram em muito, contribuindo de forma superativa para a eficácia da mesma.

Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor “SORSAUDE”: ‘Saber mais, viver melhor’

Meta: Que o artigo ‘Saber mais, viver melhor’ seja publicado em 2 meios de comunicação social.

Avaliação:

Nº de Publicações concretizadas x 100 = 2 = 100%

N.º Publicações propostas 2

Meta: Que o artigo ‘Saber mais, viver melhor’ obtenha tiragem mínima de 1000 exemplares na Publicação no Jornal mesário “aponte”.

Avaliação:

Nº de Tiragem do Jornal “aponte” = 1500 (150%)

Meta: Que o artigo ‘Saber mais, viver melhor’, após 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal Digital “SORSAUDE, obtenha no mínimo 100 visualizações.

Avaliação:

Nº de visualizações no Jornal Digital “SORSAUDE” = 266 (266%)

Como complemento de avaliação deste indicador a acrescentar que esta publicação foi classificada como interessante 5 vezes e teve o seguinte comentário: “Parabéns pelo trabalho, sem dúvida que se deve apostar na prevenção da doença e promoção da saúde! E para isso cada vez mais é necessário termos colegas especializados nessa área! Bom trabalho”. (Rui Martins).

Apesar de esta atividade não permitir determinar com exatidão que tipo de público absorveu, pretendeu-se atingir dois tipos de público:

- Os leitores do jornal mesário “aponte”, cujo Sr.º Diretor expeditamente concordou em publicar gratuitamente os artigos, dado teor de relevante interesse para a comunidade em geral, que mensalmente faz aquisição do jornal;
- Seguidores do Jornal digital “SORSAUDE”, que com regularidade acompanham respetivas publicações.

Tendo em conta as metas propostas, considera-se assim que estas foram amplamente atingidas.

Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mesário da região de Ponte de Sor “aponte” e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: “SORSAUDE”: ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’

Meta: Que o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ seja publicado em 2 meios de comunicação social.

Avaliação:

$$\frac{\text{Nº de Publicações concretizadas}}{\text{N.º Publicações propostas}} \times 100 = \frac{2}{2} = 100\%$$

Meta: Que o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’ obtenha tiragem mínima de 1000 exemplares na Publicação no Jornal mesário “aponte”.

Avaliação: Nº de Tiragem do Jornal “aponte” = 1500 (150%).

Meta: Que o artigo ‘Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos’, após 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal Digital “SORSAUDE”, obtenha no mínimo 100 visualizações.

Avaliação: Nº de visualizações no Jornal Digital “SORSAUDE” = 266 (266%).

Como complemento de avaliação deste indicador também esta publicação foi sujeita à mesma apreciação da anterior: classificação interessante 5 vezes e comentário: “Parabéns pelo trabalho, sem dúvida que se deve apostar na prevenção da doença e promoção da saúde! E para isso cada vez mais é necessário termos colegas especializados nessa área! Bom trabalho”. (Rui Martins).

À semelhança do artigo anterior, tal como já foi aclarado, esta atividade apesar de não permitir determinar com exatidão que tipo de público absorveu, ambicionou abranger dois tipos de público: os leitores do jornal mesário “aponte” e os seguidores do Jornal digital “SORSAÚDE”.

De igual modo, atendendo às metas propostas, considera-se assim que foram amplamente atingidas.

Atendendo a que todas as metas propostas se revelam alcançadas, pois demonstram avaliação satisfatória nos seus indicadores, considera-se deste modo que os objetivos específicos também foram superados com êxito.

Atendendo aos objetivos gerais para este estágio, de ambição adequada ao tempo de intervenção, recorde-se: sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment; considera-se que os objetivos gerais deste estágio também foram atingidos.

Tal como tem vindo a ser referido, somente são quantificadas atividades, de acordo com a consecução das metas definidas, presume-se que apenas ocorrerão mudanças de comportamento na população abrangida nas atividades. Não é portanto possível avaliar ganhos em saúde no curto tempo de intervenção.

Pressupõe-se assim que o contributo das atividades desenvolvidas na população abone para a minimização dos problemas de saúde prioritizados, para o empoderamento dos idosos na adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, e melhoria da sua qualidade de vida.

Terminada a última etapa de Planeamento em Saúde, diz-nos Imperatori & Giraldes (1993) que haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizar o diagnóstico da situação, melhorar a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

1- PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O acesso à informação e o desenvolvimento da ciência têm conduzido a melhorias significativas nos resultados de saúde por todo o mundo, e em Portugal não é exceção.

O Enfermeiro, enquanto profissional de saúde, na procura de qualidade e acesso aos cuidados de saúde, deve utilizar abordagens baseadas na evidência, ou seja, compreender o seu papel no contínuo da evidência à ação.

Segundo a OE (2012) os Enfermeiros devem comprometer-se a desenvolver um ambiente conducente a tomadas de decisão e práticas baseadas na evidência. Para atingir este objetivo os investigadores precisam de se articular em parceria com os profissionais que utilizam esses resultados, incluindo a comunidade na sua globalidade.

De acordo com Lomas et al. (2005), citado pela OE (2012) “evidência refere-se a fatos (atuais ou afirmados) a serem utilizados para apoiar uma conclusão” (2012:10).

A OE (2012) discerne três conceitos fundamentais neste âmbito, designadamente: Prática Baseada na Evidência, Investigação em Enfermagem e Melhoria da Qualidade.

A Prática Baseada na Evidência é “ um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto cuidar.” (OE, 2012:10)

A Investigação em Enfermagem “envolve o inquérito sistemático desenhado especificamente para desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em Enfermagem. O objetivo (...) é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica – sendo esta quantitativa, qualitativa ou mista. “ (OE, 2012:10)

A Melhoria da qualidade “(...) concentra-se nos sistemas, nos processos e funções, na satisfação clínica e nos resultados de custo.(...) Poderão contribuir para a compreensão das melhores práticas (...) que envolvem enfermeiros.” (OE, 2012:10).

Segundo a OE (2012) a evidência resultante da investigação tem uma ponderação mais significativa no processo de tomada de decisão, sendo também mais útil para os decisores. Deste modo é mais fácil fundamentar claramente a tomada de decisão, aumentar a qualidade da decisão, reduzir a possibilidade de erros e divergências e aumentar a probabilidade de implementação de novas práticas.

Os Enfermeiros devem, deste modo, estar ativamente envolvidos em assegurar que a investigação relevante é identificada, avaliada e usada adequadamente, no sentido de poder aumentar a possibilidade de um processo de mudança com sucesso.

Os Enfermeiros poderão procurar evidência para apoiar uma mudança na prática, considerar a melhor opção entre várias escolhas ou comparar custos. Neste sentido, perante o presente relatório de intervenção comunitária, pretende-se corroborar evidência nas decisões tomadas ao longo do estágio. O método utilizado para o efeito é o método PICO, composto por quatro elementos: **P**roblema, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**utcome.

1.1 – MÉTODO PICO

O método PICO tem como principal objetivo maximizar as informações recolhidas nas bases de dados, focar o âmbito da pesquisa e evitar a realização de pesquisas desnecessárias.

Segundo a OE (2012) existem várias procedências de informação para encontrar evidência adequada aos enfermeiros no sentido de se manterem ativos, informados, e críticos e expõe potenciais fontes de evidência, designadamente: “investigação desenvolvida por profissionais de saúde ou académicos; investigação desenvolvida por empresas; Revisões de investigação e *guidelines* clínicas; opinião de peritos; opinião de colegas; experiência clínica; experiência de clientes e cuidadores e dados de auditorias clínicas” (OE, 2012: 12).

Para o efeito de corroborar evidência nas decisões tomadas ao longo do estágio, foi realizada pesquisa de um vasto leque de fontes de evidência, particularmente Investigação desenvolvida por profissionais de saúde e académicos (método qualitativo, quantitativo ou misto) e Revisões de investigação, nos principais repositórios nacionais e internacionais de referência, designadamente: Biblioteca de Conhecimento Online (b on), ProQuest, porbase IPP, SciELO - Scientific Electronic Library Online, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Biblioteca Virtual de Saúde, BVS Enfermagem, CUIDEN®, Biblioteca Nacional de Portugal; Google e Google académico.

A Pesquisa teve por base os conceitos: Envelhecimento e qualidade de vida, Promoção da Saúde e *Empowerment* e decorreu em dois *timings*, no período de 16 de setembro a 31 de janeiro de 2014, coincidente com estágio de intervenção comunitária e no período de 16 de abril a 31 de junho de 2014, no sentido da revalidação e atualização. Foram considerados critérios de exclusão artigos não publicados, teses, publicações parciais ou com evidência ainda em curso, artigos com conteúdo pouco esclarecedor ou confuso, assim como artigos anteriores ao ano de 2007. O idioma não foi critério de exclusão.

De acordo com Fortin (2000) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer um inventário e um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.

A triagem dos artigos emergentes foi sistemática, cada artigo foi analisado e apreciado no que respeita aos conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese ou resumo desses documentos, assim como a conclusão ou considerações finais forneceram a matéria essencial.

Diante dos 16 artigos resultantes da supra pesquisa foram selecionados, para o efeito, artigos que apresentaram relevância sobre os desafios do Envelhecimento na sociedade, estratégias de empowerment para a promoção da saúde e evidências na contribuição dos programas de promoção da saúde no processo de envelhecimento saudável.

No sentido de consolidar evidência no presente Relatório, foram selecionados três artigos publicados nos seguintes espaços:

- Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (2012);
- Revista Ciência & Saúde Coletiva (2014);
- Revista Panamericana Salud Pública (2011).

Considerando o método PICO foi possível obter a análise organizada nos seguintes Quadros:

- Quadro n.º 26 - Análise PICO do artigo 1: “Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de Investigação na Sociologia Portuguesa”;
- Quadro n.º 27 - Análise PICO do artigo 2: “Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde”;
- Quadro n.º 28 - Análise PICO do artigo 3: “ Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil”;

Os referidos quadros encontram-se no apêndice XXI.

1.2- INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

À luz da literatura analisada, e considerando o domínio da investigação, a ordenação de apresentação dos artigos analisados sob a metodologia PICO não é aleatória, pelo contrário, pretende primeiramente demonstrar uma visão sociológica da problemática do envelhecimento, sua relevância e os desafios que dele emergem para a sociedade e para os cientistas; por conseguinte, o segundo artigo direciona para as estratégias de empowerment para a promoção da saúde e o último demonstra as evidências dos programas de Promoção para a saúde na contribuição para o processo de envelhecimento saudável.

Porque o fenómeno do Envelhecimento demográfico é extensamente objeto de estudo pela Investigação na Sociologia Portuguesa, a visão sociológica é particularmente rica como

ponto de partida, quer nos percursos já trilhados, como nas perspetivas futuras no campo da produção de conhecimento.

O interesse sociológico em torno do fenómeno do envelhecimento emerge com maior visibilidade em 1999, com a proclamação do Ano Internacional dos Idosos, pelas Nações Unidas. Nessa altura, também os movimentos internacionais e nacionais se dinamizaram junto à comunidade científica, reclamando estudos e propostas como alicerce para o desenvolvimento de respostas políticas eficazes e para fazer face aos desafios inerentes à tendência de evolução demográfica.

Perante o envelhecimento, mantendo o prisma sociológico, identificam-se quatro grandes áreas dominantes: normas, valores e representações sociais; mercado de trabalho, emprego e reforma; dependências e cuidados; vulnerabilidades e desigualdades.

Quanto às normas, valores e representações sociais evidencia-se a necessidade de elementos estruturantes da ação social, como sendo representações, atitudes e expectativas ligadas à idade.

Relativamente ao Mercado de Trabalho, Emprego e Reforma, esta área é integrante da agenda de debate político, com o *interface* dos sistemas de proteção social. Relaciona-se ao momento de viragem na vida dos indivíduos, com a passagem do trabalho à reforma. Reconhece-se a centralidade do trabalho enquanto elemento estruturante da vida dos indivíduos, não só nas suas dimensões materiais, mas igualmente nas identidades pessoais e coletivas. Aqui emergem as necessidades de transição da atividade profissional para a reforma, estratégias de ocupação do tempo na reforma (lazer e atividades de voluntariado) e o seu potencial contributo ativo e produtivo na sociedade.

Quanto à área Dependências e Cuidados, este domínio de investigação é vasto, com provável explicação pelo aumento das dependências e a pressão sobre os sistemas de prestação. Nas linhas de investigação ressalta o papel da família como parceiro estratégico nos cuidados a idosos e o destaque para a importância da formação/educação do cuidador informal. Emergem temáticas como: carências na prestação de cuidados aos idosos; redes de apoio social e de cuidados, formais e informais; relacionam o impacto na vida do cuidador, sobrecarga, conciliação com o trabalho; a feminização dos cuidados a idosos e o papel social da mulher; mais recentemente têm surgido abordagens que se debruçam sobre a participação masculina nos cuidados em contexto de conjugalidade. Discutem-se mecanismos de garantia do bem-estar do idoso, problemas de saúde como demência, sequelas de AVC, doença oncológica, depressão e doenças crónicas. Apontam-se áreas de intervenção política e social para dar resposta aos impactos do envelhecimento demográfico.

No que toca às Vulnerabilidades e Desigualdades incluem-se questões como a violência doméstica e institucional; comportamentos de abuso a idosos; fatores de risco e estratégias de intervenção social contra a violência a idosos.

Neste âmbito também estão visadas questões associadas a transformações nos valores e normas das sociedades contemporâneas, como alterações na composição dos agregados familiares e inerentes impactos, nomeadamente o aumento de idosos a viver só. Este crescente isolamento doméstico implica maior vulnerabilidade deste grupo social à pobreza, à exclusão social e a alterações nos padrões de redes de solidariedade intergeracionais. São apontados riscos de vulnerabilidade numa perspetiva multidimensional, quanto ao impacto que diferentes variáveis assumem nas desigualdades de padrões de vida na velhice, no grau de satisfação dos idosos perante a vida, entre outros, como é exemplo: rendimento, região, agregado familiar, acesso a redes de apoio formais e informais, estado de saúde e o grau de dependência, género, ambientes de vida e espaço habitacional. A problemática da habitação para pessoas idosas e os fatores que determinam a definição de um espaço confortável e seguro para a qualidade do próprio processo de envelhecimento, também é considerada.

Este artigo documenta que o envelhecimento tem um forte carácter multidisciplinar, onde se esbatem limites fronteiriços entre vários domínios científicos de investigação, desde a Sociologia, à Gerontologia Social, Enfermagem, Saúde Pública, Psicologia, Serviço Social, até às Ciências da Educação.

Transitando para o contexto da intervenção comunitária desenvolvida, a população alvo desta intervenção apresenta traços que se cruzam com várias preocupações documentadas na visão sociológica. Considerando o seu perfil crítico, é o de uma população bastante envelhecida, cuja média de idades é de 76 anos, maioritariamente feminina, casada, com baixa literacia e em que 25,5% vivem só. A maioria tem dificuldades económicas, com algumas carências a nível habitacional, em termos de conforto e segurança. Também a maioria é independente nas atividades de vida diárias e quando precisam de apoio é um familiar que ajuda (regularmente o cônjuge ou outro familiar, no caso de viver só). Ficou demonstrado pela Escala de Depressão Geriátrica que são idosos compatíveis com quadro de Depressão. Apresentam pré-obesidade e obesidade I, índice de comorbilidade severa (hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares e reumatológicas, diabetes e insuficiência cardíaca), acentuada polimedicação, tendência para a queda (relação à habitação e distúrbios sensoriais e mais acentuada no sexo feminino).

Considerando a perspetiva sociológica, emerge nesta população as necessidades de menear as representações, atitudes e expectativas ligadas à idade, refletir estratégias de ocupação do tempo, no que toca a lazeres e atividades de voluntariado, maximizar o seu potencial contributo ativo e produtivo. Apontam-se também neste contexto a discussão

sobre os mecanismos de garantia do bem-estar do idoso, intervenção em problemas de saúde comuns no envelhecimento e a necessidade de envolvimento de intervenção política e social.

Identifica-se também a tendência contemporânea da composição dos agregados familiares, nomeadamente idosos a viver só e isolamento doméstico, o que implica, com já foi referido, a maior vulnerabilidade, exclusão social e alterações nos padrões de redes de solidariedade intergeracionais.

Estão também patentes riscos de vulnerabilidade relacionados com desigualdades de padrões de vida na velhice, o grau de satisfação dos idosos perante a vida e outros (rendimento, região, agregado familiar, estado de saúde, grau de dependência, género, ambiente de vida e espaço habitacional).

Perante o envelhecimento, suas vulnerabilidades e problemáticas comuns, o empowerment surge naturalmente associado como estratégia de promoção da Saúde ao idoso.

O *Empowerment* emerge no cenário das ações em saúde, ao ser lançada a Carta de Ottawa, quando se define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre a sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais, que vão além do sector da saúde.

Direcionando para a temática constante no segundo artigo PICO, este remete-nos para as pesquisas em saúde sobre as estratégias de empowerment abordadas para a promoção da saúde. A maioria dos estudos aborda estratégias especialmente voltadas a um dos eixos da Carta de Ottawa - reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes sustentáveis e construção de políticas públicas saudáveis. As estratégias implementadas nos estudos direcionam-se, deste modo, aos princípios da Promoção da Saúde. Podem-se no entanto inferir formas relacionais de poder.

Na perspetiva crítico-social o *Empowerment* possui dois sentidos:

. *Empowerment* psicológico ou individual que possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade.

. *Empowerment* social ou comunitário que busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais pelos seus direitos.

As estratégias para a promoção da saúde, de carácter empoderador, são aquelas que envolvem diretamente a participação dos sujeitos nas decisões, destacando-se a forma como estes fazem as suas escolhas.

As estratégias de *empowerment* têm diversas abordagens e perspetivas, dependendo do objetivo e do contexto das relações interpessoais, institucionais e sociais onde se inserem.

As estratégias de terapia comunitária e oficina de escuta terapêutica foram descritas como atividades voltadas às políticas de saúde mental do idoso e da mulher, promovem a inserção social destes grupos, o desenvolvimento de autonomia e capacidade de resiliência, especialmente direcionadas ao *empowerment* individual.

Já as propostas de educação em saúde, tais como: teatro, atividades lúdicas, educativas e *workshops* trabalharam tanto o *empowerment* individual, como o comunitário e possuem relação com ações para a promoção da saúde, definidas na Carta de Ottawa, com o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço à ação comunitária e a criação de ambientes saudáveis.

O *empowerment* comunitário exige ações práticas educativas que promovam a participação dos indivíduos. Neste sentido há que propor abordagens educativas que valorizam a criação de espaços públicos (rodas e grupos de discussão) com o objetivo de identificar e analisar criticamente os seus problemas, possibilitando estratégias conjuntas de transformação da realidade social.

O *empowerment* comunitário é considerado um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos, ao mesmo tempo que remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável.

O profissional de saúde busca ter um papel ativo de estimular o *empowerment* dos indivíduos de forma individual, em grupos, no trabalho comunitário e institucional. Elenca diversas estratégias de *empowerment* para superar processos de exclusão, opressão e discriminação tais como: recuperação de uma doença ou deficiência, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo e participação no sistema de saúde.

Toda a estratégia de *empowerment* também é de promoção da saúde, mas nem toda estratégia de promoção da saúde é empoderadora.

O nível de envolvimento do profissional de saúde nas atividades e suas habilidades com a comunidade é preponderante, assim como o apoio das organizações governamentais.

A ação local deve fomentar a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate e favorecer a compreensão.

A educação em saúde é conteúdo naturalmente integrante em qualquer nível da atenção. Programas ou atividades educativas podem fazer parte de qualquer ação de saúde, tanto de promoção, prevenção, como de cura e reabilitação.

A abordagem educativa predominantemente técnica e informacional não favorece o processo de *empowerment*. Neste âmbito as práticas de educação devem assumir comportamentos sempre interativos.

As pesquisas inerentes a este artigo são de cariz essencialmente crítico-social. Sugere mais pesquisas pós-estruturalistas, no sentido da implementação e avaliação de estratégias de *empowerment* para a promoção da saúde.

Supõe-se que a limitação de se articular estratégias de *empowerment*, que atinjam os pressupostos da perspectiva pós-estruturalista, reside no fato do poder ser constituído por uma complexa trama de micro e macro poderes que envolvem a interpretação dos processos de subjetividade de cada sujeito, políticas e estratégias intrasectoriais e intersectoriais, não somente ligadas ao sector da saúde.

Este artigo sugere também maior rigor no que respeita à metodologia nos estudos, para maior contribuição na prática; aprofundamento nas discussões com os profissionais da saúde, especificamente da Enfermagem, sobre a aplicabilidade do *empowerment* no contexto da promoção da saúde, envolvendo programas de formação permanente.

Há que explorar o conhecimento e a práxis dos enfermeiros, seguindo como fio condutor os resultados de pesquisas, refletir e reconstruir a prática profissional, sem deixar de considerar o indivíduo e a sua subjetividade em sociedade.

Considerando o perfil crítico da população idosa intervencionada, revelado pelo diagnóstico de saúde, as intervenções dirigiram-se essencialmente para a promoção da saúde no âmbito da prevenção de quedas, comorbilidades (hipertensão arterial; dislipidémia, patologias osteoarticulares e reumatológicas, diabetes e Insuficiência cardíaca), depressão, obesidade, polifarmácia, vulnerabilidades como: viver só, isolamento, iliteracia e condição de habitação.

Os objetivos gerais subjacentes a esta intervenção comunitária pretendiam o desígnio de sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu *empowerment*.

Neste âmbito, e tal como sugere a literatura científica, o fio condutor foi o eixo da carta de Ottawa, no que respeita à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes sustentáveis e construção de políticas públicas saudáveis.

Considerando que as estratégias para a promoção da saúde que têm realmente carácter empoderador são aquelas que envolvem diretamente a participação das pessoas nas decisões, destacando-se a forma como fazem as suas escolhas, a envolvência desta população nas intervenções foi prioritária.

Além de habilmente se envolver a comunidade, o apoio das organizações políticas locais também foi preponderante. Sabe-se que a ação local deve fomentar a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate.

Tal como a literatura científica também sugere, no sentido de desenvolver o empowerment comunitário, houve o cuidado de enfatizar abordagens educativas em espaço público com intento de fomentar discussão em grupo, no sentido de identificar e analisar criticamente os problemas priorizados, possibilitando estratégias conjuntas de transformação/resolução.

Nesta sinergia entre profissionais de saúde interventores, Comunidade e organizações políticas locais, houve a possibilidade de discutir as seguintes soluções para alguns problemas identificados, recorde-se: criar espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos na freguesia, no sentido de incentivo à prática de exercício físico; requisitar o funcionário da autarquia com formação desportiva a deslocar-se para realizar exercícios aos idosos; realizar rampas de acesso aos locais públicos e de acesso em casas de idosos – via pública; criar mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia, incentivando ao convívio e lazer; implementar Teleassistência no caso dos idosos que vivem só; implementar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever e concluir rede municipal de esgotos para remanescente população que ainda não possui.

É de conhecimento que a educação em saúde é conteúdo naturalmente integrante em qualquer nível de atenção. No entanto, e tal como a literatura científica indica, as práticas de educação em saúde para terem carácter empoderador devem assumir comportamentos sempre interativos. Neste sentido as atividades de educação em saúde desenvolvidas, designadamente a atividade educativa lúdico/recreativa – ‘*atelier* da saúde’, associado à tradição cultural e festiva do S. Martinho; o *Fórum* comunitário, para apresentar à comunidade e entidades locais/políticas os problemas identificados, assim como os avanços das propostas feitas aos responsáveis políticos locais; a Sessão sobre Segurança do idoso, com envolvimento de parcerias estratégicas de ampliação de eficácia; todas estas atividades tiveram o cunho interativo da comunidade.

Neste contexto supõe-se que as ações desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, uma vez que estimulam a participação, a interação, a integração e o empoderamento desses indivíduos.

Considerando que, a educação como um simples instrumento de transmissão de informações não atinge a promoção da saúde, foram no entanto adotadas estratégias de transmissão e disponibilização de informação alusiva à adoção de estilos de vida saudáveis, difundida através de panfletos e meios de comunicação pública local (domínio jornal mesário e jornal digital), mas numa ótica de complementaridade com as ações educativas interativas.

Por último, o terceiro artigo pretendeu ir buscar na literatura evidências relativas à contribuição dos programas de promoção da saúde no processo de envelhecimento saudável (Brasil). Face à reduzida produção científica, em termos de avaliação e resultados,

tanto a nível nacional, como internacional, apenas cinco programas foram analisados e considerados evidências de promoção da saúde no envelhecimento.

Os Programas contemplavam várias atividades organizadas, como exemplo: oficinas de dança, poesia, pintura, alongamento, trabalho de movimentação e estimulação psicomotora, minicursos sobre geriatria e gerontologia, programa educativo por grupos, atividades socioculturais e educativas para a terceira idade, cursos gratuitos, oficinas, seminários, palestras, festas, exposições, shows de dança e música e programa de voluntariado.

Destaca-se que os programas de promoção da saúde de idosos analisados tiveram como alicerce o empoderamento, por tornar o idoso protagonista e atuante nas escolhas que determinam seu estado de saúde e inserção na sua teia social. Tal empoderamento foi concretizado pela criação de um ambiente de suporte para a prevenção de danos, aumento da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida, traduzido pelo que se pode chamar de conceito ampliado de saúde.

Os estudos abordados demonstraram assim a melhoria da qualidade de vida dos idosos, com a participação, interação, integração, empoderamento e libertação desses indivíduos.

Sabe-se, e neste artigo é manifesto, que o compromisso da promoção da saúde é o de criar sujeitos reflexivos, autónomos e socialmente solidários, o que só é eficaz através do empowerment, que amplia as possibilidades de controlo, individual ou comunitário, dos aspetos significativos relacionados à sua própria existência, sendo necessária também a viabilização desse compromisso por meio da criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde.

No entanto a promoção da saúde, nesta perspetiva, não gera efeitos imediatos, é necessário um determinado período de tempo para que resultados surjam e possam ser mensurados, o que torna a sua visibilidade mais difícil.

Uma promoção da saúde eficaz conduz a mudanças nos determinantes da saúde e deve envolver a população no percurso do diagnóstico da situação e na avaliação das ações implantadas.

Do ponto de vista crítico-constructivo, os programas visados não revelaram os custos envolvidos. O ideal seria que todos os programas de promoção da saúde fossem avaliados pela sua eficácia, eficiência e efetividade. Só assim seria possível aos responsáveis pelas políticas públicas atuarem dentro de estratégias mais concretas, pelo conhecimento dos meios de promover a saúde com equidade para toda a população, viabilizando um direito, e não somente algo a ser adquirido.

Percebe-se a necessidade de ampliação das políticas públicas para acolher um maior número de pessoas e assim viabilizar a continuidade das ações desenvolvidas.

Por outro lado, as evidências da eficácia da promoção da saúde apresentam também lacunas importantes no campo do conhecimento. As evidências científicas acerca dos programas para a terceira idade devem existir e ser identificadas, no entanto é prioritário difundir essas evidências para que possam também ser norteadoras de ações profissionais para os gestores em saúde e para os profissionais da área da saúde, uma vez que esses são os responsáveis pela sua aplicação.

Considerando a intervenção comunitária desenvolvida e descrita no presente relatório, atendendo aos problemas priorizados e intervencionados, à luz da literatura científica apresentada, com especial ênfase nos conceitos da promoção da saúde e empowerment, considero que de algum modo contribui para uma população com pessoas mais reflexivas, autónomas e socialmente mais solidárias, cujos alguns aspetos significativos relacionados com a sua vida passaram a ter maior controlo, quer a nível individual, como comunitário. Foram também viabilizados compromissos com a criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde.

Quando me refiro “de algum modo” não é de forma trivial, mas convicta, que face ao tempo de duração deste estágio, tal como a literatura científica relata, a promoção da saúde na perspetiva do empowerment, não gera efeitos imediatos, é necessário um determinado período de tempo para que os resultados surjam e possam ser mensurados, o que torna a sua visibilidade mais difícil.

Concluindo, a adoção de programas de promoção da saúde voltados para o envelhecimento saudável representa-se na literatura como uma estratégia eficaz para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos idosos. Os estudos mostram claramente o benefício positivo para a saúde dessas pessoas, bem como para a sociedade. O envelhecimento saudável, derivado do fato de os idosos manterem um estilo de vida saudável durante mais tempo, é revertido positivamente para a sociedade como um todo.

Ressalve-se, no entanto, a necessidade de comprovar a relação eficácia, eficiência e efetividade no sentido de melhor mobilizar os responsáveis pelas políticas públicas. Também a necessidade de divulgar evidências sobre a aplicabilidade do *empowerment* no contexto da promoção da saúde para que possam ser norteadoras de ações profissionais, seguindo como fio condutor os resultados de pesquisas, refletir e reconstruir a prática profissional, particularmente entre enfermeiros, e deste modo contribuir para a melhoria da sua praxis.

CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que continua a pautar o século XXI, considerado para muitos autores, um dos maiores triunfos, e concludentemente um dos maiores desafios deste século. É uma realidade inquestionável, com consequências profundas a vários níveis na sociedade, e um pressuposto importante para dimensionar as transformações e implicações sociais e comunitárias.

Face às mudanças decorrentes do envelhecimento populacional que se reflete em maiores vulnerabilidades, fragilidades, maior número de doenças crónicas e maior dependência, perspectiva-se a necessidade de criar políticas adequadas a um envelhecimento saudável e de qualidade. É necessário uma adaptação constante a novas situações, promovendo condições de saúde e qualidade de vida, de modo a que a ideia positiva de saúde assuma uma importância crescente, enquanto recurso fundamental para se perceber uma boa qualidade de vida.

À medida que o indivíduo envelhece ocorre modificação significativa nos papéis sociais que desempenha. Esses papéis precisam de ser substituídos, caso contrário, o idoso torna-se alienado da sociedade e de si mesmo. Um ponto essencial para reverter essa situação é a valorização da velhice, atribuindo aos idosos novos papéis socialmente valorizados, e aqui a educação assume papel de destaque.

O *Empowerment* emerge no cenário das ações em saúde, ao ser lançada a Carta de Ottawa, quando se define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre a sua própria saúde, mobilizando recursos pessoais e sociais, que vão além do sector da saúde. Deste modo os indivíduos capacitados têm maior poder de interferir no seu próprio processo de saúde e doença, ampliando a sua visão acerca dos fatores relacionados à produção social da saúde.

As estratégias de empowerment abordadas para a promoção da saúde estão especialmente voltadas a um dos eixos da Carta de Ottawa - reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes sustentáveis e construção de políticas públicas saudáveis.

Neste contexto a enfermagem Comunitária assume um papel preponderante. Os enfermeiros com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ao trabalharem junto com as populações assumem um papel fundamental na ação e

participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado.

Considerando o perfil crítico da população idosa intervencionada, revelado pelo diagnóstico de saúde, as intervenções dirigiram-se essencialmente para a prevenção de quedas, comorbilidades (hipertensão arterial; dislipidémia, patologias osteoarticulares e reumatológicas, diabetes e insuficiência cardíaca), depressão, obesidade, polifarmácia, vulnerabilidades como: Viver só, isolamento, iliteracia e condição de habitação.

Os objetivos gerais subjacentes a esta intervenção comunitária pretendiam o desígnio de sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment.

Além da primazia de habilmente se envolver a comunidade, o apoio das organizações políticas locais também foi decisiva. Sabe-se que a ação local deve fomentar a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate e favorecer a compreensão.

Houve o cuidado de enfatizar abordagens educativas em espaço público com intento de fomentar discussão em grupo, no sentido de identificar e analisar criticamente os problemas priorizados, possibilitando estratégias conjuntas de transformação/resolução.

Nesta sinergia entre profissionais de saúde interventores, Comunidade e organizações políticas locais, houve a possibilidade de discutir soluções para alguns problemas identificados, designadamente: criar espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos na freguesia, no sentido de incentivo à prática de exercício físico; requisitar o funcionário da autarquia com formação desportiva a deslocar-se para realizar exercícios aos idosos; realizar rampas de acesso aos locais públicos e de acesso em casas de idosos – via pública; criar mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia, incentivando ao convívio e lazer; implementar Teleassistência no caso dos idosos que vivem só; implementar projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever e concluir rede municipal de esgotos para remanescente população que ainda não possui. Todas as propostas foram consideradas de relevante interesse, três foram aceites e cinco remetidas necessariamente para análise.

A educação em saúde é conteúdo naturalmente integrante em qualquer nível de atenção. No entanto, as práticas de educação em saúde para terem carácter empoderador devem assumir comportamentos sempre interativos.

As atividades de educação em saúde desenvolvidas, designadamente a atividade educativa lúdico/recreativa – ‘*atelier* da saúde’, associado à tradição cultural e festiva do S. Martinho; o *Fórum* comunitário, para apresentar à comunidade e entidades locais/políticas os problemas identificados, assim como os avanços das propostas feitas aos responsáveis políticos locais; a Sessão sobre Segurança do idoso, com envolvimento de parcerias estratégicas de ampliação de eficácia; todas estas atividades tiveram o cunho interativo da comunidade.

Foram adotadas estratégias de transmissão e disponibilização de informação do domínio da adoção de estilos de vida saudáveis, difundida através de panfletos e meios de comunicação pública local (jornal mesário e jornal digital), mas numa ótica de complementaridade com as ações educativas interativas.

Neste contexto supõe-se que as ações desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, uma vez que estimulam a participação, a interação, a integração e o empoderamento desses indivíduos.

Supõe-se que, de algum modo, contribui para uma população com pessoas mais reflexivas, autónomas e socialmente mais solidárias. Cujos aspetos significativos relacionados com a sua vida passaram a ter maior controlo, quer a nível individual, como comunitário. Foram também viabilizados compromissos com as organizações políticas locais sobre a criação de espaços e práticas democráticas no campo da saúde.

Quando me refiro “de algum modo” não é de forma trivial, mas convicta, que face ao tempo de duração do patente estágio, tal como a literatura relata, a promoção da saúde na perspectiva do empowerment, não gera efeitos imediatos, é necessário um determinado período de tempo para que resultados surjam e possam ser mensurados, o que torna a sua visibilidade mais difícil.

Concluindo, a adoção de programas de promoção da saúde voltados para o envelhecimento saudável representa-se como uma estratégia eficaz para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos idosos, revertendo-se positivamente para a sociedade como um todo.

Há no entanto que investir no domínio de comprovar a eficácia, eficiência e efetividade dos programas de promoção para a saúde, no sentido de melhor mobilizar os responsáveis pelas políticas públicas. Por outro lado, urge também a necessidade de divulgar evidências sobre a aplicabilidade do *empowerment* no contexto da promoção da saúde para que possam ser norteadoras de ações profissionais, particularmente entre enfermeiros, e deste modo contribuir para a melhoria da sua prática.

A realização deste estágio e relatório permitiram compreender, aprofundar e incorporar a área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública. Perante o conteúdo exposto ao longo deste relatório de intervenção comunitária considero estar demonstrado a apropriação de tais competências.

Ao finalizar o relatório de intervenção comunitária considero que alcancei os objetivos propostos para este estágio. Para este feito contribuiu, além da exaustiva pesquisa bibliográfica em torno do domínio do envelhecimento, a pesquisa, análise meticulosa e entendimento sobre a Teoria da Organização Comunitária e Metodologia do Planeamento em Saúde, considerando também a apropriação das atribuições do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública constantes no Regulamento n.º 128/2011.

Também considero que os objetivos delineados para a realização deste relatório foram generosamente atingidos, além de constituir um instrumento de avaliação da Unidade Curricular Estágio e Relatório, conferir também a obtenção do Título Mestre em Enfermagem e validar competências para atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública pela Ordem dos Enfermeiros, de acordo com Regulamento n.º 128/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

BIBLIOGRAFIA

- Araujo, I. (2010). *Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem. Tese De Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar.
- Araújo, L.F. et al (2011). *Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil*. Revista Panamericana de Salud Pública 2011:30 (1):80-6
- Ariés, P. e Duby, (Dir). (1991). *Histórias da Vida Privada: da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias*. Porto: Edições Afrontamento
- Basto, M. (2000). *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.
- Berger, M. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global. (Processo de Enfermagem por necessidades)*. Lisboa: Lusodidacta
- Buss P. (2010). *Saúde, sociedade e qualidade de vida*. In *Reviver espaço: Saúde, sociedade e qualidade de vida*. Acedido a 21 de Abril de 2013 em <http://reviverespaco.blogspot.com/2010/12/saude-sociedade-e-qualidade-de-vida.html>
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento Hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de Abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>
- Canavarro, M. & Serra, A. (2010). *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspetiva da OMS*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Cardoso, A et al. (2008). *Envelhecer em Matosinhos-Panorama atual e Cenários de Futuro*. Matosinhos: Camara Municipal de Matosinhos.

Carmo, Hermano (2001). *A atualidade do desenvolvimento comunitário como estratégia de intervenção Social*. Universidade Aberta, Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais (CEMRI) e ISCSP/UTL In Atas da 1ª conferência sobre desenvolvimento comunitário e saúde mental, ISPA.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Acedido a 26 de outubro de 2013 em <http://repositorio.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5396/2/Ed%20Saude%202-4.pdf>

Chachamovich, E. (2006) *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do modulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros*. Dissertação Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, p.09 - 120.

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração do Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 26 de Outubro 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Ottawa: 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm

2.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988). *Declaração de Adelaide: Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis*. Adelaide: 2.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm

3.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1991). *Declaração de Sundsvall: Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde*. Sundsvall: 3.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Sundsvall.htm

- 4.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997). *Declaração de Jacarta: Promoção da Saúde no Século XXI. Jacarta: 4.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jacarta.htm
- 5.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2000). *Declaração do México. Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade. Cidade do México: 5.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Mexico.htm
- 6.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2005). *Carta de Bangucoque: Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. Bangucoque: 6.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm
- 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Carta de Nairobi: Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Acedido a 26 de Outubro de 2012 em: http://who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.htm
- Costa, A. Et al. (2008). *Um lugar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Gradiva.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais- Itinerário de Pesquisa em torno do aumento da Esperança de Vida*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso* (2^a edição). Coimbra: Quarteto.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (Campus do saber;8). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Hedrick, S. (1995). *Assessment of functional status: Activities of daily living. Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*, 51-57.

- Hockenberry, M.J. 2006. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7.^a edição. São Paulo : Elsevier Editora, 2006. 85-352-1918-8.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2^a Edição, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3^a edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (Novembro de 2002). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. In *Revista de Estudos demográficos* (vol. nº 32). Lisboa: INE, I.P.185-208.
- Laverack G & Labonte R 2000. *A planning framework for community empowerment goals within health promotion*. *Health Policy Plan* 15 (3):255-262.
- Leal, C. M. da S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores, acedido a 12 de Maio 2013 em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>
- Lima, H. & Alves, F. (2009). *O papel da enfermagem na saúde do idoso dentro da atenção básica de saúde*.
- Lopes, A; Lemos, R. (2012). *Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia Portuguesa*. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012, pág. 13-31
- Manso, J. & Simões, N. (2007). *Os Municípios e a Qualidade de Vida em Portugal: Proposta Metodológica com vista à sua Mensuração e Ordenação*. In *Observatório para o desenvolvimento*. Acedido a 20 de Abril de 2013 em http://www.dge.ubi.pt/pmanso/qualid_vida_pmanso_nuno.pdf

Martins, M. (2005). *A promoção da saúde: Percursos e paradigma*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2005. Acedido a 27 de Dezembro de 2012 em:

<http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf~>

Martins, R. (2003). *Envelhecimento e Saúde: Um problema social emergente*. In *Millenium - Revista do ISPV* – (n.º 27), Abril de 2003. Acedido a 15 de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium27/14.htm>

Martins, R. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. In *Millenium - Revista do ISPV* – (n.º 32). 126-140. Acedido a 25 de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

Martins, R. & Santos, A. (Novembro de 2008). *Ser Idoso Hoje*. In *Millenium - Revista do ISPV* – (n.º 35). 1-8. Acedido a 03 de Junho de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/default.htm>.

National Institutes of Health (2005). *Teory at a Galnce, A Guide for Health Promocion Praticce* - US Department of health and human services. In *Nacional Cancer Institute at the Nacional Institutes of Health*. Acedido a 28 de Maio de 2013 em: <http://cancer.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf>

Ordem dos Enfermeiros; Conselho Internacional dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação – Closing The gap: from evidence to action*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – maio 2012.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*, acedido a 01 de Maio 2013 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de Maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido a 26 de junho de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

Organização Mundial de Saúde (1947). *WHO- World Health Organisation (1948). Officials Records of the World Health Organization*, No 2, 100 p.. United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comission.

Organização Mundial de Saúde (1994) *WHO- World Health Organisation (1994). Report of the WHOQOL Focus Group*. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO

Organização Mundial de Saúde (2002) - *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Acedido a 18 de Maio de 2013 em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Palácios, J. (2004). *Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice*. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. *Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva Vol.1 2a.Ed*. Porto Alegre: Artmed.

Paschoal, S. (1996). *Qualidade de vida na velhice*. In Portal do Envelhecimento. Acedido a 2 de Maio de 2013 em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/eqvspp4.htm>

Paúl, C., & Fonseca, A. (1999) *A saúde e qualidade de vida dos idosos*. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362

Petronilho, F. A. S. (2010) – *A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: Uma revisão de Literatura*. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 21, p. 43-57

Pimentel, L. (2005). *O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto.

PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de Julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde. Acedido em 12 de maio de 2013 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança - *GNR Guarda Nacional Republicana*, Acedido a 1 de Junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpnv5/vq1515

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (2003), Circular Informativa da Direcção Geral de Saúde. *Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria - Atividade física para manter a independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria – Alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;

REDTESS – Rede de Cooperação e Conhecimento na Área do Trabalho, Emprego e Solidariedade Social (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da*

Solidariedade entre Gerações. Contributos Bibliográficos. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Acedido a 1 de fevereiro de 2014, em http://www.igfse.pt/upload/docs/2013/REDTESS_ContributosBibliograficosParaAnoEuropeuDoEnvelhecimentoAtivo.pdf

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011*

Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*

Rojas, E. (2001) “*Quién eres? De la personalidad a la autoestima*”, *Colección Vivir*.

Serra, A. (2010). *Qualidade de Vida e Saúde.* In Canavarro, M.C. & Serra, A.V. *Qualidade de vida e saúde. Uma abordagem na perspetiva da OMS.* Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Silva, M. (2005). *Saúde mental e idade avançada. Uma perspetiva abrangente.* In C. Paul & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, 137 – 156. Lisboa: Climepsi Editores.

Souza, J.M. et al (2014). *Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde.* *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 19 (7):2265-2276, 2014.

Stanhope M. & Lancaster J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos.* Lisboa: Lusociência.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.

Trickett, E. J. (2009). *Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective.* *American Journal of Community Psychology*, 43, 257-266.

Veras, R. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio Janeiro: Relume – Duramá.

World Health Organization (2005). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Acedido a 28 de Maio de 2013 em: www.who.int/mental_health

Zimerman, I. (2000). *Velhice, aspetos biopsicossociais*. São Paulo: Artemed.

ANEXOS

Anexo I – Procedimentos de colaboração da Junta de Freguesia da Tramaga.

UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E
VALE DE AÇOR

Convite

Comemoração do S. Martinho

A União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, convida toda a população a participar na comemoração do S. Martinho, dia 16 de novembro na sede do Grupo Desportivo de Tramaga.

Programa:

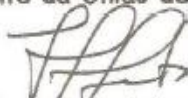
20h - Início da castanhada e prova da água-pé com porco assado no espeto;

20h30 - Início do baile com o organista A.L. Caldeira.

Informa-se ainda que, estará presente um Atelier de Saúde organizado por um grupo de alunas da Escola Superior de Saúde de Portalegre, com o objetivo de avaliar a tensão arterial, glicemia capilar e esclarecimento de dúvidas/informação.

União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, 07 de novembro de 2013.

O Presidente da União de Freguesias,



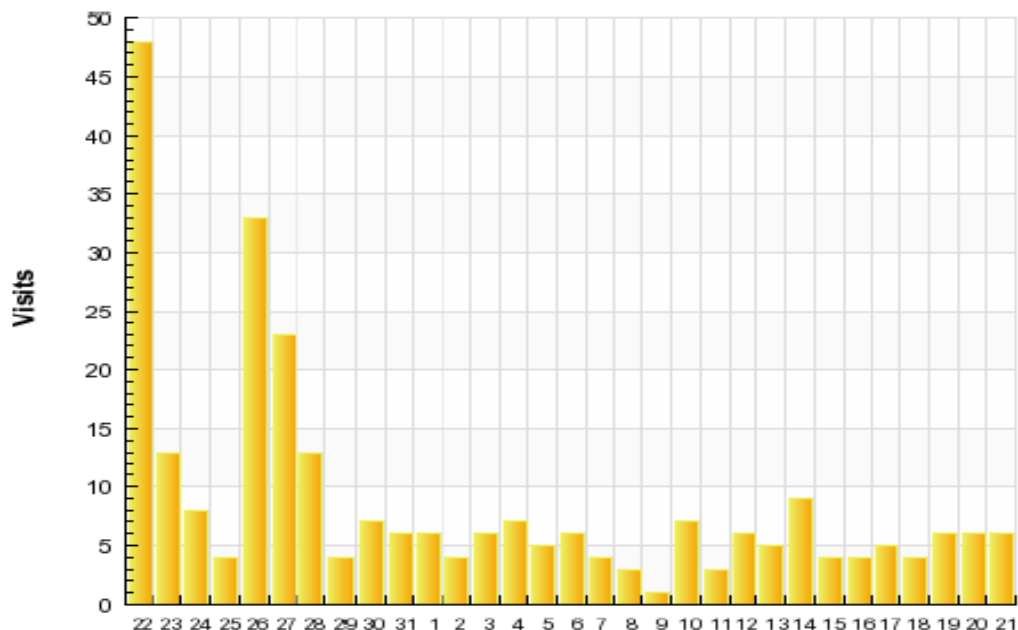
Dr. José Manuel dos Santos

Anexo II – Publicação noticiosa no Jornal “Ecos Sor” sobre Sessão Segurança do Idoso na Freguesia da Tramaga.

Sessão de esclarecimento alertou para segurança dos idosos

"Segurança do Idoso" foi este o mote da sessão de esclarecimento que teve lugar no auditório da Junta de Freguesia de Tramaga na passada sexta-feira dia 6 de dezembro. A sessão foi organizada por uma parceria conjunta entre um grupo de alunas do Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a empresa de Teleassistência Helpphone. A iniciativa teve como objetivo sensibilizar para esta temática não só os idosos, mas também as suas famílias, e as entidades competentes, destacando as medidas que contribuem para um dia-a-dia mais seguro na vida do idoso. "Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar", "Segurança do idoso" e "Teleassistência" foram os temas abordados na sessão.

Anexo III – Monitorização de visualizações dos artigos publicados no Jornal Digital SORSAÚDE.



Day of the Month	Visits
21	6
20	6
19	6
18	4
17	5
16	4
15	4
14	9
13	5
12	6
11	3
10	7
9	1
8	3
7	4
6	6
5	5
4	7
3	6
2	4
1	6
31	6
30	7
29	4
28	13
27	23
26	33
25	4
24	8
23	13
22	48

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário: necessidades de saúde da população com idade \geq 65 anos de Tramaga.

	<h1>QUESTIONÁRIO</h1> <p>Necessidades de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Tramaga</p>
---	--

A	<h2>Dados de Identificação</h2> <h3>Dados Sócio/Demográficos</h3>
----------	---

A1. Sexo	<input type="checkbox"/> 1.Feminino <input type="checkbox"/> 2.Masculino
A2. Idade	_____ anos
A3. Estado civil	<input type="checkbox"/> 1.Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Casado(a) <input type="checkbox"/> 3.Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4.Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 5.União de Facto
A4. Nível de escolaridade	<input type="checkbox"/> 1.Nunca frequentou a escola <input type="checkbox"/> 2.Não completou o Ensino Primário <input type="checkbox"/> 3.Ensino Primário <input type="checkbox"/> 4.Ens. Preparatório <input type="checkbox"/> 5.Ensino Secundário <input type="checkbox"/> 6.Ensino Profissional <input type="checkbox"/> 7.Ensino Universitário
A5. Hábitos tabágicos	5.1 Fuma? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não 5.2 Quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros
A6. Hábitos alcoólicos	6.1 Com que frequência semanal costuma consumir bebidas alcoólicas? _____ vezes por semana

B	<h2>Dados de Identificação</h2> <h3>Caracterização Sociofamiliar e Económica do Idoso</h3>
----------	--

B1. Quantas pessoas vivem na mesma casa? (contando com o próprio)	_____ pessoas
--	---------------

B2. Com quem vive atualmente?			
	Parentesco	Sexo	Idade
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____

B3. Relações Sociais	
<input type="checkbox"/> 1. Relações sociais com a comunidade local	
<input type="checkbox"/> 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos/amigos	
<input type="checkbox"/> 3. Relações sociais só com a família	
<input type="checkbox"/> 4. Relações sociais só com os vizinhos/amigos	
<input type="checkbox"/> 5. Não sai do domicílio, mas recebe visitas	
<input type="checkbox"/> 6. Não sai do domicílio nem recebe visitas	

B4. Apoio da Rede Social	
4.1 Com que frequência tem apoio familiar?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4.2 Com que frequência tem apoio de vizinhos/amigos?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre
4.3 Com que frequência tem apoio institucional?	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Raramente <input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes <input type="checkbox"/> 5. Sempre

B5. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?	
<input type="checkbox"/> 1. Com dificuldade	<input type="checkbox"/> 2. Razoável <input type="checkbox"/> 3. Muito bem

C Dados de Identificação Situação Habitacional	
C1. Localização	
<input type="checkbox"/> 1. Localizada na povoação	
<input type="checkbox"/> 2. Isolada	

C2. Tipo de habitação			
<input type="checkbox"/>	1. Casa unifamiliar		
<input type="checkbox"/>	2. Apartamento/andar		
<input type="checkbox"/>	3. Parte de casa		
<input type="checkbox"/>	4. Alojamentos colectivos		
<input type="checkbox"/>	5. Barraca		
<input type="checkbox"/>	6. Tenda/roulotte		
<input type="checkbox"/>	7. Sem Abrigo		
<input type="checkbox"/>	8. Outras _____		
C3. Número de divisões			
<input type="checkbox"/>	1. Até 2 divisões		
<input type="checkbox"/>	2. 3 divisões		
<input type="checkbox"/>	3. 4 divisões		
<input type="checkbox"/>	4. 5 divisões		
<input type="checkbox"/>	5. Mais de 5 divisões		
C4. Infraestruturas e equipamentos			
<input type="checkbox"/>	1. Electricidade	<input type="checkbox"/>	8. Ar condicionado
<input type="checkbox"/>	2. Água Canalizada	<input type="checkbox"/>	9. Frigorífico
<input type="checkbox"/>	3. Água quente canalizada	<input type="checkbox"/>	10. Fogão
<input type="checkbox"/>	4. Esgotos	<input type="checkbox"/>	11. Máquina de lavar a roupa
<input type="checkbox"/>	5. Fossa	<input type="checkbox"/>	12. Televisor
<input type="checkbox"/>	6. Instalação de gás	<input type="checkbox"/>	13. Telefone
<input type="checkbox"/>	7. Aquecimento		
C5. Condições de Habitabilidade			
1. Adequada às necessidades?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
2. Habitação com humidade?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
3. Todas as divisões têm janela?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
3. Tem casa de banho completa?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
4. Tem banheira?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
5. Tem polibam?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
6. Tem sanita?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
7. Localização da casa de banho?	Dentro <input type="checkbox"/>	Fora <input type="checkbox"/>	

C6. Condições de Acessibilidade		
1. Degraus	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Rampas de acesso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Existência de corrimões	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Largura de porta adequada a circulação de cadeira de rodas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Piso antiderrapante	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tapetes antiderrapantes	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Iluminação adequada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Circulação sem obstáculos	sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

D₁ Avaliação Funcional

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

D1.1. Com que frequência sente necessidade de recorrer à ajuda de alguém?	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca
<input type="checkbox"/>	2. Raramente
<input type="checkbox"/>	3. Algumas vezes
<input type="checkbox"/>	4. Muitas vezes
<input type="checkbox"/>	5. Sempre
D1.1.1. Face a essa necessidade, com que frequência tem alguém que o ajude?	
<input type="checkbox"/>	1. Nunca
<input type="checkbox"/>	2. Raramente
<input type="checkbox"/>	3. Algumas vezes
<input type="checkbox"/>	4. Muitas vezes
<input type="checkbox"/>	5. Sempre
D1.1.2. Face a essa necessidade, quem o/a ajuda com mais frequência? (refeições, cuidar da casa, da roupa, medicação)	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____
D1.1.2.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
_____ anos	

D1.2. Capacidade para usar o telefone:	
<input type="checkbox"/>	1.Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
<input type="checkbox"/>	2.Marca alguns números que conhece bem
<input type="checkbox"/>	3.Atende o telefone mas não marca números
<input type="checkbox"/>	4.Não usa o telefone
D1.3. Fazer compras:	
<input type="checkbox"/>	1.Faz as compras que necessita sozinho
<input type="checkbox"/>	2.Compra sozinho pequenas coisas
<input type="checkbox"/>	3.Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
<input type="checkbox"/>	4.Incapaz de fazer compras
D1.4. Preparar refeições:	
<input type="checkbox"/>	1.Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
<input type="checkbox"/>	2.Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
<input type="checkbox"/>	3.Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
<input type="checkbox"/>	4.Necessita de refeições preparadas e servidas
D1.5. Cuidar da casa:	
<input type="checkbox"/>	1.Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")
<input type="checkbox"/>	2.Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
<input type="checkbox"/>	3.Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
<input type="checkbox"/>	4.Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
<input type="checkbox"/>	5.Não participa em nenhuma tarefa doméstica
D1.6. Lavar a roupa:	
<input type="checkbox"/>	1.Lava toda a sua roupa
<input type="checkbox"/>	2.Lava pequenas peças de roupa
<input type="checkbox"/>	3.É incapaz de lavar a sua roupa
D1.7. Modo de transporte:	
<input type="checkbox"/>	1.Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
<input type="checkbox"/>	2.Não usa transportes públicos, excepto táxi
<input type="checkbox"/>	3.Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
<input type="checkbox"/>	4.Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
<input type="checkbox"/>	5.Incapaz de se deslocar
D1.8. Responsabilidade pela própria medicação:	
<input type="checkbox"/>	1.Toma a medicação nas doses e horas correctas
<input type="checkbox"/>	2.Toma a medicação se preparada e separada por outros
<input type="checkbox"/>	3.É incapaz de tomar a medicação

D1.9. Habilidade para lidar com o dinheiro:

- 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores
- 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

D₂

Avaliação Funcional

Escala de Atividades de Vida Diária. Índice de Katz

D2.1. Lavar-se

- 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

D2.1.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?

- 1. Familiar que coabita
- 2. Familiar que não coabita
- 3. Amigo/Vizinho
- 4. Instituição
- 5. Outros _____

D2.1.1.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?

_____ anos

D2.2. Vestir-se

- 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

D2.2.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?

- 1. Familiar que coabita
- 2. Familiar que não coabita
- 3. Amigo/Vizinho
- 4. Instituição
- 5. Outros _____

D2.2.1.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?

_____ anos

D2.3. Utilizar a sanita	
<input type="checkbox"/>	1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda
<input type="checkbox"/>	2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
<input type="checkbox"/>	3. Não consegue utilizar a sanita
D2.3.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____
D2.3.1.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.4. Mobilizar-se	
<input type="checkbox"/>	1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
<input type="checkbox"/>	2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
<input type="checkbox"/>	3. Não se levanta da cama
D2.4.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____
D2.4.1.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.5. Ser continente	
<input type="checkbox"/>	1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
<input type="checkbox"/>	2. Tem incontinência ocasional
<input type="checkbox"/>	3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância
D2.5.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
<input type="checkbox"/>	1. Familiar que coabita
<input type="checkbox"/>	2. Familiar que não coabita
<input type="checkbox"/>	3. Amigo/Vizinho
<input type="checkbox"/>	4. Instituição
<input type="checkbox"/>	5. Outros _____

D2.5.1.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos
D2.6. Alimentar-se	
	<input type="checkbox"/> 1. Come sem qualquer ajuda <input type="checkbox"/> 2. Precisa de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão <input type="checkbox"/> 3. Precisa de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda
D2.6.1. Se precisa, quem o/a ajuda com mais frequência?	
	<input type="checkbox"/> 1. Familiar que coabita <input type="checkbox"/> 2. Familiar que não coabita <input type="checkbox"/> 3. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 4. Instituição <input type="checkbox"/> 5. Outros _____
D2.6.1.1 Qual a idade de quem o/a ajuda?	
	_____ anos

E

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

1. Está satisfeito com a sua vida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3. Sente a sua vida vazia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
14. Sente que para si não há esperança?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

F		Indicadores de Risco Geriátrico	
F1. Distúrbios nutricionais			
	1. Tem comido pior por falta de apetite?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	2. Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	2.1. Se sim, quanto? _____ Kg		
	3. Avaliação Antropométrica		
	1. Peso _____ kg	2. Altura _____ metros	3. IMC _____
			4. Perímetro abdominal _____ cm
F2. Polifarmácia			
	1. Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento? (Incluindo medicamentos de venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)		

F3. Quedas			
	1. Teve alguma queda nos últimos 6 meses?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	2. Tem medo de cair?		
	<input type="checkbox"/> 1. Nunca	<input type="checkbox"/> 2. Raramente	<input type="checkbox"/> 3. Algumas vezes
	<input type="checkbox"/> 4. Muitas vezes	<input type="checkbox"/> 5. Sempre	
	3. Deixou de fazer alguma das suas atividades habituais por causa desse medo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F4. Incontinência urinária			
	1. Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	2. Alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não conseguir chegar a tempo ao W.C.?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	3. Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F5. Obstipação			
	1. Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F6. Distúrbios sensoriais			
	1. Acha ou sente que tem algum problema de audição?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	2. Resultado Teste de Susuro	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	3. Acha ou sente que tem algum problema de visão?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	4. Resultado Teste de Jaeger	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
F7. Distúrbios do sono			
	1. Sente-se sonolento durante o dia?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	2. Está satisfeito com o seu sono?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

G

Índice de Comorbilidade de Charlson

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Enfarte do Miocárdio | <input type="checkbox"/> 11. Hemiplegia |
| <input type="checkbox"/> 2. Insuficiência Cardíaca | <input type="checkbox"/> 12. Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa |
| <input type="checkbox"/> 3. Doença Arterial Periférica | <input type="checkbox"/> 13. Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo |
| <input type="checkbox"/> 4. Doença Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> 14. Tumor ou Neoplasia Sólida |
| <input type="checkbox"/> 5. Demência | <input type="checkbox"/> 15. Leucemia |
| <input type="checkbox"/> 6. Doença Respiratória Crónica | <input type="checkbox"/> 16. Linfoma |
| <input type="checkbox"/> 7. Doença do Tecido Conjuntivo | <input type="checkbox"/> 17. Hepatopatia Crónica Moderada/Severa |
| <input type="checkbox"/> 8. Úlcera Gastroduodenal | <input type="checkbox"/> 18. Tumor ou Neoplasia |
| <input type="checkbox"/> 9. Hepatopatia Crónica Leve | <input type="checkbox"/> 19. Sídia definida |
| <input type="checkbox"/> 10. Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> 20. Outros _____ | |

H

Utilização de Serviços (últimos 6 meses)

H1. Aproximadamente, quantas vezes recorreu ao Centro de Saúde?

