

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO



Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social na área da Intervenção Sócio-educativo

**Projecto de Intervenção Sócio-educativo
“Seniores em Segurança”**

DISCENTE:
Suzel Marcos B – N° 31459

ORIENTADOR:
Prof. Doutor Eusébio Pacheco

Faro, 2010



Seniores em Segurança

"Aprendemos quando compartilhamos experiências"

John Dewey

AGRADECIMENTOS

Queria agradecer em primeiro lugar a todos os seniores que aceitaram participar nesta investigação por terem disponibilizado um pouco do seu tempo a preencher questionários.

Gostaria também de agradecer à Junta de Freguesia de São Brás de Alportel, Sr. David José Ventura Gonçalves e à responsável pelas actividades seniores, Dr.^a Ircilia Pereira, por terem autorizado e pela sua total disponibilidade e colaboração com o projecto.

Um agradecimento muito especial ao meu professor, Doutor Eusébio Pacheco, pelo apoio prestado durante todas as fases da realização deste trabalho, principalmente nas alturas em que nos encontrávamos mais ansiosos ou desanimados.

Queria ainda reconhecer o apoio e amizade de algumas pessoas que partilharam muitos dos momentos que envolveram a realização deste trabalho. Entre todas elas, gostaríamos de cumprimentar em especial a Dr.^a Filomena Baptista da Luz, pelo apoio e amizade em alturas em que começávamos a duvidar das nossas capacidades; a Teresa e a Carla pelo carinho e paciência.

A todos, muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projecto de investigação-acção “Seniores em Segurança” do concelho de São Brás de Alportel, pretende ser um contributo para fazer face ao grande desafio da actualidade social que é o fenómeno do envelhecimento em Portugal e dar algumas respostas de intervenção sócio-educativas, numa tentativa de melhor intervir sobre uma realidade social complexa e multifacetada.

No contexto deste Projecto Social implementaram-se um conjunto de acções planeadas e articuladas em parceria entre a Junta de Freguesia de São Brás de Alportel, a Universidade do Algarve e entidades colaboradoras com o objectivo de ajudar a resolver um determinado problema diagnosticado na comunidade do Concelho de São Brás de Alportel, devendo, com a sua realização, provocar mudanças que melhorem substancial e significativamente a qualidade de vida desta população.

A formação “Seniores em Segurança” é uma acção que pretendeu prevenir problemas futuros através de informação, sensibilização e educação para a saúde, segurança dos seniores do Concelho de São Brás de Alportel. A prevenção é simples e implica apenas a mudança de alguns hábitos.

Decorrente da articulação das técnicas de diagnóstico participativo, e divulgação junto dos colaboradores que aderiram com entusiasmo, o projecto foi composto por numa fase inicial, por um conjunto de quatro acções de formação/informação em Primeiros Socorros, ministrada pelos Bombeiros Voluntários de SBA, destinado a um grupo restrito de indivíduos que aprenderam várias técnicas na área da emergência pré-hospitalar e reuniram um conjunto de informações que lhes permitirão ressalvar situações de maior risco até a chegada dos técnicos qualificados.

Numa segunda fase decorrente espontaneamente das sinergias resultantes da própria investigação-acção¹, o projecto foi estruturado através de um Ciclo de Sessões de Esclarecimentos, subordinadas a doze temas variados. As sessões foram abertas a toda a comunidade e tiveram lugar em vários locais do concelho. As sessões permitiram

¹ A natureza espontânea e complementar desta componente do projecto não foi portanto objecto de avaliação.

a reunião de especialistas e investigadores de diferentes áreas da saúde e da segurança, e a dinamização dos processos de divulgação, debate e reflexão sobre as problemáticas envolvidas na promoção da saúde e segurança sénior.

O objecto do estudo foi consubstanciado pela população alvo composta pelo grupo “Seniores em Movimento” já formado. A partir do qual foram seleccionadas três amostras que constituíram, respectivamente, um grupo de 62 indivíduos que suportou uma primeira análise de diagnóstico dando forma aos conteúdos e organização do projecto formativo implementado; um grupo de 25 indivíduos que suportou a validação da escala construída para avaliação de resultados e finalmente um grupo de 35 indivíduos (grupo piloto de formandos) que deu origem ao estudo de avaliação da acção formativa através da confirmação das hipóteses formuladas.

Os dados analisados foram recolhidos através de questionários aplicados na forma de administração directa às amostras construídas. Os resultados da avaliação derivaram de um estudo comparativo entre dois momentos (1º momento antes da formação e 2º momento depois da formação) que confirmaram na totalidade as hipóteses formuladas, demonstrando que os conhecimentos sobre as temáticas de 1ºs Socorros (saúde e segurança) apresentam diferenças positivas e estatisticamente significativas entre os dois momentos considerados.

