

Saber Envelhecer é a obra prima da sabedoria...

(Amiel, s.d.)

SIGLAS

ADIM – Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz

CARMIM – Cooperativa Agrícola de Reguengos de Monsaraz

CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano

DGS – Direcção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

RM – Reguengos de Monsaraz

RUTIS – Rede de Universidades da Terceira Idade

SBE – Saúde e Bem-Estar

USRM – Universidade Sénior de Reguengos de Monsaraz

UTIs – Universidade da Terceira Idade

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1 – INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 – ANÁLISE DO CONTEXTO | 15 |
| 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL. 23 | |
| 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS..... | 26 |
| 2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS | 27 |
| 3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO | 30 |
| 3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO DA USRM | 30 |
| 3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO- ALVO..... | 35 |
| 3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO- ALVO..... | 37 |
| 3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO..... | 38 |
| 4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS..... | 39 |
| 4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL..... | 45 |
| 4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO | 46 |
| 5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES | 50 |
| 5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES | 50 |
| 5.2 – METODOLOGIAS | 61 |
| 5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS..... | 65 |
| 5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS | 67 |
| 5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS | 69 |
| 5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL..... | 71 |
| 5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA..... | 72 |
| 6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO..... | 73 |
| 6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS | 74 |
| 6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA | 77 |
| 6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS | 79 |

| | |
|---|-----|
| 7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS | 83 |
| 8 – CONCLUSÃO | 87 |
| 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 91 |
| 10 – ANEXOS..... | 97 |
| Anexo A – Declaração da USRM | 98 |
| Anexo B – Carta de Apresentação do Projecto à Direcção da USRM..... | 100 |
| Anexo C – Carta de Apresentação do Projecto aos Parceiros | 102 |
| Anexo D – Cartaz de Divulgação do Projecto | 104 |
| Anexo E – Planeamento da Disciplina..... | 106 |
| Anexo F – Estratégia Orçamental | 109 |
| Anexo G – Cronograma de Actividades | 111 |
| Anexo H – Cálculo da Taxa de Adesão à disciplina de SEB | 113 |
| Anexo I – Cálculo da Taxa de Frequência da disciplina de SEB..... | 116 |
| Anexo J – Questionário de Avaliação Final..... | 119 |
| Anexo L – Questionário de Avaliação Intermédia..... | 124 |
| Anexo M – Mapa Geral de Apresentação dos Dados | 127 |

Índice de Tabelas

| | Pág. |
|--|------|
| TABELA 1 – Freguesias do concelho de Reguengos e seus Aglomerados..... | 16 |
| TABELA 2 – Densidade Populacional..... | 17 |
| TABELA 3 – Indicadores Demográficos..... | 17 |
| TABELA 4 – Indicadores demográficos das freguesias do concelho de Reguengos. | 19 |

Lista de Figuras

| | Pág. |
|---|------|
| FIGURA 1 – Concelho de Reguengos de Monsaraz..... | 16 |
| FIGURA 2 – Pirâmide Etária do Concelhos de Reguengos de Monsaraz..... | 18 |
| FIGURA 3 – Idade dos estudantes da USRM..... | 30 |
| FIGURA 4 – Estado Civil dos estudantes da USRM..... | 31 |
| FIGURA 5 – Habilitações Literárias dos estudantes da USR..... | 32 |
| FIGURA 6 – Situação Actual dos estudantes da USRM..... | 33 |
| FIGURA 7 – Actividade Profissional exercida pelos estudantes da USRM..... | 33 |
| FIGURA 8 – Local de Residência dos estudantes da USRM..... | 34 |
| FIGURA 9 – Pirâmide de Idades, Portugal 1969 – 2000..... | 39 |
| FIGURA 10 – Taxa de Adesão à disciplina de SEB..... | 75 |
| FIGURA 11 – Taxa de Frequência à disciplina de SEB..... | 76 |

1 – INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do séc. XX, um novo fenómeno emergiu nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico. “Não se trata de uma nova praga ou doença; não existe nenhuma doença chamada envelhecimento” (Nazareth, 1993, p. 5). É um dos fenómenos sociais do final do séc. XX e limiar do séc. XXI, que atingiu maior visibilidade, sendo que “o envelhecimento demográfico continuará a ser um processo em expansão nas próximas dezenas de anos” (Nazareth, 1993, p. 21).

O fenómeno do envelhecimento demográfico é extensível a praticamente todas as regiões do mundo, e as projecções avançam que em 2050, o número de indivíduos com mais de 60 anos, atingirá 2000 milhões, representando mais de 20% da população mundial. De acordo com tais projecções, em 2045, o número de pessoas com 60 anos e mais irá mesmo ultrapassar, pela primeira vez, o número de pessoas com 15 anos ou menos (CEDRU, 2008).

Face a esta realidade, verifica-se o crescente interesse das sociedades ocidentais por esta problemática, tendo hoje um forte impacto social, devido às dimensões que assumiu e às suas consequências demográficas, sociológicas, económicas e políticas. O envelhecimento da população tornou-se uma preocupação emergente à escala mundial.

As alterações demográficas no último século têm vindo a assumir uma importância crescente. Esta conjuntura traduz-se nas modificações da estrutura das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, colocando aos governos, às famílias e sociedade em geral, desafios para os quais não se encontravam preparados (Raposo, 2005).

Os progressos atingidos pelo desenvolvimento em geral, nomeadamente na área das Ciências da Saúde, contribuíram de modo decisivo para um aumento da esperança média de vida. Este aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio (apesar de se situar abaixo dos padrões de alguns países Europeus), causa um profundo impacto na saúde pública.

A transformação operada na estrutura etária da população portuguesa tem-se processado a um ritmo acelerado, de tal forma que, na actualidade, Portugal surge já entre os países mais envelhecidos a nível mundial (10º em percentagem de idosos e 14º no Índice de Envelhecimento) (CEDRU, 2008).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o Índice de Envelhecimento em 2001 representava 16,6% da população portuguesa. Em 2020 prevê-se que o Índice de Envelhecimento atinja 19,2% (Rebelo & Penalva, 2004).

As projecções do *Eurostat* vão mais longe, traçando um cenário em que a percentagem de idosos portugueses duplicará entre 2004 e 2050, atingindo os 31,9%. Portugal será então o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, ou seja, dentro de aproximadamente quinze anos, um em cada cinco portugueses terá sessenta e cinco ou mais anos e, em meados do século XXI essa relação será aproximadamente de um para cada três portugueses (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento humano constitui uma etapa inevitável do ciclo vital, à qual estão associados estereótipos negativos de declínio, perda de identidade de papéis, incapacidade funcional, solidão, inactividade e patologia.

A sociedade, os governantes, as estruturas locais e os próprios idosos devem encarar todas estas alterações (físicas, psíquicas e sociais) como transformações decorrentes do próprio processo de envelhecimento, para as quais é fundamental encontrar respostas, que conduzam a uma vivência das últimas etapas do ciclo vital com o máximo de qualidade de vida.

Deste modo, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) avançou com um novo conceito: o Envelhecimento Activo. Este surge na sequência do envelhecimento saudável, preconizado até então, e que pretende ser mais abrangente, estendendo-se, para além da saúde, a aspectos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011).

O novo paradigma surge como sendo mais consensual, no sentido em que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras e assumam cidadania plena.

O conceito “activo” remete então para uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis, espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho (Ribeiro & Paúl, 2011).

O Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” surge no contexto do envelhecimento, que é uma realidade no Concelho de Reguengos de Monsaraz, e das necessidades expressas pela população da Universidade Sénior de Reguengos de Monsaraz (USRM).

Neste sentido, o presente projecto de Intervenção Comunitária pretende tornar o envelhecimento desta população um processo significativo, de promoção da saúde, valorizando as suas componentes biológica, psicológica e social.

O Projecto tem como objectivo principal “Promover o Envelhecimento Activo dos estudantes da USRM”, através da implementação da disciplina de “Saúde e Bem-Estar” (SBE) e do desenvolvimento de medidas de promoção de saúde e prevenção da doença.

O referido projecto tem como horizonte temporal o ano lectivo 2010/2011 e desenvolve-se em duas etapas: a primeira, de Setembro de 2010 a Fevereiro 2011; a segunda, de Março a Junho de 2011.

O Relatório Final insere-se no Mestrado em Enfermagem Comunitária, ano lectivo 2010/2011, da Universidade de Évora e encontra-se estruturado em sete partes distintas.

Na primeira parte é elaborada uma análise do contexto onde se realizou o Estágio de Natureza Profissional, que inclui a caracterização do ambiente, dos recursos materiais e humanos e a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.

A análise da população constitui a segunda parte do relatório, incluindo a caracterização geral, as necessidades específicas, estudos sobre programas de intervenção e recrutamento da população-alvo.

Na terceira parte apresenta-se uma análise reflexiva sobre os objectivos da intervenção profissional e dos objectivos a atingir com a respectiva população-alvo.

A análise reflexiva sobre as intervenções, envolve a sua fundamentação, as metodologias utilizadas, as estratégias accionadas, os recursos materiais e humanos envolvidos, os contactos desenvolvidos e entidades envolvidas, a análise da estratégia orçamental e o cumprimento do cronograma, compõem a quarta parte do presente relatório.

A quinta parte é dedicada à avaliação e controlo, que engloba a avaliação dos objectivos e da implementação do programa, a avaliação intermédia e respectivas medidas correctivas introduzidas.

De seguida é efectuada a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

Por último, perante a análise global do presente projecto são apresentadas as principais conclusões, que pretendem transmitir as aprendizagens realizadas, as dificuldades e limitações verificadas, bem como sugestões de melhoria em termos de intervenção profissional.

O presente documento está organizado de acordo com o Anexo I do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, no trecho relativo à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora. Tal como previsto pelo referido regulamento, foi utilizado o manual de normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia (2006-2007).

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

O Alentejo é a maior região do país, com um total de 31603,2Km² de superfície, representando um terço da superfície de Portugal Continental.

Os indicadores socioeconómicos da Região Alentejo apresentam, em geral, alguma fragilidade face à média nacional. Estes, caracterizam-se por diversos aspectos conjunturais que determinam o processo de desenvolvimento desta Região, nomeadamente: povoamento concentrado e baixa densidade populacional; decréscimo acentuado do número de efectivos populacionais; declínio acentuado da fecundidade; Índice de Envelhecimento muito elevado; existência de um grande número de famílias mono parentais idosas; elevado grau de analfabetismo; movimentos migratórios; dificuldade na fixação de profissionais; taxa de desemprego elevada, limitações e insuficiências técnicas (dependência dos Hospitais Centrais de Lisboa, que tem vindo a diminuir progressivamente) (Carrilho & Gonçalves, 2005).

O concelho de Reguengos de Monsaraz pertence ao distrito de Évora e localiza-se na Região do Alto Alentejo. É limitado a Norte pelos concelhos de Redondo e Alandroal, a Este pelo concelho de Mourão, a Sul pelos concelhos de Moura e Portel e a Oeste pelos concelhos de Évora e parte do de Portel. O seu limite a Sudeste é banhado pela albufeira de Alqueva, numa extensão de 200 km.

O concelho abrange uma área de cerca de 463,8 Km² e é composto por 5 freguesias: Campinho, Campo, Reguengos de Monsaraz, Corval e Monsaraz (Figura 1).

Figura 1 – Concelho de Reguengos de Monsaraz.



Fonte: Município de Reguengos de Monsaraz, 2010.

As freguesias do concelho de Reguengos de Monsaraz são formadas por diversos aglomerados populacionais, representadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Freguesias do concelho de Reguengos de Monsaraz e os seus Aglomerados

| FREGUESIAS | AGLOMERADOS |
|---|--|
| Freguesia de Campinho | ♦ Campinho |
| Freguesia do Campo | ♦ S. Marcos do Campo ♦ Cumeada |
| Freguesia de Corval | ♦ S. Pedro do Corval ♦ Carrapatelo ♦ Santo António do Baldio |
| Freguesia de Monsaraz | ♦ Monsaraz ♦ Barrada ♦ Ferragudo ♦ Motrinos ♦ Outeiro ♦ Telheiro |
| Freguesia de Reguengos de Monsaraz | ♦ Reguengos de Monsaraz ♦ Caridade ♦ Gafanhoeiras ♦ Perolivas |

Fonte: Município de Reguengos de Monsaraz, 2010.

Das freguesias que constituem o concelho, a freguesia de Reguengos de Monsaraz é a mais urbana, e é a sede do município.

Tabela 2 – Densidade populacional.

| Território | Densidade Populacional |
|-------------------------|-------------------------------|
| Concelho RM | 25hab/km ² |
| Alentejo Central | 23,3hab/km ² |
| Região Alentejo | 23,8hab/km ² |
| Portugal | 115,4hab/km ² |

Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região Alentejo 2009.

A densidade populacional no concelho de Reguengos de Monsaraz apresenta um valor aproximado ao da Região Alentejo e acima do valor do Alentejo Central (Tabela 2).

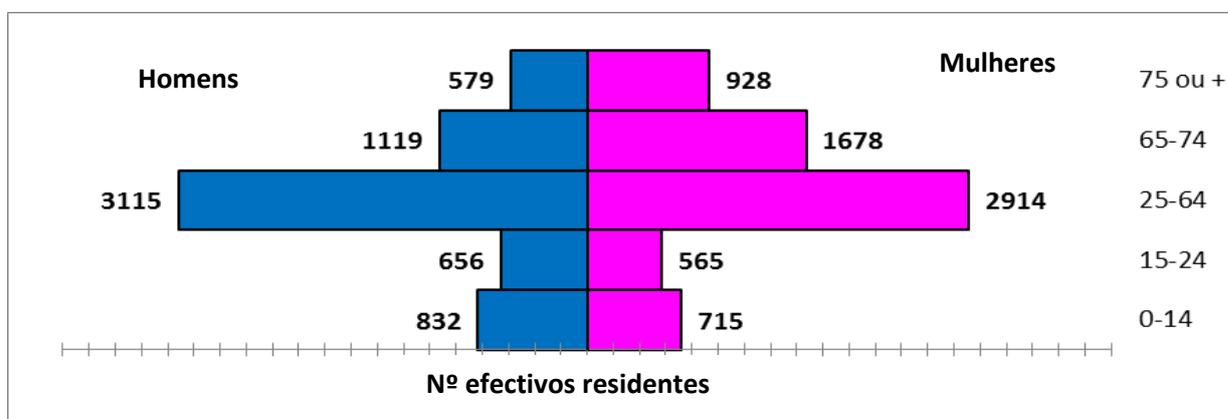
Tabela 3 - Indicadores demográficos

| Território | Taxa de Natalidade | Taxa de Mortalidade | Taxa de Fecundidade | Índice de Envelhecimento |
|-------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| | % | % | % | % |
| Concelho de RM | 9,2 | 13,4 | 43,8 | 180,8 |
| Alentejo Central | 7,8 | 13,2 | 35,7 | 179,1 |
| Região Alentejo | 8,3 | 13,8 | 37,8 | 173,2 |
| Portugal | 9,4 | 9,8 | 38,7 | 117,6 |

Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região Alentejo 2009

Relativamente à taxa de Natalidade, o concelho apresenta valores acima da Região Alentejo, muito próximos da média nacional. As taxas de Mortalidade e Fecundidade situam-se acima da média nacional. Esta tendência verifica-se igualmente em relação ao Índice de Envelhecimento, uma vez que o concelho apresenta valores claramente superiores (Tabela 3).

Figura 2 – Pirâmide Etária do concelho de Reguengos de Monsaraz



Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região do Alentejo 2009.