_____ vezes

H1.1 Habitualmente, quais os serviços do Centro de Saúde que procura?

1. Serviço Médico

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

2. Serviço de Enfermagem

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

3. Serviço Administrativo

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

4. Serviço de outros Técnicos

1. Nunca 2. Raramente 3. Algumas vezes 4. Muitas vezes 5. Sempre

H1.2 Aproximadamente, quantas vezes recebeu cuidados de Enfermagem?

_____ vezes

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 6 meses e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

H2. Cuidados de Saúde (exercidos por serviço profissional)	
	<p>1.Terapias respiratórias</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Oxigénio <input type="checkbox"/> 2.Nebulizações <input type="checkbox"/> 3.Ventilação não-invasiva (BIPAP/ CPAP)</p> <p>2.Cuidados e tratamentos</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Administração terapêutica intramuscular ou subcutânea <input type="checkbox"/> 2.Administração terapêutica endovenosa</p> <p><input type="checkbox"/> 3.Úlceras de pressão <input type="checkbox"/> 4.Úlceras de perna <input type="checkbox"/> 5.Feridas cirúrgicas <input type="checkbox"/> 6.Escoriações</p> <p><input type="checkbox"/> 7.Mudança de sonda vesical <input type="checkbox"/> 8.Mudança de sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> 9.Colheita de sangue</p> <p><input type="checkbox"/> 10.Outros: _____</p> <p>3.Vacinação <input type="checkbox"/></p> <p>4.Monitorização e vigilância de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Diurese <input type="checkbox"/> 2.Tensão Arterial <input type="checkbox"/> 3.IMC <input type="checkbox"/> 4.Glicémia capilar <input type="checkbox"/> 5.Vigilância do pé diabético</p> <p>5.Cuidados de ostomia</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Traqueostomia <input type="checkbox"/> 2.Gastrostomia percutânea <input type="checkbox"/> 3.Colostomias <input type="checkbox"/> 4.Nefrostomias</p> <p>6.Tratamentos programados</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Diálise <input type="checkbox"/> 2.Quimioterapia</p> <p>7.Programas de tratamento de álcool/drogas <input type="checkbox"/></p> <p>8.Programas de educação para a saúde <input type="checkbox"/></p>
H3. Terapias de saúde	
	<p><input type="checkbox"/> Fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____</p>
H4. Serviços Sociais	
	<p><input type="checkbox"/> Serviço de Apoio Domiciliário</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Dia/Convívio</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____</p>

Notas de Campo

Apêndice II – Projeto de Estágio Grupo.



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

Outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Aline Jordão
Maria Helena Pires
Maria Rosário Semedo
Nélia Lourenço
Susana Simões

Outubro
2013

“ (...) o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato ”

(Machado, 2000:6)

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD's – Atividades de Vida Diárias

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dr. – Doutor

ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson

IMC – Índice de Massa Corporal

IPP – Instituto Politécnico Portalegre

km – quilómetro

km² – quilómetro quadrado

n^o – número

NIS – Núcleo Idosos em Segurança

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e. – por exemplo

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

S. Mamede – São Mamede

S. Martinho – São Martinho

% – por cento

Índice geral

	f
INTRODUÇÃO	8
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	11
1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	11
1.1.1- Freguesia de Tramaga.....	17
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
2.1-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	21
2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga.....	22
2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	23
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	25
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	25
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	26
2.6- AVALIAÇÃO.....	26
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS	30
ANEXO I - Plano de Atividades	31
ANEXO II – Cronograma de Atividades 2013/2014 - Planeamento em Saúde.....	53
ANEXO III – Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar..	55

Índice Figuras

	f.
Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	11
Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	16

Índice de Quadros

	f.
Quadro n.º 1 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga...	17
Quadro n.º 2 - Problemas diagnosticados e priorizados	24
Quadro n.º 3 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor , Tramaga e Vale de Açor.....	32
Quadro n.º 4 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.....	35
Quadro n.º 5 - Intervenção Comunitária – “Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.....	38
Quadro n.º 6 - Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”	41
Quadro n.º 7 - Intervenção Comunitária - “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”.....	45
Quadro n.º 8 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”.....	49
Quadro n.º 9 - Intervenção Comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.....	51
Quadro n.º 10 - Cronograma de Atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.....	54
Quadro n.º 11 - Cronograma de Atividades 2013/2014 - Intervenções a implementar.....	56

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio enquadra-se no âmbito do 1º semestre do 2º ano do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária e emerge na sequência da realização de um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, tendo decorrido entre maio e setembro de 2013. Este diagnóstico teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Findo o Diagnóstico de Saúde, pretendeu-se definir perfis críticos desta população no sentido de levantar problemas e necessidades, e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Sustenta-se deste modo a evidência da génese deste projeto no sentido de ser criado um instrumento orientador devidamente pensado, estudado e planeado em termos de intervenções na comunidade visada e deste modo permitir efetivar com sucesso o desenvolvimento do inerente estágio. Tem assim como objetivos perspetivar e planejar intervenções na comunidade direcionadas para os principais problemas e necessidades identificadas.

O Estágio de intervenção na comunidade decorrerá no período de 16 de setembro 2013 a 31 de janeiro de 2014 e pretende-se com este a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contíguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer

Projeto de Estágio

articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é impreterível perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude a DGS (2004) o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) possui como objetivos: promover um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; aumentar a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promover e desenvolver intersetorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso

Projeto de Estágio

o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de “Dar Qualidade de Vida aos Anos”.

O enfermeiro possui um largo espaço de atuação nos grupos de idosos, com autonomia, sistematizando através de experiências e criatividade, ações que permitem assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso no que se refere à sua capacidade de gerir a sua própria independência e saúde.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é limitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Ponte de Sor dista de Portalegre (capital de distrito) 62,1 km, sendo o Itinerário Complementar 13 a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido.

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº1).

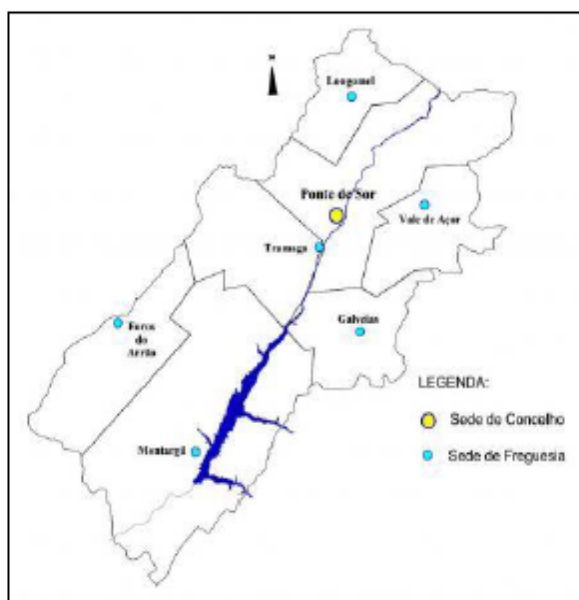


Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, em particular, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social nasceu da vontade de intervir na comunidade pontessorense, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante.

A missão desta Associação passa por desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

A Associação Caminhar desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial destaque é o “Solidão Acompanhada”. O principal objetivo deste projeto passa por minimizar a solidão em que muitos dos seniores e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar está a desenvolver o projeto “Solidão Acompanhada”, que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações.

No âmbito do projeto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta é sem dúvida uma Associação que com o decorrer dos anos, se afirmou em Ponte de Sor, e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos seniores, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Projeto de Estágio

Para ajudar a ultrapassar estas dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Almoço de Idosos do Concelho; Projeto 'Porta a Porta', Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Almoço de Idosos do concelho é uma atividade já antiga. Trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O Serviço 'Porta a Porta' visa prestar apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de saúde, a população idosa defronta-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço 'Porta a Porta', que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas casas, são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso deve-se inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como a substituição de lâmpadas, a reparação de portas e janelas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto CIDADES, projeto criado em torno do conceito 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas', concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto CIDADES, é promovido pela

Projeto de Estágio

Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas' pretende identificar práticas e serviços em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas, propõe soluções, constitui ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

Relativamente à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que possui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre a cerca de 60 km.

São inúmeras as instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Relativamente a lares de idosos, podemos contar com várias Instituições em todo o concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor já exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do

Projeto de Estágio

Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar a Magnólia, de carácter privado.

Está também previsto para o presente ano a inauguração de um novo Lar de idosos em Ponte de Sor, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa primeira fase, o serviço de apoio domiciliário ficará em *standby* uma vez que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias podemos contar com lar de idosos e centro de acamados.

Na Freguesia de Foros de Arrão está também localizado um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, nomeadamente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no intuito de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

Projeto de Estágio

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os interventores, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura nº 2).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).



Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.
Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança - GNR.

Projeto de Estágio

1.1.1- Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga dista da sede de concelho cerca de 3 km e apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor. O quadro n.º 1 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Quadro n.º1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24 anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o ‘Carnaval de Tramaga’ e as ‘Marchas Populares de Tramaga’. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for possível.

Projeto de Estágio

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária. Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

Uma outra atividade apoiada pela Junta de Freguesia de Tramaga é o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.

Anualmente, é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical. Este é um almoço que ocorre há muitos anos e que é do agrado dos idosos da Freguesia.

Uma vez que existem alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente, fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, tendo entrado em funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente, conta com dezasseis funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. Em regime de centro de dia estão inscritos 37 idosos. É fornecido apoio domiciliário a 49 pessoas, a maioria idosos.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo

Projeto de Estágio

município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, exigindo assim uma “reformulação” na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade Portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, dos governos, das famílias e da sociedade em geral. Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, apesar de nas organizações de saúde ainda sobressair a aleatoriedade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

Perante este panorama podemos dizer que a “chave” para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planejar.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes 1993).

Assim sendo, e nesta linha de pensamento urge várias questões “Porque razão se planeia a saúde? Será possível pensar na ideia de planejar em saúde? Fará sentido um planeamento em Saúde?

São múltiplas as respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de

Projeto de Estágio

utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano *a priori* definido, permitirá o seu uso. Pela competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de plano; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

É de referir que “a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

Neste âmbito, e considerando a abrangência do Diagnóstico de Saúde efetuado apresentamos de forma sucinta respetivo perfil crítico.

Projeto de Estágio

2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga

De acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde efetuado constata-se que a população idosa da freguesia de Tramaga é maioritariamente do sexo feminino, com média de 76 anos de idade e revela elevada taxa de iliteracia, são os grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados.

Na sua maioria os idosos têm estado civil casado e coabitam com o cônjuge, no entanto é possível encontrar alguns agregados familiares alargados a filhos e outros. Existem mais mulheres solteiras e viúvas, registando assim o maior número da vulnerabilidade em viver sozinho, contrariamente aos homens que vivem com mais pessoas, e é a estes que o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas está mais associado.

A maioria dos idosos revela que os rendimentos que auferem cobrem com dificuldade as suas necessidades.

Esta população mantém relações sociais com a comunidade local, família e amigos, mas o apoio mais frequente vem dos familiares.

O apoio institucional e a procura dos serviços sociais tem pouca expressão, possivelmente justificado pela independência da maioria dos idosos em relação à sua capacidade funcional para as AIVD's, mas também pela rede familiar que ajuda e apoia a maioria dos idosos o que parece ser eficaz. Os cuidadores que se destacam são os familiares: os que coabitam com o idoso são mais velhos e ajudam nas AVD's, enquanto os que não coabitam, são mais novos e ajudam nas AIVD's. Os valores obtidos nas questões que avaliam a depressão geriátrica sugerem que os idosos aparentam estar relativamente adaptados e aceitam as suas limitações e dificuldades, associadas à vida e ao envelhecimento, revelando-se, na sua maioria, satisfeitos com a vida, sem achar que os outros passam melhor que os próprios, contudo, a pontuação da escala classifica a maioria com depressão, que é mais marcada no sexo feminino e está associada à qualidade das relações sociais mantidas pelo idoso. Os valores obtidos nas avaliações antropométricas, bem como as patologias mais apresentadas, associadas à obesidade e ao risco de comorbilidades, traduzem os distúrbios de base alimentar que afetam estes idosos.

Assim, é possível apontar os riscos, que se traduzem em problemas e suscitam necessidades nesta população.

Os principais riscos identificados nesta população prendem-se com: existir uma taxa de iliteracia elevada, viver só, apresentar dificuldades económicas, ter banheira em vez de

Projeto de Estágio

políban, a existência de tapetes não antiderrapantes, os principais cuidadores dos idosos nas AVD's serem familiares que coabitam e também eles serem idosos, a presença significativa da classificação de depressão e depressão grave na população, principalmente feminina, associada ao isolamento da habitação, possivelmente não diagnosticada e ou acompanhada, os valores do perímetro abdominal sugerirem um risco elevado e muito elevado de comorbilidade em ambos os sexos, existirem idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I, a obstipação, as quedas, que são mais frequentes nas mulheres e nos mais idosos, os problemas de visão e audição, a polifarmácia, as patologias como a hipertensão arterial, a dislipidémia, as doenças osteoarticulares, a diabetes e a insuficiência cardíaca, a comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson, a procura menos expressiva de alguns cuidados de enfermagem, nomeadamente de monitorização e vigilância e, dos programas de educação para a saúde.

As necessidades de saúde subjacentes aos riscos enunciados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é "o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção" (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que "determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros."

Projeto de Estágio

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para seleccionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Neste âmbito, e considerando os vários critérios sugeridos destacamos e agrupamos os seguintes problemas:

Quadro n.º 2 - Problemas diagnosticados e priorizados.

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS E PRIORIZADOS
Viver só
Isolamento da habitação
Classificação de depressão e depressão grave
Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
Risco elevado e muito elevado de comorbilidade
Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
Quedas: Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição
Acessibilidade; condição habitacional
Polifarmácia
Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos
Iliteracia

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1993).

Apresentamos em anexo inerentes objetivos. (consultar anexo I)

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Apresentamos em anexo respetiva seleção de estratégias. (consultar anexo I)

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”. Deste modo, remetemos à consulta do anexo II e III.

2.6- AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

Neste âmbito, remetemos para consulta de anexo I.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. Apesar de estar disponível muita informação sobre este assunto acreditamos que nunca é demais estudar e abordar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro das necessidades e problemáticas existentes, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de intervenção apresenta o planeamento das intervenções que nos propomos desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para os problemas e necessidades identificados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, e considerando as intervenções a que nos propomos desenvolver é intenção do grupo de trabalho dinamizar e potencializar ao máximo as mesmas.

Convictas que a duração de intervenção em estágio limita seus resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, no entanto, com a nossa passagem por esta região, cuja população não nos ficará indiferente pela recetividade e positividade demonstrada, deixaremos propostas às entidades locais expetantes da sua observância e interferência futura.

BIBLIOGRAFIA

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.

Linhares, L. & Cunha, L. (1999) - *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: Geriatria, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).

Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Páscoa, P. (2008) *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Porto. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde acedido a 8 de maio de 2013 em: <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpnv5/vq1515

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Projeto de Estágio

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.*

Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.*

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. *Cadernos de Formação* n.º 2. Ministério da Saúde.

Projeto de Estágio

ANEXOS

ANEXO I – Plano de Atividades.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 3 - Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA UNIÃO DE FREGUESIAS DE PONTE DE SOR, TRAMAGA E VALE DE AÇOR
<p>PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico); • Iliteracia;
<p>OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar junto do Sr.º Presidente responsável pela Freguesia de Tramaga (Presidente de União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.) para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da União de Freguesias (Tramaga); • Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas sensíveis à sua intervenção.
<p>META</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30% De propostas aceites; • 40% De propostas para análise;

Projeto de Estágio

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis à Intervenção da União de Freguesias: - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; Criação de grupo de caminhadas; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor (Tramaga).
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reuniões do Sr.º Presidente da União de Freguesias – na Junta de Freguesia de Tramaga; • Folha de papel e caneta.
<p>INDICADOR AVALIAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de propostas aceites X 100 =</u> Número de propostas efetuadas

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">• $\frac{\text{Número de propostas para análise}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 15 de Novembro de 2013, às 10:30 horas, na sala de reuniões da União de Freguesias – Tramaga com duração prevista de 1:30 horas.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 4- Intervenção Comunitária – Reunião com Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	REUNIÃO COM PRESIDENTE DA CÂMARA DA PONTE DE SOR, COM A PRESENÇA DA RESPONSÁVEL MUNICIPAL PELA ÁREA SOCIAL.
<p>PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Acessibilidade (exemplo rampas de acesso) e condição habitacional (exemplo saneamento básico); • Iliteracia.
<p>OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar Presidente da Câmara da Ponte de Sor e Responsável Municipal da área social para os problemas identificados no Diagnóstico de Saúde efetuado na Freguesia de Tramaga.
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar problemas identificados no Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga sensíveis à intervenção da Autarquia; • Apresentar à Autarquia propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução dos problemas identificados e sensíveis à intervenção da Autarquia.
<p>META</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30% De Propostas aceites; • 40% De propostas para análise.
<p>ESTRATÉGIAS/</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de Propostas de intervenção, de acordo com os problemas identificados, sensíveis à Intervenção da Autarquia:

Projeto de Estágio

<p>ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Teleassistência; - Criar rede de contactos semanais aos idosos isolados identificados; - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para efetuar exercícios aos idosos, sugerir o envolvimento de todos os idosos nesta atividade, ou arranjar um outro dia; - Espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; Criação de grupo de caminhadas; - Fazer rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); - Realização de rampas de acesso em casas de idosos (com mobilidade reduzida, devidamente comprovada); - Rede Municipal de Esgotos para todos; - Projeto de formação aos idosos que queiram aprender o ensino básico.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Câmara Municipal da Ponte de Sor.
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões da Câmara Municipal da Ponte de Sor; • Folha de papel e caneta.
<p>INDICADOR AVALIAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • $\frac{\text{Número de propostas aceites}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$ • $\frac{\text{Número de propostas para análise}}{\text{Número de propostas efetuadas}} \times 100 =$
	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 15 de Novembro de 2013, às 15 horas, na sala de reuniões do Sr.º Presidente da Câmara Municipal da

Projeto de Estágio

PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	Ponte de Sor, com duração prevista de 1:30 horas.
------------------------------------	---

Projeto de Estágio

Quadro n.º 5- Intervenção Comunitária – “Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	<p align="center">“ATELIER DA SAÚDE” Associado às comemorações de “S. Martinho”</p>
<p align="center">PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Hipertensão arterial; • Dislipidémia; • Diabetes; • Insuficiência cardíaca; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
<p align="center">OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
<p align="center">OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar e avaliar tensão arterial; • Monitorizar e avaliar glicémia capilar pós-prandial; • Fornecer informação individualizada sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.
<p align="center">META</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 50% de aderentes ao evento: “atelier da saúde”; • Distribuição de informação através de panfleto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis a 80% dos aderentes ao evento: “atelier da saúde” . • 50% de respostas ao questionário com pontuação superior a 4 sobre a importância e interesse do evento.

Projeto de Estágio

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Atelier da Saúde” associado ao evento das comemorações do “S. Martinho”; • Atividades a desenvolver para o “Atelier da Saúde”; <ul style="list-style-type: none"> - Realização e distribuição de panfletos de divulgação do evento associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga, assim como poster de identificação no atelier; - Realização e distribuição de panfletos de informação alusivos aos problemas identificados adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo): <ul style="list-style-type: none"> ➢ “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” ➢ “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” - Avaliação e registo da tensão arterial aos participantes aderentes; -Avaliação e registo de glicémia capilar aos participantes aderentes; - Fornecer informações e esclarecimentos individualizados. • Recolha, análise e posterior apresentação das avaliações de tensão arterial e glicémia capilar efetuadas no Atelier à Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem do Centro de Saúde Local.
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • União de Freguesias – Tramaga; • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; • Comunidade da Freguesia que participa no evento, não só idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva.
<p>RECURSOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga – Espaço; • Material adequado ao espaço “Atelier da Saúde” (mesas, cadeiras, cavalete, canetas, folhas); • Material inerente às respetivas avaliações (tensão arterial e glicémias capilares, designadamente: aparelho de

Projeto de Estágio

	tensão arterial, aparelho de avaliação de glicémia capilar, lancetas descartáveis, fitas reagentes, luvas, recipiente depósito de cortantes e resíduos grupo III, pensos).
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • <u>N.º de aderentes ao atelier da saúde</u> X 100 = N.º de participantes nas comemorações do S. Martinho • <u>N.º de folhetos distribuídos</u> X 100 = N.º de aderentes ao atelier da saúde • Respostas dos participantes quanto à importância e interesse do evento.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dia 16 de Novembro de 2013, às 20 horas no Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga, com duração prevista de 2:30 horas.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 6- Intervenção Comunitária – “Fórum Comunitário”.

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“FÓRUM COMUNITÁRIO”
<p>PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Isolamento da habitação; • Classificação de depressão e depressão grave; • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Patologias mais frequentes: hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson; • Quedas: banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição; • Acessibilidade e condição habitacional; • Polifarmácia; • Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos; • Iliteracia.
<p>OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde realizado à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga à Comunidade, Entidades e Associações Locais / Concelhias.

Projeto de Estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à Comunidade, Entidades Locais e Concelhias; • Envolver a Comunidade, Entidades locais e Concelhias no sentido de constituir boa relação de cooperação com o grupo de trabalho (mestrandas).
META	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • 10% de participação da Comunidade
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de Fórum para apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; • Fórum destina-se a todos os interessados e envolvidos neste Diagnóstico de Saúde, designadamente: Comunidade, Entidades Locais e Concelhias, IPP- ESSP; • Lanche convívio no encerramento do Fórum.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor; - Segurança Social; - Cruz Vermelha;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); - Teleassistência: Helpphone; - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga • Apoio meios audiovisuais – GNR; • Apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte Sor (pastas)
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de maestrandas, com espaço/mesas cedido pela União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor – Sede Tramaga; • Pasta de apoio para registos no Fórum a distribuir pelos participantes convidados, com o apoio da Caixa de Crédito Agrícola de Ponte de Sor

Projeto de Estágio

INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• <u>Número de entidades que participam X 100 =</u> Número de entidades convidadas• <u>Número de pessoas da comunidade que participam X 100 =</u> Número de pessoas da comunidade
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 29 de Novembro de 2013, às 14 horas, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga com duração prevista de 1.30 horas seguido de lanche.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 7- Intervenção comunitária - “Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”

ATIVIDADE A DESENVOLVER	“COMBATE AO ISOLAMENTO E INSEGURANÇA DOS IDOSOS”
<p>PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viver só; • Classificação de depressão e depressão grave; • Isolamento da habitação; • Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes); • Problemas de visão e audição; • Polifarmácia.
<p>OBJETIVO GERAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do empowerment dos idosos e famílias em formato multidisciplinar.
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alertar para os perigos do isolamento; • Capacitar os idosos com informações úteis para o dia-a-dia em segurança; • Dar a conhecer alguns dispositivos existentes para o apoio à população idosa, em termos de teleassistência.
<p>META</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10% de participação da Comunidade; • 10% de participação das Entidades e Associações Locais / Concelhias convidadas. • Entrega de folhetos de informação alusivos às temáticas apresentadas a 95% dos participantes; • Esclarecimento a 95% das questões levantadas pelos participantes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão de Educação para a Saúde em parceria com GNR e representante da teleassistência – Helpphone;

Projeto de Estágio

<p>ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Segurança do idoso- prevenção de quedas e cuidados a ter com o frio (Enfermeiras mestradas); - Segurança dos idosos- cuidado com as burlas (GNR); - Teleassistência Domiciliária, com demonstração de equipamentos (Helpphone). • Construção e distribuição de panfletos de divulgação do evento à população, associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga; • Construção e distribuição de panfletos de informação alusivos às temáticas apresentadas (adequados à baixa literacia diagnosticada).
<p>PARCERIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GNR; • Helpphone; • União de Freguesias – Tramaga; • Entidades Convidadas: <ul style="list-style-type: none"> - Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. - Presidentes de Juntas de Freguesia do Concelho (Longomel, Galveias, Foros do Arrão e Montargil); - Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor; - GNR (Comandante da GNR do destacamento territorial de Ponte de Sor); - Padre da Paróquia; - Centros Comunitários do Concelho (Tramaga, Longomel, Vale do Arco, Ervideira, Galveias, Foros do Arrão, Montargil); - Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; - Centro Saúde de Ponte de Sor;

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança Social; - Cruz Vermelha; - Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor; - Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; - Associação de Jovens de Tramaga; - Associação de Caçadores de Tramaga; - Associação de Caçadores de Água todo o Ano; - Associação Caminhar; - Meios Comunicação (Jornal “aponte” e “Ecos do Sor”); - IPPP- ESSP. • Convite à Comunidade em Geral; • Apoio espaço – União Freguesias de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor - Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga; • Apoio meios audiovisuais – GNR.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Auditório da União de Freguesias – Tramaga; • Data show, tela, computador, folhas de papel, canetas; • Lanche organizado pelo grupo de mestrandas.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Número de pessoas da comunidade que participam</u> X 100 = Número de pessoas da comunidade • <u>Número de entidades que participam</u> X 100 = Número de entidades convidadas

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none">• <u>Número de panfletos entregues X 100 =</u> Número de participantes• <u>Número de questões esclarecidas X 100 =</u> Número de questões de esclarecimento apresentadas pelos participantes
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Dia 06 de Dezembro de 2013, às 14 horas no Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga, com duração prevista de 2 horas (incluindo intervalo de 30 minutos com Coffe break).

Projeto de Estágio

Quadro n.º 8- Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “SABER MAIS, VIVER MELHOR!”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes e insuficiência cardíaca; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; • Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Tiragem mínima de 1000 exemplares. • Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATEGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no “Jornal aponte”; • Publicação do artigo “Saber mais, viver melhor!” no Jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Jornal “aponte”; • Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio do Jornal “aponte”; • Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Nº de Tiragem do Jornal “aponte”;• Nº de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Publicação periódica mensal Jornal “aponte” – A publicar no mês de dezembro 2013.• Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde no mês de dezembro 2013.

Projeto de Estágio

Quadro n.º 9 - Intervenção comunitária – Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”

ATIVIDADE A DESENVOLVER	PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DE INFORMAÇÃO, SENSIBILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO: “DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS”
PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS ASSOCIADOS À INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I; • Patologias osteoarticulares; • Risco elevado e muito elevado de comorbilidade; • Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.
OBJETIVO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida; • Divulgar comportamentos e estilos de vida saudáveis para melhoria do estado de saúde e qualidade de vida.
META	<ul style="list-style-type: none"> • Tiragem mínima de 1000 exemplares. • Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no Jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
ESTRATÉGIAS/ ATIVIDADES A DESENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de artigo de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”; • Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no “Jornal aponte”; • Publicação do artigo “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos” no Jornal digital do Centro de

Projeto de Estágio

	Saúde da Ponte Sor.
PARCERIAS	<ul style="list-style-type: none">• Jornal "aponte";• Centro de Saúde de Ponte de Sor.
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none">• Apoio do Jornal "aponte";• Apoio do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
INDICADOR AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">• Nº de Tiragem do Jornal "aponte";• Nº de visitantes do Jornal Digital do Centro de Saúde.
PERÍODO DE TEMPO/ LOCAL	<ul style="list-style-type: none">• Publicação periódica mensal Jornal "aponte" – A publicar no mês de janeiro 2014• Publicação no Jornal Digital do Centro de Saúde mês de Janeiro 2014.