As implicações deste estudo são discutidas ao nível da formação ao longo da vida, qualificação de competências como complemento de qualidade de vida e cidadania plena na população sénior, salientando-se a necessidade de investigação adicional na área da gerontologia para melhor compreender as dimensões em análise.

Palavras-chave: Envelhecimento; São Brás de Alportel; Seniores em Segurança; Qualidade de Vida; Primeiros Socorros; Prevenção.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO	IV
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1 SAÚDE E ENVELHECIMENTO	5
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	7
2.3 REFORÇAR A ACÇÃO COMUNITÁRIA	8
2.4 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PESSOAIS	9
2.5 SAÚDE EM PORTUGAL	10
2.6 MORTALIDADE EM PORTUGAL	11
2.7 SEGURANÇA PARTICIPADA	12
2.7.1 Prevenção em Casa	13
2.8 APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA	14
2.8.1 Aquisição de novos conhecimentos.....	17
2.9 PROJECTOS A DECORRER EM PORTUGAL	18
2.9.1 Edições do Projecto “Idoso em Segurança”	19
2.10 AS ACADEMIAS SÉNIOR DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA.....	20
2.10.1 Viver a Vida em Todas as Idades	21
3. METODOLOGIA	22
3.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PESQUISA	22
3.2 INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO COMO METODOLOGIA.....	22
3.3 INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA.....	24
3.4 DEFINIÇÃO, FUNÇÕES E ETAPAS DA METODOLOGIA DE PROJECTO	24
3.4.1 Definição	24
3.4.2 Princípios.....	25
3.4.3 Funções	25
3.4.4 As Diferentes Etapas do Projecto	27
3.4.5 Metodologias de Avaliação.....	32
3.4.6 Dados e Análise.....	32
3.4.7 Articulação dos Métodos e Técnicas Utilizados	34
3.5 DESCRIÇÃO DO PROJECTO.....	35
3.5.1 Objectivo e Problema.....	35
3.5.2 Principais hipóteses.....	35
3.5.3 Caracterização da Comunidade	36
3.5.4 Caracterização da População Alvo	39
3.6 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO.....	50
3.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	51
4. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO.....	52
4.1 CONTEÚDOS.....	52
4.1.1 Especificação Operacional das Actividades e Tarefas	56
4.1.2 Cronograma das Acções.....	57
4.2 RECURSOS ENVOLVIDOS.....	58
4.2.1 Recursos Humanos	58

4.2.2	Recursos Materiais.....	59
4.2.3	Recursos Institucionais	59
4.2.4	Outros Recursos.....	59
4.3	ESTRUTURA ORGANIZATIVA E DE GESTÃO DO PROJECTO.....	60
4.4	METODOLOGIAS IMPLEMENTADAS NA ACCÃO DE FORMAÇÃO	61
5.	AVALIAÇÃO.....	62
5.1	DADOS INFORMATIVOS.....	62
5.2	METODOLOGIA.....	64
5.2.1	Recolha de dados	64
	Procedimentos.....	64
5.3	RESULTADOS.....	67
5.3.1	Caracterização da Amostra (grupo de controlo).....	67
5.3.2	Validação do instrumento de avaliação	69
5.3.3	Estudo Comparativo	79
5.3.4	Avaliação da Qualidade da Formação	90
5.3.5	Discussão dos Resultados	92
6.	CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	96
7.	BIBLIOGRAFIA.....	101

ÍNDICE DE ANEXOS

A SUBSTITUIR ANTES DE EBCADERNAR PELA FOLHA CORRESPONDENTE QUE VAI NO FICHEIRO DOS ANEXOS O NUMERO DA FOLHA DO ÍNDICE DO ANEXO NÃO BATE CERTO