Da análise da Pirâmide Etária da população do concelho de Reguengos de Monsaraz (Figura 2), é evidente um envelhecimento tanto da base como do topo, indicando uma diminuição representativa dos grupos mais jovens e um aumento dos grupos mais velhos, o que corresponde ao “duplo envelhecimento” que segue a conjuntura nacional. A população residente, em 2009, é de 13101 efectivos (INE, Anuário Estatístico da Região Alentejo 2009).

Tabela 4 - Indicadores Demográficos das Freguesias do concelho de Reguengos de Monsaraz

| Índices | Campinho | Campo | Corval | Monsaraz | Reguengos de Monsaraz |
|---------------------------------------|-----------------|--------------|---------------|-----------------|------------------------------|
| Percentagem de jovens | 14,83 | 12,86 | 12,93 | 10,23 | 15,30 |
| Percentagem de Activos | 58,45 | 54,05 | 58,94 | 61,62 | 63,78 |
| Percentagem de Idosos | 26,72 | 33,09 | 28,14 | 28,15 | 20,92 |
| Índice de envelhecimento | 180,15 | 254,41 | 217,65 | 275,00 | 136,69 |
| Rácio de dependência de jovens | 25,37 | 23,79 | 21,94 | 16,61 | 24,00 |
| Rácio de dependência de Idosos | 45,71 | 61,23 | 47,75 | 45,68 | 32,80 |
| Rácio de dependência Total | 71,08 | 85,02 | 69,68 | 62,9 | 56,80 |

Fonte: INE, Censos 2001.

O envelhecimento populacional do referido concelho, é reiterado pelos indicadores de natureza demográfica representados na Tabela 4. No entanto, comparando os indicadores entre freguesias, os mesmos demonstram que a freguesia de Reguengos de Monsaraz tem uma população menos envelhecida (Tabela 4).

Perante a realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século, em que se observa uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas com qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida está relacionado com a auto-estima e o bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos como, a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as actividades diárias e o ambiente em que se vive. A qualidade de vida na terceira idade tem sido motivo de amplas discussões em todo o mundo, pois existe actualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global deste grupo populacional para que tenham um envelhecimento com dignidade (Torres, Reis & Fernandes, 2009).

Face às novas exigências decorrentes do envelhecimento global, verificou-se a necessidade de reavaliar e implementar novas políticas e programas de saúde.

O envelhecimento produtivo tem como objectivo combater a imagem actual dos idosos, que os apresenta como pessoas frágeis, dependentes e não produtivos, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens. A perspectiva do envelhecimento produtivo enfatiza em simultâneo os contributos prestados pelos idosos à sociedade, através dos bens que produzem e o bem-estar e qualidade de vida derivados do processo (Gonçalves, Martín, Guedes, Pinto & Fonseca, 2006).

O paradigma subjacente ao envelhecimento produtivo conceptualiza o envelhecimento sob uma perspectiva positiva, refutando estereótipos e valorizando o papel desempenhado pelos idosos, bem como os contributos que prestam.

O envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objectividade da saúde física, expandindo-se num *continuum* multidimensional. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas (Teixeira & Neri, 2008).

À incapacidade e dependência, o envelhecimento produtivo opõe uma imagem de saúde e bem-estar, onde a autonomia não só é possível como também desejável; o idoso não é apenas um personagem vulnerável e passivo, mas também um agente activo no seu envelhecimento, podendo continuar a tomada de decisão de modo significativo (Gonçalves, et al, 2006).

As estratégias promotoras de um envelhecimento activo podem ser estruturadas em torno de quatro aspectos essenciais: (I) meio familiar, onde os papéis são desempenhados através da transferência de tempo, da translação de dinheiro e da função educativa dos netos; (II) promoção social, maioritariamente nos programas de voluntariado sénior e nos programas intergeracionais; (III) trabalho sénior, no âmbito rural e dos serviços; (IV) meio político (Gonçalves, et al, 2006).

O desenvolvimento de actividades em grupo constitui uma estratégia primordial, uma vez que facilitam o exercício da autodeterminação e independência, podendo funcionar como rede de apoio que mobiliza os idosos na busca de autonomia e sentido para a vida. Os grupos favorecem também a elevação da auto-estima, o senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade. No convívio social criam-se vínculos que possibilitaram o surgimento de organizações promovendo a inclusão social (Souza & Lautert, 2008).

Assim, a participação em actividades em grupo, como acontece nas Universidades Sénior, representa para os idosos um espaço de educação em saúde, no qual é estimulado o desenvolvimento de práticas de auto cuidado, que facilitam o exercício da autonomia, tanto na prevenção das capacidades funcionais, quanto na manutenção das actividades de vida diárias (Monte, 2009)

As Universidades Sénior ou Universidades da Terceira Idade (UTIs) surgiram como movimento específico de ensino para os adultos ou seniores, em França na década de 70, e depressa se propagaram à escala mundial.

Em 1976 surgiu a primeira Universidade Sénior em Portugal (Lisboa), designadamente a Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa. Em 2010 existiam 155 Universidades Sénior registadas na Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS) em Portugal (RUTIS, 2010).

De acordo com o Regulamento Geral das UTIs (Cap. III, Artigo 4º, p.1) as Universidades Sénior são uma “resposta sócio-educativa, que visa criar e dinamizar com regularidade, actividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de cinquenta anos de idade”. Segundo Jacob (2007), as Universidades Sénior são uma resposta social porque combatem o isolamento e a exclusão dos mais idosos, principalmente a seguir à reforma; incentivam a participação dos seniores na sociedade; divulgam direitos e oportunidades que existem para esta população; reduzem o risco de dependência e são um pólo de convívio.

As Universidades Sénior são o modelo de formação de adultos com maior sucesso a nível mundial, proporcionando-lhes um grande leque de actividades culturais, recreativas, científicas e motivando-os para a aprendizagem (Pinto, 2007). Para o mesmo autor, a chave de sucesso destas instituições é o facto de diferirem de país para país, de região para região, de acordo com as particularidades de cada população.

Existem quatro modelos de organização das UTIs, no entanto, o modelo francês e o modelo inglês são os principais.

O modelo francês tem por base logística uma Universidade Tradicional, que segue um modelo mais formal de ensino; os professores são remunerados; privilegia a pesquisa e investigação; pode criar cursos superiores e de pós-graduações para seniores e garante a certificação (Jacob, 2007).

Por sua vez, no modelo inglês, as UTIs emanam de organizações sem fins lucrativos; aproxima alunos e professores, existindo uma maior participação dos alunos na gestão da Universidade Sénior; os professores são voluntários; não garante a certificação; os programas têm uma vertente mais social e recreativa e segue um modelo não formal de ensino (Jacob, 2007).

Em Portugal, as Universidades Sénior têm como fundamento o modelo inglês, privilegiando o convívio, a entreajuda, o voluntarismo, em detrimento da certificação ou aprendizagem.

Para Pinto (2007) o modelo das Universidades Sénior existente em Portugal assegura, de uma forma muito particular e digna, a qualidade de vida intelectual, emocional e social dos seniores.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Estágio de Natureza Profissional decorreu na USRM. Esta instituição foi criada em Setembro de 2007, pela Associação de Defesa dos Interesses de Monsaraz (ADIM) possuindo um Regulamento Interno próprio. A ADIM é uma entidade sem fins lucrativos, orientada para a defesa dos interesses de ordem cultural, social, económica, patrimonial e ambiental da freguesia de Monsaraz (concelho de Reguengos de Monsaraz).

A USRM constitui-se como uma valência de âmbito social e educativo, não governamental e sem fins lucrativos, que tem como objectivos: oferecer aos alunos um espaço de vida socialmente organizado e adaptado às suas idades, para que possam viver de acordo com a sua personalidade e relação social; proporcionar aos alunos a frequência de aulas e cursos onde os seus conhecimentos possam ser divulgados, valorizados e ampliados; desenvolver actividades promovidas para e pelos alunos; criar espaços de encontro na comunidade que se tornem incentivos e estímulos a um espírito de convivência e de solidariedade humana e social; divulgar e preservar a história, cultura, tradições e valores locais; fomentar e apoiar o voluntariado social; desenvolver acções de formação social, pessoal e profissional para toda a comunidade (Regulamento Interno da USRM, Capítulo II, Artigo 2º, 2010).

Para poder frequentar esta Universidade Sénior existem condições de admissão específicas: ter mais de 55 anos de idade; possuir robustez física e psíquica adequada à realização das actividades; concordância do utente com os princípios, valores e as normas regulamentares da Instituição; preenchimento da ficha de inscrição e do contrato de prestação de serviços e ser associado da ADIM.

A USRM admite pelo menos 20 alunos, de ambos os sexos por cada ano lectivo. Cada disciplina tem de ter pelo menos 12 alunos inscritos, bem como um mínimo de 8 participantes por aula, de modo a poder funcionar.

Esta instituição de ensino não formal organiza os seguintes serviços de animação sócio-cultural: aulas teóricas e práticas de diversas disciplinas; seminários e cursos multidisciplinares; passeios e viagens culturais; grupos recreativos; divulgação e informação de serviços destinados aos seniores; e actividades de interesse dos estudantes.

No presente ano lectivo existem várias disciplinas na USRM das quais se destacam: Inglês, Artes Plásticas, Tecnologias da Informação e Comunicação, Danças Tradicionais, Dinâmicas de Vida, Artes Plásticas, História e Memória Activa.

As aulas funcionam de Segunda a Sexta-feira das 9 às 18 horas. As restantes actividades funcionam igualmente nos mesmos dias da semana, em horários previamente combinados com os estudantes. O período lectivo inicia-se em Outubro e termina em Junho, com interrupção no Natal, Carnaval e Páscoa.

As inscrições nesta instituição são anuais e implicam o pagamento de vinte euros, que inclui o seguro de acidentes escolar. Requer ainda o pagamento de quinze euros mensais para um conjunto de quatro disciplinas, que são de livre escolha por parte do aluno, de acordo com as disciplinas disponíveis. Caso o aluno pretenda auferir de outra disciplina, além do conjunto de quatro, terá um valor suplementar de cinco euros mensais.

As receitas da USRM são as mensalidades dos alunos, as comparticipações de entidades públicas ou privadas, os donativos ou patrocínios e a venda de serviços ou produtos.

Esta Universidade Sénior define no seu Regulamento Interno os direitos e deveres dos estudantes que frequentam as suas actividades. Os deveres passam por manter um bom relacionamento com os outros estudantes, professores e funcionários e com a instituição em geral; pagar atempadamente as mensalidades e o seguro escolar; receber um recibo dos valores entregues; participar activamente nas actividades da USRM que lhe agradem; cumprir o regulamento, os valores e ideário da instituição.

Os seus direitos são: conhecer o regulamento da instituição; participar e abandonar a Universidade Sénior por vontade própria; participar activamente nas actividades promovidas; individualidade e confidencialidade e reclamar ou indicar sugestões sobre os serviços prestados.

Por sua vez, a USRM tem como deveres: assegurar a boa manutenção das instalações e dos serviços; cumprir e fazer cumprir o regulamento; assegurar o normal funcionamento das actividades; respeitar os deveres dos estudantes; promover um seguro escolar e criar um meio de identificação dos alunos.

A USRM, como instituição de Ensino não formal na Comunidade e enquadrada no modelo vigente em Portugal, não garante a certificação de competências e não avalia.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A USRM tem a sua sede no Palácio Rojão em Reguengos de Monsaraz, onde tem disponibilizadas duas salas, para desenvolver as suas actividades. A sala 1 está equipada com diversas mesas, cadeiras, armários, televisão, vídeo, projector, tela de projecção e computador. A sala 2 é, habitualmente, utilizada para as actividades de Artes Plásticas e possui diversas cadeiras e mesas, cavaletes, telas e lava loiça.

As aulas de Tecnologias da Informação e Comunicação são leccionadas na sala de informática da Escola Secundária Conde Monsaraz. Esta sala possui vários computadores, mesas, cadeiras, projector e tela de projecção.

A USRM utiliza uma sala do Ginásio *Fit Club* em Reguengos de Monsaraz para as actividades de Danças Tradicionais. Foi estabelecida uma parceria com a direcção deste Ginásio, que cedeu a sala e todo o material necessário ao desenvolvimento das actividades programadas.

A Universidade Sénior possui diversos recursos humanos que permitem o seu bom funcionamento. A Direcção da ADIM é o órgão político da USRM, e nomeia o Coordenador responsável pelas actividades da Universidade e pela sua representação.

A USRM conta com a colaboração de 9 professores, 2 colaboradores da ADIM (que dão apoio logístico e administrativo) e vários professores e individualidades convidadas, todos em regime de voluntariado.

2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com Hesbeen (2001), as competências em Enfermagem pressupõem um conjunto de conhecimentos, de capacidade de acção e de comportamentos estruturados, em função de uma finalidade que permite o agir em cada contexto. Para o mesmo autor, estas competências apresentam-se em três vertentes básicas: o saber agir, o poder agir e o querer agir; que se resumem a um conjunto de saberes: o saber fazer, o saber ser e o saber estar.

A definição das competências do Enfermeiro Especialista tem por base os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais. Neste sentido, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996, artigo 4º, alínea 3), o Enfermeiro Especialista está

habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010a, p.2), o Enfermeiro Especialista 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.

A intervenção do Enfermeiro Especialista compromete-o a exercer a sua profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visam melhorar a qualidade de cuidados e dos serviços de enfermagem (Romão, Dias & Cordeiro, 2006).

O Enfermeiro Especialista assume um importante papel de referência no seio das equipas de trabalho, através do reconhecimento das suas valências, tornando-se um profissional indispensável (Romão, et al, 2006).

Independentemente da sua área de especialização, os enfermeiros especialistas partilham quatro domínios de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o Enfermeiro Especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo, actuar em todos os contextos de vidas das pessoas e em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A Ordem dos Enfermeiros em 2010 estabeleceu competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que deverá adquirir ao longo do percurso de formação especializada.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária adquire competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção comunitária, com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades. Promove igualmente o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e continuados aos indivíduos/grupos/comunidades, independentemente do contexto socioeconómico (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, detentor de competências específicas, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder, de forma apropriada, às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Neste sentido, o Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” permitiu a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, nos diversos domínios, como também competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO

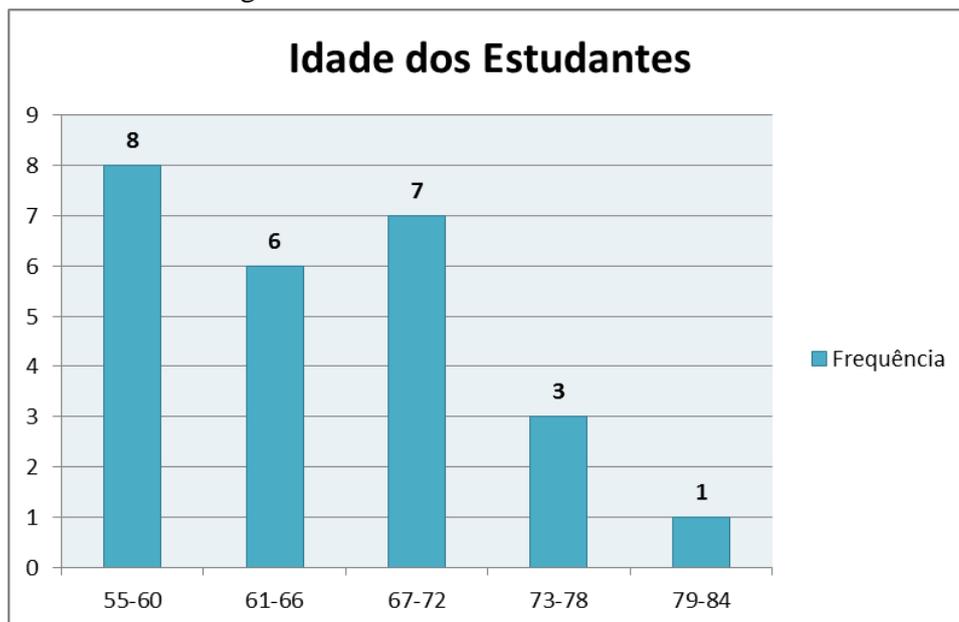
De acordo com Fortin (1999), a população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

A caracterização da população da Universidade Sénior foi realizada a partir de dados disponibilizados pela Direcção da USRM referentes ao ano lectivo 2010/2011.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO DA USRM

A população da USRM, no ano lectivo actual, é de 25 estudantes.