Projeto de Estágio

ANEXO II – Cronograma de atividades 2013/2014 - Planeamento em Saúde.

Quadro n.º 10 - Cronograma de atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Listrar problemas e necessidades da população	■																		
Definir perfis críticos da população	■																		
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde	■	■																	
Definir objetivos de intervenção	■	■																	
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis			■	■															
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade				■	■	■													
Estabelecer parcerias de intervenção					■	■	■	■											
Planear programas e projetos de intervenção					■	■	■	■	■										
Preparar execução das intervenções							■	■	■										
Envolver a população visada nas intervenções a implementar				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Promoção e implementação das intervenções planeadas								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de processo e de resultado previamente definidos									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Legenda: ■ Fase de Execução ■ Interrupção escolar

ANEXO III – Cronograma de Atividades 2013 / 2014 – Intervenções a implementar.

Quadro n.º 11- Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	17	18
Reunião com Presidente da União de Freguesias (Tramaga)																				
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																				
“Atelier da Saúde” associado às comemorações de “S. Martinho”																				
“Fórum Comunitário”																				
“Combate ao isolamento e insegurança dos idosos”																				
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Saber mais, viver melhor!”																				
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: “Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos”																				

Legenda:  Fase de Preparação,  Fase de Execução,  Interrupção escolar

Apêndice III – Projeto de Estágio Individual



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Nélia Lourenço N.º 36

Outubro
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTÁGIO

Nélia Lourenço N.º 36

Outubro
2013

*"A mudança é a lei da vida.
Aqueles que olham apenas para o
passado ou para o presente serão
esquecidos no futuro."*

John F. Kennedy

Abreviaturas e símbolos

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias
AVD's – Atividades de Vida Diárias
DGS – Direção-Geral da Saúde
Dr. – Doutor
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
etc. – *et cetera*
f. – folha
GNR – Guarda Nacional Republicana
ICC – Índice de Comorbilidade de Charlson
IMC – Índice de Massa Corporal
IPP – Instituto Politécnico Portalegre
km – quilómetro
km²– quilómetro quadrado
nº – número
NIS – Núcleo Idosos em Segurança
OMS – Organização Mundial de Saúde
p.e. – por exemplo
PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade
PNS – Plano Nacional de Saúde
S. Mamede – São Mamede
S. Martinho – São Martinho
% – por cento

ÍNDICE GERAL

	f.
INTRODUÇÃO.....	9
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	12
1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR.....	12
1.1.1- Freguesia de Tramaga.....	17
2- PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	20
2.1-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	21
2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga.....	21
2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	23
2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	26
2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	42
2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	50
2.6- AVALIAÇÃO.....	53
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	55

ÍNDICE FIGURAS

	f.
Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	12
Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.....	17

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro n.º 1 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.....	18
Quadro n.º 2 – Comparação por pares.....	24
Quadro n.º 3 – Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares	25
Quadro n.º 4 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor".....	27
Quadro n.º 5- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município".....	30
Quadro n.º 6- Objetivo específico, metas e indicador de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com GNR".....	32
Quadro n.º 7- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com representante da Teleassistência Helpphone"..	33
Quadro n.º 8 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Atelier da Saúde" associado ao dia festivo das comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga.....	34
Quadro n.º 9- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Fórum Comunitário".....	37
Quadro n.º 10- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do idoso".....	38
Quadro n.º 11- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor!".....	40
Quadro n.º 12- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".	41
Quadro n.º 13 – Estratégias a utilizar e a sua associação aos problemas prioritizados.....	43

Projeto de Estágio

Quadro n.º 14 - Potenciais obstáculos à realização, modificações necessárias, estratégias potenciais.....	49
Quadro n.º 15 - Cronograma de atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.	51
Quadro n.º16- Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.....	52

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio enquadra-se no âmbito do 1º semestre do 2º ano do III Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária e emerge na sequência da realização de um Diagnóstico de Saúde efetuado aos idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, Concelho de Ponte de Sor, tendo decorrido entre maio e setembro de 2013. Este diagnóstico teve como objetivo geral: identificar as necessidades de saúde da população em estudo, e como objetivos específicos: caracterizar as condições sociofamiliares e económicas desta população, avaliar física e funcionalmente os idosos ao nível das Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e risco associado à idade, e também avaliar sintomas depressivos.

Findo o Diagnóstico de Saúde, pretendeu-se definir perfis críticos desta população no sentido de levantar problemas e necessidades, e deste modo perspetivar intervenções na comunidade, considerando as diferentes etapas do planeamento em saúde, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidade.

Sustenta-se deste modo a evidência da génese deste projeto no sentido de ser criado um instrumento orientador devidamente pensado, estudado e planeado em termos de intervenções na comunidade visada e deste modo permitir efetivar com sucesso o desenvolvimento do inerente estágio. Tem assim como objetivos perspetivar e planear intervenções na comunidade direcionadas para os principais problemas e necessidades identificadas.

O Estágio de intervenção na comunidade decorrerá no período de 16 de setembro 2013 a 31 de janeiro de 2014 e pretende-se com este a aquisição de competências na área da enfermagem comunitária, possibilitando assim a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária possui um contíguo de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. Procura encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional, e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência, estabelecer articulações e uma prática de complementaridade com outros

Projeto de Estágio

profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Sendo a Enfermagem Comunitária uma prática globalizante centrada na comunidade a sua adequação ao idoso na sua realidade torna-se fundamental. Linhares & Cunha (1999) assim como Páscoa (2008) sustentam a importância e premência da investigação em enfermagem na área da saúde do idoso para o alargamento de conhecimento, para a prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência, e para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento não é um enigma ou uma dificuldade, trata-se naturalmente de uma parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

De acordo com Silva & Serrão (2009) baseado em Rocha et al. (2002) e Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes & Martin (2006), há que criar estratégias de intervenção para que se altere a imagem do idoso ser alguém frágil, incapaz, doente, pouco produtivo, inativo e que está à margem da sociedade. Cada vez mais encontramos um número crescente de idosos, saudáveis, participativos, cheios de vida, com vontade de aprender, detendo capacidades físicas e intelectuais intactas, com formação e interesse em continuar ativos. A sociedade tem de suprimir os preconceitos, é necessário mudar mentalidades, encontrar uma imagem alternativa e próxima da realidade e é impreterível perceber a necessidade dessas mudanças face ao idoso.

Tal como alude a DGS (2004) o envelhecimento implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) possui como objetivos: promover um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; aumentar a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e promover e desenvolver intersetorialmente ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Desta forma, é ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, que compete a promoção da qualidade de vida e por conseguinte um envelhecimento ativo na saúde do idoso o que segundo Páscoa (2008) vai ao encontro do intento da OMS o de "Dar Qualidade de Vida aos Anos".

O enfermeiro possui um largo espaço de atuação nos grupos de idosos, com autonomia, sistematizando através de experiências e criatividade, ações que permitem

Projeto de Estágio

assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso no que se refere à sua capacidade de gerir a sua própria independência e saúde.

1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1- CONCELHO DE PONTE DE SOR

A cidade de Ponte de Sor é sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é limitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Ponte de Sor dista de Portalegre (capital de distrito) 62,1 km, sendo o Itinerário Complementar 13 a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido.

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº1).

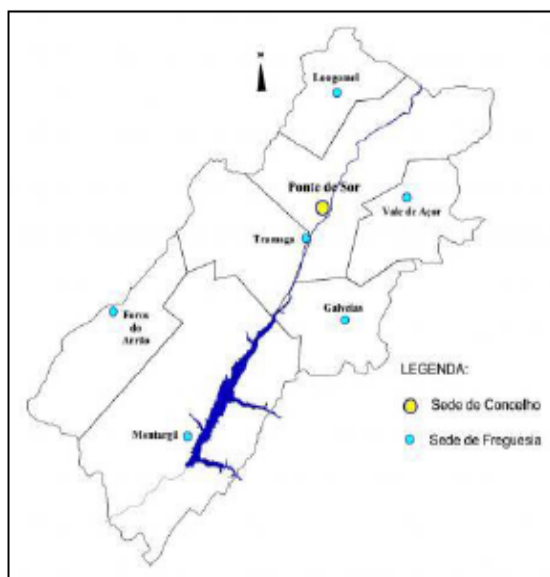


Figura nº 1 - Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

Projeto de Estágio

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, em particular, da população idosa e com escassos recursos financeiros. Considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social nasceu da vontade de intervir na comunidade pontessorense, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante.

A missão desta Associação passa por desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

A Associação Caminhar desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, 'Ateliês à medida' para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial destaque é o "Solidão Acompanhada". O principal objetivo deste projeto passa por minimizar a solidão em que muitos dos seniores e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar está a desenvolver o projeto "Solidão Acompanhada", que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações.

No âmbito do projeto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta é sem dúvida uma Associação que com o decorrer dos anos, se afirmou em Ponte de Sor, e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos seniores, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Para ajudar a ultrapassar estas dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Almoço de Idosos do Concelho; Projeto 'Porta a Porta', Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da

Projeto de Estágio

Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Almoço de Idosos do concelho é uma atividade já antiga. Trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O Serviço 'Porta a Porta' visa prestar apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de saúde, a população idosa defronta-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço 'Porta a Porta', que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa 'Progride'-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas casas, são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso deverá inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como a substituição de lâmpadas, a reparação de portas e janelas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto CIDADES, projeto criado em torno do conceito 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas', concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto CIDADES, é promovido pela Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto 'Cidades Amigas das Pessoas Idosas' pretende identificar práticas e serviços em

Projeto de Estágio

Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas, propõe soluções, constitui ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

Relativamente à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que possui Serviço de Urgência Básica e ambulância de Suporte Imediato de Vida, disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre a cerca de 60 km.

São inúmeras as instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Relativamente a lares de idosos, podemos contar com várias Instituições em todo o concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor já exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar a Magnólia, de carácter privado.

Está também previsto para o presente ano a inauguração de um novo Lar de idosos em Ponte de Sor, com capacidade para 72 idosos em regime de lar e 50 idosos em regime de Centro de Dia. Numa primeira fase, o serviço de apoio domiciliário ficará em *standby* uma

Projeto de Estágio

vez que as outras instituições de apoio social do concelho têm dado resposta a todas as situações identificadas.

Na Freguesia de Galveias podemos contar com lar de idosos e centro de acamados.

Na Freguesia de Foros de Arrão está também localizado um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, nomeadamente:

- Promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- Fortalecimentos de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não-governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- Fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no intuito de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os interventores, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura nº 2).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).

SECÇÃO DE PROGRAMAS ESPECIAIS



Figura nº 2 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.

Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança - GNR.

1.1.1- Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga dista da sede de concelho cerca de 3 km e apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão. Atualmente a freguesia conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos, portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor.

Projeto de Estágio

O quadro n.º 1 mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Idade	Nº de pessoas	Porcentagem
0-14 Anos	199	12,9%
15-24 Anos	168	10,9%
25-64 Anos	825	53,5%
65 Ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Quadro n.º1 – Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o 'Carnaval de Tramaga' e as 'Marchas Populares de Tramaga'. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for possível.

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária. Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

Uma outra atividade apoiada pela Junta de Freguesia de Tramaga é o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.

Anualmente, é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical. Este é um almoço que ocorre há muitos anos e que é do agrado dos idosos da Freguesia.

Uma vez que existem alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer

Projeto de Estágio

bordados. Posteriormente, fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, tendo entrado em funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente, conta com dezasseis funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. Em regime de centro de dia estão inscritos 37 idosos. É fornecido apoio domiciliário a 49 pessoas, a maioria idosos.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

2- PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, exigindo assim uma "reformulação" na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa. Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade Portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, dos governos, das famílias e da sociedade em geral. Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, apesar de nas organizações de saúde ainda sobressair a aleatoriedade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

Perante este panorama podemos dizer que a "chave" para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planear.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes 1993).

Assim sendo, e nesta linha de pensamento urge várias questões "Por que razão se planeia a saúde? Será possível pensar na ideia de planear em saúde? Fará sentido um planeamento em Saúde?

São múltiplas as respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a

Projeto de Estágio

utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano à priori definido, permitirá o seu uso. Pela competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de plano; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação.

2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a "justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades" (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

É de referir que "a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades" (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), "será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades".

Neste âmbito, e considerando a abrangência do Diagnóstico de Saúde efetuado apresento de forma sucinta respetivo perfil crítico.

2.1.1- Perfil crítico dos idosos com 65 ou mais anos de idade da freguesia de Tramaga

De acordo com os dados obtidos no Diagnóstico de Saúde efetuado constata-se que a população idosa da freguesia de Tramaga é maioritariamente do sexo feminino, com média

Projeto de Estágio

de 76 anos de idade e revela elevada taxa de iliteracia, são os grupos etários mais baixos onde se encontram níveis de escolaridade mais elevados.

Na sua maioria os idosos têm estado civil casado e coabitam com o cônjuge, no entanto é possível encontrar alguns agregados familiares alargados a filhos e outros. Existem mais mulheres solteiras e viúvas, registando assim o maior número da vulnerabilidade em viver sozinho, contrariamente aos homens que vivem com mais pessoas, e é a estes que o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas está mais associado.

A maioria dos idosos revela que os rendimentos que auferem cobrem com dificuldade as suas necessidades.

Esta população mantém relações sociais com a comunidade local, família e amigos, mas o apoio mais frequente vem dos familiares.

O apoio institucional e a procura dos serviços sociais tem pouca expressão, possivelmente justificado pela independência da maioria dos idosos em relação à sua capacidade funcional para as AIVD's, mas também pela rede familiar que ajuda e apoia a maioria dos idosos o que parece ser eficaz. Os cuidadores que se destacam são os familiares: os que coabitam com o idoso são mais velhos e ajudam nas AVD's, enquanto os que não coabitam, são mais novos e ajudam nas AIVD's. Os valores obtidos nas questões que avaliam a depressão geriátrica sugerem que os idosos aparentam estar relativamente adaptados e aceitam as suas limitações e dificuldades, associadas à vida e ao envelhecimento, revelando-se, na sua maioria, satisfeitos com a vida, sem achar que os outros passam melhor que os próprios, contudo, a pontuação da escala classifica a maioria com depressão, que é mais marcada no sexo feminino e está associada à qualidade das relações sociais mantidas pelo idoso. Os valores obtidos nas avaliações antropométricas, bem como as patologias mais apresentadas, associadas à obesidade e ao risco de comorbilidades, traduzem os distúrbios de base alimentar que afetam estes idosos.

Assim, é possível apontar os riscos, que se traduzem em problemas e suscitam necessidades nesta população.

Os principais riscos identificados nesta população prendem-se com: existir uma taxa de iliteracia elevada, viver só, apresentar dificuldades económicas, ter banheira em vez de poliban, a existência de tapetes não antiderrapantes, os principais cuidadores dos idosos nas AVD's serem familiares que coabitam e também eles serem idosos, a presença significativa da classificação de depressão e depressão grave na população, principalmente feminina, associada ao isolamento da habitação, possivelmente não diagnosticada e ou acompanhada, os valores do perímetro abdominal sugerirem um risco elevado e muito elevado de comorbilidade em ambos os sexos, existirem idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I, a obstipação, as quedas, que são mais frequentes nas mulheres e nos mais idosos, os problemas de visão e audição, a polifarmácia, as patologias como a

Projeto de Estágio

hipertensão arterial, a dislipidémia, as doenças osteoarticulares, a diabetes e a insuficiência cardíaca, a comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson, a procura menos expressiva de alguns cuidados de enfermagem, nomeadamente de monitorização e vigilância e, dos programas de educação para a saúde.

As necessidades de saúde subjacentes aos riscos enunciados, são de apoio, monitorização e vigilância, formação e informação do idoso para minimizar o impacto dos problemas identificados e maximizar a sua saúde e a sua qualidade de vida, não esquecendo os familiares que são a sua fonte de apoio.

2.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é "o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção" (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que "determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros."

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para selecionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Atendendo ao fator tempo-limite para a intervenção e considerando que seria incomportável a utilização de todos os critérios supracitados, foram selecionados

Projeto de Estágio

essencialmente: a vulnerabilidade, a exequibilidade, a gravidade do problema e fatores económicos. De reforçar também que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve utilizar critérios objetivos que permitem definir quais as principais prioridades em saúde e integra, na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade, as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.

Deste modo e considerando as várias técnicas existentes para determinação de prioridades, por exemplo, designadamente: triagem simples, grelha de análise, método CENDES/OPS, comparação por pares, método de Hanlon, DARE, SIMPLEX, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993), foi selecionado o de comparação de pares, por se tratar de uma abordagem prática. Cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante, neste caso o critério 'importância' engloba: a vulnerabilidade, a exequibilidade, a gravidade do problema, fatores económicos e as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, desenvolvidas no presente referencial teórico.

Para cada par indica-se qual o problema mais importante, sendo assim possível fazer a ordenação final a partir da contagem do número de vezes que cada problema foi selecionado como sendo o mais importante (Tavares, 1990).

Assim o quadro n.º 2 apresenta a técnica de comparação de pares para ordenação de prioridades, sendo o valor final o número de vezes que o problema foi escolhido e a ordem a classificação ordinal.

	Problemas	Comparação por pares	Valor final	Ordem
A	Iliteracia	A A A A A A A A A A B C D E F G H I J K L	3	8º
B	Viver só	B B B B B B B B B B C D E F G H I J K L	5	6º
C	Isolamento da habitação	C C C C C C C C C C D E F G H I J K L	4	7º
D	Dificuldades económicas	D D D D D D D D D D E F G H I J K L	0	11º
E	Quedas (Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; obstáculos na circulação, acessibilidade, distúrbios sensoriais)	E E E E E E E F G H I J K L	10	1º
F	Sem rede de esgotos	F F F F F F G H I J K L	2	9º

Projeto de Estágio

G	Cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também idosos.	G G G G G H I J K L	1	10°
H	Classificação de depressão e depressão grave	H H H H I J K L	9	2°
I	Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I	I I I J K L	7	4°
J	Polifarmácia	J J K L	6	5°
K	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC	K L	10	1°
L	Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca	--	8	3°

Quadro n.º 2 – Comparação por pares.
(adaptada com base em Imperatori & Giraldes, 1993).

Considerando a comparação de pares e os primeiros dez problemas, obteve-se a seguinte ordem de prioridades, descrita no quadro n.º 3.

Ordem de prioridade	Problemas
1°	Quedas (Banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)
	Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC
3°	Classificação de depressão e depressão grave
4°	Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
5°	Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
6°	Polifarmácia
7°	Viver só
8°	Isolamento da habitação
9°	Iliteracia
10°	Sem rede de esgotos

Quadro n.º 3 – Ordem de prioridades resultantes da comparação por pares.

2.3- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim se chega à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatori & Giraldes, 1993).

Também de acordo com Imperatori & Giraldes (1993), nesta fase há quatro aspetos a considerar, designadamente a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, também a determinação da tendência desses problemas, a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Deste âmbito foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida na população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga.
- Promover a capacitação/empowerment da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Promover ambiente capacitador da autonomia e independência da população com 65 ou mais anos da freguesia da Tramaga.

Como objetivos específicos apresentam-se os quadros seguintes, onde também estão contempladas as metas e indicadores de atividade/execução.

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar, até final de Novembro 2013, a União de Juntas de Freguesia da Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor sobre problemas prioritizados no diagnóstico de saúde realizado na Freguesia da Tramaga e a necessidade de intervenção para minimização/ resolução dos mesmos.</p>	<p>- Apresentar à União de Juntas de Freguesia 8 propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; 2- Funcionário da autarquia (com formação desportiva) deslocar-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos; 3- Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); 4- Rampas de acesso em casas de idosos/via pública; 5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia; 6- Teleassistência; 7- Projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever; 8- Rede Municipal de Esgotos para todos. 	<p>N.º de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p>

Projeto de Estágio

<p>- Envolver, até ao final de Novembro 2013, a União de Juntas de Freguesia da Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>- Que a União de Juntas de Freguesia aceite 30% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro.</p> <p>- Que a União de Juntas de Freguesia aceite para análise 40% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro</p> <p>- Apresentar à União de Juntas de Freguesia 8 propostas para colaboração nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na freguesia da Tramaga, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Integração do "atelier da Saúde" no evento das comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga e consequente apoio do Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga (espaço); 2- Disponibilidade de materiais necessários (mesas, cadeiras, entre outros); 3- Apoio de 1 a 2 funcionários da União de Juntas para auxílio e organização de espaços; 4- Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para Fórum Comunitário; 	<p>$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas para análise}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas efetuadas}}{\text{N.º de propostas previstas}} \times 100 =$</p>
---	---	---

Projeto de Estágio

	<p>5- Disponibilidade do Auditório da Junta da Tramaga para Sessão de Educação para a Saúde: "segurança do idoso"</p> <p>6- Divulgações dos eventos para a comunidade através de Editais.</p> <p>- Que a União de Juntas de Freguesia aceite 30% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p>
--	---	--

Quadro n.º4 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesia de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor".

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar, até final de Novembro 2013, o Presidente da Câmara Municipal da Ponte de Sor [CMPS] sobre problemas prioritizados no diagnóstico de saúde realizado na Freguesia da Tramaga e a necessidade de intervenção para minimização/resolução dos mesmos.</p>	<p>- Apresentar à autarquia (CMPS) 8 propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Espaços verdes com circuitos e equipamentos desportivos; 2- Funcionário da autarquia (com formação desportiva) deslocar-se ao Centro Comunitário para realizar exercícios aos idosos; 3- Rampas de acesso nos locais públicos (igreja, casa mortuária, cemitério); 4- Rampas de acesso em casas de idosos/via pública; 5- Mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia; 6- Teleassistência; 7- Projeto de formação para idosos que queiram aprender a ler e escrever; 8- Rede Municipal de Esgotos para todos. 	<p>Nº de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p>

Projeto de Estágio

	<ul style="list-style-type: none"> - Que a autarquia (CMPS) aceite 30% de propostas de intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro. - Que a autarquia (CMPS) aceite para análise 40% de propostas de, intervenção para a minimização/resolução de problemas prioritizados, sensíveis a este pelouro. 	<p>$\frac{\text{N.º de propostas aceites}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de propostas para análise}}{\text{N.º de propostas efetuadas}} \times 100 =$</p>
--	--	---

Quadro n.º 5- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município".

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Envolver, até final de Novembro 2013, o Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga</p>	<p>- Solicitar colaboração ao Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor através da apresentação de 2 propostas: 1-Parceria na Sessão de Educação para a Saúde: "Segurança do idoso"; 2- Empréstimo de material multimédia tela e "datashow" para 2 Sessões a desenvolver na comunidade (Fórum comunitário e Sessão de educação para a saúde);</p> <p>- Que o Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor aceite 50% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>Nº de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p> <p>N.º de propostas aceites _____ x100 = N.º de propostas efetuadas</p>

Quadro n.º 6- Objetivo específico, metas e Indicador de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com GNR".

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Envolver, até final de Novembro 2013, a Teleassistência Helpphone nas atividades de intervenção comunitária a desenvolver na Freguesia da Tramaga.</p>	<p>- Solicitar colaboração à Teleassistência Helpphone através da apresentação de 2 propostas:</p> <p>1- Requisitar informação e demonstração sobre teleassistência</p> <p>2- Parceria na Sessão de Educação para a Saúde: "Segurança do idoso";</p> <p>- Que a Teleassistência Helpphone aceite 50% de propostas de colaboração nas atividades de intervenção a desenvolver na Freguesia de Tramaga</p>	<p>N.º de propostas efetuadas _____ x100 = N.º de propostas previstas</p> <p>N.º de propostas aceites _____ x100 = N.º de propostas efetuadas</p>

Quadro n.º 7- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Reunião com representante da Teleassistência Helpphone".

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, aos participantes no dia festivo das comemorações de S. Martinho da Freguesia de Tramaga (16.11.2013).</p>	<p>- Que 50% dos participantes nas Comemorações de S. Martinho da Freguesia da Tramaga adiram ao evento "Atelier da Saúde</p> <p>- Monitorizar tensão arterial a 95% dos participantes no Atelier da saúde;</p> <p>- Monitorizar glicémia capilar a 90% dos participantes no Atelier da saúde;</p>	<p>N.º de aderentes ao atelier da saúde _____ x 100 = N.º de participantes nas Comemorações de S. Martinho</p> <p>Nº de participantes <u>Monitorizados</u> _____ x100= N.º de participantes no atelier da saúde</p> <p>Nº de participantes <u>Monitorizados</u> _____ x100= N.º de participantes no atelier da saúde</p>

Projeto de Estágio

	<p>- Que 80% dos participantes no evento "Atelier da Saúde" aceitem os folhetos informativos realizados para o efeito sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • " Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável" • " Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar..." <p>- Que 50% dos participantes no evento "Atelier da Saúde" atribuam pontuação superior a 4, na escala de Likert, à questão aplicada sobre importância do evento: Como classifica este evento em termos de importância?</p> <p>1- Sem qualquer importância 2- Com pouca importância 3- Indiferente 4- Com razoável importância 5- Com muita importância</p>	<p>N.º de folhetos Distribuídos _____ x100= N.º de participantes no "atelier da saúde"</p> <p>N.º total de respostas iguais ou superiores a 4 _____ x100= N.º de participantes no atelier da saúde"</p>
--	---	--

Projeto de Estágio

	<p>- Que 50% dos participantes ao evento "Atelier da Saúde" atribuam pontuação superior a 4 na escala de Likert à questão aplicada sobre interesse destas iniciativas: Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?</p> <p>1- Sem qualquer interesse 2- Com pouco interesse 3- Indiferente 4- Com razoável interesse 5- Com muito interesse</p>	<p>$\frac{\text{N.º total de respostas iguais ou superiores a 4}}{\text{N.º de participantes no "atelier da saúde"}} \times 100 =$</p>
--	--	---

Quadro n.º 8 - Objetivos específicos, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Atelier da Saúde" associado ao dia festivo das comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga.

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Apresentar o Diagnóstico de Saúde, sob a forma de Fórum, até final de novembro 2013, às Entidades Locais e Concelhias e a toda a Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade \geq 65 anos.</p>	<p>-Convidar 35 Entidades Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesia; Presidente do Município da Ponte Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal "aponte" e "Ecos do Sor"); Teleassistência; IPPP- ESSP.</p> <p>- Que participe 10% das Entidades Locais / Concelhias convidadas.</p> <p>- Convidar a Comunidade em Geral (convite cartaz colocado em pontos estratégicos da Freguesia e Edital).</p> <p>- Que participe 10% da população com idade \geq 65 anos.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de entidades convidadas}}{\text{N.º de entidades a convidar previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de entidades que participam no Fórum}}{\text{N.º de entidades convidadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam no Fórum}}{\text{N.º total de pessoas da comunidade com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100 =$</p>

Quadro n.º 9- Objetivo específico, metas e Indicadores de atividade/execução relativos à atividade: "Fórum Comunitário"

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de incidentes e acidentes domésticos através de Sessão de Educação para a Saúde em parceria com GNR e Teleassistência Helpphone (formato multidisciplinar), subordinada ao tema: "Segurança do idoso", a realizar durante o mês de dezembro 2013.</p>	<p>- Convidar 35 Entidades Locais/Concelhias, designadamente: Presidente e Vice presidente da União de Juntas de Freguesia; Presidente do Município da Ponte Sor; Presidentes das outras Juntas de Freguesia do Concelho; GNR; Padre; Centros Comunitários do Concelho; Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga; Associação de Jovens de Tramaga; Associação de Caçadores de Tramaga; Associação de Caçadores de Água todo o Ano; Associação Caminhar; Meios Comunicação (Jornal "aponte" e "Ecos do Sor"); Teleassistência; IPPP- ESSP.</p> <p>- Que participe 10% das Entidades Locais / Concelhias convidadas</p> <p>- Convidar a Comunidade em Geral (convite cartaz colocado em pontos estratégicos da Freguesia e Edital).</p> <p>- Que participe 10% da população com idade ≥ 65 anos.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de entidades convidadas}}{\text{N.º de entidades a convidar previstas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de entidades que participam na Sessão}}{\text{N.º de entidades convidadas}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65 \text{ anos que participam na Sessão}}{\text{N.º total de pessoas da comunidade com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100 =$</p>

Projeto de Estágio

	<p>- Que 95% dos participantes com idade \geq 65anos aceitem os folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes, realizados para o efeito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Prevenir para não cair..." • "Inverno em segurança" <p>- Que sejam esclarecidas 95% de questões expostas pelos participantes.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de folhetos distribuídos a pessoas com idade } \geq 65\text{anos}}{\text{N.º de pessoas com idade } \geq 65\text{anos que participam na Sessão}} \times 100 =$</p> <p>$\frac{\text{N.º de questões esclarecidas}}{\text{N.º de questões levantadas pelos participantes}} \times 100 =$</p>
--	--	--

Quadro n.º 10- Objetivo específico, metas e indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do Idoso".