LISTA DE SIGLAS

AHER	Angra do Heroísmo
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DGS	Direcção Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SBA	São Brás de Alportel
SRPCBA	Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fonte INE.....	37
Quadro 2 – Cronograma de Actividades.....	51
Quadro 3 – Conteúdo Programático da Acção de Formação “Seniores em Segurança”.....	56
Quadro 4 – Conteúdo Programático das Sessões de Esclarecimento.....	56
Quadro 5 – Cronograma das Acções.....	57
Quadro 6 – Avaliação de Alpha de Cronbach.....	66
Quadro 7 – Composição temática das sub-escalas.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação em quatro fases o ciclo básico da investigação-acção	23
Figura 2– Fonte: CCRD Algarve	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Fonte INE.....	37
Gráfico 2 – Fonte INE.....	38
Gráfico 3 – Idade (Escalões etários)	40
Gráfico 4 – Sexo	40
Gráfico 5 – Estado Civil.....	40
Gráfico 6 – Dimensão Agregado Familiar	40
Gráfico 7 – Escolaridade.....	41
Gráfico 8– Idades por “Escalões etários” e “Sexo”	68
Gráfico 9 – Estado Civil.....	68
Gráfico 10 – Escolaridade	69
Gráfico 11 – Idades por “Escalões etários” e “Sexo”	80
Gráfico 12 – Estado Civil.....	80
Gráfico 13 – Escolaridade	80
Gráfico 14 – Opinião sobre o formador	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Que faz em caso de doença inesp./acidente	43
Tabela 2 – Qual o nº que liga em caso de emergência.....	43
Tabela 3 – Já ligou para uma linha de emergência.....	43
Tabela 4 – Sabe o que fazer em caso de ACV	43
Tabela 5 – Que Fazer nesses casos	43
Tabela 6 – Reconhece 1ºs sinais de enfarte.....	44
Tabela 7 – Identificação de sinais de enfarte	44
Tabela 8 – Sabe o que são “1ºs Socorros	44
Tabela 9 – Tem estojo de 1ºs Socorros	44
Tabela 10 – Em Situação de perigo fica alterado sem saber o que fazer	45
Tabela 11 – Em caso de dúvida sobre saúde a quem se dirige.....	45
Tabela 12 – Um maior conhecimento facilita a ajuda aos outros.....	46
Tabela 13 – Reconhece. de perigos pode gerar comportamentos mais seguros.....	46
Tabela 14 – Gostaria de receber escl. da Protecção Civil.....	46
Tabela 15 – Gostaria de receber escl. da GNR.....	46
Tabela 16 – Gostaria de Participar numa Sessão.....	47
Tabela 17 – Sugestões de outro Tema	47
Tabela 18 – Identificação do Tema.....	47
Tabela 19 – Temas mais importantes.....	48
Tabela 20 – Logótipo preferido	48
Tabela 21– Antes freq. Outras actividades.....	49
Tabela 22– Já freq. Sessão inform. s/ saúde.....	49
Tabela 23 – Como soube do programa “Seniores em Movimento”	49
Tabela 24 – Estatísticas Descritivas.....	70
Tabela 25 – Resultados dos testes à normalidade da distribuição	71
Tabela 26 – Reliability Statistics	71
Tabela 27 – Item -Total Statistics.....	72
Tabela 28 – Item Total Statistics	74
Tabela 29 – Inter Item Correlation	74
Tabela 30 – Reliability Statistics	74
Tabela 31 – Item Total Statistics	75
Tabela 32 – Inter Item Correlation	75
Tabela 33 – Reliability Statistics	75
Tabela 34 – Item Total Statistics	76
Tabela 35 – Inter Item Correlation	76
Tabela 36 – Reliability Statistics	76
Tabela 37 – Item Total Statistics	77
Tabela 38 – Inter Item Correlation	77
Tabela 39 – Reliability Statistics	77
Tabela 40 – Item Total Statistics	78
Tabela 41 – Inter Item Correlation	78
Tabela 42 – Reliability Statistics	78
Tabela 43 – Estatísticas descritivas (médias nos dois mtos.).....	82
Tabela 44 – Resumo resultados de teste de Correlações e T teste	83
Tabela 45 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento global dos temas abordados.....	84

Tabela 46 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento 1ºs Socorros informação geral e informação efectiva...	84
Tabela 47 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento 1ºs Socorros informação geral.	85
Tabela 48 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento 1ºs Socorros informação efectiva.	86
Tabela 49 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento geral sobre algumas doenças na população sénior.....	87
Tabela 50 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Tipos.	87
Tabela 51 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Sintomas.	88
Tabela 52 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Causas e Riscos associados.	89
Tabela 53 – Temas mais interessantes	90
Tabela 54 – Avaliação de dificuldade.....	91

1. INTRODUÇÃO

Apresentar um projecto que pretende responder aos objectivos expressos no fio condutor subordinado à problemática do envelhecimento social constitui um desafio face ao seu impacto no desenho das novas sociedades e à dimensão transversal da interdisciplinaridade do mesmo.

O aumento da longevidade, assim como os benefícios e prejuízos com ela relacionados, fazem do fenómeno envelhecimento uma questão pertinente de abordagem em estudos actuais, que continuam a merecer uma reflexão extremamente aprofundada do ponto de vista bio-psico-social,

Para (Barreto, 1988): “... A velhice é uma fase da existência dominada por grandes transformações nos planos, físico, psíquico e social, de origem interna e externa, naturais e esperadas, umas súbitas e outras imprevistas”. (p.165). Estas transformações, reflectem-se tanto nos comportamentos objectiváveis como na experiência subjectiva da pessoa que envelhece (Barreto, 1988).

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma maior longevidade, mas também uma boa qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjectivo dependente do nível sócio-cultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

No início do estágio foram propostos objectivos específicos e gerais que visaram, sobretudo orientar o trabalho que se desenvolveu. A formação “Seniores em Segurança” é uma acção que pretende prevenir problemas futuros através de informação, sensibilização e educação para a saúde, segurança dos seniores do

Concelho de São Brás de Alportel. A prevenção é simples e implica apenas a mudança de alguns hábitos.