Figura 3 – Idade dos estudantes da USRM.

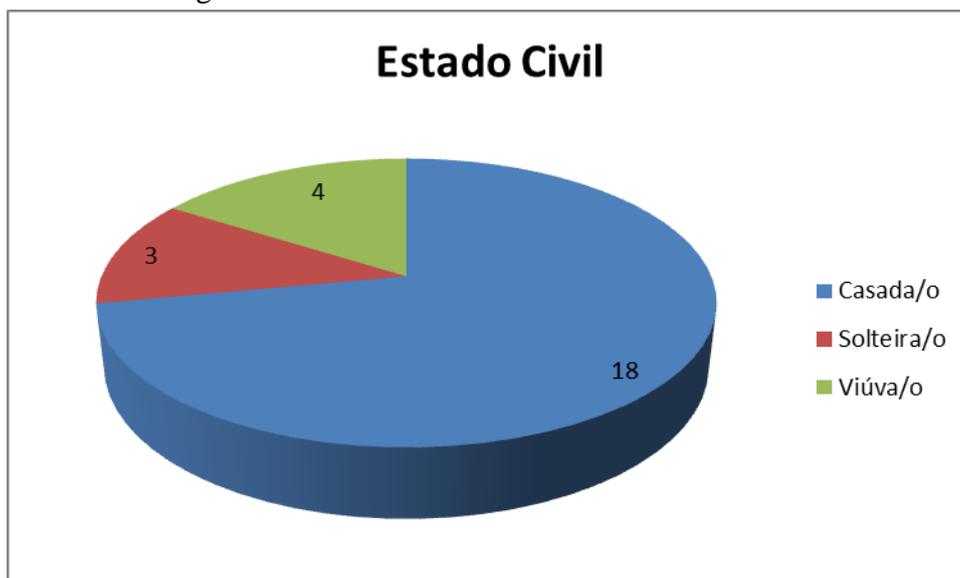


Fonte: Direcção da USRM, 2010.

De acordo com a Figura 3, verifica-se que a idade dos estudantes da USRM, está compreendida, maioritariamente, entre os 55-60 e os 67-72 anos, com uma frequência de 8 e 7 respectivamente. De acordo com o Núcleo de Investigação Sénior (2008), num estudo realizado para caracterização das UTIs em Portugal, a idade da maioria dos estudantes situa-se entre os 60 e os 69 anos de idade.

Relativamente ao sexo, todos os estudantes (25) são do sexo feminino. De acordo com Jacob (2007) existe uma grande predominância de estudantes do sexo feminino a frequentar as Universidades Sénior.

Figura 4 – Estado Civil dos estudantes da USRM.



Fonte: Direcção da URM, 2010.

Atendendo à Figura 4, consta-se que a grande maioria da população (18) são pessoas casadas, a contrastar com apenas 3 que são solteiras. De acordo com o CEDRU (2008) a maioria dos idosos em Portugal são casados.

Figura 5 – Habilitações Literárias dos estudantes da USRM.

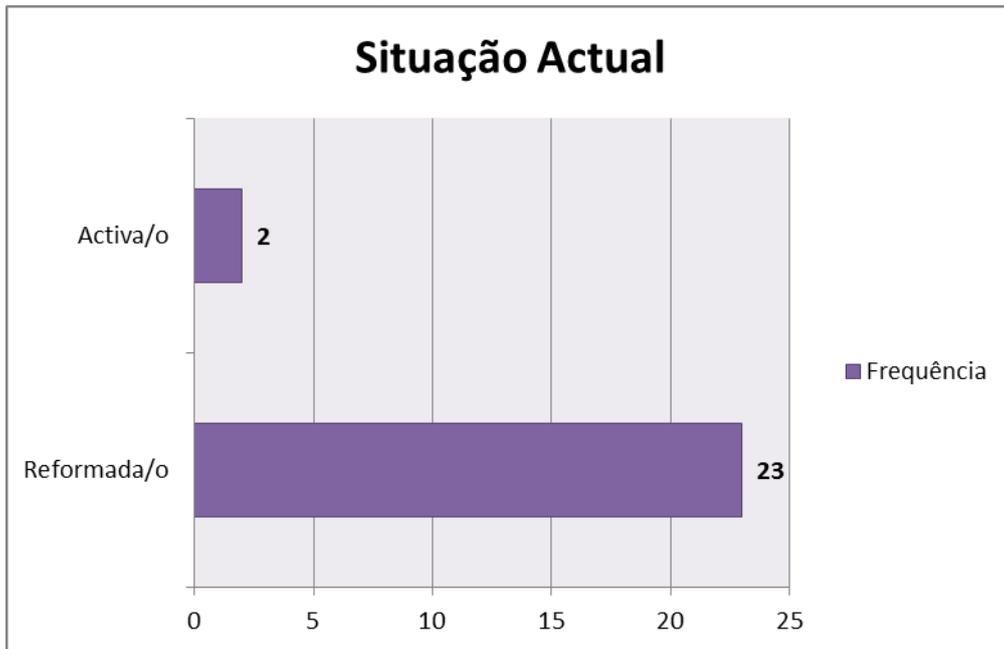


Fonte: Direcção da USRM, 2010.

No que concerne às habilitações literárias dos estudantes, verifica-se o Ensino Superior predomina as habilitações literárias dos estudantes (11), seguido do 3º Ciclo com 7. De realçar que apenas 1 estudante tem o 1º Ciclo como habilitações literárias (Figura 5).

As habilitações literárias dos estudantes da USRM contrastam com a média nacional das Universidades Sénior. De acordo com o Núcleo de Investigação Sénior (2008), num estudo realizado para caracterização das UTIs em Portugal, a maioria dos estudantes tem como habilitações literárias o 2º e o 3º Ciclo, existindo apenas uma minoria que tem curso superior.

Figura 6 – Situação Actual dos estudantes da USRM.



Fonte: Direcção da USRM, 2010.

Através da análise do Figura 6, conclui-se que a grande maioria da população é reformada (23), verificando-se que apenas 2 estão activos profissionalmente, o que corrobora Jacob (2005), segundo o qual 80% dos estudantes que frequentam as Universidades Sénior são reformados.

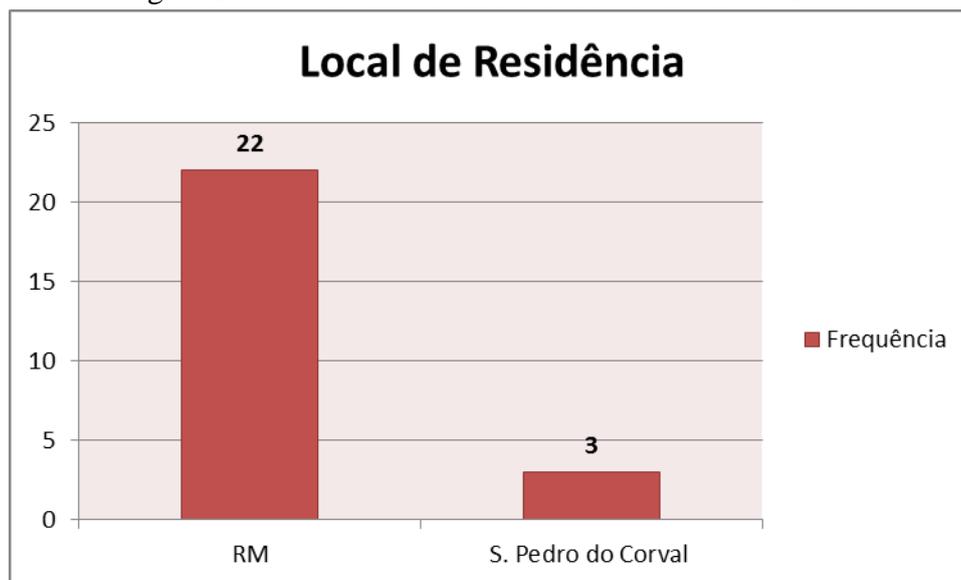
Figura 7 – Actividade Profissional exercida pelos estudantes da USMR.



Fonte: Direcção da USRM, 2010.

Em relação à actividade profissional exercida pelos estudantes antes de se reformarem (Figura 7), verifica-se que é bastante diversificada. De salientar que 8 estudantes foram Professoras do 1º Ciclo, 8 Domésticas e 3 Funcionárias Públicas.

Figura 8 – Local de Residência dos estudantes da USRM.



Fonte: Direcção da URM, 2010.

De acordo com a Figura 8, é possível constatar que 22 dos estudantes residem em Reguengos de Monsaraz, localidade onde está sediada a USRM e apenas 3 residem em São Pedro do Corval, freguesia rural do concelho de Reguengos de Monsaraz.

Esta situação, poderá estar relacionada com a grande dispersão geográfica das várias freguesias rurais do concelho de Reguengos de Monsaraz. A localidade de São Pedro do Corval dista apenas 6 km de Reguengos de Monsaraz, o que poderá reforçar a questão da proximidade.

3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO- ALVO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária identifica as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto social, económico e político (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

De acordo com Tavares (1990, p.51) a necessidade “exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir (...) e representa o necessário para remediar o problema identificado”.

Assim, a etapa da identificação das necessidades é determinante para a aplicação da metodologia do Planeamento em Saúde, uma vez que vão tornar pertinentes as acções a desenvolver.

Tavares (1990), considera esta etapa bastante importante, porque permite sensibilizar e motivar os diversos profissionais para a importância do trabalho a desenvolver e dos problemas sobre os quais se pretende intervir.

Para a identificação das necessidades dos estudantes da USRM, foi utilizado um questionário e a técnica de Aproximação por Informadores-Chave.

No final do ano lectivo 2009/2010 foi aplicado pelo Coordenador da Universidade Sénior um questionário de avaliação das actividades desenvolvidas, permitindo desta forma recolher sugestões para o ano lectivo seguinte. Após o tratamento dos dados, concluiu-se que uma grande parte dos estudantes inscritos demonstrava interesse numa disciplina da área da Saúde.

A técnica de Aproximação por Informadores-Chave (enquanto técnica de pesquisa de consenso), permite conhecer as impressões de um perito na área (informador-chave) sobre determinado assunto (Tavares, 1990). Os informadores-chave utilizados no projecto foram alguns dos professores e colaboradores da USRM, segundo os quais, os estudantes mencionavam diversas vezes a necessidade de incluir uma disciplina na área da saúde, nas actividades promovidas pela instituição.

As necessidades identificadas pelos estudantes enquadram-se nas actuais políticas de saúde, bem como no contexto das Universidades Sénior.

Assim, o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010 preconiza a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo (informar e encorajar para a prática de actividade física moderada regular, para a estimulação das funções cognitivas - memória -, para o incentivo de uma boa nutrição, bem como para a adopção de comportamentos saudáveis e para a vivência de uma reforma activa), tendo em conta as diferenças relativas à idade e ao género.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004 – 2010) estabelece estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento activo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a acção de acordo com a idade, as especificidades de género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema.

No Regulamento Geral das UTIs é reconhecido que uma das finalidades das UTIs é a Educação para a Saúde (Artigo 5º) e que devem desenvolver actividades que visem a promoção da Saúde (Artigo 9º).

Neste sentido, a disciplina de SEB, responderá às necessidades expressas dos estudantes da USRM, ao mesmo tempo que permite contribuir para o Envelhecimento Activo desta população, nos seus diversos domínios (físico, cognitivo, relacional e emocional).

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

As Universidades Sénior, de modo geral, nos últimos anos, têm sido alvo de alguns estudos, na maioria das vezes, relacionados com as representações das Universidades Sénior e a importância das mesmas na qualidade de vida dos seniores. O mesmo não se verificou na USRM, que no seu período de existência nunca foi alvo de qualquer tipo de estudo.

Num estudo realizado por Marconcin & Real (2010) sobre “A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjectivo e a prática da actividade física em idosos”, realizado a 17 estudantes de três Universidades Sénior do Porto, concluiu-se que a participação nas US significava a possibilidade de ampliarem a rede de relações sociais, pois poderiam encontrar novos amigos, trocar experiências, sentirem acolhidos, o que também proporciona bem-estar. No mesmo estudo concluiu-se que as Universidades Sénior incluem actividades desportivas nos seus currículos, pois dessa forma podem permitir aos idosos ingressarem numa actividade desportiva que lhes proporcione melhores condições de saúde global, e maior bem-estar.

Jacob (2005) realizou um estudo com 100 estudantes das US de Almeirim e Lisboa com o objectivo de avaliar a “importância das US na qualidade de vida dos seniores em Portugal”, com a aplicação da versão portuguesa do questionário SF-12, versão abreviada do SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form 36) da OMS. As principais conclusões deste estudo salientaram que 76% dos estudantes que frequentavam as US tinham uma boa qualidade de vida e que 6% dos alunos referiam sensação de depressão.

3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Decidida a pertinência da temática, foi realizado um contacto inicial com a Direcção da USRM no sentido de apresentar o Projecto de Intervenção Comunitária “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” no contexto de um estágio de natureza profissional da Universidade de Évora para a obtenção do grau de Mestre.

O projecto foi aceite de imediato pela Direcção (Anexo A), uma vez que pretendia desenvolver novas actividades no ano lectivo 2010/2011 e acima de tudo porque colmatava as necessidades expressas pela população – alvo, em conjunto com a opinião dos restantes professores e colaboradores (informadores-chave).

Dado que o projecto foi aceite, com a implementação da disciplina de SBE, o recrutamento foi feito através de inscrição na disciplina. As inscrições estiveram abertas durante o período de 30 de Setembro e 20 de Outubro de 2010.

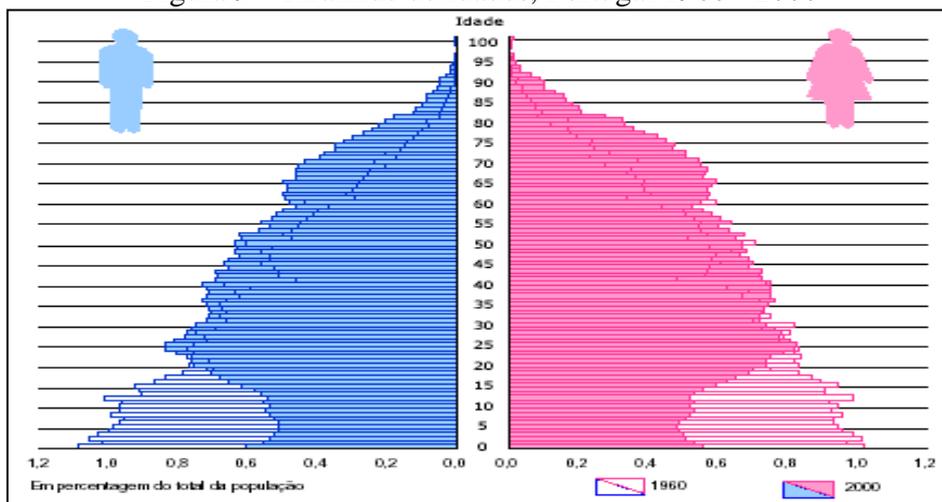
Durante o período formal de inscrições, foram desenvolvidas várias estratégias de divulgação do projecto, nomeadamente: cartazes, rádio, jornal local e Web (site e *facebook* da ADIM).