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação do artigo informativo "Saber mais, viver melhor" em meios de comunicação social durante o mês de dezembro 2013,</p>	<p>- Que o artigo " Saber mais, viver melhor" seja publicado em 2 meios de comunicação social: 1- Jornal mesário da região de Ponte de Sor "aponte"; 2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: "SORSAUDE".</p> <p>- Que o artigo " Saber mais, viver melhor" obtenha tiragem mínima de 1000 exemplares na Publicação no Jornal mesário "aponte";</p> <p>- Que o artigo " Saber mais, viver melhor", após 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal Digital "SORSAUDE, obtenha no mínimo 100 visualizações.</p>	<p>N.º de Publicações concretizadas _____ x 100 = N.º Publicações propostas</p> <p>Nº de Tiragem do Jornal "aponte"</p> <p>Nº de visualizações no Jornal Digital "SORSAUDE"</p>

Quadro n.º 11- Objetivo específico, metas e Indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Publicação periódica de Informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor".

Projeto de Estágio

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de atividade/execução
<p>- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis através da publicação do artigo informativo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" em meios de comunicação social durante o mês de janeiro 2014,</p>	<p>- Que o artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" seja publicado em 2 meios de comunicação social: 1- Jornal mesário da região de Ponte de Sor "aponte"; 2- Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: "SORSAUDE".</p> <p>- Que o artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos" obtenha tiragem mínima de 1000 exemplares na Publicação no Jornal mesário "aponte";</p> <p>- Que o artigo "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos", após 30 dias imediatos à sua publicação no Jornal Digital "SORSAUDE, obtenha no mínimo 100 visualizações.</p>	<p>$\frac{\text{N.º de Publicações concretizadas}}{\text{N.º Publicações propostas}} \times 100 =$</p> <p>Nº de Tiragem do Jornal "aponte"</p> <p>Nº de visualizações no Jornal Digital "SORSAUDE"</p>

Quadro n.º 12- Objetivo específico, metas e Indicadores de atividade/execução relativos à atividade: Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

2.4- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS E ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um "conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo" (Imperatori & Geraldès, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, "haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos" (Imperatori & Geraldès 1993: 30).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

O quadro n.º 13 apresenta as estratégias adotadas associadas aos problemas priorizados, e o quadro n.º 14 apresenta potenciais obstáculos e esboça estratégias para a superação dos mesmos.

De acordo com as estratégias seleccionadas, considerando a necessidade de estimar recursos, face à atenção na rentabilização de recursos em prol de uma gestão eficaz e eficiente, estima-se que a concretização das mesmas, incluindo custos de gráfica, bens e serviços não ascenda o valor de 250 Euros.

Projeto de Estágio

Estratégias Realizáveis	Problemas priorizados associados
<p>Reunião com o Presidente da União de Juntas de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaça e Vale de Açor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para os problemas priorizados e a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa; - Evidenciar os problemas sensíveis à intervenção deste pelouro; - Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à sua intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais) - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Viver só - Isolamento da habitação - Iliteracia - Sem rede de esgotos
<p>Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor e Responsável pela área social do Município:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para os problemas priorizados e a necessidade de melhorar a qualidade de vida na população idosa; - Evidenciar os problemas sensíveis à intervenção deste pelouro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais) - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC

Projeto de Estágio

<p>-Apresentar propostas de intervenção favoráveis à minimização ou resolução de problemas sensíveis à sua intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Classificação de depressão e depressão grave; - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Viver só - Isolamento da habitação - Iliteracia - Sem rede de esgotos
<p>Reunião com o Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alertar para os problemas identificados e priorizados, designadamente o idoso que vive só e isolamento das suas habitações; - Sensibilizar para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa. - Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas supracitados, no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida: <ul style="list-style-type: none"> . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só - Isolamento da habitação

Projeto de Estágio

<p>Reunião com representante da Teleassistência Helpphone.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assinalar os problemas identificados e priorizados no âmbito do Diagnóstico de Saúde efetuado ao idoso da freguesia da Tramaga, designadamente: viver só e isolamento das suas habitações; - Sensibilizar para a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; - Solicitar colaboração e parceria de intervenção nos problemas supracitados, no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso, minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida; - Informar e dar a conhecer dispositivos existentes para apoio da população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento-teleassistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viver só - Isolamento da habitação
<p>“Atelier da Saúde” associado ao dia festivo das comemorações de S Martinho da Freguesia da Tramaga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis não só para os idosos, mas adultos e mais jovens, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença; - Monitorizar tensão arterial e glicémia capilar; - Fornecer informação através de folhetos a realizar de acordo com baixa literacia e aconselhamento personalizado e individualizado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC - Classificação de depressão e depressão grave - Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I - Polifarmácia - Viver só

Projeto de Estágio

<p>- Promover a capacitação do idoso como elemento importante e promotor da sua saúde (empowerment).</p>	<p>- Isolamento da habitação</p>
<p>Fórum Comunitário sobre resultados do Diagnóstico de Saúde realizado na Freguesia de Tramaga a pessoas com 65 e mais anos.</p> <p>- Divulgar os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde à Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade \geq 65 anos, Entidades Locais e Concelhias;</p> <p>- Envolver, sensibilizar e informar toda a população, poderes locais/concelhios, todos os intervenientes, sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa;</p> <p>- Informar todos os participantes sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver apelando à participação de todos no sentido a colaboração e cooperação;</p> <p>- Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de lanche em género de coffee Break</p>	<p>- Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)</p> <p>- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC</p> <p>- Classificação de depressão e depressão grave;</p> <p>- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca</p> <p>- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I</p> <p>- Polifarmácia</p> <p>- Viver só</p> <p>- Isolamento da habitação</p> <p>- Iliteracia</p> <p>- Sem rede de esgotos</p>
<p>Sessão de Educação para a Saúde "Segurança do idoso".</p> <p>- Sessão multidisciplinar conjunta com GNR e Teleassistência;</p> <p>- Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de acidentes no sentido de promover ambiente capacitador da autonomia e independência do idoso,</p>	<p>- Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais, polifarmácia)</p> <p>- Isolamento da habitação</p> <p>- Viver só</p>

Projeto de Estágio

<p>minimizando riscos que influenciam negativamente a sua qualidade de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Informações úteis para o dia-a-dia em segurança; . Prevenção de acidentes (queda, frio) . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. . Informar e dar a conhecer dispositivos existentes para apoio da população idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento-teleassistência; <p>- Fornecer informação supracitada através de folhetos a realizar de acordo com literacia baixa;</p> <p>- Promover convívio/envolvimento entre participantes (lanche/coffee Break).</p>	
<p>Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mesário da região de Ponte de Sor "aponte" e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor "SORSAUDE": " Saber mais, viver melhor".</p> <p>- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis;</p>	<p>- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC</p> <p>- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca</p> <p>- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I</p>

Projeto de Estágio

<p>Publicação periódica de informação e sensibilização para divulgação no Jornal mensal da região de Ponte de Sor "aponte" e no Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor: "SORSAUDE": "Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".</p> <ul style="list-style-type: none">- Sensibilizar a população em geral para comportamentos e estilos de vida saudáveis;	<ul style="list-style-type: none">- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade / Comorbilidade severa atribuída pelo ICC- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidemia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca- Classificação de depressão e depressão grave;- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I- Quedas (banheira em vez de poliban, tapetes não antiderrapantes, obstáculos na circulação acessibilidade, distúrbios sensoriais)- Isolamento da habitação- Viver só
--	--

Quadro n.º 13 - Estratégias a utilizar e a sua associação aos problemas prioritizados.

Projeto de Estágio

Potenciais obstáculos	Modificações necessárias / estratégias potenciais
- Resistência à mudança ou dificuldades de aceitação do projeto por parte das entidades locais/concelhias.	- Usar a técnica de Persuasão com mecanismos de aproximação, pressão social e lisonjeio, estimulando para continuidade e melhoria de desempenho e para o bem comum, através de contactos pessoais, reuniões formais e informais.
- Resistência à mudança ou dificuldades de aceitação do projeto por parte da população-alvo e Comunidade; - Colaboração deficiente da população-alvo e Comunidade.	- Articulação Intersectorial com as entidades locais/concelhias mobilizadas; - Usar a técnica de Reeducação, incluindo medidas de informação à comunidade, educação para a saúde; - Integrar líderes formais e informais no projeto, como sendo, o Ex-presidente da Junta de Freguesia da Tramaga (atual Vice-Presidente da União de Juntas), Presidente da União de Juntas e familiar-mãe de mestranda estagiária; - Participar em eventos que mobilizem tradicionalmente a comunidade. - Incentivar ao convívio, promovendo lanche em género de coffee Break durante as intervenções tipo sessões/Fórum.
- Carência de recursos Humanos	- Maximização de tempos; - Captar parceiros e colaboradores de entidades envolvidas ou da comunidade.
- Carência de recursos Materiais	- Rentabilização de materiais existentes, meios tecnológicos e equipamentos necessários sem necessidade de aquisição (material informático, material clínico: esfigmomanómetro, estetoscópio, glicómetro de glicémia capilar, cavalete, viatura própria); - Solicitação de materiais por empréstimo às entidades envolvidas (espaços, estruturas – mesas e

Projeto de Estágio

	cadeiras, material de multimédia- tela e datashow); - Aquisição de materiais de consumos preferencialmente de qualidade e a baixo custo (fotocópias, lanches caseiros, combustível).
- Limitação de tempo para implementar projeto	- Rentabilização máxima de tempo disponível, em dias úteis, fins-de-semana e feriados.

Quadro n.º 14 - Potenciais obstáculos à realização, modificações necessárias, estratégias potenciais.

2.5- PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução "é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação".

O Quadro n.º 15 Apresenta Cronograma de atividades de Planeamento em Saúde 2013/2014 e o quadro n. 16 o Cronograma de atividades 2013/2014 – Intervenções a implementar.

Projeto de Estágio

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Listrar problemas e necessidades da população	■																		
Definir perfis críticos da população	■																		
Priorizar e hierarquizar necessidades em saúde	■	■																	
Definir objetivos de intervenção	■	■																	
Selecionar estratégias de intervenção, considerando os recursos necessários e acessíveis			■	■															
Estabelecer contactos formais com entidades locais da comunidade				■	■	■													
Estabelecer parcerias de intervenção					■	■	■	■											
Planear programas e projetos de intervenção					■	■	■	■	■										
Preparar execução das intervenções							■	■	■										
Envolver a população visada nas intervenções a implementar				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Promoção e implementação das intervenções planeadas								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Avaliar programas e projetos de intervenção através da monitorização de indicadores de processo e de resultado previamente definidos									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Quadro n.º 15 - Cronograma de atividades - Planeamento em Saúde 2013/2014.

Legenda: ■ Fase de Execução ■ Interrupção escolar

Projeto de Estágio

Atividades a desenvolver	setembro			outubro				novembro				dezembro				janeiro				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	17	18
Reunião com Presidente de União de Freguesias (Tramaga)																				
Reunião com Presidente da Câmara de Ponte de Sor e Responsável Municipal pela área social																				
"Atelier da Saúde" associado às comemorações de "S. Martinho"																				
"Fórum Comunitário"																				
"Combate ao isolamento e insegurança dos idosos"																				
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Saber mais, viver melhor!"																				
Publicação periódica de informação, sensibilização e divulgação: "Dê mais anos à sua Vida e mais Vida aos seus anos"																				

Quadro n.º 16- Cronograma de Atividades 2013/2014 – Intervenções a Implementar.

Legenda:  Fase de Preparação  Fase de Execução  Interrupção escolar

2.6- AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a "função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas".

Segundo Imperatori & Giraldes "numa situação de planeamento ou programação a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores. É através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados" (1993:178).

Para a avaliação serão calculados os indicadores de atividade /execução predefinidos e inerente comparação com metas estabelecidas (consultar quadros inerentes ao subcapítulo "Definição de Objetivos").

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que "terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo".

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. Apesar de estar disponível muita informação sobre este assunto nunca é demais estudar e abordar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro das necessidades e problemáticas existentes, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Tendo sido concretizado o Diagnóstico de Saúde à população com 65 ou mais anos da Freguesia da Tramaga, e cumprido o objetivo geral de identificar as necessidades de saúde desta população, o presente projeto de intervenção apresenta o planeamento das intervenções a desenvolver na comunidade, seguindo as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, direcionando as referidas intervenções para os problemas e necessidades prioritizados, contribuindo para a minimização dos mesmos e para o processo de capacitação de grupos e comunidade. Há que dinamizar o máximo de potencial das intervenções planeadas, no sentido de surtirem os efeitos desejados.

Considerando que a duração de intervenção em estágio limita resultados e respetiva amplitude, outras soluções a longo prazo se impõem, outras mesmo não são vulneráveis à intervenção de enfermagem, pelo que ficarão as propostas entregues às entidades locais expectantes da sua observância e interferência futura.

É minha convicção que esta população não ficará indiferente às intervenções a desenvolver, pela receptividade e positividade já demonstrada.

BIBLIOGRAFIA

Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 24 de abril de 2013 em <http://www.cm-pontedesor.pt>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.

Linhares, L. & Cunha, L. (1999) - *A importância do Enfermeiro nos cuidados ao idoso*. In: Geriatria, vol.111 Lubitz, James et al. (2003).

Ordem dos Enfermeiros. (20 de novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 12 de maio de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20Publica%20aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Páscoa, P. (2008) *A importância do Envelhecimento Activo na Saúde do Idoso*. Porto. Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde acedido a 8 de maio de 2013 em: <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/AimportanciadoExercEnvelheiActivo.pdf>

PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – *Idosos em Segurança* - GNR Guarda Nacional Republicana, Acedido a 1 de junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rvmv5/vq1515

PORTUGAL, Direção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGOG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* - Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

Projeto de Estágio

Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.

Silva, S. & Serrão, C. (2009, junho-dezembro). Terceira Idade, Educação e Qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Universidade Sénior Contemporânea* (Ano III – volume 3, número 1), 26-31.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.

Apêndice IV – Plano do *Atelier* da Saúde.

PLANO DE SESSÃO

<p>TEMA: “<i>Atelier da Saúde</i>” associado ao evento cultural e recreativo das comemorações de S. Martinho.</p>	<p>LOCAL: Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural da Tramaga.</p>	<p>DATA: 16/11/2013 HORA: 19:30 Horas</p>
<p>GRUPO DESTINATÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos. 	<p>GRUPO DE TRABALHO: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões.</p> <p>PRELETORES: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.</p>	<p>DURAÇÃO: 150 Minutos</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; • Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment. 		
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis não só para os idosos, mas adultos e mais jovens, numa perspetiva de promoção da saúde e prevenção da doença; • Monitorizar tensão arterial e glicémia capilar; 		

- Fornecer informação e aconselhamento personalizado / individualizado/grupo, sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis (oral e escrita – panfletos informativos);
- Conviver e partilhar a tradição cultural com a população local.

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	10 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de Grupo de Trabalho e Preletores; - Apresentação dos objetivos do evento; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação do evento 	Interativo	Comunicação	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Desenvolvimento	110 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Informação e aconselhamento personalizado / individualizado sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis; - Monitorização da tensão arterial; - Monitorização da glicémia capilar; - Entrega de folhetos informativos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> • “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” 	Interativo	Comunicação/ Aparelho de avaliação de tensão arterial e glicómetro/ Registo de parâmetros/ Panfletos informativos	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

		<ul style="list-style-type: none"> • “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” 			
Conclusão e Avaliação	30 Minutos	<p>- Apresentação de duas questões:</p> <p>a) Como classifica este evento em termos de importância?</p> <p>1- Sem qualquer importância</p> <p>2- Com pouca importância</p> <p>3- Indiferente</p> <p>4- Com razoável importância</p> <p>5- Com muita importância</p> <p>b) Como classifica o interesse em participar nestas iniciativas?</p> <p>1- Sem qualquer interesse</p> <p>2- Com pouco interesse</p> <p>3- Indiferente</p> <p>4- Com razoável interesse</p> <p>5- Muito Interesse</p> <p>- Convívio e entretenimento no evento cultural.</p>	Interativo	Comunicação/ Questionário/ Convívio	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

Quadro n.º 23 - Plano de Sessão: 'Atelier da Saúde'.

Apêndice V – Plano do Fórum Comunitário.

PLANO DE SESSÃO

<p>TEMA: Fórum Comunitário</p>	<p>LOCAL: Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga.</p>	<p>DATA: 29/11/2013 HORA: 14:00 Horas</p>
<p>GRUPO DESTINATÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entidades Locais / Concelhias; • Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos 	<p>GRUPO DE TRABALHO: Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões.</p> <p>PRELETORES: Helena Pires, Nélia Lourenço e Susana Simões.</p>	<p>DURAÇÃO: 120 Minutos</p>
<p>OBJETIVO GERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a população idosa e entidades políticas/locais/concelhias, sobre os problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; • Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga. 		
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Diagnóstico de Saúde às Entidades Locais e Concelhias e a toda a Comunidade em geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos; • Envolver, sensibilizar e informar toda a população, poderes locais/concelhos, todos os intervenientes, sobre a necessidade de melhorar a qualidade de vida da população idosa; 		

- Discutir soluções para alguns problemas identificados.

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 Minutos	- Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; - Entrega de pastas para apoio a registos; - Apresentação dos objetivos; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão, avaliação do <i>Fórum</i> e convívio com coffee Break	Expositivo	Datashow PowerPoint/ Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	60 Minutos	- Apresentação e discussão dos resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde; - Informar sobre a progressão das atividades desenvolvidas e por desenvolver apelando à participação de todos no sentido a colaboração e cooperação;	Expositivo Interativo	Datashow PowerPoint/ Comunicação/ Discussão	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões
Conclusão e Avaliação	45 Minutos	- Debate aberto a todos os participantes permitindo deste modo o esclarecimento de todas questões que surjam; - Promover convívio e envolvimento entre os participantes, através de <i>coffee Break</i> .	Interativo	Discussão/ Convívio- coffee Break	Helena Pires Nélia Lourenço Susana Simões

Quadro n.º 24 - Plano de Sessão: Fórum Comunitário.

Apêndice VI – Plano da Sessão ‘Segurança do Idoso’.

PLANO DE SESSÃO

<p>TEMA: 'Segurança do Idosos'</p>	<p>LOCAL: Auditório da Junta de Freguesia da Tramaga.</p>	<p>DATA: 06/12/2013 HORA: 14:00 Horas</p>
<p>GRUPO DESTINATÁRIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entidades Locais / Concelhias convidadas Comunidade em Geral, com especial relevância à população com idade ≥ 65 anos. 	<p>GRUPO DE TRABALHO:</p> <p>Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões em parceria com Destacamento Territorial da GNR de Ponte de Sor e Teleassistência Helpphone.</p> <p>PRELETORES:</p> <p>Helena Pires, Susana Simões, dois elementos da GNR e Representante da Helpphone.</p>	<p>DURAÇÃO:</p> <p>120 Minutos</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contribuir para a minimização dos problemas de saúde que influenciam negativamente a qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga; Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos da Freguesia de Tramaga, através de abordagens educativas, no âmbito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, perspetivando o seu empowerment. 		
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>- Maximizar conhecimentos sobre isolamento, insegurança e comportamentos preventivos de incidentes e acidentes domésticos em parceria com GNR e Teleassistência Helpphone (formato multidisciplinar);</p>		

- Alertar e educar no âmbito:
 - . Prevenção de quedas e acidentes domésticos;
 - . Insegurança: burlas, roubos, assaltos;
 - . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro;
 - . Combate ao isolamento.
- Fornecer informação supracitada através de folhetos informativos;
- Promover convívio/envolvimento entre participantes (lanche/coffee Break).

ETAPAS	DURAÇÃO	CONTEÚDOS	MÉTODO	MEIO	PRELETORES
Introdução	15 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Grupo de Trabalho e Preletores; - Entrega de pastas para apoio a registos; - Apresentação dos objetivos da Sessão; - Orientação sobre desenvolvimento, conclusão e avaliação da Sessão com incentivo ao convívio. 	Expositivo	Comunicação	Helena Pires
Desenvolvimento	75 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Informação útil para o dia-a-dia em segurança, nas temáticas: <ul style="list-style-type: none"> . Prevenção de acidentes (quedas, frio) . Insegurança: burlas, roubos, assaltos; . Dificuldade em pedido de auxílio e socorro; . Combate ao isolamento. . Dispositivos existentes para apoio à população 	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Demonstrativo Interativo 	<ul style="list-style-type: none"> Datashow PowerPoint/ Comunicação/ Demonstração equipamentos/ Discussão 	<ul style="list-style-type: none"> Susana Simões, dois elementos da GNR; Representante da Helpphone

		<p>idosa no auxílio, socorro e combate ao isolamento-teleassistência;</p> <p>- Entrega de folhetos de informação alusivos a comportamentos de prevenção de acidentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Prevenir para não cair...” • “Inverno em segurança 			
<p>Conclusão e Avaliação</p>	<p>30 Minutos</p>	<p>- Esclarecimento de questões;</p> <p>- Convívio e confraternização entre os participantes através de <i>coffee Break</i></p>	<p>Interativo</p>	<p>Discussão/ Convívio - <i>coffee Break</i></p>	<p>Helena Pires, Susana Simões</p>

Quadro n.º 25 - Plano de Sessão: Segurança do Idoso.

Apêndice VII – **Cartaz de Divulgação do ‘Atelier da Saúde’.**



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE PORTALEGRE
III CURSO MESTRADO ENFERMAGEM
ESPECIALIDADE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Atelier de Saúde” associa-se à Comemoração do São Martinho

**16 de
Novembro
pelas 19h30m
na Tramaga**



Enfermeiras:

Aline Jordão

M.^a Helena Pires

M.^a Rosário Semedo

Nélia Lourenço

Susana Simões



**Venha ter connosco
avaliar a sua Tensão
Arterial e a sua
Glicémia Capilar**

Esperamos
por si para esclarecer as
suas dúvidas!



Apêndice VIII – Panfletos de Informação: “Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável“ e Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...”

TOMAR CORRETAMENTE OS MEDICAMENTOS PARA A HIPERTENSÃO



Os medicamentos para a hipertensão arterial são eficazes quando tomados com regularidade.

É necessário que não se esqueça de os tomar e de seguir com cuidado as recomendações dadas pelo seu médico.

Pelo fato de tomar os medicamentos para controlar a tensão arterial não significa que não precisa de alterar os hábitos de vida mencionados.

Deve assim começar por desenvolver hábitos de vida saudáveis, e se o seu médico prescrever medicação para a hipertensão arterial aliar ambos para o sucesso de controlo da tensão arterial, e deste modo contribuir para o seu bem-estar e saúde.



Caso tenha dúvidas sobre a toma de medicamentos, deverá pedir informação e orientação a um profissional de saúde (por exemplo no seu Centro de Saúde).



Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária:

- © Aline Jordão
- © M^ª Helena Pires
- © M^ª Rosário Semedo
- © Nélia Lourenço
- © Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



CONSELHOS ÚTEIS PARA ENFRENTAR A **HIPERTENSÃO ARTERIAL** COM UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



Novembro
2013

REDUZIR CONSUMO DO SAL



Reduzir progressivamente o uso de sal e os condimentos que contêm sódio (ketchup, molhos, mostarda, etc.).

Aromatizar os alimentos com ervas aromáticas.

SEGUIR REGIME ALIMENTAR ADEQUADO



Optar por regime alimentar equilibrado:

- Baixo teor de gorduras e colesterol, optar por azeite virgem
- Optar por leite magro, iogurte, queijo fresco e carnes brancas (aves, coelho).



- Evite o consumo de queijos curados, leite gordo, natas, manteigas, carnes gordas, enchidos, fumados.

- Aumente o consumo de peixe (grelhado ou cozido), fruta, verduras, legumes e cereais.

- Beba cerca de 1,5L de água por dia.

MANTER UM PESO CORPORAL ADEQUADO



Reduzir o peso de forma progressiva, combinando o regime alimentar saudável e atividade física regular.



Deve também medir a sua cintura periodicamente, se mulher deve ser inferior a 88 cm, e se homem inferior a 102 cm.

FAZER EXERCÍCIO FÍSICO REGULARMENTE



É muito importante praticar pelo menos 30 minutos de atividade física diária.

Exercícios mais indicados:

- Caminhar
- Nadar
- Andar de bicicleta
- Frequentar espaços tipo ginásios para prática de exercícios adequados à idade e limitações (grupos).



Movimente-se mais todos os dias, andar a pé, subir e descer escadas, realizar pequenos trabalhos domésticos, dentro das suas possibilidades.

DEIXAR DE FUMAR



A ocorrência de complicações cardiovasculares nos fumadores hipertensos é 2 a 3 vezes superior em relação aos não fumadores.

A cessação tabágica é uma medida muito eficaz na redução do risco de problemas cardiovasculares (AVC, Trombose, enfarte, etc.)

BEBIDAS ALCOÓLICAS COM MODERAÇÃO



As bebidas alcoólicas apenas se devem beber moderadamente, isto é, no máximo um copo por dia (copo de mesa pequeno) e durante as refeições.



A preferência deverá ser bebida de baixo teor alcoólico como é exemplo vinho ou cerveja.

COMO SE TRATA A DIABETES?



Alimentação Adequada
(efetuar entre 5 e 6 refeições pouco abundantes e repartidas de 3 em 3 horas, evitar mais de 8 horas de jejum noturno)



Exercício Físico regular
(mínimo meia hora por dia)



Medicação
(respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico)

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>

CUIDADOS ESPECIAIS



Cuidados de higiene diária, com especial atenção aos pés e boca
(banho pouco prolongado, com sabão neutro e temperatura de água morna – risco de queimadura por falta de sensibilidade)



Monitorizar com regularidade a glicémia com máquina de leitura individual
(informe-se junto do seu enfermeiro(a) do Centro de Saúde Local)

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^ª Helena Pires
- ☺ M^ª Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões



INSTITUTO
POLITECNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



APRENDER...
CORRIGIR...
MELHORAR...

Novembro
2013

O QUE É A DIABETES



É uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicémia).

Valor de referência em jejum (mg/dl):

- Normal: 70 a 100
- Pré-diabetes: 100 a 126
- Diabetes: superior 126

Valor de referência 2 horas após refeição (mg/dl):

- Normal: 70-140
- Pré-diabetes: 140-200
- Diabetes: superior 200

(<http://portalda diabetes.pt/index.php/pt/valores-de-referencia>)

QUEM ESTA EM RISCO DE SER DIABETICO?



Há grupos de risco com maiores probabilidades de se tornarem diabéticos:

- Pessoas com familiares diretos com diabetes;
- Obesidade;
- Hipertensão arterial (tensão arterial elevada);
- Hipercolesterolemia (colesterol elevado);
- Mulheres que tiveram diabetes na gravidez;
- Crianças nascidas com peso superior a 4Kg.
- Doentes com problemas no pâncreas ou doenças endócrinas.

QUAIS SAO OS SINTOMAS TÍPICOS DA DIABETES NOS ADULTOS?

Quando existem alterações, podem surgir alguns sintomas:

- Urinar em grande quantidade e muitas mais vezes, especialmente durante a noite;
- Sede constante e intensa;
- Fome constante e difícil de saciar
- Fadiga;
- Comichão no corpo, designadamente nos órgãos genitais;
- Visão turva.

Todas as pessoas em risco devem fazer análises.

COMO SE DIAGNOSTICA A DIABETES?

Se sentir alguns ou vários dos sintomas deve consultar o médico do centro de saúde da sua área de residência.

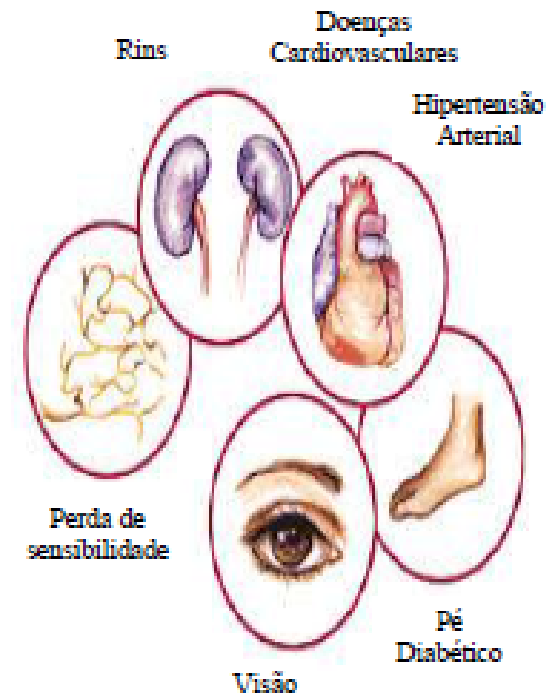
O Diagnóstico é possível através de análises ao sangue e à urina.



COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À DIABETES

A diabetes nos adultos é uma doença silenciosa que se pode desenvolver sem sintomas durante muitos anos, motivo pelo qual pode passar despercebida.

Os sintomas surgem com maior intensidade quando a glicémia está muito elevada. E, nestes casos, podem já existir complicações:



Apêndice IX – Fotos do evento ‘Atelier da Saúde’.



Apêndice X – **Convite e Cartaz para participação no Fórum Comunitário.**



Convite

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar vossa Excelência a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.