Desta forma, pretende-se focar os aspectos sócio-demográfica da comunidade de São Brás de Alportel que foi objecto de intervenção e a apresentação do grupo Seniores em Movimento coordenado pela Junta de Freguesia para pessoas da comunidade com mais de 55 anos, população alvo (beneficiários directos do projecto).

Este projecto cumpre o seu papel dentro do contexto da educação na vida moderna, tanto por promover conhecimentos e esclarecimentos sobre saúde e segurança quanto por fomentar uma integração plena dos visados numa comunidade mais actuante enriquecida, medindo o seu impacto em termos de desempenho, satisfação e mudança de um conjunto de crenças de um grupo e encorajando novos projectos.

A investigação-acção foi o estilo de pesquisa escolhido para nortear este trabalho, visto que não se trata apenas de desenvolver uma proposta alternativa de educação não formal, mas fundamentalmente de convidar toda a comunidade envolvida (parceiros e população alvo) a desmistificarem ideias, expectativas e preconceitos existentes sobre as temáticas abordadas, integrando-se do começo ao fim em todas as fases do processo.

A formação “Seniores em Segurança” estabeleceu um conjunto de conteúdos estruturantes, cujos objectivos ajustados se pretenderão gerais e globalizantes, evitando aprofundamentos mais especializados em qualquer área da saúde, socorrismo e prevenção. Devendo assim, facilitar ao sénior uma actuação social futura como agente activo numa acção, permitindo-lhe participar na análise da situação, no planeamento e na execução da respectiva acção.

A nível geral considera-se com a finalização do projecto, que os seniores atingiram os seguintes objectivos: **desenvolver** conhecimentos e competências, de modo a poderem actuar como agente activo na promoção da saúde e na intervenção de primeiros socorros; **adquirir** noções básicas que os ajudem a actuar perante uma situação em que têm de ligar ao 112 e transmitir a informação essencial; **promover** atitudes de prevenção para a saúde e segurança.

A um nível mais específico o projecto formativo pretende: **identificar** os principais riscos de saúde da “população sénior”; **demonstrar** as técnicas simples de

Socorrismo que visem a segurança e a estabilização da vítima; **desconstruir** mitos e crenças através da aprendizagem de comportamentos adequados; **formar** o indivíduo de forma a este saber dar informações correctas aos serviços de socorrismo; **fornecer** conhecimentos que podem valer uma vida; **dar a conhecer** cuidados imediatos e adequados de primeiros socorros; **demonstrar** como é formado e como utilizar um estojo de primeiros socorros.

Uma vez atingidos estes objectivo, no final da acção de formação os seniores estão aptos a: **reconhecer** as técnicas de primeiros socorros em caso de acidente; **identificar** as formas de actuação de forma a ajudar e não agravar o estado da vítima perante os diferentes tipos de acidentes; **saber agir em segurança** e a estarem mais sensibilizados para a mudança.

Neste contexto o trabalho visa apresentar as etapas de revisão bibliográfica, capacitações e parcerias que foram capazes de gerar sinergias indispensáveis ao alcance de realizações e resultados.

Portanto, a começar pelo capítulo dois, este versará sobre as bases teóricas de todo este projecto, que se fundamentou sobre as temáticas e problemáticas da Saúde no Envelhecimento, da Acção Comunitária, da Saúde e Mortalidade em Portugal, da Segurança, do Desenvolvimento de Competências Pessoais, da Educação *Não Formal* segundo uma visão sistémica e da investigação-acção. Pretende traçar um breve histórico destas abordagens tendo em conta a sua expansão na actualidade. O capítulo três tratará de discorrer sobre o método, apresentando a justificação da Estratégias de Pesquisa.

Em seguida serão apresentados nos capítulos quatro e cinco a descrição e desenvolvimento do Projecto, traçando um perfil dos participantes, apresentando os recursos e materiais utilizados, para finalmente desenvolver em detalhes a evolução de todas as etapas desta investigação-acção. No capítulo seis, reservado à avaliação, será feita uma apresentação e discussão dos principais resultados, abordando os possíveis sucessos e controvérsias. Para finalmente chegar à conclusão no Capítulo sete, compilando o que foi vivenciado e adquirido ao longo de todo este processo de estudo, pesquisa e envolvimento com o ensino não formal, num resumo simplificado para quem deseje partilhar uma experiência na área.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento da população portuguesa fez-se sentir de forma particularmente evidente desde o início da década de quarenta do século XX até aos nossos dias. O aumento da longevidade decorrente dum diminuição da mortalidade, conjugado com a diminuição dos nascimentos, conduziu Portugal no caminho do envelhecimento.