De salientar que a USRM, além do período inicial, mantém as inscrições abertas durante todo o aluno lectivo. Assim, considerou-se fundamental continuar a apostar na divulgação, no sentido de cativar novos estudantes, ao longo do ano. O que explica o número de estudantes variável nas várias sessões.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

A partir da segunda metade do século XX emergiu um novo fenómeno social nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico, que se traduz pelo aumento da proporção de pessoas idosas na população total, reflectindo as modificações na estrutura das pirâmides etárias (Figura 9).

Figura 9 – Pirâmide de Idades, Portugal 1960 - 2000



Fonte: INE, 2001

Portugal, à semelhança dos outros países do sul da Europa, apresenta uma estrutura etária cada vez mais envelhecida, devido a uma multiplicidade de factores, nomeadamente: declínio da natalidade, fecundidade, mortalidade e mortalidade infantil; aumento da esperança média de vida; movimentos migratórios; casamento tardio; filhos tardios; maior participação da mulher no mercado de trabalho; novas configurações familiares; generalização dos métodos contraceptivos; aumento dos encargos sociais; melhoria das condições sócio-económicas e ambientais; melhoria das condições de saúde e novas tecnologias na área da saúde (Moura, 2006).

O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres (DGS, 2006).

No mesmo sentido, o INE (2001) estima que até 2050 a população de todas as regiões envelhecerá, podendo mesmo o Índice de Envelhecimento situar-se nos 398 idosos por cada 100 jovens (INE, 2001).

Estudos demonstram que em Portugal o número de idosos aumentou consideravelmente de forma desigual, verificando-se zonas de grande assimetria da distribuição da população idosa, da região litoral para o interior (DGS, 2006).

Ao nível nacional, este fenómeno apresenta disparidades regionais, resultantes de diferentes comportamentos, nomeadamente, ao nível da fecundidade e dos fluxos migratórios. Com efeito, nas últimas décadas as Regiões Centro e Alentejo têm-se confrontado com elevados Índices de Envelhecimento populacional, em muito associados ao forte êxodo rural de populações jovens e em idade activa (CEDRU, 2008).

De acordo com a DGS (2006) o Alentejo foi considerado a região com maior Índice de Envelhecimento e de Dependência de Idosos.

A OMS conceptualiza o idoso pela idade e grau de desenvolvimento do seu país, propondo para os países desenvolvidos um limite de sessenta e cinco anos ou mais e para os países em desenvolvimento sessenta anos ou mais.

O processo de envelhecimento demográfico repercute-se nas esferas da estrutura social, económica, política e cultural, uma vez que os idosos possuem necessidades específicas, tornando-se uma questão extremamente relevante para a sociedade como um todo.

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de factores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural (Moreira, Jalles & Reinaldo, 2007).

Segundo Salgueiro (2005, p.37), o envelhecimento é “um processo biológico progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional que é vivido de forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo”.

Nunes (2005, p.65), considera que “envelhecer é antes de mais uma arte, ou seja, uma capacidade de interpretar em cada momento a vida existencial no seu percurso para a morte”. Para o mesmo autor “envelhecer não é uma involução que isola, é antes um desenvolvimento que socializa; é tomar a consciência de si, é encontrar-se, é a moderação do ego, é conhecer as limitações do corpo” (Nunes, 2005, p.65).

O processo de envelhecimento pressupõe uma capacidade de adaptação por parte dos idosos, a determinadas alterações características do próprio envelhecimento, designadamente a aposentação, as alterações financeiras, mudanças do ritmo quotidiano, alterações nas relações sociais e as alterações físicas. A maior capacidade de adaptação a estas mudanças, permite aos indivíduos promover a sua própria saúde, autonomia e independência (Oliveira, 2008).

A forma como se envelhece e a maior ou melhor valorização que é dada a esse processo, depende mais das sociedades humanas do que da natureza. De acordo com as culturas, com os modos de vida, com os meios científicos, médicos e tecnológicos, assim varia o modo como se vivência esse período.

A adaptação ao envelhecimento é o equilíbrio entre ganhos e perdas, não em quantidade mas em benefícios pessoais.

Das perdas possíveis na terceira idade, salienta-se a doença, a redução da mobilidade, a perda da autonomia, a inactividade, a diminuição de contactos familiares e sociais, a alteração dos hábitos, a solidão e o isolamento. Dos ganhos que se verificam, e que vêm aperfeiçoar e colmatar muitas destas perdas, evidenciam-se: o alívio da tensão e obrigações do trabalho, ocupação do tempo livre com mais prazer e a realização de tarefas que foram deixadas para mais tarde (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que se constitua como uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma durante o maior número de anos, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Requer ainda 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, 2006).

Perante as proporções que o envelhecimento populacional está a atingir, o principal desafio que se impõe às sociedades contemporâneas, consiste em permitir que os indivíduos não só morram o mais tardiamente possível, como também desfrutem de uma velhice com qualidade de vida.

Uma “boa saúde” é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter a qualidade de vida e continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (DGS, 2006).

Com o intuito de “combater” o estigma associado ao processo de envelhecimento e de promover a participação e autonomia dos idosos, a Direcção Geral de Saúde (DGS) estabeleceu em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas, integrado no Plano Nacional de Saúde (2004 – 2010), que assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida.
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas.
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Este Programa pretende promover um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida, criar respostas adequadas às novas necessidades da população idosa, estimulando as suas capacidades e a sua participação activa na promoção da saúde, autonomia e independência (DGS, 2006).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) surgiu na sequência da 2ª Assembleia Mundial das Nações Unidas de Madrid, em 2002, realizada com o objectivo de discutir o impacto do rápido envelhecimento global e propor políticas específicas para esse grupo etário, tendo como prioridade o envelhecimento activo e a inclusão de todos os indivíduos com papel activo na sociedade.

A forma de envelhecimento activo é complexa e refere-se à capacidade de adaptação, dos idosos, perante as perdas que se verificam na velhice, através da procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio, face ao declínio de possibilidades e de oportunidades. Este envelhecimento de sucesso pode ser atingido com a escolha de estilos de vida que visam a satisfação do objectivo da manutenção da integridade física e mental. (Paúl & Fonseca, 2005).

Fontaine (2000) caracteriza o envelhecimento de sucesso à luz da abordagem “multicritério”, onde se destacam a longevidade, a saúde biológica, mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade, o controlo pessoal, a conservação da autonomia e o bem-estar subjectivo, como itens necessários a este envelhecimento.

Para que o envelhecimento seja de sucesso e constitua uma experiência positiva, a OMS (2002) adoptou o termo “Envelhecimento Activo”, entendido como um processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e autonomia, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

O conceito “activo” respeita à participação contínua do indivíduo nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e não só à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho (DGS, 2006).

Almeida (2008, p.3), considera o envelhecimento activo como “(...) o conjunto de atitudes e acções que podemos ter no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades que envelhecer inevitavelmente acarreta”.

Tendo em conta os determinantes comportamentais do envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado são fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive.

Segundo este paradigma, o envelhecimento deve ser fomentado através de acções capazes de dotar os indivíduos de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm sobre a sua vida, a promoção de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia, assumem-se como uma prioridade (Ribeiro & Paúl, 2011).

A perspectiva do envelhecimento activo enfatiza em simultâneo os contributos prestados pelos idosos à sociedade, através dos bens que produzem, o bem-estar e a qualidade de vida derivados do processo (Gonçalves, et al, 2006).

4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com Tavares (1990, p.117), objectivo “(...) é uma determinada situação que se pretende atingir, (...) sendo formulado de uma maneira genérica”.

Assim, tendo como sustentáculo os contributos teóricos apresentados anteriormente, o objectivo da intervenção profissional do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foi:

-“Promover o Envelhecimento Activo dos estudantes da USRM”.

Pretende-se, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida, consolidação dos direitos sociais e afirmação do grupo das pessoas com mais idade como um forte potencial social, económico e cultural.

Para fomentar um envelhecimento activo são necessárias estratégias, que protejam a saúde e o bem-estar dos idosos e desenvolvam programas de promoção da saúde e prevenção da doença, apostando em cuidados equitativos e dignos.

As Universidades Sénior têm um papel primordial na promoção do envelhecimento activo, melhorando não apenas as oportunidades de saúde, mas essencialmente as de participação e de segurança. Através das actividades que desenvolvem, são um exemplo de como se pode contribuir para um envelhecimento activo, no sentido em que as suas competências e conhecimentos são constantemente valorizados (Monte, 2009).

4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.48), objectivo específico consiste no “(...) enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo” .

Os objectivos a atingir com a população - alvo do projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foram:

- Implementar a disciplina de SBE;
- Desenvolver medidas de promoção da saúde e prevenção da doença.

A implementação de uma disciplina do âmbito da saúde visava colmatar uma necessidade específica dessa população. A disciplina de SBE promove um ambiente capacitador, como definido no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, no Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas, utilizando a Promoção da Saúde, como processo de capacitação dos estudantes da USRM.

As políticas de saúde têm, progressivamente, desenvolvido esforços relativamente ao conceito de doença e sua prevenção, através de três níveis de actuação – prevenção primária, secundária e terciária.

O nível de prevenção primária tem como objectivo prevenir a morbilidade, através da redução dos factores de risco ou do aumento dos factores de protecção. O nível da prevenção secundária pretende detectar a doença o mais precocemente possível, de modo a aumentar as probabilidades de um tratamento eficaz ou de cura da doença. Por último, a prevenção terciária actua ao nível do controlo ou cura de uma doença, através do diagnóstico e tratamento oportunos (Dias & Duque, 2004).

A Promoção da Saúde, através da Educação para a Saúde, é tida como uma “chave de ouro” para o sucesso das políticas de saúde e é identificada como estratégia fundamental para obter ganhos em saúde (Martins, 2005).

A Educação para a Saúde é assim um elemento indispensável a cada sociedade, permitindo aos seus membros adquirir os conhecimentos e as competências individuais e colectivas, necessárias à aquisição de estilos e hábitos de vida saudáveis.

A declaração de Alma-Ata, resultante da conferência organizada pela OMS (1978) subscreveu que “os povos têm o direito e o dever de participar, individualmente e colectivamente, do planeamento e execução dos cuidados de saúde”. Estabeleceu como meta de saúde para o ano 2000, que todos os povos do mundo deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva e responsabilizou os governos pela saúde das suas populações. A referida declaração considerou como prioridade em Cuidados de Saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a Saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

Em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde de Ottawa, surgem os fundamentos do desígnio da educação para a saúde. A promoção da saúde é então traduzida no processo de habilitar os indivíduos para aumentarem a sua capacidade de controlo sobre a sua saúde, melhorando-a, no sentido de alcançarem um estado de completo bem-estar físico, psíquico, social, individual ou comunitário.

Neste pressuposto, o indivíduo ou a comunidade, devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a alterar ou lutar contra o meio que lhes seja desfavorável.

Actualmente, a Educação para a Saúde é tida como um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais, sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto.

Ferreira (2006a, p.20), considera a Educação para a Saúde como um “conjunto de actividades/experiências com fins educativos, que permite: promover comportamentos saudáveis; reduzir comportamentos nocivos; educar a população, de acordo com as suas características específicas, (...) e desenvolver um papel activo no âmbito da saúde em cada indivíduo”.

Neste sentido, o objectivo major da educação para a saúde, é melhorar a saúde dos indivíduos e comunidades, através da aquisição voluntária de valores, atitudes e competências, motivando mudanças de comportamento e estilos de vida saudáveis.

Assim, a Educação para a Saúde, exige uma visão holística, que engloba uma abordagem global e particular do indivíduo, na sua componente biológica, psicológica, social e mental, em constante interacção com o mundo envolvente. A Educação para a Saúde foi então a base das sessões desenvolvidas na disciplina de SBE, com o intuito de promover a capacitação dos estudantes da USRM.

Actualmente, o processo que traduz a aquisição de conhecimentos e competências, por parte do indivíduo, que promove um acréscimo de poder e controlo, claramente explicitados através da participação e tomada de decisão efectiva designa-se: *empowerment* (Mesquita, 2007).

De acordo com Rodrigues, Pereira & Barroso (2005), *empowerment* é um processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, tendo em vista a melhoria das suas vidas e das suas comunidades, através da acção sobre assuntos e problemas considerados importantes. Nesta perspectiva os indivíduos ganham consciência das suas capacidades, aprendem a colocar os recursos comunitários ao seu serviço e a ganharem autoconfiança. É assim um processo que permite dar voz aos que são, habitualmente, silenciados (Rodrigues, et al, 2005).

Ao mesmo tempo, pretendeu-se que a disciplina de SBE incluísse medidas de promoção da saúde e prevenção da doença nos vários domínios (físico, mental, emocional e social) favorecendo assim um Envelhecimento Activo.

Promover a saúde significa que, colectiva e individualmente, os indivíduos procuram controlar os processos que actuam sobre a sua saúde e a saúde da sua comunidade, e procuram melhorá-la, com vista ao bem-estar.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De acordo com Tavares (1990), um projecto de Intervenção Comunitária deverá especificar as intervenções que o constituem. Para o mesmo autor, as intervenções devem ser definidas em função dos objectivos estabelecidos, de modo a rentabilizar os recursos.

5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” incluiu diversas intervenções para a sua operacionalização, que são apresentadas de seguida.

Reunião com a Direcção da USRM

No dia 30 de Setembro de 2010 foi realizada uma Reunião com os elementos que compõem a Direcção da USRM, com o intuito de apresentar o Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...”, demonstrar a sua pertinência e actualidade, envolver a direcção na sua implementação e incentivar à participação do mesmo. De acordo com Tavares (1990, p.196), “o envolvimento de organismos contribui para a aceitabilidade do projecto entre a população beneficiária”. Para o mesmo autor “tais organismos são agentes promotores e facilitadores da sua implementação” (Tavares, 1990, p.196).

Após a realização da reunião, a direcção da USRM deu parecer favorável à implementação do Projecto e demonstrou bastante interesse em relação ao mesmo, uma vez que ia ao encontro de uma lacuna detectada pela própria instituição. A reunião foi precedida de um contacto telefónico e por escrito através de carta (Anexo B).

Reunião com os Professores e Colaboradores da USRM

Após a aprovação do projecto pela direcção da USRM foi realizada uma Reunião com os professores e colaboradores da USRM no dia 4 de Outubro de 2010. Esta intervenção foi realizada a fim de dar a conhecer aos recursos humanos da Universidade Sénior o projecto e incentivá-los também para a participação no mesmo.

Estabelecimento de parcerias

O estabelecimento de parcerias com os agentes comunitários é uma intervenção determinante em qualquer projecto de intervenção comunitária.

A parceria é definida como a distribuição informada, flexível e negociada de poder entre todos os intervenientes nos processos de mudança, para uma melhor saúde da comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Para as mesmas autoras, o estabelecimento de parcerias implica a participação activa da comunidade, em que o poder é partilhado no processo de identificação das necessidades, planeamento, implementação e avaliação da intervenção (Stanhope & Lancaster, 2011).

Foi atendendo as estas premissas que se estabeleceram várias parcerias com os agentes da Comunidade de Reguengos de Monsaraz.

Inicialmente foi feito um contacto por escrito, através de carta (Anexo C) com cada agente, com o intuito de apresentar o projecto. Posteriormente foi estabelecido um contacto presencial (no período de 1 a 8 de Outubro 2010) para incentivar os agentes da comunidade a participar no projecto, oficializar o estabelecimento das parcerias e definir os contributos necessários para a operacionalização do mesmo.

Tavares (1990, p.196) refere que uma “articulação envolve habitualmente uma negociação entre as duas partes – pedir algo para o projecto exige ter algo, pelo menos com o mesmo valor para oferecer”.