Convite à População

A Escola Superior de Saúde de Portalegre tem a honra de convidar toda a população a participar no Fórum Comunitário a ser realizado no dia 29 de Novembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, com a finalidade de divulgar os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos, realizado nesta freguesia.



Apêndice XI - Convite e Cartaz para participação na Sessão 'Segurança do Idoso'.

CONVITE

Sessão de Esclarecimento

..... ▲▲▲

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.

Temas: _____

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem) / Segurança do idoso (GNR)
Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)



CONVITE

Sessão de Esclarecimento



A Escola Superior de Saúde de Portalegre, a GNR e a Helpphone, têm a honra de convidar vossa Excelência para a sessão de esclarecimento intitulada “Segurança do Idoso”, que irá ser realizada no dia 6 de Dezembro de 2013, às 14h, no Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.



Temas:

Prevenção de acidentes domésticos e segurança no lar (Enfermagem)

Segurança do idoso (GNR)

Teleassistência do idoso: demonstração do serviço e equipamentos (Helpphone)

Apêndice XII – ***Powerpoint*** apresentado no ***Fórum Comunitário***.



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS DA FREGUESIA DE TRAMAGA

Elaborado por : Aline Jordão; Maria Helena Pires; Maria Rosário Semedo; Nélia Lourenço; Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

29 de Novembro de 2013

A Enfermagem e a Comunidade

- A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde.

Em Portugal

- 10 047 083 habitantes
- Índice de envelhecimento = 128 (em cada 100 jovens existem 128 idosos)
- 19% da população tem 65 ou mais anos (21% até 2020)
- 79,38 anos para a esperança média de vida:
 - ‡ 59,3 anos sem limitações
 - ‡ 56,6 anos sem limitações

No Alentejo

- 24% tem 65 ou mais anos, em que a maioria tem mais de 75 anos.

(PNS 2012-2016: 23)

Porquê aqui?

- Pertence a uma das regiões mais envelhecidas do país, e ao 3º concelho mais populado do distrito.
- Para desviar as atenções académicas para outra população onde este tipo de estudo não havia sido realizado.
- Pelo nº médio de residentes com 65 ou mais anos (350 pessoas).
- Por ser uma das freguesias mais jovens.
- Outros aspectos facilitadores.

Objetivos Específicos

- ➔ Caracterizar as condições sociofamiliares e económicas da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga;
- ➔ Avaliar física e funcionalmente os idosos inquiridos ao nível das Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias, assim como o risco associado à idade;
- ➔ Avaliar sintomas depressivos nos idosos com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Objetivo Geral



Identificar as necessidades de saúde da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga.

Metodologia

- Estudo Exploratório e Descritivo.
- População Alvo : **todos** os idosos com 65 ou mais anos pertencentes à Freguesia de Tramaga = 350 pessoas.
- Colheita de dados porta-a-porta, com preenchimento de questionário.



Critérios de Inclusão

Ter 65 ou mais anos à data de aplicação do questionário

Ser recenseado na freguesia de Tramaga

Estar presente na sua residência durante o período selecionado para o estudo

Aceitar participar no estudo

290 idosos = 82,86% da população alvo

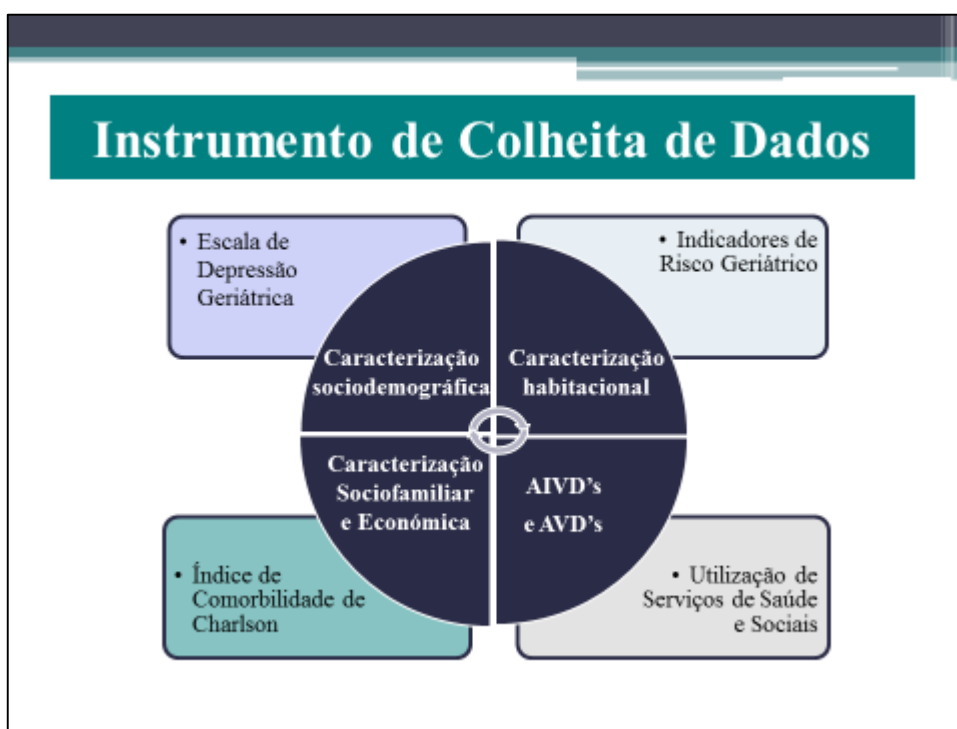
Instrumento de Colheita de Dados

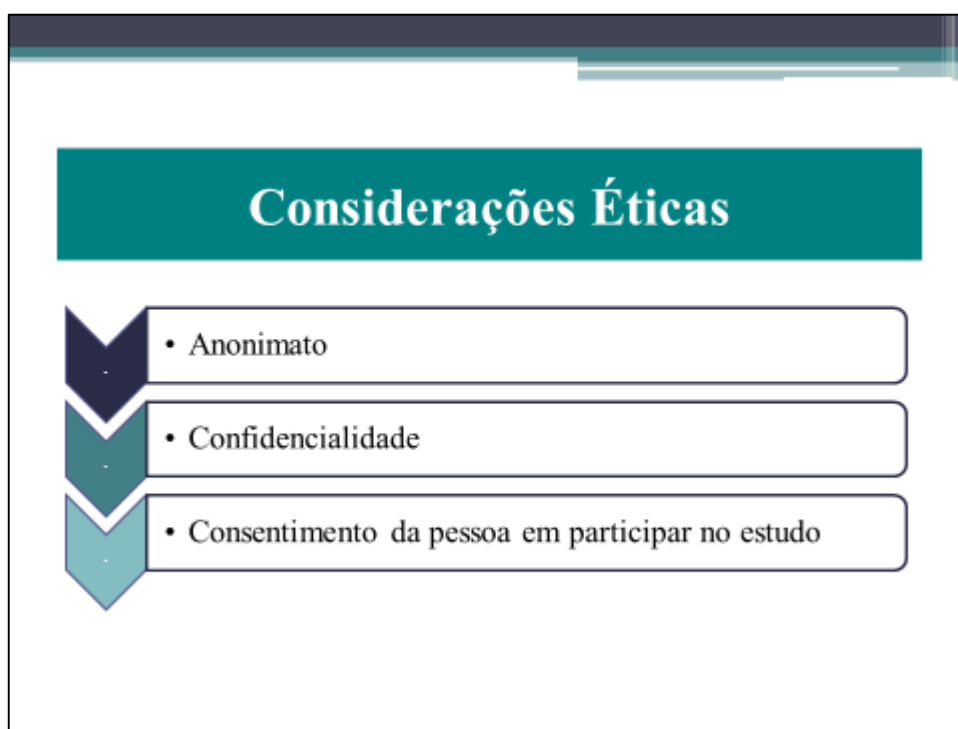


QUESTIONÁRIO
Investigação do estado de saúde da população com idade ≥ 65 anos de Portugal

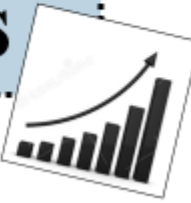
A Dados de Identificação Dados Sociodemográficos	
21. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
22. Estado civil	_____
23. Escolaridade	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Primário <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Superior
24. Área de residência	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Periurbano <input type="checkbox"/> Rural
25. Tipo de habitação	<input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Casa de família <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Casa de férias
26. Estado de saúde	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Mau
27. Estado de saúde (últimos 12 meses)	_____
28. Estado de saúde (últimos 6 meses)	_____
29. Estado de saúde (últimos 3 meses)	_____

B Dados de Identificação Caracterização Sociofamiliar e Económica do Mês	
30. Número de pessoas com idade ≥ 65 anos em casa	_____
31. Número de pessoas com idade ≥ 65 anos em casa (últimos 12 meses)	_____



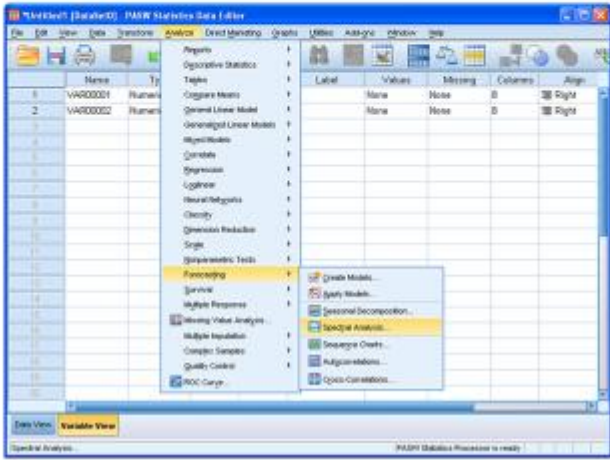


Apresentação e Análise dos Resultados



• Tratamento de Dados •

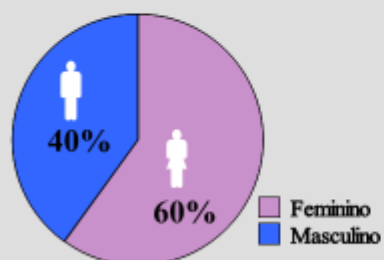
Programa estatístico SPSS^R



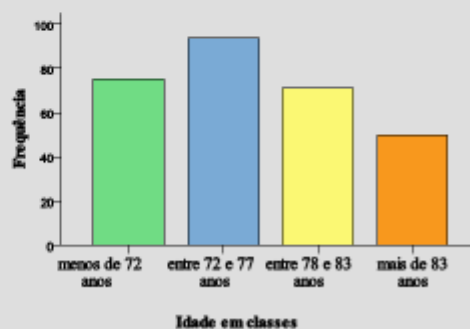
The screenshot shows the SPSS Statistics Data Editor interface. The 'Analyze' menu is open, displaying various statistical analysis options. The 'Special Analysis...' option is highlighted in yellow. The main window shows a data editor with two variables: VAR00001 and VAR00002, both of type 'Numeric'. The 'Analyze' menu options include: Aggregate Statistics, Tables, Complex Means, General Linear Model, Generalized Linear Models, Mixed Models, Correlate, Spreadsheets, Loglinear, Neural Networks, Cluster, Quantile Residuals, Sign, Statistical Tests, Forecasting, Survival, Multiple Response, Missing Value Analysis, Multiple Regression, Complex Samples, Quality Control, ROC Curve, Ordinal Models, Binary Models, Generalized Linear Models, Special Analysis..., Residual Checks..., Algorithms..., and Custom Constraints...

• Caracterização Sociodemográfica •

Sexo

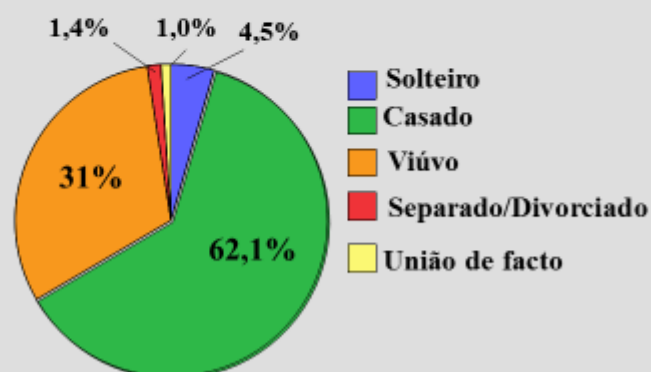


Idade



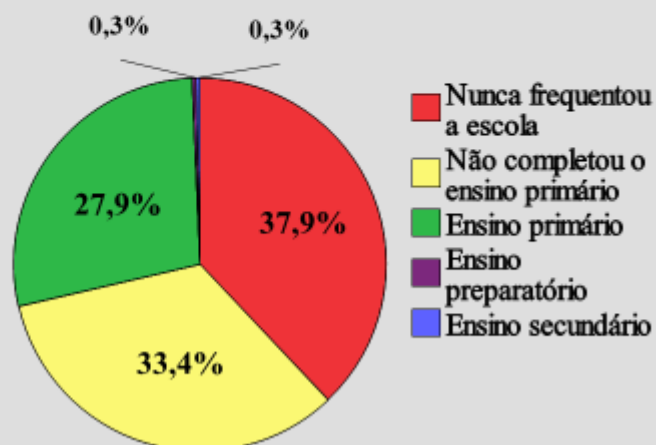
• Caracterização Sociodemográfica •

Estado Civil



• Caracterização Sociodemográfica •

Escolaridade



• Caracterização Sociodemográfica •

Hábitos Tabágicos



96,2% não fuma

Hábitos Etílicos

- 76,2% não ingere bebidas alcoólicas;
- 6,2% ingere bebidas alcoólicas 7 vezes por semana;
- 7,9% ingere bebidas alcoólicas 14 vezes por semana.

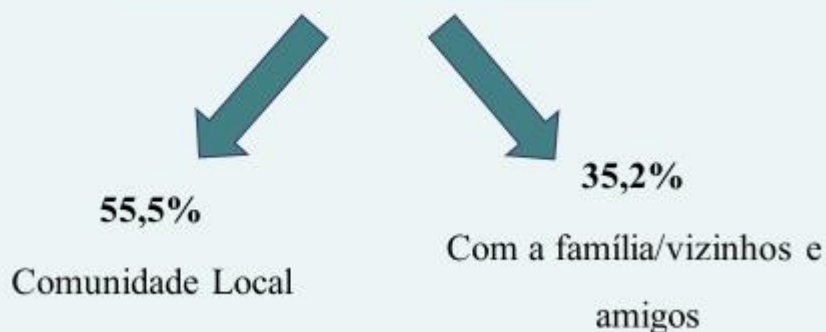
• Caracterização Sociofamiliar •

Com quem vive o idoso ?

- 25,5% dos idosos vivem sozinhos
- 52,1% vivem com outra pessoa na mesma casa
 - 82,9% vivem com o cônjuge
 - 14,3% vivem com o filho
- 22,3% vivem com mais de 2 pessoas

• Caracterização Sociofamiliar •

Relações Sociais



• Caracterização Sociofamiliar •

Apoio Familiar

- 42,1% tem apoio algumas vezes
- 22,8% tem apoio muitas vezes

Apoio Institucional

- 63,1% nunca tem apoio
- 6,9% tem sempre apoio

43,4% tem apoio dos vizinhos/amigos algumas vezes

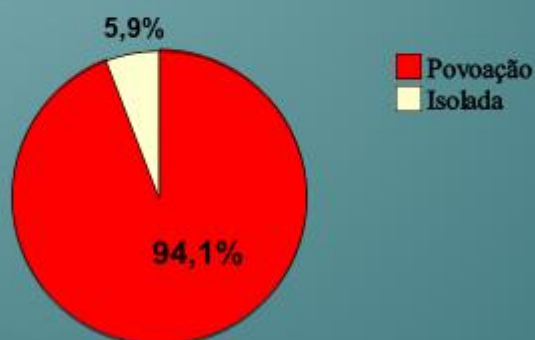
• Caracterização Económica •

- 66,9% refere que os rendimentos cobrem com dificuldade as suas necessidades.
- 32,4% refere que os rendimentos cobrem razoavelmente as suas necessidades.



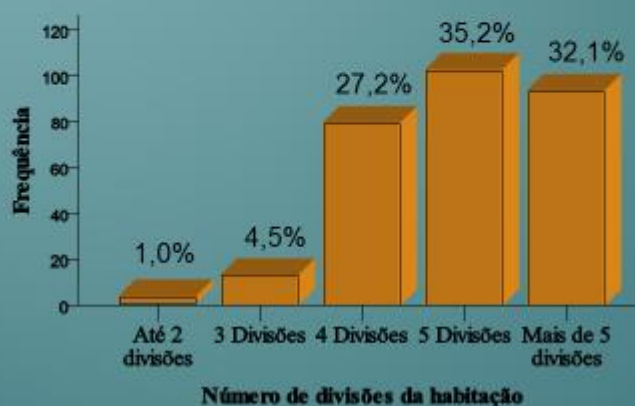
• Caracterização Habitacional •


Localização da habitação



• Caracterização Habitacional •


Número de divisões





• Caracterização Habitacional

- 99,7% possui eletricidade e água canalizada
- 17,2% das habitações têm fossa
- 12,4% não tem telefone/telemóvel
- 48,3% das habitações têm humidade
- 40% das habitações têm poliban
- 9,7% tem casa de banho fora da habitação



• Caracterização Habitacional

- 35,5% das habitações têm degraus
- 91,7% das habitações não possui rampas de acesso
- 35,2% não possui piso antiderrapante na habitação
- 32,8% tem obstáculos nas zonas de circulação

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- **Sentem necessidade de recorrer à ajuda de alguém:**
 - Algumas vezes = 36,9% (107)
 - Muitas vezes = 21,4% (62)
 - Sempre = 7,6% (22)
- **Têm alguém que os ajude:**
 - Algumas vezes = 13,3% (35)
 - Muitas vezes = 24,7% (65)
 - Sempre = 53,2% (140)
- **Quem ajuda com mais frequência:**
 - Familiar que coabita = 40,8% (106)
 - Familiar que não coabita = 52,3% (136)
 - Instituição = 3,5% (9)

Atividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

- **24,5% são dependentes nas AIVD's**
- **75,5% são independentes nas AIVD's**
- **Há mais idosos dependentes no sexo masculino (39,4%) do que no sexo feminino (14,7%)**
- **Os idosos mais independentes são mais jovens**
- **A partir dos 83 anos os idosos são mais dependentes**

Índice de Katz

- **57,1% são independentes em todas as Atividades de Vida Diárias**
- **5,9% são dependentes em todas as Atividades de Vida Diárias**
- **Nas classes etárias mais avançadas observamos valores do Índice de Katz mais elevados**
- **São os familiares que coabitam com os idosos a grande ajuda em todas as AVD's, seguindo-se os familiares que não coabitam e instituições**

Escala de Depressão Geriátrica

- **46,3% dos inquiridos não apresenta sinais de depressão/risco de depressão**
- **31,9% revela sinais de depressão**
- **21,8% revela sinais de depressão grave**

Escala de Depressão Geriátrica

▪ Sem depressão/risco de depressão

- 54,5% sexo masculino
- 41% sexo feminino

▪ Depressão

- 37% sexo feminino
- 24,1% sexo masculino

▪ Depressão grave

- 22% sexo feminino
- 21,4% sexo masculino



Índice de Massa Corporal

- **42,0%** encontra-se em pré-obesidade, com risco aumentado de comorbilidade
- **23,8%** encontra-se na variação normal, sendo o risco de comorbilidade médio
- **23,1%** encontra-se em risco moderado de comorbilidade – obesidade classe I
- **8,2%** em risco grave de comorbilidade – obesidade classe II

Perímetro Abdominal



93,4% dos inquiridos do sexo **feminino** encontra-se em risco muito elevado de comorbilidade de acordo com o perímetro abdominal

69,7% dos inquiridos do sexo **masculino** encontra-se em risco muito elevado de comorbilidade de acordo com o perímetro abdominal

Polimedicação



- **4,5%** não toma nenhum medicamento
- **6,2%** toma entre 10 a 14 medicamentos
- **27,1%** precisa de ajuda para preparar, separar e/ou tomar a medicação

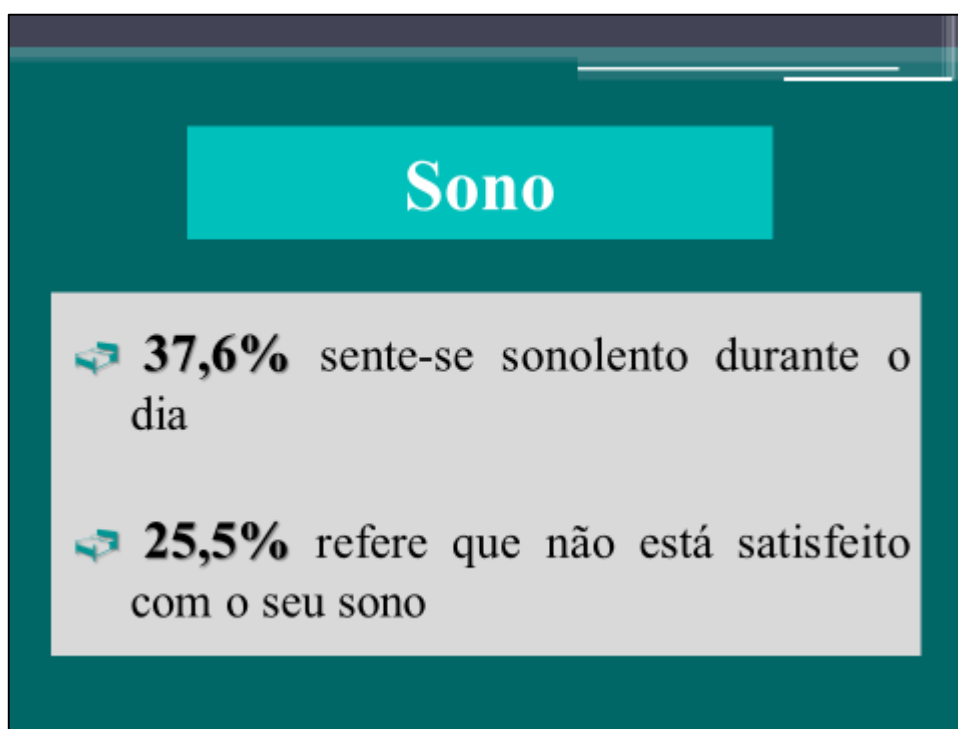
- A moda = **4** medicamentos
- A média = **4,92** medicamentos

Quedas

- **31,4%** refere ter caído nos últimos 6 meses
- **48,6%** dos idosos refere ter deixado de fazer algumas atividades com medo de cair
- Tendência para as mulheres apresentarem mais quedas que os homens
- Uma menor capacidade de mobilização encontra-se associada à existência de quedas

Eliminação Vesical e Intestinal

- **41,0%** dos inquiridos referiu que já teve perdas de urina quando não estava a contar
- **35,5%** afirmou ter problemas de obstipação



Índice de Comorbilidade de Charlson

- ▶ O Índice de Comorbilidade de Charlson permite conhecer as patologias e medir o risco de mortalidade.
 - 89,7% apresenta comorbilidade severa
 - 10,3% apresenta comorbilidade moderada

Principais Patologias



75,2% apresenta Hipertensão Arterial

42,1% apresenta Dislipidemia

24,1% apresenta Patologias Osteoarticulares e Reumatológicas

24,1% apresenta Diabetes

23,1% apresenta Insuficiência Cardíaca

Utilização de Serviços

(últimos 6 meses)

- 12,5% não recorreu **nenhuma** vez ao Centro de Saúde
- 21,2% recorreu **1 vez** ao Centro de Saúde
- 26,7% recorreu **2 vezes** ao Centro de Saúde

Utilização de Serviços Enfermagem

(últimos 6 meses)

- 45,8% procurou “algumas vezes” os Serviços de Enfermagem
- 4,5% “nunca” procurou os Serviços de Enfermagem
- 29,9% recebeu 1 vez Cuidados de Enfermagem
- 27,4% recebeu 2 vezes Cuidados de Enfermagem

Cuidados de Saúde



- **18,8%** recorreu à administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea
- **29,65%** recorreu à vacinação
- **86,8%** fez monitorização e vigilância de tensão arterial
- **20,2%** fez monitorização de glicémia capilar

Utilização de Serviços Sociais (últimos 6 meses)

4,2% recorreu ao apoio domiciliário

20,5% recorreu ao Centro de dia/convívio

Conclusões

Conclusões

- Taxa elevada de iliteracia
- Rendimentos cobrem as necessidades com dificuldade
- Solidão do idoso (viver só)
- Idosos com pré obesidade e obesidade I
- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade nos 2 sexos
- Patologias mais frequentes: Hipertensão arterial, dislipidémia, doenças osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca

Conclusões

- Depressão e depressão grave
- Maioria afirma ter problemas de visão
- Polimedicação do idoso
- A maioria consegue lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se sozinho
- Os principais cuidadores dos idosos nas AVD's são familiares que coabitam e também eles são idosos



**Obrigada
pela
vossa
atenção!**





**Obrigada
pela vossa presença !**



Dúvidas?

Apêndice XIII - Fotos do Fórum Comunitário.



Apêndice XIV - Panfletos de Informação: 'Prevenir para não cair...' e 'Inverno em segurança'.

COMO EVITAR AS QUEDAS

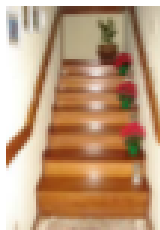
Cuidados a ter com a mobília

- Evitar móveis com arestas aguçadas;
- Gavetas e portas de armários sempre fechados.



Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados,
- Assinalar o último degrau,
- Manter todos os corredores e escadas livres.



OUTROS CONSELHOS ÚTEIS PARA PREVENIR QUEDAS

- Use roupas confortáveis, de acordo com o clima e sempre sapatos antiderrapantes, evite chinelos,
- Evite ambientes mal iluminados, deixe sempre uma fonte de luz de fácil acesso,
- Facilite o acesso a objetos de uso frequente,
- Não deixe objetos ou fios no chão;
- Não carregue objetos pesados e volumosos, cuide da sua coluna,
- Mantenha postura adequada / pratique exercícios de alongamento,
- Fique atento a efeitos colaterais de medicamentos,
- Usar óculos apenas receitados pela oftalmologista.

Realizado pelas Enfermeiras mestrandas em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^ª Helena Pires
- ☺ M^ª Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

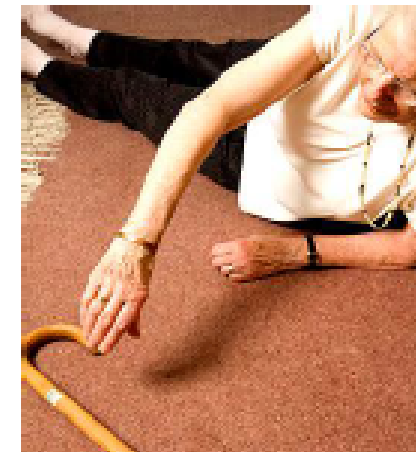
Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITÉCNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE



**PREVENIR
PARA NÃO CAIR...**



**Dezembro
2013**

SABIA QUE ...

- A queda em idosos pode causar sérios prejuízos à sua qualidade de vida, podendo levar à imobilidade, dependência de familiares, podendo nos casos mais graves levar à morte.



- A queda em pessoas idosas está muito associada à dificuldade de visão, auditiva; uso inadequado de medicamentos, dificuldade de equilíbrio, perda progressiva de força nos membros inferiores, dificuldade de mobilização, osteoporose, entre outras situações clínicas mais frequentes nos idosos.
- As pessoas mais idosas têm assim mais quedas; e este risco aumenta progressivamente com a idade.



- São as mulheres que apresentam mais quedas.

CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

- As consequências de quedas podem ser graves:
 - As fraturas ósseas (principalmente bacia, perna e punho);
 - Traumas cranianos;
 - Ferimentos vários.
- Mesmo quando os ferimentos são leves, as consequências psíquicas podem gerar sentimentos de nervosismo, fragilidade, vergonha e depressão, medo de andar e cair novamente, podendo levar o idoso a restringir a sua mobilidade.

FATORES DE RISCO DE QUEDAS

- Viver sozinho;
- A maioria das quedas ocorre dentro do próprio ambiente doméstico, causadas por exemplo por tapetes, piso molhado, uso inadequado de chinelos, animais de estimação...
- Tomar medicamentos, especialmente com efeito calmante;
- Doenças crônicas tais como artroses, depressão, osteoporose, vertigem, assim como dificuldades de visão e auditivas.

COMO EVITAR AS QUEDAS

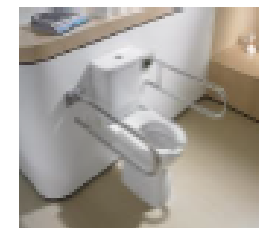
Cuidados a ter com o chão

- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.