A alteração na estrutura etária que se está a verificar, tem repercussões sociais que não podem ser ignoradas e que nos remetem para a necessidade de políticas efectivas de apoio aos idosos, nomeadamente no domínio da saúde

Em 1982, aconteceu em Viena a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (ONU), que aprofundou conceitos, elegendo a qualidade de vida como tão importante quanto a longevidade, devendo ser fomentada pelos governos, famílias, sociedade e idosos. (Motta, 2001).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU em Madrid, uma proposta de política de saúde vinculada ao envelhecimento activo, que visa “o processo de optimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002). Esta proposta engloba não somente a capacidade física mantida, mas também conceitos como a percepção do potencial individual ou de grupo para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e a participação nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis. Associa saúde ao bem-estar físico, mental e social, trazendo como objectivo central a manutenção da autonomia e independência.

Qualidade de vida é definida pela OMS como "a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 2002). É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de (*in*) dependência, as relações sociais, as crenças e a relação com características proeminentes no ambiente

Qualidade de vida está intimamente relacionada à autonomia e independência no envelhecimento, assim como aos riscos e oportunidades vivenciados, às opções saudáveis e ambientes de apoio no percurso da vida e o apoio informal, enfatizando a responsabilidade no auto-cuidado, os ambientes amistosos e a solidariedade entre gerações (OMS, 2002).

As bases das políticas propostas pela OMS (2002) estruturam-se em três áreas: saúde, participação e segurança. Na área da saúde as metas são prevenir ou reduzir as deficiências, doenças crónicas e mortalidade prematura; reduzir os factores de risco; desenvolver serviços de saúde e sociais acessíveis e adequados; fornecer treino e educação para acompanhantes. Na participação inclui-se educação e oportunidade de aprendizagem; participação na sociedade, família e comunidade. Na segurança os direitos sociais, financeiros, de segurança física, atenção às necessidades e a redução de injustiças em relação às mulheres idosas.

2.1 SAÚDE E ENVELHECIMENTO

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Segundo Martins (2006), envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

O conceito de envelhecimento saudável, baseado em abordagens não-médicas na promoção de saúde e bem-estar, é fundamental para o aumento da expectativa e da qualidade de vida. Ele envolve a promoção de comportamentos individuais e estilos de vida que limitem o declínio funcional, especialmente aquele causado por condições crónicas, com a finalidade de auxiliar os idosos a manterem sua independência e saúde.

Boa parte, dos problemas de saúde normalmente associados ao envelhecimento são, na verdade, resultado de escolhas e estilos de vida que causam doenças e limitações

funcionais, tais como o fumo, alimentação inadequada e sedentarismo. Portanto, o envelhecimento saudável começa com a escolha consciente de estilos de vida que promovam a saúde física, em todos os períodos da vida.

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos. (Raposo, 2006)

Uma política de saúde mental de idosos envolve estratégias de atenção primária e uma combinação equilibrada de farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação psicossocial, para prevenir parcialmente os efeitos deletérios das doenças que possam acompanhar o envelhecimento, e dos determinantes ambientais, mediante o atendimento das suas necessidades especiais, visto tratar-se de um grupo vulnerável. As ideias de promoção de saúde preconizadas pela Carta de Otawa, em 1986, também não devem ser esquecidas, por vislumbrarem o conceito de saúde como bem-estar global que transcende estilos de vida saudáveis e responsabilidade exclusiva do sector de saúde. Conduzem-nos a pensar em estratégias de promoção de saúde em que as pessoas e as comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os factores determinantes da sua saúde, como acesso à informação, habilidades para viver melhor e oportunidades para fazerem escolhas mais saudáveis. “Um dos eixos básicos do discurso da promoção de saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais”. (Czeresnia, 2003)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente como ausência de doença ou enfermidade (Capra, 1982). Gonçalves e Gonçalves (1988) identificam a definição acima como concepção irrealista, porque, mesmo que não apresentem

moléstia física, dificilmente as pessoas se encontram em completo bem-estar, pois existem, frequentemente, conflitos emocionais, além de dificuldades sociais e económicas. Entendem os autores que saúde: “consiste na luta para superar adversidades, evidentemente nem sempre vencendo-as, mas procurando sempre fazer-lhes face”

O bem-estar físico objectivo está relacionado à ausência ou a mínimos graus de doença, incapacidade e desconfortos músculo-esqueléticos. A boa saúde física é uma qualidade vital, favorece a boa aparência, a sentir-se bem e ter reservas necessárias para usufruir de uma variedade de interesses, além de ser um dos mais poderosos prédicadores de bem-estar psicológico.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito moderno de promoção da saúde desenvolveu-se fundamentalmente nos últimos 30 anos, como reacção ao crescente recurso à medicação com fracos impactos sobre as condições de saúde.