Neste contexto, os contributos cedidos pelos diversos parceiros, constituem uma mais-valia para a promoção do envelhecimento activo no concelho.

Divulgação do Projecto

O sucesso de qualquer projecto advém da sua divulgação, contribuindo decisivamente para a adesão da Comunidade ao mesmo.

Para a divulgação do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foram elaborados cartazes (Anexo D), que foram afixados na USRM e em pontos estratégicos da comunidade de Reguengos de Monsaraz: Juntas de Freguesia (2), Câmara Municipal, Papelaria, Farmácias (2), Ginásio Fit Club, Supermercados (2), Centro de Saúde e Pastelarias (3).

O Projecto foi também publicitado no Jornal “Palavra” de Reguengos de Monsaraz, no Boletim Municipal da Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz e na Rádio “RC Alentejo” de S. Pedro do Corval.

A divulgação do projecto de Intervenção Comunitária, foi feita ainda através da página da internet e rede social “facebook” da ADIM, onde foram feitas actualizações sobre as actividades desenvolvidas na USRM, focando nomeadamente a disciplina de SEB (ao longo do ano lectivo), que incluíram fotografias e vídeos.

Planeamento da disciplina

A elaboração do planeamento da disciplina (Anexo E) foi outra intervenção na operacionalização do projecto.

De acordo com Domingos, Neves & Galhardo (1987) o planeamento de uma unidade curricular é fundamental e deverá incluir duas etapas: na primeira deverão ser seleccionados e definidos os aspectos gerais (tema, esquema conceptual, problema a resolver, objectivos gerais e conceitos importantes); na segunda deverão ser especificados os objectivos, conteúdos, actividades e o método de avaliação.

O planeamento da disciplina foi distribuído na primeira sessão aos estudantes, de forma a contextualizar e apresentar a mesma.

Na primeira sessão foi realizado um levantamento das temáticas de interesse dos estudantes, recorrendo à utilização da técnica de *Brainstorming*. Esta técnica consiste “num processo criativo de grupo, cujos membros respondem a uma questão central, cuja ênfase é colocada na produção de ideias, sem críticas e sem avaliação” (Tavares, 1990, p. 66).

Ao longo das várias sessões, foi utilizada a técnica anteriormente referida, no sentido de identificar as necessidades sentidas pela população. De acordo com Tavares (1990), as técnicas de pesquisa de consenso podem ser utilizadas em diversas etapas do planeamento de um projecto.

Atendendo às necessidades expressas pelos estudantes, foi elaborada a Planificação das Sessões (Mensalmente).

A realização semanal das sessões, foi estabelecida de acordo com o Regulamento Interno e aval do Coordenador da USRM, com a disponibilidade em termos de horário das actividades/disciplinas já existentes. Considerou-se que a frequência semanal das sessões era a mais adequada à população-alvo, no sentido de incentivar a participação e envolvimento da mesma no projecto e permitir a sua continuidade, que é determinante em projectos desta índole.

Realização Semanal das Sessões

A realização semanal das sessões constituiu outra intervenção do Projecto de Intervenção Comunitária “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...”. As sessões foram desenvolvidas sob a forma de Workshop, apelando à participação activa dos estudantes.

1ª Sessão

A primeira sessão decorreu no dia 20 de Outubro de 2010 na Sala 1 do Palácio Rojão. Nesta sessão foi efectuada a apresentação dos intervenientes, do projecto e da disciplina de SEB, com o intuito de motivar as estudantes à sua participação. Para Afonso & Leal (2009, p.250) “motivação é aquilo que move as pessoas para agir, pensar e desenvolver-se...”. Na mesma perspectiva Ferreira (2006b, p. 23), considera que a motivação é “aquilo que nos move, que nos leva a agir, a realizar qualquer actividade”. Tavares (1990, p.65) salienta que “se os elementos da população-alvo estiverem motivados para participar, aumenta fortemente a probabilidade de sucesso das possíveis intervenções”.

A sessão incluiu uma contextualização da temática, com algumas considerações teóricas sobre o “Envelhecimento Activo”. Contou-se com a participação activa dos estudantes, que exprimiram as suas opiniões, experiências e partilha de vivências. Integrado na sessão, foi projectado um filme alusivo à temática. A sessão terminou com a entrega de um marcador de livros com imagens relativas ao envelhecimento activo, como forma de assinalar o início da disciplina, envolvendo os estudantes no Projecto. A sessão teve como finalidade contextualizar o âmbito da disciplina e os fundamentos do Projecto.

2ª Sessão

A segunda sessão, designada “Criar para Bem-Estar”, teve lugar no dia 27 de Outubro de 2010, foi dirigida por uma professora convidada, licenciada em Artes Visuais. A sessão consistiu na realização do auto-retrato e do retrato de uma colega, com a finalidade de promover a auto e hetero-avaliação, a percepção do *eu* e a auto-estima através da Expressão Plástica.

3ª Sessão

No dia 3 de Novembro 2010 realizou-se a terceira sessão, denominada “Vigilância de Saúde na Mulher”, que contou com a participação de uma enfermeira do Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz. A saúde da mulher acompanha todo o ciclo de vida, incluindo cuidados de saúde de acordo com as especificidades do género, no sentido de contribuir para a promoção da saúde, prevenção da doença, manutenção e restauração” (Stanhope & Lancaster, 2011).

Esta sessão incluiu uma abordagem teórica a algumas patologias mais comuns na idade mais avançada (cancro mama, cancro do cólon rectal, artrite, hipertensão arterial e diabetes mellitus), recaindo a ênfase nas medidas de vigilância. Foram ainda distribuídos folhetos alusivos com informações pertinentes relativas às patologias abordadas, sobretudo as medidas de prevenção. A sessão compreendeu uma componente prática, com a avaliação da Tensão Arterial e Glicémia Capilar. A actividade teve como objectivos informar as estudantes acerca das patologias associadas à sua faixa etária, demonstrar a importância da vigilância de saúde na mulher e promover a saúde e prevenir a doença.

4ª Sessão

De acordo com dos interesses expressos anteriormente pelos estudantes, no dia 10 de Novembro de 2010, realizou-se uma Visita a uma exposição de pintura, no posto de turismo de Reguengos de Monsaraz. A actividade permitiu o contacto com acções de âmbito cultural, desenvolvidas na Comunidade de Reguengos de Monsaraz, promovendo a manutenção das relações interpessoais e o estabelecimento de novas relações.

Este tipo de actividade inclui-se nas actividades programadas no Regulamento Geral das UTIs, a serem desenvolvidas por estas instituições.

5ª Sessão

“Alimentação Saudável” foi o tema da quinta sessão que decorreu no dia 17 de Novembro de 2010 e contou com a participação da nutricionista da Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz. A sessão incluiu uma abordagem à alimentação saudável, apresentação e discussão da roda dos alimentos, conselhos práticos com exemplos de planos alimentares tendo em conta a idade e as patologias associadas, o cálculo do Índice de massa corporal das estudantes e análise dos resultados. Foi distribuído folheto alusivo ao tema e a roda dos alimentos em suporte papel. A actividade pretendeu sensibilizar o público presente para a adopção de estilos de vida saudáveis, o que vai ao encontro do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010.

De acordo com Vieira (2003), uma alimentação saudável desempenha um papel importantíssimo durante toda a vida e que se vai reflectir, quer na longevidade, quer na qualidade de vida do idoso.

6ª Sessão

A sexta actividade, realizada no dia 23 de Novembro de 2010, resultou de um convite da Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz para participar no Projecto “Plantar Portugal”, no âmbito da Semana da Reflorestação Nacional, com o objectivo de contribuir para a conservação da natureza, biodiversidade e uso racional dos recursos naturais, para o benefício dos cidadãos de hoje e das gerações futuras.

A actividade teve início às 9h30m e decorreu junto ao Campo de Ténis de Reguengos de Monsaraz. Integrou uma sessão prévia de sensibilização para a conservação da natureza e de seguida foram plantadas diversas árvores (choupos, freixos, salgueiros, sabugueiros, e amieiros), sob orientação de profissionais da Câmara Municipal.

7ª Sessão

No dia 15 de Dezembro de 2010 realizou-se a sétima sessão: uma aula de “Reiki”. Esta actividade teve a colaboração de uma Terapeuta de Reiki que fez uma contextualização sobre a sua prática (história e princípios), enquanto terapia alternativa eficaz na reposição do equilíbrio energético e na aquisição de auto-conhecimento. No final foi realizada uma sessão prática de Reiki, que permitiu aos estudantes o contacto com as novas terapias alternativas.

As terapias alternativas são cada vez mais procuradas como complementares à medicina convencional, uma vez que têm uma abordagem à saúde que considera a pessoa integral, consistente com os seus valores (Quina, 2008).

8ª Sessão

A “Actividade Física” foi o tema da oitava sessão realizada no dia 5 de Janeiro de 2011. A sessão decorreu no Ginásio *Fit Club* e compreendeu uma componente teórica acerca da temática, com ênfase nas vantagens da actividade física, e uma aula prática, com a colaboração de um professor de Educação Física da Escola Secundária Conde de Monsaraz, onde foram realizados alguns exercícios. A actividade teve como finalidade a promoção de estilos de vida saudáveis.

“A actividade física apresenta benefícios em todas as idades, para além de contribuir significativamente para a saúde mental e qualidade de vida de todas as pessoas” (Ministério da Saúde, s.d., p. 2).

A actividade física na terceira idade é extremamente importante, pela sua repercussão directa e a curto prazo na qualidade de vida e na sensação de bem-estar. “Para além dos benefícios relacionados com a prevenção das doenças crónicas, a actividade física nas pessoas idosas melhora o seu equilíbrio, a força muscular (aumentando a probabilidade de se manter independente por mais tempo), a coordenação, a flexibilidade, resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental” (Ministério da Saúde, s.d., p. 2).

9ª Sessão

No dia 12 de Janeiro, decorreu na Sala 1 do Palácio Rojão, a nona sessão subordinada ao tema “Doenças Cardiovasculares”, com uma abordagem teórica da temática e a projecção de um filme alusivo. A sessão teve como objectivo informar os estudantes relativamente às doenças cardiovasculares (Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral), uma vez que constituem a principal causa de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos, de acordo o Alto Comissariado para a Saúde – Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007).

Na sessão foram transmitidas informações acerca das patologias mencionadas, de forma a preveni-las.

10ª Sessão

A décima sessão realizou-se no dia 19 de Janeiro com o tema “Gripe A”. Nesta sessão foram abordados a fisiopatologia, sinais e sintomas, tratamento e medidas preventivas da doença. Foi também realizada uma componente prática, onde os estudantes realizaram a técnica de desinfeção das mãos com desinfectantes cedidos por uma farmácia local. Esta sessão permitiu informar os estudantes acerca dos cuidados a ter na prevenção da Gripe A.

A Gripe manifesta-se como uma pandemia, quando um novo subtipo de vírus da gripe A se transmite de forma eficaz e sustentada entre pessoas. Resultante da susceptibilidade generalizada da população ao novo vírus, a gripe ocorre em simultâneo, em extensas regiões do globo, afecta uma elevada proporção da população e causa excesso de mortalidade e disfunção social. Assim, é fundamental que o cidadão conheça as medidas preventivas da doença, uma vez que é o primeiro e principal responsável pela sua saúde (DGS, 2008).

11ª Sessão

A “Osteoporose” foi o tema da décima primeira sessão realizada no dia 26 de Janeiro 2011. Nesta sessão foi feita, numa primeira parte, uma abordagem teórica acerca da patologia; a segunda parte contou com a participação de um técnico de fisioterapia da Clínica MB de Reguengos de Monsaraz, que demonstrou vários exercícios de prevenção e também quando a patologia já existe. Esta sessão permitiu informar as estudantes acerca da prevenção e medidas de minimização das consequências, quando a patologia já está instalada.

A Osteoporose é uma doença metabólica que afecta o esqueleto causando uma diminuição da massa óssea. Esta patologia ocorre com mais frequência na altura da pós-menopausa e em adultos com mais de sessenta anos de idade. Em Portugal, uma em cada dez mulheres com mais de cinquenta anos tem osteoporose e já teve, ou está em risco de sofrer fractura óssea (Nunes, 2005)

12ª Sessão

No dia 2 de Fevereiro de 2011 foi realizada uma Visita à Cooperativa Agrícola de Reguengos de Monsaraz (CARMIM). Esta actividade consistiu numa visita guiada às instalações da Cooperativa Agrícola, possibilitando aos estudantes perceber todo o processo, desde a chegada da uva, até ao engarrafamento e distribuição do vinho.

Foi ainda apresentado um filme sobre a história da Cooperativa Agrícola. A actividade permitiu o contacto com os projectos de desenvolvimento do concelho Reguengos de Monsaraz, de modo a que cada um conheça melhor a sociedade em que está inserido.

13ª Sessão

A décima terceira sessão aconteceu no dia 9 de Fevereiro subordinada ao tema “Sono”. Esta actividade contou com a participação de uma técnica de cardiopneumologista da Clínica do Sono em Lisboa. A sessão baseou-se numa abordagem ao sono, suas alterações e medidas correctivas. A finalidade da sessão foi informar e formar as estudantes sobre a gestão do ritmo sono-vigília, o que vem ao encontro do preconizado no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006).

O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afectam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade, com impacto negativo na sua qualidade de vida. O sono é uma das funções estreitamente relacionadas com a idade cronológica das pessoas e apresenta mudanças significativas ao longo da vida. À medida que se envelhece, o sono torna-se cada vez mais motivo de queixa. Com o avançar da idade, o sono sofre modificações próprias do processo de envelhecimento: torna-se mais fragmentado, com interrupções do tempo nocturno de sono, o que provoca sonolência excessiva ao longo do dia e diminuição no estado de alerta (Oliveira, Rossini, Reimão & 2009).

14ª sessão

No dia 16 de Fevereiro de 2011 realizou-se a décima quarta sessão que consistiu numa aula de Expressão Corporal. A actividade teve a participação de uma professora convidada, Licenciada em Teatro, que promoveu uma aula de expressão corporal com os estudantes.

De acordo com Araújo (2004), a dança e todas as actividades rítmicas expressivas têm como objectivo combinar deslocamentos, movimentos não locomotores e equilíbrios adequados à expressão de temas e motivos combinados, de acordo com a estrutura rítmica e melodia das composições musicais. Para além de contribuir para uma elevação geral das capacidades e habilidades motoras, auxilia a desenvolver a cooperação e auto estima. A música aliada ao movimento desempenha um papel fundamental ao nível do equilíbrio e desenvolvimento do ser humano, contribuindo para o bem-estar. A sessão permitiu aos estudantes o contacto com actividades rítmicas expressivas.

No decorrer de algumas sessões foram feitos registos de alguns momentos em suporte fotográfico.

5.2 – METODOLOGIAS

O Planeamento é um processo dinâmico e contínuo, que segue uma ordem de prioridades previamente estabelecidas, que permite e exige a racionalidade na tomada de decisão, implicando uma acção interactiva (Tavares, 1990).

Imperatori e Giraldes (1993), definem o planeamento como a aplicação da lógica na vontade de transformar a realidade, apresentando três premissas capazes de sustentar esta afirmação, como a racionalidade das decisões, a capacidade de moldar a realidade, tendo por base um modelo pré-definido e, por fim, ser possível referir-se ao futuro.

É também considerado uma ferramenta administrativa que permite compreender a realidade, avaliar os métodos, construir um modelo futuro através da estruturação de objectivos adequados e de reavaliação de todo o processo a que se destina. É um processo de deliberação abstracta e explícita, que escolhe e organiza acções, prevendo os resultados esperados.

Embora tenha surgido inicialmente com o intuito de ser utilizado na área económica, o Planeamento tem vindo a ser requisitado e aplicado em diversas áreas, nomeadamente nos sectores sociais e da saúde.