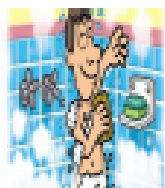


Na Casa de Banho

- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira e na base do chuveiro;
- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;
- Usar tapetes anti-derrapantes no chão;
- Usar banco sanitário

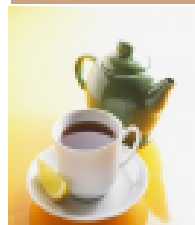


CUIDADOS DE HIGIENE



- Mantenha a higiene pessoal;
- Tome banho com água morna: água muito quente remove a camada protetora natural da pele;
- Mantenha a pele hidratada: hidrate todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou tenha a sala aquecida.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO



- Ingira bebidas e alimentos quentes;
- Ingira 1,5L de líquidos por dia (com o frio os idosos tendem a beber pouca água, o que pode levar desidratação);
- Coma alimentos ricos em vitaminas (frutas) protegem contra infeções.

CUIDADOS AOS QUE VIVEM SOS

- Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;
- Certifique-se que se encontram de boa saúde e em condições de conforto.

CUIDADOS EM VIAGEM DE AUTOMÓVEL

- No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado, previna-se: leve roupas quentes, mantas e roupa para troca bem como comida e bebidas quentes num termo;
- Tenha um mapa à mão;
- Evite viajar sozinho de automóvel;
- Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e baixe os vidros uns milímetros para arejar.



OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular a gripe;
- Evite o contacto com outras pessoas doentes.

Realizado pelas Enfermeiras mestradas em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária:

- ☺ Aline Jordão
- ☺ M^ª Helena Pires
- ☺ M^ª Rosário Semedo
- ☺ Nélia Lourenço
- ☺ Susana Simões

Fonte imagens: <https://www.google.pt/>



INSTITUTO
POLITECNICO DE
PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE PORTALEGRE



INVERNO EM SEGURANÇA



Dezembro
2013

O TEMPO FRIO E CHUVOSO PROPICIA...

- A ocorrência de acidentes específicos, quer dentro da habitação (intoxicações, queimaduras), quer na rua (quedas, acidentes de viação);



- Ao aparecimento de doenças, em especial do foro respiratório (constipação, gripe, e outras complicações), assim como hipotermia (baixa temperatura corporal), desidratação (por baixa ingestão de líquidos).

GRUPOS MAIS VULNERÁVEIS AO FRIO

- Crianças;
- Idosos;
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares;
- Pessoas cuja habitação tenha mau isolamento térmico;
- Os sem-abrigo.



CUIDADOS A TER NO DOMICÍLIO

- Antes do Inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;
- Se tiver lareira mande limpar (se necessário);
- Se utilizar lareiras, braseiras, salamandras ou equipamentos a gás (esquentador) mantenha a correta ventilação das divisões de forma a evitar a acumulação de gases nocivos à saúde;
- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;
- Não use fogareiro a carvão;
- Verifique ainda a necessidade de botijas de gás suplementares e se se encontram em segurança;
- No caso de se prever a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa.



CUIDADOS A TER NO DOMICÍLIO

- Verifique também se tem medicamentos suficientes;
- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura;
- Proteger os sacos com bolsa de pano para evitar o contacto direto com a pele;
- Ter atenção na colocação da água dentro do saco. Os tremores e os problemas visuais podem dificultar, aumentando o risco de queimadura.



CUIDADOS A TER COM VESTUÁRIO

- Tape as extremidades (mãos, pés, cabeça);
- Use roupas folgadas e adequadas à temperatura ambiente;
- Use calçado adequado, confortável, quente e anti-derrapante;
- Use várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa.



Apêndice XV - **Powerpoint** apresentado na Sessão 'Segurança do Idoso'.



Segurança do Idoso

Elaborado por : Aline Jordão; Maria Helena Pires; Maria Rosário Semedo; Nélia Lourenço; Susana Simões

Orientadora: Professora Doutora Filomena Martins

6 de Dezembro de 2013



Objetivo Geral



**Capacitar os idosos com informações úteis
para o dia-a-dia em segurança**

Objetivos Específicos

- ➔ **Informar idosos sobre cuidados a ter na prevenção da queda;**
- ➔ **Alertar idosos sobre cuidados a ter com o frio.**

Diagnóstico de Saúde



A média de idades da população é de 76 anos;

Dos 290 idosos inquiridos, constatámos que 74 vivem sozinhos (25,5%)

Quedas



91 idosos (31,4%) caíram nos últimos 6 meses;

97 idosos (33,4%) têm muitas vezes medo de cair.

Quedas



141 idosos (48,6%) deixaram de fazer algumas atividades por terem medo de cair;

São as mulheres que apresentam mais quedas;

As pessoas mais idosas têm mais quedas;

Uma menor capacidade de mobilização está associada à existência de quedas.

Características das Habitações



95 idosos (32,8%) possuem obstáculos na circulação da sua habitação;

266 idosos (91,7%) referiram que as suas habitações têm iluminação adequada;

102 inquiridos (35,2%) não têm piso antiderrapante na sua habitação;

48,3% das habitações têm humidade.

Fatores de Risco de Queda

Viver sozinho;

Tomar medicamentos, em especial medicamentos com efeito calmante;

Doenças crónicas tais como artroses, depressão, osteoporose e problemas visuais.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com o chão

- Limpo e seco;
- Sem irregularidades;
- Sem tapetes.



Como evitar as quedas?

Na Casa de Banho

- Usar tapetes anti-derrapantes na banheira, na base do chuveiro e no chão;
- Usar barras de apoio junto à sanita e banheira;
- Usar banco sanitário.



Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com a mobília



- Evitar móveis com arestas aguçadas;
- Gavetas e portas de armários sempre fechados.

Como evitar as quedas?

Cuidados a ter com as escadas/corredores

- Usar corrimão seguro e de preferência de ambos os lados;
- Assinalar o último degrau;
- Manter todos os corredores e escadas livres.



Outras Recomendações

Ambiente
mal
iluminado

Carregar objetos
pesados e
volumosos



Usar óculos sem ser
receitados pela
oftalmologista

Usar chinelos



Cuidados a ter com o frio

• Grupos mais vulneráveis ao frio •

- Crianças
- Idosos
- Os sem-abrigo
- Pessoas cuja habitação tenha mau isolamento térmico
- Doentes crónicos, principalmente com problemas respiratórios e cardiovasculares



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- Antes do Inverno, verifique os equipamentos de aquecimento da sua casa;
- Se tiver lareira mande limpar a chaminé, se necessário;
- No caso de prever-se a aproximação de um período de grande frio ou neve forte, faça as suas compras alimentares e outras que cheguem para um período de 2 a 3 dias para evitar ter de sair de casa;



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- Verifique ainda a necessidade de botijas de gás suplementares;
- Verifique se tem medicamentos suficientes;
- Evite dormir/descansar muito perto do aquecimento;
- **NÃO** use fogareiro a carvão.



• Recomendações da DGS •

Cuidados a ter no domicílio

- A utilização de sacos de água quente deve ser feita sempre sob vigilância para evitar o risco de queimadura.



Vestuário

- Tape as extremidades (mãos, pés, cabeça);
- Use roupas folgadas e calçado adequados à temperatura ambiente, protegendo as extremidades;
- Use várias camadas de roupa em vez de uma única muito grossa;



Cuidados de Higiene



- Mantenha a higiene pessoal;
- Tome banho com água morna: água muito quente remove a camada protectora natural da pele;
- Mantenha a pele hidratada: hidrate todo o corpo não esquecendo mãos, pés, cara e lábios;
- Quando tomar banho, embrulhe-se na toalha e/ou tenha a sala aquecida.

Alimentação

- **Ingira bebidas e alimentos quentes;**
- **Coma alimentos ricos em vitaminas e sais que protegem contra infecções.**



E os que vivem sós?



- **Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante: faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;**
- **Certifique-se que ele se encontra de boa saúde e em condições de conforto.**



Viagem de automóvel

- **No caso de andar de carro tenha em conta que pode ficar bloqueado;**
- **Previna-se: leve roupas quentes, mantas e roupa para troca bem como comida e bebidas quentes num termo;**
- **Tenha um mapa à mão;**
- **Evite viajar sozinho de automóvel;**
- **Ligue o aquecimento do veículo 10 minutos em cada hora e baixe os vidros uns milímetros para arejar.**

Outras Recomendações

- **Evite entrar e permanecer em locais fechados e com grande concentração de pessoas, onde se transmitem os vírus, em particular, a gripe;**
- **Evite o contacto com outras pessoas doentes.**



Apêndice XVI – Fotos da Sessão ‘Segurança do Idoso’.



Apêndice XVII - Publicação do artigo: 'Viver mais, Viver melhor' no Jornal "aponte".

Granada encontrada no Cano



No passado dia 10 de Janeiro, foi encontrada uma granada ofensiva numa habitação no Cano, freguesia do concelho de Sousa.

O achado, nada habitual pela nossa região teve lugar numa dependência de uma habitação. Quando alguém foi arrumar uma dependência da casa onde antes tinham habitado familiares, deparou-se com uma granada.

A Guarda Nacional Republicana (GNR), foi alertada, e de imediato se deslocou ao local e procedeu ao isolamento do local de forma a garantir um perímetro de segurança, até à chegada de uma brigada de inativação de engenhos explosivos do Comando Territorial de Évora, que recolheu o engenho e o levou para ser analisado, classificado e destruído. A análise revelou tratar-se de uma granada ofensiva ainda com cavilha, provavelmente proveniente das Forças Armadas Portuguesas, trazida por alguém que cumpriu serviço militar, também concluiu que o engenho estava desprovido de carga explosiva sendo desta forma inofensivo.

Segundo nos foi possível apurar alguns antigos militares, quando encontravam um engenho que não detonava, removiam toda a sua carga explosiva e traziam o engenho de recordação.

Saber mais, viver melhor!



Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas.

Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, traduzindo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidemia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pelo sedentarismo, afetando adultos mas também crianças, que crescem doentes. As refeições rápidas e apéticas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazem-nos comer mais e pior, criando o ambiente ideal para o aparecimento destas doenças. Sabia que está na suas mãos mudar estes dados? É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informa-

ção e conhecimento. Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar. Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares. Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir. Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições. Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária. Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura. Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados. Evite

as gorduras hidrogenadas (trans), como bolachas, pastelaria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, snacks, aperitivos e batatas fritas de pacote. Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro, manjerição, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos. Faça exercício diariamente. Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos. Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões - Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Criança atropelada na passadeira



No dia 29 de Janeiro, Nicole Gonçalo de 10 anos de idade, efetuava o percurso habitual da escola EB 2,3 João Pedro de Andrade para a rodoviária, local de onde parte o autocarro que a leva até à Ervideira, localidade onde reside.

Ao que tudo indica Nicole des-

locou-se até à passadeira na Rua Vaz Monteiro, próximo da Rua de St.º António (local onde em Abril de 2013 ocorreu um atropelamento fatal para uma mulher) e esperou pelo momento indicado para iniciar a travessia. Aproximou-se um veículo (papa reformas) que afrouxou e levou a jovem a iniciar a travessia, contudo este não parou e acabou por embater contra a transeunte.

O condutor não parou e Nicole foi pedir ajuda a casa de familiares que residem próximo do

local e a levaram ao Serviço de Urgência Básico (SUB) de Ponte de Sor.

A Jovem regressou a casa ainda no mesmo dia, com alguns hematomas e bastante assustada.

Segundo a mãe da jovem, até à data em que falamos ainda não tinha sido apresentada queixa, mas este tipo de situações, como mais ou menos gravidade devem ser reportadas às autoridades competentes, para que possam ser adotadas medidas preventivas e corretivas.

Apêndice XVIII - Publicação do artigo: 'Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos' no Jornal "aponte".

Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!

O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade. Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida conosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar. A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados. Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designa-



damente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).

- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas

fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.

- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.

- Em pé ande o mais direito(a) possível.

- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.

- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.

- A comodidade do calçado é fundamental – sapato

cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, e evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor deve evitar manobras perigosas e excesso de velocidade. Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo. Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando “mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos”.

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Apêndice XIX - **Publicação do artigo: 'Viver mais, Viver melhor' no Jornal Digital "SORSAÚDE".**

os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessam à comunidade.

- Ser a argamassa, o cimento, que una os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coesa, que pretendemos ser.

Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Director do Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Outubro de 2008

MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr é parte integrante da ULSNA EPE, portanto, de uma forma geral, partilha com esta valores e objectivos, contribuindo para o seu bom desempenho. Mas, porque se situa num concelho com características próprias, a MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS, têm características que se diferenciam.

BLOGUES

- e** [Montargil Saudável](#)
Comemoração do Dia Mundial da Diabetes
Há 3 meses
- e** [Geração Inconformados](#)
Há 1 ano
- e** [Gabinete de Saúde e Bem Viver](#)
Há 1 ano
- e** [Pallium Centro de Saúde de Nisa](#)
Repórter TV- «Condição humana»
Há 2 anos
- e** [UCC AMMAYA](#)
Dia da Inauguração da UCC AMMAYA


calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor evitar manobras perigosas e excesso de velocidade.

Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo.

Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Publicada por SÔR SAÚDE à(s) 02:03 Sem comentários:

 +1 Recomendar este URL no Google

Reações: divertido () interessante e fantástico ()


SABER MAIS, VIVER MELHOR!


Em Portugal, morre-se cada vez mais de doenças que podem ser evitadas ou adiadas.


Os hábitos menos saudáveis, marcam a infância e a fase adulta, traduzindo-se em doenças como a hipertensão arterial, o colesterol alto (dislipidemia) o enfarte do miocárdio, o AVC, alguns tipos de cancro, a diabetes e a obesidade. Esses hábitos passam pelo excesso de consumo de gorduras de origem animal e gorduras hidrogenadas, pelo excesso de açúcar e sal refinados, pela baixa ingestão de alimentos protectores como os frutos e hortícolas e pela sedentarismo, afectando adultos mas também crianças, que crescem doentes.

As refeições rápidas e apelativas, a publicidade, o stress das rotinas diárias, as horas de trabalho, a falta de tempo para nos preocuparmos com aquilo que comemos ou praticar exercício físico, fazemos comer mais e pior, criando o ambiente ideal

Há 3 anos

 **CPCJ de Ponte de Sor**
Entrevista de Maria da Conceição Loureiro (Presidente da CPCJ de Ponte de Sor) ao Jornal "aponte"
Há 3 anos

 **TEIPpontesor**
Organograma TEIP II
Há 3 anos

 **Centro de Recuperação Infantil de Ponte de Sor**
Dia da Alimentação Saudável - 16 Outubro 2009
Há 4 anos

LINHAS DE EMERGÊNCIA

Número Europeu de Emergência
112

Saúde 24
808 24 24 24

Intoxicações - INEM
808 250 143

LINHAS DE APOIO

Linha Verde de Medicamentos e Gravidez
800 20 28 44

Linha SOS - Deixar de Fumar
808 20 88 88

Sexualidade em Linha
808 222 003

Linha Cancro
808 255 255

Linha Contra o Cancro
213 619 542

Linha SOS Grávida
808 20 11 39

Linha SOS SIDA
800 20 10 40

Linha Vida - SOS Droga
14 14

Linha do Medicamento
800 222 444

Linha SIDA
800 26 66 66

Considera que o Sor Saúde deveria ter artigos relacionados com que área?

Medicina	1 (33%)
Enfermagem	2 (66%)
Serviços Administrativos	1 (33%)
Psicologia	2 (66%)
Serviço Social	1 (33%)
Saúde Oral	2 (66%)
Ambiente	2 (66%)
Alimentação	2 (66%)
Fisioterapia	1 (33%)

Votes so far: 3
Poll closed

para o aparecimento destas doenças.

¿Sabia que está na suas mãos mudar estes dados? É verdade! Se apostar num estilo de vida mais saudável, estará a contribuir para uma vida melhor, para si e para os seus, e isto só se consegue com informação e conhecimento.

Cada um de nós é responsável pela sua saúde, e este é o bem mais precioso que temos para preservar.

Uma boa alimentação é fundamental em qualquer etapa da vida. Seja novo, ou mais velho, esteja são, ou doente, nunca é tarde para experimentar novos hábitos mais saudáveis. Por isso, vá mudando as suas rotinas alimentares. Aos poucos, elas irão operar grandes mudanças na sua vida. Para ajudá-lo a começar, deixamos-lhe algumas sugestões:

- Pare um pouco para olhar por si: veja o seu peso e medida do perímetro abdominal com alguma frequência e procure entender e agir perante o seu significado. O perímetro abdominal é um espelho do risco que corremos em ter algumas doenças cardiovasculares.
- Evite comer demais, e ficar com a sensação de barriga muito cheia, principalmente antes de dormir.
- Procure comer frutos e hortícolas da época, em todas as refeições.
- Prefira pão, arroz e massas integrais: têm mais fibra, saciam mais, melhoram o funcionamento do intestino e proporcionam uma maior estabilidade da glicémia (açúcar no sangue) diária.
- Procure comer os alimentos crus, cozidos a vapor ou cozinhados e grelhados, evitando os fritos e os assados com muita gordura.
- Evite as gorduras de origem animal, reduzindo o consumo de carne e aumentando o consumo de peixes e alternativas vegetais ricas em proteínas, como o feijão, grão, lentilhas e soja e derivados.
- Evite as gorduras hidrogenadas (*trans*), como bolachas, pastelaria e confeitaria, pães de produção industrial, refeições prontas e congeladas, gelados, *snacks*, aperitivos e batatas fritas de pacote.
- Reduza o consumo de sal, até 5gr/dia. O cloreto de sódio (NaCl), mais conhecido por sal, está presente em grandes quantidades nos aperitivos, caldos instantâneos, molhos, enlatados, enchidos, fumados, manteigas, refeições prontas, e etc. Evite estes alimentos. Prefira o sal marinho integral ou flor de sal, pois ao contrário do refinado, mantém 84 minerais importantes, como o iodo, e apresenta menos sódio, sendo melhor no controle da tensão arterial. Não leve o sal para a mesa e aposte nos coentros, salsa, orégãos, louro,

LINKS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo
- Agrupamento Vertical Escolas Ponte de Sor
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
- Câmara Municipal de Ponte de Sor
- Direção Geral de Saúde
- Escola Secundária de Ponte de Sor
- Ministério da Saúde
- Missão para os cuidados de saúde primários
- Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Médicos
- Portal da Saúde
- Rede Nacional de Cuidados Continuados
- Segurança Social
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E



Subcrever

Mensagens

Comentários

Seguidores



Arquivo do blogue

2014 (2)

Janeiro (2)

manjeriço, bem como no limão, no alho e nas marinadas com vinho e outros temperos.

- Faça exercício diariamente.
- Crie o hábito de consultar os rótulos. Confirme e compare a quantidade de sal, açúcar, tipos de gorduras usados ou o índice glicémico. Aprenda a conhecer estes conceitos.

Como profissionais de saúde, queremos ajudá-lo. Procure saber mais e informe-se. Seja um cidadão capaz de tomar decisões informadas. Saiba mais e viva melhor!

Aline Jordão, Helena Pires, Nélia Lourenço, Rosário Semedo, Susana Simões

Grupo de alunas da Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola de Saúde de Portalegre

Publicada por SOR SAUDE à(s) 01:58 1 comentário:



Reações: divertido () interessante e fantástico ()

sexta-feira, 13 de Dezembro de 2013

FELIZ NATAL



Apêndice XX - Publicação do artigo: 'Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos' no Jornal Digital "SORSAÚDE".

e Mais ▾ Blogue seguinte Criar blogue Iniciar sessão

Centro de Saúde de Ponte de Sor

"Sor Saúde" é o primeiro jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor. Este é o espaço em que partilhamos os nossos conhecimentos. Sejam muito bem-vindos e estejam à vontade para comentar e divulgar!



INICIO OBJECTIVOS MISSÃO VISÃO VALORES GABINETE DO UTENTE ECCI
JUNTE-SE A NÓS CONTACTOS



terça-feira, 21 de Janeiro de 2014

DÊ MAIS ANOS À SUA VIDA E MAIS VIDA AOS SEUS ANOS!



O envelhecimento humano é um processo natural e contínuo, cada pessoa envelhece à sua maneira e as transformações que se vão dando ao longo da vida exigem um esforço de adaptação que se deve aceitar com naturalidade.

Envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível é um desafio e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida conosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência.

Comportamentos como alimentação saudável, consumo moderado de álcool, não fumar, praticar atividade física moderada e regular, promover fatores de segurança, designadamente prevenir acidentes, assim como manter participação social, influencia favoravelmente a nossa saúde e o nosso bem-estar.

A atividade física diária tem muitos benefícios para a saúde, diminui o risco de muitas doenças (cardíacas, hipertensão arterial, osteoporose, obesidade), contribui para reduzir a ansiedade, insónias, depressão e ajuda a controlar o stress. Atividades como andar a pé, de bicicleta, usar

GABINETE DO CIDADÃO/UTENTE



EUREKA!

Finalmente concretiza-se um sonho e, como dizia António Gedeão, "sempre que o Homem sonha, o mundo pula e avança".

"SOR SAÚDE" é o primeiro jornal do Centro de Saúde e tudo faremos para que tenha continuidade.

É um projecto ambicioso, sabemos-lo bem! Mas o que seria de nós sem ambição, sem a vontade continua de irmos mais além?

Este jornal pretende:

- Informar/divulgar
- das actividades do Centro de Saúde
- das actividades da ULSNA e da ARSA
- das actividades dos Centros de Saúde que nos rodeiam e que, conosco queiram colaborar
- das actividades da comunidade, que possam, de algum modo, ter interesse na área da saúde

- Formar/Educar

Teremos sempre alguns artigos que visem a transmissão de conhecimentos, sobre assuntos variados, mas do interesse de todos, quer colaboradores, quer da comunidade.

- Divertir, porque "tristezas não pagam dívidas" e "rir é o melhor remédio". Em todas as suas edições, "SOR SAÚDE" terá um espaço lúdico, feito com a colaboração de todos e que pretende funcionar como válvula de escape para o stress da vida.

Mas, fundamentalmente, pretende:

- Constituir-se como um espaço de partilha de ideias onde todos possam participar, possam expor

escadas, praticar hidroginástica, jardinar/cultivar e realizar tarefas domésticas, são exemplos apropriados.

Com o envelhecimento vão surgindo alterações na mobilidade e subjacentes dores articulares, designadamente da coluna vertebral, membros inferiores e superiores. Existem comportamentos e posturas adequadas de forma a minimizar o desconforto:

- Ao dormir, o colchão da sua cama não deverá ser demasiado duro, nem demasiado mole, devendo estar assente numa superfície dura; a almofada não deve ser demasiado alta, devendo dar apoio e conforto somente ao pescoço e cabeça; ao dormir de lado deve colocar uma almofada entre as pernas com a perna que fica por cima ligeiramente fletida (semidobrada).
- Ao levantar-se da cama faça-o devagar, sem movimentos bruscos, rode primeiro para a posição de lado, coloque as pernas fora da cama e finalmente faça força nos braços para se levantar.
- Quando sentado(a), a cadeira não deverá ser nem demasiado baixa, nem demasiado alta, não cruze as pernas, as costas da cadeira devem ser o mais vertical possível, permitindo um apoio total da coluna, caso necessário colocar almofada na região lombar.
- Em pé ande o mais direito possível.
- Evite levantar objetos pesados, assim como dobrar a coluna.
- Se estiver com dores na sua coluna, repouse deitado(a) numa superfície dura com as pernas e coxas fletidas (dobradas), de forma a repousar a mesma.
- A comodidade do calçado é fundamental – sapato cómodo, base larga, salto pouco alto e antiderrapante.

O processo de envelhecimento pode alterar os mecanismos de defesa, aumentando o risco de acidentes, como quedas e atropelamentos. Usar

os seus pontos de vista, as suas opiniões, não só sobre os problemas da Saúde e das Instituições, mas também, sobre todos os problemas que interessam à comunidade.

- Ser a argamassa, o cimento, que une os "tijolos", que somos todos nós. Que nos dê o sentido de pertença e de grupo. Que nos torne na equipa coesa, que pretendemos ser.






Como diz o provérbio chinês "todas as flores do futuro estão contidas nas sementes do presente". Que esta semente que agora semeamos e que, com todas as vontades congregadas, alimentaremos, regaremos, cuidaremos, nos maravilhe com as suas flores e nos delicie com os seus frutos.

Dr. Fernando Rodrigues
Director do Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Outubro de 2008

MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS

O Centro de Saúde de Ponte de Sôr é parte integrante da ULSNA EPE, portanto, de uma forma geral, partilha com esta valores e objectivos, contribuindo para o seu bom desempenho. Mas, porque se situa num concelho com características próprias, a MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS, têm características que se diferenciam.

BLOGUES

-  **Montargil Saudável**
Comemoração do Dia Mundial da Diabetes
Há 3 meses
-  **Geração Inconformada**
Há 1 ano
-  **Gabinete de Saúde e Bem Viver**
Há 1 ano
-  **Pallium Centro de Saúde de Nisa**
Repórter TVI- «Condição humana»
Há 2 anos
-  **UCC AMMAYA**
Dia da Inauguração da UCC AMMAYA


calçado apropriado, não ter tapetes, ou a ter optar por antiderrapantes, evitar pisos escorregadios, são algumas precauções importantes. Na rua deve ser um peão cuidadoso, e como condutor evitar manobras perigosas e excesso de velocidade.

Valorizar o convívio e comunicação com quem nos rodeia é bastante favorável. Participar na vida comunitária e continuar a ter projetos são fatores importantes para viver com qualidade. Evite o isolamento, reforce laços de amizade, mantenha-se intelectualmente ativo e atualizado sobre o que se passa à sua volta e no mundo.

Tenha consciência que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e independente o mais tempo possível, dando "mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos".

O grupo de alunas do III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Aline Jordão, M^a Helena Pires, M^a Rosário Semedo, Nélia Lourenço, Susana Simões.

Publicada por SÓR SAÚDE à(s) 02:03

 +1 Recomendar este URL no Google

Reações: divertido () interessante e fantástico ()

Sem comentários:

[Enviar um comentário](#)

[Página Inicial](#)

[Mensagem antiga](#)

Subscrever: [Enviar comentários \(Atom\)](#)

Apêndice XXI - Análise de artigos de acordo com método PICO.