Em 1974 no Canadá, o Relatório Lalonde “*A new perspective on the health of Canadians*” marca o movimento moderno da promoção da saúde, sendo o primeiro documento oficial a usar o conceito e a colocá-lo como prioridade nas políticas de saúde. O Relatório define promoção da saúde como “informar, influenciar e apoiar indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais activos em matéria de saúde”.

Segundo carta de Ottawa para a promoção da saúde (1986), a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A Carta de Bangkok para a promoção da saúde num mundo globalizado (2005) parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidas na Carta de Otawa, complementando-a. Com a promoção da saúde, surge a noção da “saúde como um recurso” e de esta ser um “empreendimento colectivo”.

Constituindo-se como uma estratégia da promoção de saúde, a OMS (1968) define Educação para a Saúde como “uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificarem os seus comportamentos, adquirirem e conservarem hábitos saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde de forma criteriosa e estarem capacitados para a tomada de decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde”.

Paul Buss² (1999) refere que “a informação, a educação e a comunicação interpessoal, assim como a comunicação de massas através dos Media, têm sido reconhecidas como ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e da comunidade”.

2.3 REFORÇAR A ACÇÃO COMUNITÁRIA

Para (Nunes, 2008), “vivemos num mundo em que o empobrecimento cresce em todas as sociedades, mesmo as mais ricas; um mundo onde triunfam as desigualdades entre os homens e as mulheres, entre os países do Norte e do Sul, entre os jovens e os mais idosos, entre as cidades e o campo, um mundo que consome o laço entre os humanos e a natureza ... Mas vivemos também num mundo em que por todo o lado surgem iniciativas, projectos, movimentos de cidadãos e cidadãs determinados a alterar a face do planeta, conciliando abertura ao mundo e satisfação local das necessidades”.

A carta de Ottawa (1986), refere que a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efectiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde.

No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.

A acção comunitária por estar mais perto da realidade complementa e potencia a acção das políticas, aumentando as possibilidades de inserção social e profissional.

² Paulo Buss foi eleito dia 23 de Maio de 2010, em Genebra, vice-presidente da Organização Mundial da Saúde pelo período de um ano. O Conselho Executivo da OMS é composto por 34 países de todas as regiões do mundo e que representam os 193 Estados-membros.

O desenvolvimento das comunidades cria-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social, no desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução dos problemas de saúde. Tudo isto exige um acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem sobre saúde, para além de suporte financeiro.

“(…) o Desenvolvimento deve ser um processo integrado, envolvendo as dimensões económica, social, cultural, ambiental e política, privilegiando para essa integração o trabalho a nível local, em meios desfavorecidos, actuação que não se esgota na componente económica do Desenvolvimento, incluindo também com destaque a educação para a auto-estima, a cidadania activa e a valorização da cultura local”. (ANIMAR, 1998)

Neste contexto, o desenvolvimento local opera-se com a participação comunitária. Ele deverá nascer do diagnóstico da realidade social, procurando responder às expectativas e colmatar as necessidades mais prementes dos grupos. Um processo sustentado nos recursos endógenos do território e partilhado pela comunidade. Uma aposta na educação permanente geradora de um desenvolvimento cultural, social e económico.

2.4 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PESSOAIS

O conceito de competência pode ser visto como a capacidade de agir e reagir de forma apropriada perante situações mais ou menos complexas, pela mobilização e combinação de conhecimentos, atitudes e procedimentos pessoais.

A maior parte das dificuldades de relacionamento interpessoal provêm de um repertório muito limitado e desajustado de comportamentos sociais que o indivíduo conhece ou sabe usar, provavelmente devido a uma lacuna na história pessoal de aprendizagem social de cada indivíduo.

As carências de competências sociais provocam dificuldades em situações de interacção social, como por exemplo, estabelecer novas amizades, aceitar críticas, lidar com provocações, pedir ajuda, resistir à pressão dos pares, etc.

É neste contexto que ganha acuidade a aquisição e o desenvolvimento de competências de vida que permitam às pessoas compreender e participar na sociedade,

mobilizando através delas o saber, o ser e o saber resolver os problemas com que o mundo actual e suas mudanças os confrontam.

A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde.

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades (Ottawa, 1986).

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

2.5 SAÚDE EM PORTUGAL

A saúde potencial pode ser percebida como uma possibilidade para uma maior ausência de doença, para um maior bem-estar ou para uma maior aptidão funcional.

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência

Analisando a esperança média de vida, taxas de natalidade e mortalidade, cuidados de saúde em Portugal, os dados demográficos mostram que, desde 1995, temos caminhado, cada vez mais, na mesma direcção que a generalidade dos países desenvolvidos.

O aumento da longevidade, ilustrado pelo aumento da esperança média de vida ao nascer e ao longo da vida, é uma tendência de todos os países desenvolvidos. Explica-se, em parte, pelos avanços da ciência, pela melhoria progressiva dos cuidados de saúde e pelo suporte social dado aos cidadãos seniores.