Em saúde, planear é “um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) óptima (s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

Imperatori & Giraldes (1993) referem diversas razões que evidenciam a necessidade de Planear em Saúde:

- A existência de escassez de recursos obriga a uma adequação dos recursos disponíveis de uma forma mais segura, para a solução do maior número de problemas, com o mesmo custo;
- Em saúde, existe a necessidade de intervir nas causas dos problemas. A solução desses problemas deverá ser realizada de forma a proporcionar a sua resolução e actuar principalmente na extinção das causas do mesmo;
- Nem todos os problemas têm a mesma importância, o mesmo impacto ou a mesma facilidade de resolução, pelo que é necessário definir prioridades segundo critérios cientificamente fundamentados;
- A saúde resulta de acções múltiplas sendo importante evitar intervenções isoladas;
- Para que os resultados sejam rentabilizados é necessária uma coordenação de todos os esforços;
- Só através de um Planeamento eficaz se consegue evitar erros de localização e gestão, de infra-estruturas necessárias, mas muito dispendiosas, que de outra forma se poderão traduzir em elevados custos para a sociedade;
- Os equipamentos devem ser os mais diversificados possíveis;
- No contexto em que a saúde se insere, a competição com outras prioridades nacionais é impreterível;

- A rápida evolução da medicina impõe a necessidade de adaptação dos serviços e integração da prestação de cuidados;
- Com a crescente complexidade tecnológica devem maximizar-se as potencialidades dos técnicos de saúde.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), o planeamento em saúde deverá ser um processo formativo continuado. O planeamento na saúde é definido tipicamente como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das intervenções seleccionadas e das limitações dos recursos.

Perante esta acepção de planeamento em saúde, este poderá ser definido como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23).

A utilização do Planeamento em Saúde deve permitir a escolha de uma resposta ajustada entre as várias alternativas que existem, constituindo o método científico como instrumento fundamental da saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), o planeamento em saúde deve conter três fases importantes: elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos e preparação da execução); execução e avaliação.

O Planeamento em Saúde implica percorrer um processo cujas etapas nem sempre são fáceis de alcançar, mas a sua omissão pode levar ao fracasso da prestação de cuidados. É um processo contínuo e dinâmico, ou seja, as suas etapas nunca podem ser tidas como definitivamente concluídas, isto porque na etapa seguinte, poderá surgir a necessidade de voltar atrás e realizar a recolha de novos dados que implicam o refazer de todo este processo.

O Planeamento em Saúde visa assim a promoção de um estado de saúde através da prevenção de possíveis doenças, cura e reabilitação em casos onde já existe doença, inclui ainda as mudanças comportamentais e respectiva modificação de estilos de vida que sejam observados.

Em saúde comunitária, o mais importante é basear os projectos e programas de promoção da saúde nos respectivos contextos de intervenção, para que se possam incrementar processos de desenvolvimento organizacional como estratégias chave da capacitação dos indivíduos/grupos/comunidades.

A Intervenção Comunitária define-se pela “participação da população num processo de desenvolvimento que envolve: o diagnóstico de necessidades e problemas; a definição de objectivos, estratégias e meios de intervenção; a implementação de projectos e acções; a avaliação” (Silva, 2002, p.76).

Trata-se de uma metodologia de desenvolvimento social em que a finalidade não se define apenas pelos objectivos que se querem alcançar, mas essencialmente pela capacidade de promover a acção participativa da comunidade.

Para Silva (2002), a Intervenção Comunitária em saúde é o processo pelo qual a promoção da saúde se efectiva como responsabilidade (direitos e deveres) dos cidadãos (individual e colectivamente). Neste processo, a população é sensibilizada e informada sobre questões e problemas, participando na programação, execução e avaliação da intervenção.

Este tipo de intervenção encara a população com quem trabalha como parceira dos políticos, dos profissionais e dos serviços, numa atitude de escuta das suas preocupações, interesses e necessidades, partilhando o saber e as responsabilidades (Silva, 2002).

Um programa de Intervenção Comunitária constitui-se numa perspectiva multidimensional, que apela à colaboração inter-institucional e às organizações da comunidade, constituindo uma forma de responder às necessidades da saúde; fomentar comportamentos assertivos e promover a auto-estima da comunidade educativa; desenvolver atitudes de ajuda a nível comunitário; estimular a criatividade e a iniciativa dos actores envolvidos e facilitar a articulação das estruturas de saúde que prestam cuidados aos indivíduos de uma comunidade (Honoré, 2002).

O sucesso de um programa de Intervenção Comunitária reside na organização da comunidade, pois só esta permite e torna necessária a implicação responsável de todos e de cada um, isto é, a descentralização das decisões (Silva, 2002).

O projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foi desenvolvido de acordo com as fases do Planeamento, atendendo às especificidades de cada etapa e tendo como subjacente a filosofia do envolvimento da comunidade e dos indivíduos nas questões que dizem respeito à sua saúde, responsabilizando-os nas tomadas de decisão devidamente informados.

5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.65) as estratégias são “(...) um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objectivos fixados, inflectindo a tendência de evolução natural dos problemas”.

A Intervenção Comunitária, como metodologia de desenvolvimento social, em que a finalidade não se define apenas pelos objectivos que se pretendem alcançar, mas também pela capacidade de promover a acção participativa da comunidade, implica o planeamento de estratégias com vista à sua participação.

Neste sentido, a principal estratégia accionada no Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foi o estabelecimento de parcerias com os diversos agentes, de modo a envolver a Comunidade de Reguengos de Monsaraz, na sua consecução.

Para Ornelas & Moniz (2007, p.153) “as parcerias comunitárias são uma forma de promover respostas coordenadas para problemas sociais complexos e são um espaço de participação cívica e um tipo de estrutura aceite pelos que actuam para construir comunidades mais saudáveis”.

A parceria pode então ser definida como um processo de colaboração que implica a criação de relações de confiança, a partilha de conhecimentos e de liderança.

De acordo com Ornelas & Moniz (2007) para o estabelecimento de uma parceria existem vários critérios: ser composta por membros da comunidade; focalizar-se sobretudo em questões locais; basear-se nos recursos comunitários existentes e na resolução dos problemas através de processos de colaboração. Uma parceria deve ainda ser sustentável no tempo, orientar-se para a intervenção na comunidade numa perspectiva de longo-prazo, pelo que deve enquadrar-se na promoção de um trabalho colaborativo, na partilha de recursos e na coordenação de serviços.

As parcerias mais eficazes são aquelas que detêm particularidades específicas: abrangência, flexibilidade, orientação para respostas concretas, ligação à comunidade, capacidade para incrementar o *empowerment*, reflexão sobre a diversidade da comunidade, espírito de inovação e capacidade de gestão da divergência ou conflito (Ornelas & Moniz, 2007).

Stanhope & Lancaster (2011) consideram que as principais características das parcerias consistem em ser informadas, flexíveis e negociadas.

Para a operacionalização do Projecto foi utilizada como estratégia a realização de Workshops nas várias sessões realizadas em sala de aula, com o intuito de tornar as sessões mais participadas e interactivas, facilitando a aquisição de conhecimentos.

O Workshop tem um carácter prático, no sentido em que a plateia não é mera espectadora, pois em determinados momentos o auditório é convidado a participar, vivenciando, normalmente, experiências que remetem para o tema em discussão.

No Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foi ainda accionada como estratégia a realização de visitas de estudo, nomeadamente ao Posto e Turismo de Reguengos de Monsaraz e às instalações da CARMIM.

As visitas de estudo são actividades com enorme potencialidade pedagógica e didáctica para o desenvolvimento de competências e complemento dos conteúdos das diversas disciplinas e temáticas. Estas actividades desenvolvem competências sociais e afectivas, propiciando contextos de sociabilização e convívio entre os diversos membros da comunidade educativa, promovendo ainda a abertura da escola à comunidade (Ministério da Educação, 2009).

A projecção de filmes temáticos constituiu outra estratégia utilizada no projecto de Intervenção Comunitária. No decorrer do projecto foram visionados filmes sobre o Envelhecimento Activo, doenças cardiovasculares e contextualização histórica da CARMIM.

A utilização desta estratégia permite aos estudantes acederem a informações e conteúdos visuais, beneficiando também do contacto com as actuais Tecnologias de Informação e Comunicação, de forma a cativar a sua atenção e interesse.

5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A identificação dos recursos humanos e materiais é essencial, já que da sua determinação dependerá o processo de Planeamento (Tavares, 1990). Os recursos envolvidos deverão ser suficientes em relação às necessidades estimadas nas estratégias, de modo a favorecer o sucesso das mesmas (Imperatori & Giraldes 1993).

Assim, na operacionalização do Projecto foram utilizados como Recursos Materiais:

- Folhas de papel A4, cartolinas, computador, projector, tela de projecção, fotocopiadora, impressora, canetas de feltro, lápis de cor, esfignomanómetro, estetoscópio, sistema de monitorização de glicémia capilar, lancetas, fitas reagentes de glicémia capilar, compressas, sacos para lixo contaminado e não contaminado, contentor de material cortante/perfurante, luvas, colchão, desinfectante, carrinha da Junta de Freguesia de São Pedro do Corval.

Os Recursos Humanos envolvidos no Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foram:

- Presidente e Tesoureiro da ADIM, Coordenador, Professores e Colaboradores da USRM, Professora de Artes Visuais, Enfermeira, Responsável do Posto Turismo de Reguengos de Monsaraz, Nutricionista, Arquitecta da Câmara Municipal, Terapeuta de Reiki, Professor Educação Física, Técnico de Fisioterapia, Enólogo da CARMIM, Técnica de Cardiopneumologia, Professora de Expressão Corporal e motorista da Junta de Freguesia de São Pedro do Corval.

Os recursos Físicos necessários à realização do Projecto foram:

- Instalações da USRM, sala do Ginásio *Fit Club*, Posto de Turismo de Reguengos Monsaraz, instalações da CARMIM, espaço físico envolvente ao Campo de Ténis de Reguengos de Monsaraz.

A grande maioria dos Recursos utilizados foram contributos dos parceiros envolvidos, e consideram-se os necessários e adequados à implementação do Projecto.

5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Os contactos desenvolvidos com as várias entidades da Comunidade de Reguengos de Monsaraz foram feitos inicialmente através de carta, com uma breve descrição do Projecto. Posteriormente existiu um contacto presencial com todas as entidades contactadas, no período de 1 a 8 de Outubro. Nas várias reuniões foi feita a apresentação formal do Projecto e definidos os contributos necessários à operacionalização do Projecto de Intervenção Comunitária (como referido anteriormente na fundamentação das intervenções).

No entanto, ao longo das várias sessões, foram desenvolvidos novos contactos com entidades, de acordo com as necessidades expressas pelos estudantes.

As diferentes entidades contactadas foram envolvidas na operacionalização do Projecto com os seus contributos.

As entidades envolvidas da Comunidade de RM foram:

- USRM – cedência das instalações, divulgação do projecto e apoio logístico;
- ADIM – colaboração na divulgação do projecto;
- Ginásio *Fit Club* (Reguengos de Monsaraz) – colaboração na divulgação do projecto e na cedência da sala para o Workshop de Actividade Física;
- Escola Secundária Conde de Monsaraz – colaboração com o Professor de Educação Física;

- Centro de Saúde de Reguengos de Monsaraz – colaboração na divulgação do projecto e participação da Enfermeira;
- Câmara Municipal de Reguengos de Monsaraz – colaboração na divulgação do projecto e guia na visita à exposição de Pintura no Posto de Turismo;
- Junta de Freguesia de Reguengos de Monsaraz – colaboração na divulgação do projecto;
- Junta de Freguesia de São Pedro do Corval - colaboração na divulgação do projecto e cedência do motorista e carinha;
- CARMIM – viabilizou a visita guiada com o Enólogo às instalações;
- Clínica de Fisioterapia MB (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto e participação do Técnico de Fisioterapia;
- Papelaria Central (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Pastelaria “DolceVitta” (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Pastelaria “O Arado” (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Pastelaria “Casa D’Avó” (São Pedro do Corval) - colaboração na divulgação do projecto;
- Farmácia “Moderna” (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Farmácia “Janes” (São Pedro do Corval) - colaboração na divulgação do projecto e oferta de soluções desinfectantes;
- Rádio “RC Alentejo” (São Pedro do Corval) - colaboração na divulgação do projecto;

- Jornal “Palavra” (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Santa Casa da Misericórdia de Reguengos de Monsaraz - colaboração da Nutricionista;
- Supermercado “Modelo” (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Supermercado “Intermarché” (Reguengos de Monsaraz) - colaboração na divulgação do projecto;
- Clínica do Sono (Lisboa) – colaboração da Técnica de Cardiopneumologia.

5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

A maioria dos recursos materiais, utilizados na implementação do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” faziam parte do espólio existente na USRM. Os restantes recursos resultaram dos contributos dos parceiros, sendo os custos imputados a essas instituição (Anexo F).

NA USRM os professores e colaboradores funcionem em regime de voluntariado, pelo que recursos humanos envolvidos no projecto não tiveram qualquer gasto adicional.

Neste sentido, considera-se que a estratégia orçamental utilizada no projecto, constitui efectivamente a partilha de recursos entre os vários agentes da Comunidade envolvidos. De acordo com Ornelas & Moniz (2007, p.253), na parceria existe “partilha de recursos e coordenação de serviços para se atingir determinados benefícios comuns”.

5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) o cronograma constitui uma representação gráfica onde se apresenta o tempo e as actividades que constituem o projecto.

No mesmo sentido, para Carvalhosa, Domingos & Sequeira (2010), o cronograma constitui uma sistematização do projecto, tendo em consideração o período total de tempo em que se espera que o mesmo decorra. De acordo com esse período temporal, as actividades podem ser calendarizadas, programadas e executadas, de um modo coerente e articulado.

Para as mesmas autoras, o cronograma é um elemento fundamental para a vida do projecto, pois servirá como base referencial para a execução e acompanhamento do mesmo, bem como para futuras avaliações (Carvalhosa, et al, 2010).

Na execução do Projecto de Intervenção Comunitária “ Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foi cumprido o Cronograma (Anexo G) inicialmente estabelecido, à excepção da Avaliação Intermédia, que foi antecipada para a semana de 13 a 17 de Dezembro de 2010, uma vez que se considerou, que as férias do Natal pudessem constituir um período prolongado de interrupção das sessões, interferindo nos resultados da avaliação. Considerou-se ainda pertinente antecipar o momento de avaliação para o meio das sessões programadas, de forma a existir uma maior margem temporal para aplicar as medidas correctivas, se fosse necessário

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação constitui uma etapa fundamental de qualquer projecto de intervenção comunitária, uma vez que permite reflectir sobre a consecução dos objectivos delineados. É através da avaliação, que deve ser precisa e pertinente, que os diferentes intervenientes do projecto medem o impacto e os resultados do mesmo, na saúde das comunidades e na mudança de comportamentos e estilos de vida a adoptar, com vista à obtenção dos ganhos em saúde (Tavares, 1990).

Para Imperatori & Giraldes (1993) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Assim, os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objectivos e metas estabelecidos.

Embora sejam inúmeras as dificuldades intrínsecas ao processo de avaliação, é importante que cada projecto tenha uma forma de avaliação, quer ao nível dos resultados que se esperam alcançar, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução. Nesta perspectiva, depreende-se que a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-o nas etapas seguintes (Tavares, 1990).

Deste modo, a avaliação tem como finalidade melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar actividades já realizadas, identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

Para Tavares (1990, p. 214), “é da própria avaliação final que nasce um novo Diagnóstico de Situação, actualizando e exigindo acções, novos planos, com programas e projectos mais inovadores”.