Artigo 1	Problema	Intervenção	Comparação	Outcome
<p>“Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de Investigação na Sociologia Portuguesa”</p> <p>Lopes, A; Lemos, R. (2012).Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia Portuguesa”. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto; Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012, pág. 13-31</p>	<p>- Envelhecimento demográfico, a sua relevância e os desafios que dele emergem para a sociedade portuguesa e para os cientistas sociais em particular (perspetiva sociológica).</p> <p>- Os percursos já trilhados pela comunidade de investigadores portugueses ao tema e as perspetivas futuras que se abrem no campo da produção de conhecimento</p>	<p>- Revisão de toda a produção científica publicada, em Portugal, nos últimos 15 anos (1997-2012)</p> <p>- Recolha dos dados consistiu na pesquisa bibliográfica de obras editadas, comunicações em conferências, artigos de revistas, trabalhos realizados em contexto académico, mestrados e doutoramentos, desenvolvidos num enquadramento teórico-metodológico próximo da disciplina</p>	<p>- Revisão da literatura a partir dos registos de obras publicadas sobre a temática nos últimos 15 anos, assim como de projetos realizados em centros de investigação do âmbito disciplinar da Sociologia.</p>	<p>- Em 1999 emerge a visibilidade do tema com o Ano Internacional dos Idosos, pelas Nações Unidas.</p> <p>- Os movimentos internacionais e nacionais acentuaram-se também reclamando junto da comunidade científica estudos e propostas como alicerces para o desenvolvimento de respostas políticas eficazes para fazer face aos desafios inerentes à tendência de evolução demográfica.</p> <p>- Identificam-se quatro grandes áreas dominantes: normas, valores e representações sociais; mercado de trabalho, emprego e reforma; dependências e cuidados e vulnerabilidades e desigualdades.</p>

	<p>sociológico.</p>	<p>sociológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contactaram-se informantes privilegiados como professores universitários com percurso de investigação que cruza a temática do envelhecimento, para a disponibilização de referências bibliográficas relevantes. - Foram elencadas 300 referências. - No que concerne a projetos de investigação, os dados foram recolhidos na 		<p>“Normas, Valores e Representações Sociais”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de elementos estruturantes da ação social, como sendo representações, atitudes e expectativas ligadas à idade: <ul style="list-style-type: none"> . Representações dos idosos sobre o processo de envelhecimento; . Representações sociais e as atitudes da população em geral face aos idosos e ao envelhecimento (discriminação, idadismo) . Processos de construção de identidades na velhice; . Representações sobre a dependência, a doença e a morte; . Influência da religiosidade e da espiritualidade nas atitudes face ao envelhecimento. - Os fatores psicossociais apresentam maior impacto sobre o lugar do idoso no mercado de trabalho do que nos fatores sociodemográficos - As fragilidades e os constrangimentos
--	---------------------	---	--	---

		<p>base de dados da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, a partir das informações disponibilizadas nas páginas eletrónicas dos centros de investigação.</p>	<p>associados ao conceito de envelhecimento ativo (necessidade de considerações de natureza multidimensional, quer na investigação científica como no discurso político).</p> <p>“Mercado de Trabalho, Emprego e Reforma”</p> <ul style="list-style-type: none">- Assumido na agenda de debate político e o <i>interface</i> com os sistemas de proteção social.- Emergem temáticas como:<ul style="list-style-type: none">. Os modelos de transição da atividade profissional para a reforma e os fatores que influenciam o processo;. As trajetórias de vida e as estratégias de ocupação do tempo na reforma (lazeres e atividades de voluntariado);. O papel dos idosos e o seu contributo ativo e produtivo na sociedade.- Momento de viragem na vida dos indivíduos: a passagem do trabalho à reforma.- Reconhece-se a centralidade do trabalho
--	--	--	---

			<p>enquanto elemento estruturante da vida dos indivíduos, não só nas suas dimensões materiais, mas igualmente nas identidades pessoais e coletivas.</p> <p>“Dependências e Cuidados”</p> <ul style="list-style-type: none">- Domínio de investigação mais produtivo, provável explicação pelo aumento das dependências e a pressão sobre os sistemas de prestação.- Emergem temáticas como:<ul style="list-style-type: none">. Redes de apoio social e de cuidados, formais e informais, nas necessidades do idoso e discussão sobre os mecanismos de garantia do seu bem-estar, apontando-se áreas de intervenção política para dar resposta aos impactos do envelhecimento demográfico;. Identificação de carências na prestação de cuidados aos idosos e propostas de medidas de políticas sociais e outras medidas de prestação de cuidados e apoio social a idosos e cuidadores;
--	--	--	--

			<p>. Prestação de cuidados a idosos com problemas de saúde, como demência, sequelas de AVC, doença oncológica, depressão e doenças crónicas; o modo como as famílias estruturam os cuidados ao idoso e articulam os apoios formais e informais; as famílias enquanto parceiro estratégico nos cuidados a idosos; as necessidades sentidas pelos cuidadores formais.</p> <ul style="list-style-type: none">- A maior parte destes estudos centram-se nos enfermeiros.- As estratégias de vida dos idosos apresentam fortes traços de familialismo, o predomínio do cuidador informal é familiar, o inerente impacto na vida do cuidador-vivências, sobrecarga, conciliação com o trabalho; a feminização dos cuidados a idosos e o papel social da mulher; mais recentemente têm surgido abordagens que se debruçam sobre a participação masculina nos cuidados em contexto de conjugalidade.- Nas linhas de investigação ressalta o papel da família como parceiro estratégico nos
--	--	--	--

			<p>cuidados a idosos, destacam a importância da formação/educação do cuidador informal.</p> <ul style="list-style-type: none">- Começam a surgir alguns estudos sobre os serviços/apoios fornecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. <p>“Vulnerabilidades e Desigualdades”,</p> <ul style="list-style-type: none">- Incluem-se questões como a violência doméstica e institucional; comportamentos de abuso a idosos; tipos de maus-tratos, em contexto familiar e institucional; fatores de risco e estratégias de intervenção social contra a violência a idosos.- Questões associadas a transformações nos valores e normas das sociedades contemporâneas, como alterações na composição dos agregados familiares e inerentes impactos, nomeadamente o aumento de idosos a viverem sós. Este crescente isolamento doméstico implica maior vulnerabilidade deste grupo social à pobreza, à exclusão social e a alterações nos
--	--	--	---

			<p>padrões de redes de solidariedade intergeracionais.</p> <ul style="list-style-type: none">- São apontados riscos de vulnerabilidade numa perspetiva Multidimensional, quanto ao impacto que diferentes variáveis assumem nas desigualdades de padrões de vida na velhice, no grau de satisfação dos idosos perante a vida, entre outros, como exemplo: rendimento, região, agregado familiar, acesso a redes de apoio formais e informais, estado de saúde e o grau de dependência, género, ambientes de vida, espaços habitacionais.- Enfoque particular para a problemática da habitação para pessoas idosas e os fatores que determinam a definição de um espaço confortável e com características para a qualidade do próprio processo de envelhecimento.- Para finalizar, este artigo documenta que o envelhecimento tem um forte carácter multidisciplinar, onde se esbatem limites fronteiriços entre vários domínios científicos
--	--	--	---

				de investigação: Sociologia, Gerontologia Social, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Saúde Pública e Ciências da Educação.
--	--	--	--	---

Quadro n.º 26 - Análise método PICO do artigo 1: “Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de Investigação na Sociologia Portuguesa”.

Artigo 2	Problema	Intervenção	Comparação	Outcome
<p>“Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde”</p> <p>Souza, J.M. et al (2014). Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva 19 (7):2265-2276, 2014.</p>	<p>-Identificar nas pesquisas em saúde quais as estratégias de empowerment abordadas para a promoção da saúde, na ótica das perspectivas Crítico-social e pós-estruturalista.</p>	<p>- Na operacionalização seguiram-se as seguintes etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Seleção das questões temáticas; . Estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; . Representação das características da pesquisa original; . Análise dos dados; . Interpretação dos resultados; . Apresentação da revisão. <p>- O estudo é constituído por artigos indexados nas bases de dados Medline Lilacs e SciELO, sobre as estratégias do <i>empowerment</i> para a</p>	<p>- Revisão Integrativa realizada em maio de 2011. (Técnica de pesquisa que inclui análise de pesquisas relevantes, possibilita a síntese do estado de conhecimento de determinado assunto e aponta lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método permite assim a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de investigação).</p>	<p>- A maioria dos estudos aborda estratégias voltadas a um dos eixos da Carta de Ottawa, em especial: reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, criação de ambientes sustentáveis e construção de políticas públicas saudáveis, direcionando-se assim as estratégias implementadas nos estudos aos princípios da Promoção da Saúde. No entanto, pode-se inferir formas relacionais de poder.</p> <p>- O <i>empowerment</i> emerge no cenário das ações em saúde ao ser lançada a Carta de Ottawa, quando se define promoção da saúde como o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde, mobilizando recursos</p>

<p>(DOI: 10.1590/1413- 81232014197.1 0272013)</p>		<p>promoção da saúde.</p> <p>- Para estabelecer a amostra de estudo foram criados critérios de inclusão: artigos completos de pesquisa, relato de caso ou de experiências, publicados no período de 2002 a 2011 nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.</p> <p>- Utilizou-se a busca dos artigos através da palavra-chave “<i>empowerment</i>” e pelo descritor DeCS/Bireme “promoção da saúde”.</p> <p>- Para direcionar a revisão integrativa, partiu-se da seguinte questão: “Quais as estratégias de <i>empowerment</i> que foram abordadas para a promoção</p>	<p>- Na amostra estudada, identificaram-se 12 artigos com abordagem metodológica qualitativa, 2 com métodos quantitativos, 2 realizaram estudos quali-quantitativos, 3 relatos de experiência e 1 relato de caso.</p> <p>- 10 Artigos tinham como objetivos de pesquisa descrever propostas de avaliação e de intervenção por meio de práticas educativas em saúde, de forma que se caracterizaram como descritivos ou exploratórios; 3 tipo pesquisa-ação, 2 pesquisa participante e 5 outras</p>	<p>personais e sociais, que vão além desse setor.</p> <p>- Na perspectiva crítico-social o <i>Empowerment</i> possui dois sentidos:</p> <p>. Empowerment psicológico ou individual possibilita que os indivíduos tenham um sentimento de maior controle sobre a própria vida, capaz de influenciar e adaptar-se ao seu meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade.</p> <p>. Empowerment social ou comunitário busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos.</p> <p>- As estratégias para a promoção da saúde, de caráter empoderador, são aquelas que envolvem diretamente a participação dos sujeitos nas decisões, destacando-se a forma como estes fazem as suas escolhas, mostrando uma estreita</p>
---	--	---	--	--

		<p>da saúde, em publicações em saúde, desenvolvidas no período de 2002 a 2011?”</p> <p>- Resultaram 71 artigos completos, 11 repetidos, totalizando 60 artigos. Após leitura foram selecionados 20, com base nos critérios de inclusão estabelecidos e na questão norteadora da pesquisa.</p>	<p>tipologias de estudo</p>	<p>relação entre o potencial de participação dos sujeitos e a distribuição de poder nesses espaços de promoção da saúde, a exemplo: teatro, círculo de cultura, terapia comunitária, oficina de escuta terapêutica, atividades lúdicas e workshop.</p> <p>- As estratégias de <i>empowerment</i> têm diversas abordagens e perspectivas, dependendo do objetivo e do contexto das relações interpessoais, institucionais e sociais onde se inserem.</p> <p>- As estratégias de terapia comunitária e oficina de escuta terapêutica foram descritas como atividades voltadas às políticas de saúde mental do idoso e da mulher, promovem a inserção social destes grupos, o desenvolvimento de autonomia e capacidade de resiliência, especialmente direcionadas ao <i>empowerment</i> individual e à construção de subjetividade.</p>
--	--	---	-----------------------------	---

				<p>- As propostas de educação em saúde, tais como: teatro, atividades lúdicas, educativas e <i>workshops</i> trabalharam tanto o <i>empowerment</i> individual quanto o comunitário e possuem relação com ações para a promoção da saúde, definidas na Carta de Ottawa, com o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço à ação comunitária e a criação de ambientes saudáveis.</p> <p>- Para que o indivíduo e seus grupos sociais construam um processo efetivo de promoção à saúde, é preciso que estes atinjam um grau elevado de <i>empowerment</i> psicológico ou individual, associado a uma participação ativa na ação política e possibilidade de conquista de recursos materiais ou de poder por parte destes indivíduos ou coletivos (<i>empowerment</i> social).</p>
--	--	--	--	--

				<p>- Para o desenvolvimento do <i>empowerment</i> psicológico ou individual, as ações e as estratégias sociais e de saúde devem estar direcionadas a um processo de construção de autoestima, autoconfiança e independência nos indivíduos, reforçando seu poder de atuação coletiva.</p> <p>- O <i>empowerment</i> social exige ações práticas educativas que promovam a participação dos indivíduos. Para o desenvolvimento do <i>empowerment</i> social ou comunitário há que propor abordagens educativas que valorizam a criação de espaços públicos (rodas e grupos de discussão), colegiadas, com o objetivo de identificar e analisar criticamente seus problemas, possibilitando estratégias conjuntas de transformação da realidade social, reorganização das práticas assistenciais, repensando os programas de prevenção marcados pelo modelo</p>
--	--	--	--	---

				<p>biomédico e superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e usuários.</p> <p>- O <i>empowerment</i> social é considerado um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos, ao mesmo tempo que remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável.</p> <p>- O profissional busca ter um papel ativo de estimular o <i>empowerment</i> dos indivíduos de forma individual, em grupos, no trabalho comunitário e institucional. Elenca diversas estratégias de <i>empowerment</i> para superar processos de exclusão, opressão e discriminação tais como: recuperação de uma doença ou deficiência, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo e participação no sistema de saúde.</p> <p>- Toda a estratégia de <i>empowerment</i> também é de promoção da saúde, mas</p>
--	--	--	--	--

				<p>nem toda estratégia de promoção da saúde é empoderadora.</p> <ul style="list-style-type: none">- O nível de envolvimento do profissional de saúde nas atividades e suas habilidades com a comunidade é preponderante, assim como o apoio das organizações governamentais.- A ação local deve fomentar a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate e favorecer a compreensão histórica, estrutural e política.- O acesso à Internet nos domicílios também é visado como estratégia de <i>empowerment</i>, no sentido de disponibilizar acesso às informações e promover inclusão social através da inclusão digital (esfera do governo, escolas, empresas e universidades).- A educação em saúde é conteúdo naturalmente integrante em qualquer nível
--	--	--	--	---

				<p>da atenção. Programas ou atividades educativas podem fazer parte de qualquer ação de saúde, tanto de promoção, prevenção, como de cura e reabilitação.</p> <p>- A abordagem educativa predominantemente técnica e informacional não favorece o processo de <i>empowerment</i> dos sujeitos. As práticas de educação devem assumir comportamentos sempre interativos. A educação como um simples instrumento de transmissão de informações não atinge a promoção da saúde.</p> <p>- Os artigos científicos estudados têm um caráter crítico-social. Apesar de ter vindo a aumentar o interesse por pesquisas pós-estruturalistas que pretendem a implementação e a avaliação de estratégias de <i>empowerment</i> para a promoção da saúde, possivelmente pela constante preocupação de avaliação das políticas de saúde, bem como, para</p>
--	--	--	--	--

				<p>efetivar as estratégias de promoção da saúde, relacionando-as com as políticas públicas. Existem lacunas no desenvolvimento de pesquisas pós-estruturalistas.</p> <p>- Supõe-se que a limitação de se articular estratégias de <i>empowerment</i>, que atinjam os pressupostos da perspectiva pós-estruturalista, reside no fato de que, sendo o poder constituído por uma complexa trama de micro e macropoderes, envolveria a interpretação dos processos de subjetividade de cada sujeito e políticas e estratégias intrasetoriais e intersetoriais, não somente ligadas ao setor saúde.</p> <p>- Em conclusão sugere-se maior rigor no que respeita à metodologia nos estudos para maior contribuição na prática; aprofundamento nas discussões com os profissionais da saúde, especificamente</p>
--	--	--	--	---

				<p>da Enfermagem, sobre a aplicabilidade do <i>empowerment</i> no contexto da promoção da saúde, envolvendo programas de formação permanente. Há que explorar o conhecimento e a práxis destes profissionais seguindo como fio condutor uma efetiva atribuição de significados aos resultados de pesquisas, refletir e reconstruir sua prática profissional, sem deixar de considerar o indivíduo e a sua subjetividade em sociedade.</p> <p>- A presente revisão integrativa pode contribuir para reflexões para mudanças de paradigmas no exercício profissional de saúde, no sentido de desmistificar as relações hierárquicas de poder entre este profissional e os grupos sociais, potencializando as características e suas ações no modo de viver. Sugere-se que as ações dos profissionais busquem estratégias que realmente sejam empoderadoras e direcionadas à</p>
--	--	--	--	---

				promoção da saúde, não somente de cunho educativo, pois a construção de redes sociais de apoio e a mobilização de redes governamentais são essenciais neste processo.
--	--	--	--	---

Quadro n.º 27 - Análise método PICO do artigo 2: “Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde”.

Artigo 3:	Problema	Intervenção	Comparação	Outcome
<p>“Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil”</p> <p>Araújo, L.F. et al (2011). Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no</p>	<p>- Buscar na literatura evidências relativas à contribuição dos programas de promoção da saúde no processo de envelhecimento saudável no Brasil.</p>	<p>- Pesquisa nas bases de dados Science Direct (http://www.sciencedirect.com/), SciELO(http://www.scielo.org/ph p/ index.php), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (http://lilacs.bvsalud.org/), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) (http://ibecs.isciii.es/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=IBEC S&lang=e), Biblioteca Cochrane (http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php) e MEDLINE (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/).</p> <p>Os descritores utilizados na busca de dados, nos idiomas</p>	<p>- Revisão de Literatura em bases de dados (2010)</p>	<p>- Esta revisão aborda a promoção da saúde do idoso em cinco programas existentes no Brasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Projeto de Valorização do Envelhecer (PROVE); . Programa Interdisciplinar de apoio à Terceira Idade (PIATI); . Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI); . Universidade Aberta para a Terceira Idade do Rio de Janeiro . Universidade Aberta para a Terceira Idade de Pernambuco. <p>- Face à reduzida produção científica, em termos de avaliação e resultados, tanto a nível nacional, como internacional, somente cinco programas foram analisados e considerados evidências de promoção da saúde no envelhecimento. Os estudos abordados demonstraram a importância dessas ações na melhoria da qualidade de vida dos idosos, uma vez que estimulam a participação, a interação, a integração e o</p>

<p>Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública 2011:30 (1):80-6</p>		<p>português, inglês e espanhol.</p> <p>- A partir da leitura dos resumos identificados, foram selecionados os artigos que apresentaram iniciativas brasileiras com os seguintes elementos estabelecidos por Assis et al.:</p> <p>a) Foco na população idosa;</p> <p>b) Discussão conceitual ou institucional sobre promoção da saúde;</p> <p>c) Foco no envelhecimento saudável, apoio social e saúde do idoso;</p> <p>d) Avaliação multidimensional/estudos epidemiológicos sobre qualidade de vida do idoso;</p> <p>e) Aspectos relativos às práticas profissionais específicas em promoção da saúde.</p>	<p>empoderamento e libertação desses indivíduos.</p> <p>Programa PROVE</p> <p>- Trabalho multidisciplinar e multidimensional tem por base a pesquisa qualitativa. Prima por grupos de encontro de idosos que trabalham com informação e reflexão sobre processos ligados ao envelhecimento. A metodologia de trabalho são palestras de orientação para a saúde, baseadas no programa do Ministério da Saúde “Viva bem a idade que você tem”.</p> <p>- Oferece atividades como acolhimento de idosos recém-ingressos no projeto e oficinas de dança, poesia, pintura, alongamento, trabalho de movimentação e estimulação psicomotora.</p> <p>- Os idosos sentem-se realizados por participarem nestes encontros, demonstram que o envelhecimento pode ser um momento de construção de conhecimentos e de aquisição de novas experiências de vida.</p> <p>Programa PIATI</p> <p>- Surgiu em 1999, vinculado à Universidade</p>
---	--	--	---

		<p>- Para definir a eficácia dos programas de promoção da saúde para a terceira idade descritos na literatura, adotaram-se os critérios relacionadas por Goodstadt et al.:</p> <p>a) Ter metas que vão além da prevenção da morbidade, incluindo a melhoria da saúde e do bem-estar;</p> <p>b) Ter como foco a saúde positiva, holística, a justiça social, a equidade e participação;</p> <p>c) Usar o empoderamento como mecanismo central;</p> <p>d) Atender os pré-requisitos da saúde (fatores de nível macrossocial);</p> <p>e) Realizar ações nas áreas prioritárias da Carta de Ottawa</p>		<p>Federal de Campina Grande. Pretende qualificar o corpo docente e o corpo discente envolvidos nos projetos, através de minicursos sobre geriatria e gerontologia, contribuindo para a reorientação dos serviços de saúde.</p> <p>- As metas para o programa são:</p> <p>a) Promover ações pedagógicas que incluam a melhoria da qualidade de vida do idoso, com ênfase na proteção à saúde, na educação continuada (alfabetização e escolarização);</p> <p>b) Melhorar as relações familiares e intergeracionais e as práticas de sociabilidade;</p> <p>c) Ampliar a consciência do idoso acerca do processo de envelhecimento; d) atuar junto aos grupos de convivência de idosos do município, colaborando com seus programas educativos de saúde e lazer;</p> <p>e) Influenciar a melhoria das relações familiares e intergeracionais dos idosos e das outras gerações com os idosos;</p> <p>f) Apoiar ações pedagógicas de cuidados com saúde e lúdicas para idosos asilados;</p> <p>g) Conhecer o impacto da aplicação das políticas</p>
--	--	--	--	---

		<p>(ação comunitária, construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes de suporte, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde).</p> <p>- Considerou-se como eficaz o programa que demonstrou impacto no bem-estar e na saúde dos idosos além de oferecer um levantamento, realizado pelos próprios idealizadores dos programas ou por órgãos públicos capacitados, dos pontos positivos e negativos das ações de promoção de saúde.</p> <p>- Pesquisa teve por base período de 1994 a 2010, foram identificados 11 751 estudos. Após leitura dos títulos dos</p>	<p>públicas implementadas pelo governo federal, estadual e municipal, junto ao segmento idoso da população (sem registo desta avaliação). Este Projeto foi avaliado pelo programa de apoio à extensão universitária da Secretaria de Educação Superior do Ministério de Educação e Cultura (2003) como um dos melhores programas do país. É avaliado continuamente.</p> <p>Programa GRASI</p> <p>- Fundado em 1997, associado ao ambulatório da Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (São Paulo). Os idosos são triados quanto ao interesse em participar no programa, são formados quatro grupos, cada grupo é constituído por cinco idosos e seus familiares, que participam num programa educativo que compreende quatro encontros ao longo de 4 meses.</p> <p>- O programa educativo aborda temas de interesse, a exemplo: o processo de senescência e senilidade, fatores de risco e prevenção de quedas e de outros acidentes, com o uso de</p>
--	--	--	--

		<p>trabalhos encontrados, procedeu-se a nova seleção, após leitura dos resumos foram selecionados 10 trabalhos (artigos, teses, dissertações e livros) de acordo com os critérios estabelecidos.</p>	<p>metodologias participativas e técnicas lúdicas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Na última reunião de cada grupo, é realizada uma avaliação geral, englobando todos os quatro encontros.- A maioria dos idosos e seus acompanhantes gostam da experiência e aprendem coisas novas, pois manifestam interesse em divulgar as informações para amigos e familiares.- Na avaliação sobre a eficácia da implantação, a falta de assiduidade foi o maior problema, o que levou à reformulação. <p>Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade do Rio de Janeiro</p> <ul style="list-style-type: none">- Programa em permanente construção desde sua criação (1993). Surgiu como um programa vinculado ao Instituto de Medicina Social. Em 1996, passou a incluir o ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso que, além do atendimento de ambulatório, desenvolve projetos especiais, como o Projeto de Assistência e Estudos Cognitivos, o Programa de Atenção Integral ao Idoso Internado, o Projeto Promoção de Saúde, o
--	--	--	---

			<p>Projeto Idoso em Movimento Mantendo a Autonomia e o Projeto Atendimento Domiciliar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta atividades socioculturais e educativas para a terceira idade que se desenvolvem ao longo de todo o ano. Realizou cerca de 240 cursos gratuitos, oficinas, seminários, palestras, festas, exposições, shows de dança e música e programa de voluntariado. - A sua estrutura é considerada aberta, não concluída, pretende ser dinâmica. - O Projeto de Promoção da Saúde possui duas linhas de ação integradas: <ul style="list-style-type: none"> . Grupo Encontros com a Saúde (GES) - Espaços de informação e reflexão sobre aspetos relativos à saúde no envelhecimento (temas: possibilidades e limites do envelhecimento, alimentação, atividade física, <i>stress</i>, sexualidade, memória, saúde oral, direitos dos idosos e noções sobre doenças comuns como hipertensão arterial, diabetes, alterações osteoarticulares e depressão) . Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida (AMSQV) - Utilizada para
--	--	--	---

			<p>ações preventivas e educativas a nível individual, sendo aplicada simultaneamente à participação dos idosos nos grupos.</p> <ul style="list-style-type: none">- A avaliação de eficácia do projeto sugere alcance de objetivos intermediários, como a socialização e o debate de informações, reforço da autoestima e ampliação dos contatos sociais. <p>Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade de Pernambuco</p> <ul style="list-style-type: none">- Criado em 1996, de acordo com a Política Nacional do Idoso. Apresenta características e propostas de atuação na promoção da saúde dos idosos semelhantes às da Universidade do Rio de Janeiro.- Tem por objetivo promover a integração entre universidade, idoso e comunidade e envolve vários segmentos da comunidade universitária e da comunidade em geral.- As atividades de formação profissional abrangem o ensino sobre envelhecimento através da disciplina de gerontologia, ministrada pelo Departamento de Terapia Ocupacional, os grupos
--	--	--	---

			<p>de estudo sobre envelhecimento e estágios curriculares.</p> <ul style="list-style-type: none">- Os cursos são públicos e gratuitos sem exigência de nível de escolaridade.- Em 1999 tinha cerca de 530 idosos e 32 turmas (cursos: relaxamento neuromuscular; natação; dinâmica dos corpos; hataioga; ioga para terceira idade; iniciação ao sistema de biodança; educação em saúde; bioenergética; primeiros socorros no local do acidente; nutrição e envelhecimento; plantas medicinais: conhecer para melhor utilizar; segurança no lar; reciclagem de papel e encadernação artesanal; oficina de artes; embalagem artesanal; papel vegetal; oficina de bijuteria; arte e criatividade; para gostar de ler; redação: aspetos diversos; oficina literária; introdução ao estudo da língua italiana; inglês; grupos interativos; técnicas de leitura; educação participativa; e informática básica.- Os idosos ao frequentarem o campus universitário estimulam a convivência entre pares e com outras gerações.
--	--	--	---

			<p>DISCUSSÃO:</p> <p>- A Promoção da saúde, segundo as premissas da carta de Ottawa, é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, deste modo os indivíduos capacitados têm maior poder de interferir no seu próprio processo de saúde e doença, ampliando a sua visão acerca dos fatores relacionados à produção social da saúde.</p> <p>- O compromisso da promoção da saúde com a criação de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários só é eficaz através do empoderamento, que consiste na ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspetos significativos relacionados à sua própria existência sendo necessária também a viabilização desse compromisso por meio da criação de espaços e</p>
--	--	--	--

			<p>práticas democráticas no campo da saúde. No entanto a promoção da saúde, nesta perspectiva, não gera efeitos imediatos, é necessário um determinado período de tempo para que comecem a mostrar resultados que possam ser mensurados, o que torna sua visibilidade mais difícil.</p> <p>- Uma promoção da saúde eficaz conduz a mudanças nos determinantes da saúde e deve envolver a população no percurso do diagnóstico da situação e na avaliação das ações implantadas.</p> <p>- A partir do pressuposto que programas de promoção da saúde destinados à terceira idade mostram claramente o benefício positivo para a saúde dessas pessoas, bem como para a sociedade, nota-se que o envelhecimento saudável, derivado do fato de os idosos manterem um estilo de vida saudável durante mais tempo, é revertido positivamente para a sociedade como um todo.</p>
--	--	--	---

			<p>- Os programas não revelaram os custos envolvidos. O ideal seria que todos os programas de promoção da saúde fossem avaliados pela sua eficácia, eficiência e efetividade. Só assim seria possível aos responsáveis pelas políticas públicas atuarem dentro de estratégias mais concretas, pelo conhecimento dos meios de promover a saúde com equidade para toda a população, viabilizando um direito, e não somente algo a ser adquirido.</p> <p>- O PROVE proporcionou aos idosos meios para que se tornassem empoderados. O entusiasmo e inserção dos idosos nos grupos que promovem a saúde fez com que houvesse uma ampliação da sua rede social. Portanto, esse projeto é uma estratégia de promoção da saúde, dado então como proposta eficiente de intervenção.</p> <p>- O PIATI propôs-se a criar oportunidades de ampliar os conhecimentos dos idosos, ofereceu uma valiosa contribuição para o empoderamento,</p>
--	--	--	--

			<p>melhorando a inserção social dos idosos e indo contra o processo de marginalização dos indivíduos de idade avançada na sociedade contemporânea.</p> <p>- O GRASI era eficaz para a promoção da saúde, não havia evidência científica de indicadores estatísticos e a eficácia precisa de ser medida por meio da qualidade. A evidência da eficácia do GRASI está nos relatos de casos dos idosos e seus familiares sobre as melhorias alcançadas na saúde pela participação no programa.</p> <p>- Na Universidade Aberta para a Terceira Idade de Rio de Janeiro, foram encontradas evidências científicas sobre a eficácia que consiste na reorientação das práticas de saúde em direção a uma atenção integral, pautada pela humanização e pelo fortalecimento da participação dos sujeitos em questões que afetam a saúde e o bem-estar, no plano individual e coletivo.</p>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- A Universidade Aberta para a Terceira Idade de Pernambuco baseia a promoção da saúde nos mesmos moldes da supra, porém, a falta de evidência científica de dados quantitativos e qualitativos não consolida esse programa como eficiente, embora seja eficaz. - A adoção de programas de promoção da saúde voltados para o envelhecimento saudável representa uma estratégia eficaz para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos idosos. - Percebe-se a necessidade de ampliação das políticas públicas para acolher um maior número de pessoas e, assim, viabilizar a continuidade das ações desenvolvidas. É necessário estabelecer e consolidar políticas públicas que contemplem a complexidade do envelhecimento saudável nas sociedades atuais. - As evidências da eficácia da promoção da saúde apresentam lacunas importantes no campo do conhecimento, considera-se prioritário difundir
--	--	--	---

			<p>melhor as evidências disponíveis sobre a eficácia para os gestores em saúde e para os profissionais da área da saúde, uma vez que esses são os responsáveis pela sua aplicação.</p> <p>- As evidências científicas acerca dos programas para a terceira idade devem existir e ser identificadas, a fim de que também possam ser norteadoras de ações profissionais que vão atender, intervir e orientar o idoso sobre as maneiras pelas quais ele pode manter a saúde e a funcionalidade.</p> <p>- A existência de serviços de atendimento aos idosos, vinculados, por exemplo, a instituições de ensino, serviços de ambulatório, foram apresentados como alternativas para o atendimento integral à saúde do idoso, realizando intervenções e orientações que propiciam o desenvolvimento de práticas sociais de atenção primária em saúde, priorizando a educação em saúde baseada não só na perspectiva profissional, mas na perspectiva holística do sujeito.</p>
--	--	--	---

				<p>- Destaca-se que os programas analisados de promoção da saúde de idosos tiveram como alicerce o empoderamento, por tornar o idoso protagonista e atuante nas escolhas que determinam seu estado de saúde e inserção na sua teia social. Tal empoderamento foi concretizado pela criação de um ambiente de suporte para a prevenção de danos, aumento da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida, traduzido pelo que podemos chamar de conceito ampliado de saúde.</p>
--	--	--	--	---

Quadro n.º 28 - Análise método PICO do artigo 3: “ Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil”.