No entanto, dados do Ministério da Saúde, divulgados em 2009, revelam que “a percentagem da população portuguesa que refere considerar o seu estado de saúde muito bom ou bom aumentou de forma um pouco acentuada de 1998/99 para 2005/2006 (5,3% nos homens; 6.9% nas mulheres) ”.

Contudo, segundo o estudo «Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa - evolução entre 2001 e 2008», de Manuel Villaverde Cabral e Pedro Alcântara da Silva, divulgado o ano passado no contexto da comemoração das três décadas do Serviço Nacional de Saúde, as mulheres, os mais velhos e as pessoas com estatuto sócio-profissional mais baixo afirmam ter um pior estado de saúde.

A realidade mostra-nos, que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas, por aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção. (INE, 2002)

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está, de facto, provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma actuação concertada, de todos os actores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de actividade física e o controlo dos factores de stress. (DGS, 2004).

2.6 MORTALIDADE EM PORTUGAL

O relatório de 2009 da Organização Mundial de Saúde (OMS) coloca Portugal na quinta posição entre as nações mundiais que mais reduziram o nº de óbitos desde 1970. Segundo a mesma organização “o desempenho de Portugal para reduzir a taxa de mortalidade em várias faixas etárias é dos mais consistentes e bem sucedidos nas últimas três décadas”.

A mortalidade, em 2002, registou um acréscimo de apenas 0,2%, face ao ano anterior, sendo a idade média dos falecidos cada vez maior³. Em 2002, a taxa de mortalidade infantil pareceu suspender a tendência de declínio constante que se verificava desde a década de sessenta. Em 2001, Portugal ocupa já uma posição mediana para este indicador, face aos restantes países europeus⁴.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo que estes têm um peso particularmente grave na mortalidade masculina, estando a aumentar, o que também se observa, em ambos os sexos, nas doenças do aparelho respiratório.

A prevalência de acidente vascular cerebral aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte e de séria deficiência na União Europeia. Refira-se que as pessoas com doença cardiovascular têm um mais elevado risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer. (DGS, 2004)

2.7 SEGURANÇA PARTICIPADA

À medida que a idade progride, o ser humano sente um crescente desejo de segurança, conceito que podemos tentar definir como a certeza ou pelo menos uma forte esperança de que as suas necessidades, tal como se vão evolutivamente apresentando, são minimamente satisfeitas.

Essas necessidades são pluridimensionais. Vão desde as necessidades de subsistência (actividades de vida diária ...) às necessidades de existência (exercício do direito de cidadania ...), sendo de referir algumas áreas fundamentais: saúde, capacidade económica, habitação, vida familiar, exercício da cidadania, protecção contra a criminalidade.

³ Instituto Nacional de Estatística - Destaque do INE, Estatísticas Demográficas - Mortalidade, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: INE, 2003.

⁴ Instituto Nacional de Estatística - Destaque do INE, Estatísticas Vitais, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: INE, 2003.

Posta deste modo, em termos genéricos, a questão da segurança, sublinhamos em particular o problema das pessoas idosas, quando isoladas. Garantir a segurança e investimentos da sociedade civil e de entidades privadas e publicas. Deve ter-se em conta que “muitas pessoas com mais de 65 anos vivem sós. Em números absolutos ultrapassam os 240.000, o que corresponde a cerca de 2,5% do total da população.

Para combater o crime todos temos de colaborar. A redução do risco e o medo do crime diz respeito a todos: à polícia, a cada um de nós e às comunidades de que fazemos parte.

2.7.1 Prevenção em Casa

Segundo dados referidos no site Primus Care (2007), cerca de 30% dos indivíduos com 65 ou mais anos sofrem quedas em casa. Este valor sobe para 50% no grupo dos indivíduos com 80 ou mais anos, aumentando também a gravidade das consequências destes acidentes.

Publicação do site do Ministério da Saúde – Portal da Saúde (2005), refere que cerca de 75 por cento dos acidentes com idosos acontecem nas suas próprias casas.

Os factores de risco intrínsecos ao idoso incluem aspectos relacionados com o envelhecimento, doenças crónico-degenerativas e comportamentos adoptados pelos idosos, que muitas vezes sobrestimam as suas capacidades acrescentando o risco de queda.

Estes acidentes podem ainda afectar a qualidade de vida dos idosos através de consequências psicossociais, provocando sentimentos de medo, fragilidade, desesperança, perda de controlo e receio de passar a ser dependentes de terceiros. O sentimento de medo e falta de confiança constituem muitas vezes o ponto de partida para uma progressiva deterioração do estado global do idoso através da redução da mobilidade, função e diminuição das actividades sociais e recreativas (Kong, 2002).