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

O principal objectivo da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo (Tavares, 1990).

O projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” tinha como objectivo específico a “Implementação da disciplina de SBE”. A disciplina foi implementada na USRM, semanalmente, com um horário próprio e com o seu planeamento específico. A reunião com a Direcção da USRM e com professores e colaboradores foi indispensável para a sua implementação. A disciplina de SBE integra, agora, o programa anual de disciplinas existentes na USRM no ano lectivo de 2010 / 2011 ao dispor da comunidade.

O objectivo anteriormente referido também foi avaliado recorrendo ao Cálculo de 2 Indicadores de Resultados: Taxa de Adesão à disciplina de SEB e Taxa de Frequência da disciplina de SEB.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.132), os indicadores são “ os dados referentes às variáveis em estudo que estão disponíveis através da captação directa do observador”. É através dos indicadores que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados.

Os Indicadores são elementos mensuráveis dos resultados desejados que reflectem mudanças substanciais nas pessoas, políticas ou sistemas em toda a comunidade (Carvalhosa, et al, 2010).

A utilização de Indicadores é fundamental como forma de avaliar e controlar os projectos implementados, medindo a estrutura, o processo e os resultados (Tavares, 1990).

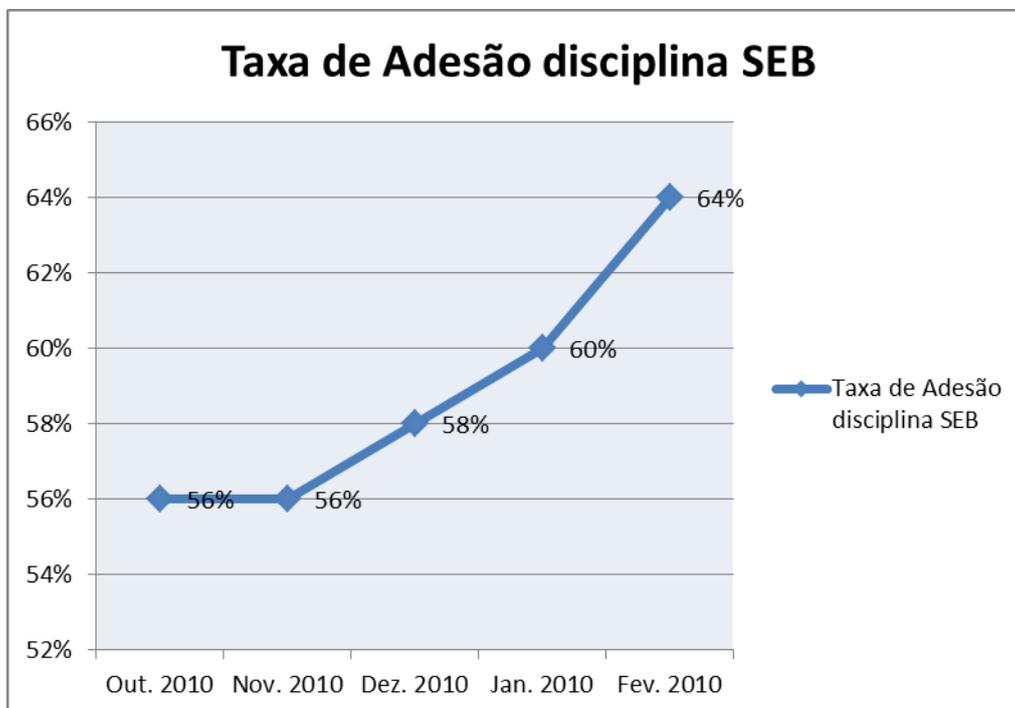
O cálculo dos Indicadores foi realizado mensalmente.

A Taxa de Adesão à disciplina de SBE foi calculada da seguinte forma:

$$X = \frac{\text{N}^\circ \text{ de estudantes inscritos na disciplina SEB}}{\text{N}^\circ \text{ de estudantes inscritos na USRM}} \times 100$$

A Taxa de Adesão à disciplina de SBE foi calculada por sessão, e posteriormente foi calculada a média para cada mês (Anexo H), que se apresenta na Figura 10.

Figura 10 – Taxa de Adesão à disciplina de SEB



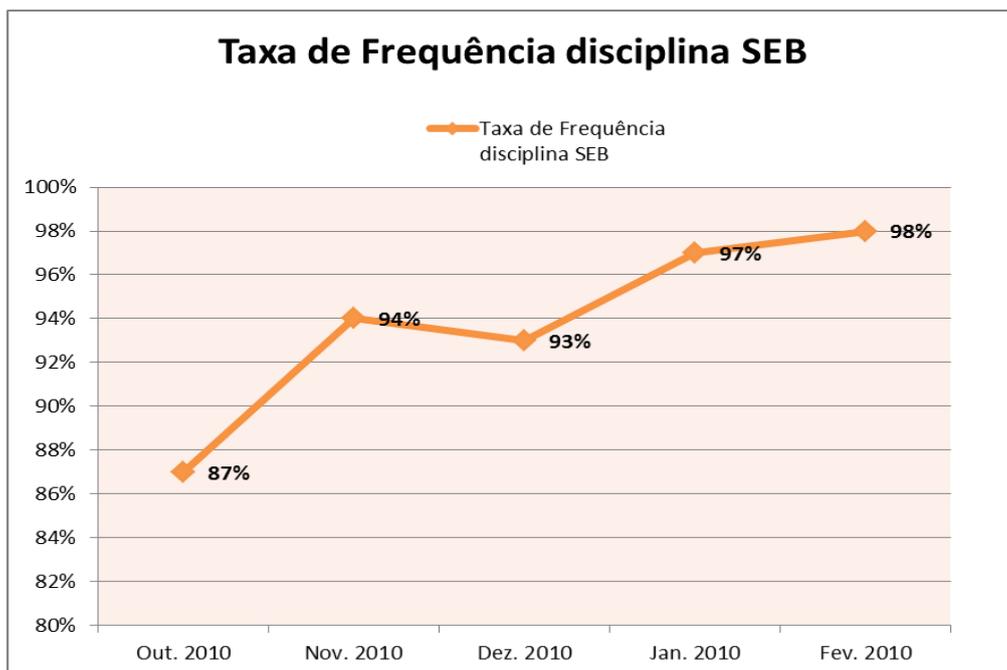
Atendendo aos valores mensais da Taxa de Adesão à disciplina de SEB apresentados na Figura 10, pode observar-se que do mês de Outubro para o mês de Novembro a adesão manteve-se fixa. No entanto nos meses seguintes a adesão foi aumentando progressivamente. Esta conjuntura poderá estar relacionada com a divulgação do projecto que se manteve ao longo dos meses e eventualmente pela captação de novos estudantes através dos já existentes.

A Taxa de Frequência da disciplina de SBE foi calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$X = \frac{\text{N}^\circ \text{ de estudantes que frequenta a disciplina}}{\text{N}^\circ \text{ de estudantes inscritos na disciplina}} \times 100$$

A Taxa de Frequência da disciplina de SBE foi calculada por sessão e posteriormente foi calculada a média para cada mês (Anexo I), que se traduz na Figura 11.

Figura 11 – Taxa de Frequência da disciplina de SEB



Atendendo à Figura 11, pode-se concluir que a frequência da disciplina de SEB, com um valor elevado desde o início, aumentou ao longo dos meses, à excepção do mês de Dezembro, em que teve um ligeiro decréscimo. De salientar que no mês de Dezembro só existiu uma sessão por ter coincido com 2 feriados nacionais (dia 1 e 8) e com as férias do Natal.

O número de parcerias estabelecidas constituiu mais um parâmetro de avaliação do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...”.

Inicialmente, estava previsto o estabelecimento de quinze parcerias, no entanto, foram estabelecidas vinte e duas com os diferentes agentes com responsabilidades formais e informais na área de intervenção do projecto. Ao terem sido constituídas parcerias em áreas tão diversas como a comunicação social, estruturas locais formais e informais, instituições públicas e privadas e estruturas de saúde, ficou demonstrada que é uma mais-valia a participação da comunidade, quando os diferentes agentes “oferecem” as suas especificidades e partilham os seus recursos, com vista a atingir determinado fim.

6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...”, com o objectivo geral de Promover o Envelhecimento Activo dos estudantes da USRM, tem como horizonte temporal o ano lectivo 2010 / 2011.

Nesta fase torna-se necessário fazer uma avaliação da implementação do projecto até ao final da primeira fase do projecto.

A disciplina de SEB está implementada na USRM, e foram criadas as condições para continuar a ser desenvolvida ao longo o ano lectivo de 2010 / 2011.

As parcerias estabelecidas, com os diversos agentes da Comunidade, foram sem dúvida determinantes para a prossecução do Projecto de Intervenção Comunitária. O mesmo incluiu a realização de Workshops, visitas de estudo e visionamento de filmes, como estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

O Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” contou com a participação média de treze estudantes nas suas actividades.

O projecto irá manter a sua estrutura até ao final do ano lectivo vigente, uma vez que, com a realização da avaliação intermédia, tal como se irá apresentar, não se verificou a necessidade de introduzir acções correctivas. Assim, irá manter-se a disciplina de SBE com sessões, utilizando as mesmas estratégias, com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença, contribuindo para o Envelhecimento Activo da população alvo. A planificação das sessões far-se-á mensalmente de acordo com as necessidades expressas pelas estudantes da USRM.

No final do ano lectivo será aplicado o Questionário de Avaliação Final (Anexo J) aos estudantes, de forma a avaliar o Projecto na sua globalidade, nomeadamente a sua importância, a aquisição de conhecimentos, a adequação às necessidades expressas, interesse das actividades, o formador, a motivação e as instalações/equipamentos. Após o momento de avaliação final será realizada uma sessão com os elementos da Direcção da USRM e aos parceiros da Comunidade com o intuito de apresentar os Resultados do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” e recolher sugestões, para que o planeamento das actividades do próximo ano lectivo fiquem em consonância, não só com as necessidades expressas pela população-alvo, como também com os contributos/sugestões dos parceiros envolvidos.

6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

A fase da Avaliação, ainda que possa ser considerada a última etapa do planeamento em saúde, poderá relançar um novo ciclo, e se a avaliação for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico e à reformulação de objectivos e metas, no decorrer do planeamento (Tavares, 1990).

Para Tavares (1990) a avaliação não deve ser feita apenas no final de um projecto. Deve ser feita em cada uma das etapas do processo de planeamento, constituindo uma forma de envolver os elementos que estão inseridos no projecto (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação intermédia foi realizada no dia 15/12/2010 às estudantes que frequentaram a sessão (13) com o intuito de compreender a forma como estavam a decorrer as actividades e implementar medidas correctivas ou até mesmo reformular o projecto se necessário, como referido anteriormente.

De acordo com Tavares (1990) o controlo de um projecto realiza-se através de um sistema de retroacção, no qual, a partir da avaliação, é permissível introduzir as necessárias acções correctivas, reformulando-o se necessário (Tavares, 1990). Através da elaboração do relatório de controlo, a “equipa responsável pelo planeamento pode tomar conhecimento imediato com a forma como estão a decorrer as actividades do projecto e assim accionar de imediato as necessárias medidas correctivas” (Tavares, 1990, p. 213).

A avaliação intermédia estava inicialmente programada para a 1ª semana de Janeiro de 2011. No entanto, considerou-se pertinente antecipar a mesma para a data referida (a meio das sessões programadas), de forma a existir uma maior margem temporal para aplicar as medidas correctivas, se necessário, e o período de interrupção das férias do Natal pudesse interferir nos resultados da avaliação.

Para executar a avaliação intermédia foi aplicado um questionário (Anexo L), composto por uma Escala de *Likert*, que “permite a um sujeito exprimir em que medida está de acordo ou em desacordo com cada um dos enunciados propostos: o total obtido faculta uma indicação da atitude ou da opinião do sujeito” (Freixo, 2009, p.212).

Os enunciados da Escala de *Likert* foram formulados de acordo com os objectivos do Projecto:

- O Envelhecimento Activo tem sido promovido através do Projecto;
- Aquisição de conhecimentos para a prevenção da doença/promoção da saúde ao longo das sessões;
- Adequação das estratégias utilizadas nas sessões (Workshops, visitas de estudo e projecção de filmes temáticos);
- Adequação das actividades propostas no Projecto às necessidades expressas pelos estudantes.

A escala utilizada variou entre 1 e 5 níveis:

| Muito Pouco | Pouco | Média | Muito | Bastante |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

O questionário também compreendia uma parte para Sugestões e Comentários.

Para a análise dos resultados recolhidos através da aplicação do questionário, foi realizado um Mapa Geral de apresentação dos Dados (Anexo M), de acordo com Freixo (2009). Para o autor referido, este tipo de mapa destina-se a incluir todos os dados recolhidos, de forma a proporcionar uma visão global dos mesmos.

Dos resultados obtidos salienta-se:

- 8 estudantes consideraram que o Envelhecimento Activo tem sido “Bastante” promovido através do Projecto, enquanto 5 referiram “Muito”;
- 7 estudantes referiram ter adquirido “Bastante” conhecimentos para a prevenção da doença / promoção da saúde com as sessões, enquanto 5 mencionaram “Muito”;
- 7 estudantes salientaram “Bastante” relativamente à adequação das estratégias utilizadas nas sessões, enquanto 5 referiram “Muito”;
- 7 Estudantes referiram “Bastante” no que concerne à adequação das actividades propostas no Projecto, às necessidades expressas pelos estudantes, enquanto 5 mencionaram “Muito”.

Analisando os resultados apresentados, conclui-se que em todos os enunciados as estudantes responderam maioritariamente “Bastante” e “Muito”.

De salientar, que no campo das Sugestões e Comentários do questionário, 7 estudantes não emitiram qualquer opinião, enquanto 6 estudantes fizeram referência ao “Interesse das Sessões”, que é sustentado pelas seguintes transcrições:

- *“As sessões foram muito interessantes. Parabéns!”***Q3**
- *“Estas sessões são bastante interessantes”***Q7**
- *“Estas sessões são muito interessantes porque permitem entender esta fase da vida de uma maneira mais positiva”***Q9**
- *“Saliento o interesse das sessões desenvolvidas nesta disciplina”***Q10**
- *“As sessões são muito interessantes porque vão ao encontro desta idade”***Q12**
- *“Considero estas sessões extremamente interessantes”***Q13**

No final de cada sessão, existia um período de tempo dedicado para a avaliação da mesma, onde os estudantes exprimiam as suas opiniões e esclareciam as suas dúvidas.

Neste sentido, a avaliação intermédia teve resultados bastante positivos, pelo que não foi necessário introduzir medidas correctivas no Projecto, mantendo-se o planeamento inicial.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A necessidade de actualização e desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específicos, que confira competências a todos aqueles que exercem uma determinada profissão, é hoje em dia uma constante.

Este corpo de conhecimentos constitui uma mais-valia em permanente desenvolvimento, em consequência da incessante procura por parte do Homem em se conhecer a si próprio e ao mundo onde está inserido. Assim, os profissionais de saúde são permanentemente confrontados com o emergir de novos conhecimentos científicos, que possibilitam renovadas leituras e interpretações do mundo envolvente e de si próprios, exigindo um desafio persistente de actualização e desenvolvimento do saber adquirido, o qual se reflecte no crescimento pessoal e profissional, sendo exequível na forma de ser e estar na profissão.

O enfermeiro vive esta realidade de forma particular porque o ser humano é o destinatário dos seus cuidados, nas múltiplas dimensões que o constituem. A formação contínua deve por isso ser encarada como um modo de estar, uma constante na sua vida, que lhe possibilite um meio de desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a dar uma resposta adequada às múltiplas exigências que se colocam diariamente no âmbito da sua competência profissional.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, ao desenvolver projectos desta índole, mobiliza competências comuns do enfermeiro especialista, e competências específicas da sua área de formação definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Através da realização do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” foram adquiridas competências comuns nos seus diversos domínios.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nomeadamente: “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”. De acordo com o descritivo da competência da Ordem dos Enfermeiros (2010a), a competência anteriormente referida assenta num corpo de conhecimentos do domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Ainda no mesmo domínio, foi adquirida a competência “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, uma vez que demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes. (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi adquirida a competência “Desenvolve o auto-conhecimento e assertividade”, no sentido em que manifesta capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

As competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

A operacionalização do projecto de Intervenção Comunitária “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” na USRM permitiu a aquisição de competências específicas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b), em particular: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária assume assim um papel privilegiado no desenvolvimento de projectos de intervenção comunitária, que promovam a saúde colectiva e o exercício da cidadania

O projecto de Intervenção Comunitária constituiu um momento privilegiado para capacitar os estudantes para o Envelhecimento Activo utilizando a Promoção da Saúde / Prevenção da Doença como estratégias determinantes no *empowerment* da população-alvo. A capacitação de grupos e comunidades contribui indubitavelmente para a melhoria da qualidade de vida.

Com a consecução do Projecto foi ainda adquirida a competência “Integra a coordenação dos Programa de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde”., visto que o referido projecto tem como pilar o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, que pretende promover o Envelhecimento Activo.

O Envelhecimento Activo, enquanto conceito que adequa as respostas de saúde às necessidades das pessoas idosas e promove ambientes capacitadores da autonomia e independência, utiliza diferentes estratégias, que só farão sentido se forem adaptadas à população a que se dirigem, visando a adopção de estilos de vida saudáveis, a manutenção e estimulação das funções cognitivas, a participação social com o intuito de promover uma visão positiva da vida, o bem-estar, prevenindo ou adiando as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta.

A participação nas Universidades Sénior, nestas questões, tem benefícios a vários níveis, pois permite actualização de conhecimentos, a promoção da sociabilidade, a redefinição das representações sociais da velhice, a reformulação das concepções sobre o envelhecimento, bem como a (re) integração do sujeito na sociedade. Além de serem um espaço privilegiado de participação social, onde é possível criar relações imprevistas e novas amizades, as Universidades Sénior estimulam as capacidades intelectuais, aumentam a autonomia pessoal e o desenvolvimento do autoconhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011).

A aquisição das competências foi facilitada tanto pelos recursos humanos e materiais disponibilizados no contexto da USRM e da Comunidade de Reguengos de Monsaraz, como pelo envolvimento e entusiasmo demonstrado por todos os intervenientes.

8 – CONCLUSÃO

A partir da segunda metade do século XX, a história da demografia ficou marcada por um acentuado envelhecimento populacional, resultante de uma transição para um padrão demográfico caracterizado por baixas taxas de fecundidade e mortalidade e pelo subsequente aumento da esperança média de vida.

Os governos, sociedades e indivíduos não estavam preparados para este fenómeno social e consequências associadas, verificando-se a necessidade de adequar estratégias face a esta nova realidade.

O Projecto de Intervenção Comunitária “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” surgiu neste contexto e também em resultado das necessidades expressas pelos estudantes da USRM.

Pretende-se que a implementação da disciplina de SBE se constitua como um ambiente capacitador para os estudantes, permitindo a aquisição de conhecimentos no âmbito da saúde, de acordo com as suas necessidades, contribuindo para a adopção de estilos de vida saudáveis, e inevitavelmente para a melhoria da qualidade de vida. Foram assim criadas condições para manter a disciplina até ao final do presente ano lectivo e anos lectivos posteriores.

No desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, foram utilizadas como estratégias a realização de workshops, visitas de estudo e projecção de filmes, contribuindo para tornar o envelhecimento desta população um processo significativo nos seus diversos domínios.

Esta nova forma de entender e perspectivar o envelhecimento enfatiza a importância dos indivíduos perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua Qualidade de Vida.

A Intervenção Comunitária, enquanto metodologia, tem a capacidade de promover a acção participativa da Comunidade, com a finalidade de provocar uma mudança.

Esta metodologia assume que “se trabalha com a comunidade e não para a comunidade”. Ao considerar-se a comunidade como parceira num projecto de Intervenção Comunitária, reconhece-se a sua capacidade de decisão e negociação, de dialogar, exigir e partilhar responsabilidades, a par dos outros intervenientes.

À Intervenção Comunitária estão subjacentes inúmeros pressupostos; é necessário fazer o diagnóstico de necessidades e problemas da comunidade (validando-o com a comunidade); definir objectivos, estratégias e meios de intervenção; estabelecer parcerias; implementar acções e por fim avaliar os resultados obtidos.

O estabelecimento das parcerias com os diferentes agentes da comunidade implicou a realização de reuniões para apresentação do projecto, dos objectivos a atingir, da parceria a estabelecer e dos recursos a partilhar.

Esta etapa, marcadamente formal, espelha as dificuldades inerentes à realização de projectos de intervenção comunitária, dado que (e apesar do interesse sempre demonstrado pelos diferentes parceiros), as estruturas locais formais estão distantes da comunidade e verifica-se uma verticalidade, só ultrapassada com persistência.

O Planeamento em Saúde é um processo dinâmico e contínuo, em que é respeitada a ordem de prioridades, previamente estabelecida, que permite a escolha de uma resposta ajustada entre as várias alternativas que existem.

A este planeamento está inerente a racionalidade na tomada de decisão, implicando uma acção interactiva para compreender a realidade, avaliar os métodos, construir um modelo futuro, estruturar objectivos adequados e avaliar todo o processo a que se destina.

Este tipo de metodologia visa alterar as comunidades, no que concerne aos ganhos em Saúde, através da utilização racional dos recursos disponíveis, numa lógica de eficácia e eficiência.

Para planear em saúde é necessário: conhecer o nível de saúde das comunidades, através do diagnóstico da situação, projectando desta forma o que se pretende atingir e assim estabelecer objectivos adequados e exequíveis; prestar Cuidados de Saúde de excelência, que implicam a determinação de estratégias adequadas e a inventariação dos recursos existentes, para se prever correctamente os recursos necessários.

O planeamento é particularmente importante e pertinente, no desenvolvimento profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na medida em que é parte integrante das suas funções e competências.

A realização do Projecto “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” constituiu uma etapa primordial no processo de aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária.

Os objectivos estabelecidos foram atingidos através da operacionalização do Projecto.

A maior dificuldade sentida durante a realização do projecto, residiu no curto período de tempo para a sua operacionalização. Em Enfermagem Comunitária, ao utilizar a Intervenção Comunitária como metodologia, os resultados só são mais visíveis a médio e longo prazo, e por isso requerem um período de intervenção mais alargado.

Relativamente às limitações do projecto, pode-se considerar o reduzido número de estudantes que frequentam o USRM. A Universidade Sénior no ano lectivo de 2009/2010 tinha uma população de 50 estudantes, tendo sofrido um decréscimo de procura no ano lectivo vigente. No entanto, a USRM implementou disciplinas novas e a população tem vindo a aumentar progressivamente ao longo do ano lectivo.

O envolvimento algo restrito de algumas estruturas locais, também constituiu uma limitação do Projecto. Os parceiros reconheceram a importância do mesmo, no entanto, atendendo às limitações económicas que o país enfrenta actualmente, a sua participação foi condicionada.

O projecto de intervenção Comunitária “Manter a Saúde e Alimentar os Sonhos...” permitiu acima de tudo promover o Envelhecimento Activo dos estudantes da USRM.

O Envelhecimento Activo, enquanto conceito que adequa as respostas de saúde às necessidades das pessoas idosas e promove ambientes capacitadores da autonomia e independência, utiliza diferentes estratégias, que devem estar claramente adaptadas à população a que se dirigem. Desta forma, a adopção de estilos de vida saudáveis, a manutenção e estimulação das funções cognitivas, a participação social (com o intuito de promover uma visão positiva da vida), e o bem-estar (prevenindo ou adiando as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta) podem vigorar no seio de uma comunidade.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, J. & Leal, I. (2009) Escala de Motivação: Adaptação e Validação da Motivation Scale (M.S.) de Rempel, Holmes & Zanna. *Revista Psicologia & Doença*, 10 (2), 57-65.

Almeida, A. (2008). *Envelhecimento Activo*. Acedido em 16 Outubro de 2010. Disponível em <http://www.psicronos.pt-artigos-envelhecimentoactivo.html>.

Carrilho, M. & Gonçalves (2005). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 1991 e 2001. *Revista de estudos demográficos*, (36), 175-191.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Carvalhosa, S., Domingos, A. & Sequeira, C. (2010). *Modelo lógico de um Programa de Intervenção Comunitária*. Acedido em 21 Fevereiro de 2011. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a08.pdf>.

Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos idosos – Relatório final*. Acedido em 20 de Janeiro de 2011. Disponível em http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares – Alto Comissariado da Saúde (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral*. Acedido em 5 de Janeiro de 2011. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/09/recomendacoesclinicas.pdf>

Dias, M. & Duque, A. (2004). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3, 463-473.

Direcção Geral da Saúde (2008). *Pandemia de Gripe – Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a pandemia da gripe*. (2ªed.), Lisboa: DGS.

Domingos, A., Neves, I., & Galhardo, L. (1987). *Uma forma de Estruturar o Ensino e a Aprendizagem*. Lisboa: Livros Horizonte.

Ferreira, A. (2006a). Responsabilidades do Enfermeiro como Agente de Mudança. *Revista Sinais Vitais*, 28,19-22.

Ferreira, A. (2007). *O Ensino e a Formação na Terceira Idade: as Universidades Sénior para a Terceira Idade*. Acedido em 18 Janeiro de 2011. Disponível em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/ensino%20terceira%20idade%20ana%20carvalho.pdf>.

Ferreira, M. (2006b) Motivação e Sucesso Escolar. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 23-24.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, M. (1999). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Edições Técnicas.

Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7 (1), 137-143.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2002) – *A saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2002). *A saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologias do planeamento de saúde*. (3ª ed.), Lisboa: Obras Avulsas.

INE, Anuário Estatístico da Região Alentejo, 2009.

Jacob, L. (2005a) *Universidades da Terceira Idade – Uma resposta social ou Educacional?*. Acedido em 6 Novembro de 2010. Disponível em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/Social%20ou%20educaciona.pdf>.

Jacob, L. (2005b). *A importância das Universidades da Terceira Idade na Qualidade de Vida dos Seniores em Portugal*. Acedido em 18 Janeiro de 2011. Disponível em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/artigo%20para%20a%20revista%20sobre%20a%20qv.pdf>.

Jacob, L. (2007). *As universidades da terceira idade: um exemplo de educação para adultos*. Acedido em 6 de Novembro de 2010. Disponível em http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/Universidades%20da%20Terceira%20Idade%20_luisjacob.pdf.

Marconcin, P. & Real, N. (2010). A representação das Universidades Sénior, o bem-estar subjectivo e a prática da actividade física em Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3 (2), 17-26.

Martins, M. (2005). A Promoção da Saúde: percursos e paradigma. *Revista Amato Lusitano*, 22, 42-47.

Mesquita, A. (2007). *Empowerment na Doença Crónica*. (1ª ed.); Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem.

Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional da Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: DGS.

Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.

Ministério da Saúde (s.d). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Dia internacional das pessoas idosas. *Envelhecer com sabedoria: actividade física para manter a independência – mexa-se mais!*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Monte (2009). *Manual de Animação de Idosos em Meio Rural – A experiência da Escola Sénior do Mundo Rural*. Arraiolos: Monte.

Moreira P., Jalles M., & Reinaldo M. *Quem gosta de mim sou eu: contradições acerca....*. Acedido em 8 Novembro de 2010. Disponível em http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/13/pdf_168.

Moura, C. (2006). *Século do Envelhecimento*. Loures: Lusociência.

Nazareth, J. (1993). *O Envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa*. Economia e Sociologia.

Núcleo de Investigação Sénior (2008). *Caracterização das UTIs*. Acedido em 8 de Janeiro de 2011. Disponível em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/RUCaracterizao%20das%20UTI%20-%202008.pdf>.

Nunes, M. (2005). *Envelhecimento no Feminino – Um desafio para o novo milénio*. Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres: Lisboa.

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Idoso*. Porto: Legis Editora.

Oliveira, J., Rossini, S., & Reimão, R. (2009). *Insónia e Qualidade de Vida em Idosos*. Acedido em 30 Janeiro de 2011. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/09/recomendacoesclinicas.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 6 de Janeiro de 2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a 6 de Janeiro de 2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComuntariaSaude%Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Organização Mundial De Saúde (2003). *Relatório Mundial Da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Ornelas, J. & Moniz, M. (2007). Parcerias Comunitárias e Intervenção preventiva. *Revista Análise Psicológica*. 1 (25), 153-158.

Paúl, C.& Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi

Pinto, M. (2007). *As universidades da terceira idade em Portugal*. Acesso em 6 de Novembro de 2010. Disponível em <http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/ensino%`20utis%20da%20graa.pdf>.

Quina, J. (2008). *Enciclopédia da Nova Medicina*. Rio Mouro: Círculo de Leitores.

Raposo, G. (2005). *Envelhecimento Activo e Educação para a Saúde: uma prioridade*. Acedido no dia 11 de Novembro de 2010. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.prin>.

Rebelo, A. & Penalva, T. (2004). *Dados Demográficos* in C. Paúl; A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Redman, B. (2003). *A prática da Educação para a Saúde*. (9ª ed.), Loures: Lusociência.

Regulamento Geral das UTis (2007) Acedido em 22 Outubro de 2010. Disponível em http://www.rutis.pt/documentos/uti_docs/Regulamento%20das%20UTIs08.pdf.

- Regulamento Interno da Universidade Sénior de Reguengos de Monsaraz (2010).
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, M, et all. (2005) - *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Romão, F., Dias, L., & Cordeiro, M. (2006) Ser Enfermeiro Especialista em Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (6), 25-27.
- Salgueiro, H. (2005). Envelhecimento Activo: uma prioridade. *Revista Nursing*, (199), 36-38.
- Silva, L. (2002) – *Promoção da Saúde*. (1ª ed.), Lisboa: Universidade Aberta.
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2006). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido em 20 Janeiro de 2011. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/Servi%C3%A7os_enfermagem/regulamento_exercicio_profissional_enfermagem.pdf.
- Souza L. & Lautert L. (2008). *Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos*. Acedido em 5 de Novembro de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a21.pdf>.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-estar para pessoas Idosas – Fundamentos Básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ªed.), Lisboa: Lusodidacta
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Teixeira, I. & Neri, A. (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da*. Acedido em 30 de Outubro de 2010. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicousp/v19n1/v19n1a10.pdf>.

Torres G., Reis L., & Fernandes, M. (2009). *Qualidade de vida e factores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste*. Acedido em 30 de Outubro de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a06v58n1.pdf>

Vieira, A. (2003). Nutrição e Envelhecimento in Pinto, A. (Ed.) *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice aspectos biopsicosociais*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

10 – ANEXOS

Anexo A

Declaração da USRM

Anexo B

Carta de Apresentação do Projecto à Direcção da USRM

Anexo C

Carta de Apresentação do Projecto aos Parceiros

Anexo D

Cartaz de Divulgação do Projecto

Anexo E

Planeamento da Disciplina de SEB

Anexo F

Estratégia Orçamental

Anexo G

Cronograma de Actividades

Anexo H

Cálculo da Taxa de Adesão à disciplina SEB

Anexo I

Cálculo da Taxa de Frequência da disciplina de SEB

Anexo J

Questionário de Avaliação Final

Anexo L

Questionário de Avaliação Intermédia

Anexo M

Mapa Geral de Apresentação de Dados