É essencial adoptar medidas que tenham em atenção as características e factores de risco de cada idoso, bem como reduzir ao máximo os factores de risco existentes em cada casa, prevenindo não só a queda, como também as suas consequências. A casa onde o idoso mora ou permanece frequentemente pode ser um campo cheio de minas e armadilhas que devem ser identificadas e desactivadas.

2.8 APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA

As sociedades, ao longo do tempo, têm passado por diferentes etapas num processo evolutivo que se tem acompanhado de diferentes revoluções tecnológicas: agrícola, industrial, pós-industrial e da informação. Estes processos de transformação constante produziram mudanças a vários níveis: na organização da sociedade; no trabalho; nas relações e comunicações interpessoais; nos processos de ensino e aprendizagem (Dalin e Rust, 1996, citados por Marcelo Garcia, 1999).

Uma das características da sociedade de hoje é a exigência constante de mudança, fazendo com que os indivíduos passem grande parte da sua vida num processo constante de aprendizagem, de forma a responder a estes desafios. Torna-se assim necessário adquirir uma série de capacidades para aprender uma série de conhecimentos e reaprender outros, em função das novas exigências sociais e dos novos conhecimentos que se vão construindo. Este novo modelo de sociedade sugere uma aprendizagem permanente e realizada de forma contínua, com o propósito de melhorar as qualificações, os conhecimentos e as atitudes.

A aprendizagem ao longo da vida pode considerar-se como um dos pilares básicos da cidadania activa, tornando-se urgente aprofundar o conhecimento sobre novos contextos de aprendizagem e proporcionar os dispositivos adequados aos ritmos e disponibilidades dos cidadãos, reconhecendo que as competências também se adquirem em ambientes não formais.

Em concordância com as conclusões do Conselho Europeu de Lisboa (Março de 2000), em que foi confirmada a aposta na aprendizagem ao longo da vida enquanto elemento crítico que «deve acompanhar a transição bem sucedida para uma economia e uma sociedade assentes no conhecimento», novos e profundos desafios se colocam aos sistemas e dispositivos de educação e formação e a toda a sociedade, de forma a garantir aos cidadãos a participação num contínuo de aprendizagem, que proporcione a melhoria permanente de conhecimentos, aptidões e competências.

O Conselho Nacional de Educação (1996) define o conceito de Aprendizagem ao longo da vida como,

“[...] englobando o desenvolvimento individual e social do ser humano sob todas as formas e em todos os contextos, tanto formais – na escola e nos estabelecimentos de ensino profissional, terciário e para adultos – como não formais – em casa, no trabalho e na comunidade. Trata-se de uma abordagem sistémica, centrada nos níveis do conhecimento e competências a adquirir por cada um, independente da sua idade” (p.15)

A aprendizagem ao longo da vida mais do que preparação para a vida, surge como parte integrante da própria vida, valorizada em todas as suas dimensões, pessoal, comunitária, espiritual e material. Já não se pretende aproximar a educação da vida, mas antes, aprender na e com a própria vida, transformando cada uma das experiências vivenciadas num capital de conhecimento colocado solidariamente ao serviço da nossa sociedade (cf. Azevedo, 2004).

No limite a *Aprendizagem ao longo da vida*, torna-se condição *scne qua non* de uma evolução crescente, de uma socialização ao longo da vida e do exercício de uma cidadania activa no plano dos direitos e dos deveres de cada pessoa.

O Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida⁵ introduz uma nova perspectiva de aprendizagem, mais ampla e complexa diluindo as fronteiras entre educação e formação e reconhecendo a importância dos contextos não-formais e informais de aprendizagem. A educação nesta perspectiva expande-se para além das fronteiras tradicionais e deixa de pertencer ao monopólio da educação/formação formal.

Um facto inegável pretende-se com a constatação de que as

“[...] aprendizagens realizadas à margem dos sistemas tradicionais de educação/formação, ao longo das trajectórias pessoais, sociais e profissionais dos adultos, assumem uma importância decisiva na construção das suas competências e qualificações, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional” (Pires, 1999, p. 27).

⁵ O Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da vida foi elaborado pela Comissão Europeia com o objectivo de implementar uma estratégia “de aprendizagem ao longo da vida”, pretendendo ser um instrumento de debate e orientador, à escala europeia.

A aprendizagem não-formal surge assim, “[...] quer como coplanar das aprendizagens formais, quer como a única forma de aprendizagem da maioria dos adultos, fruto de um autodidactismo ou de exigências/necessidades ditadas quotidianamente, a nível profissional/social” (Correia & Cadete, 2002 pp. 45-46)

Este tipo de aprendizagem desenvolve-se em variados contextos da vida, nas situações de trabalho, em cursos e acções de formação, de lazer, convívio, em momentos de formação (organizados nos locais de trabalho ou frequentados por iniciativa própria), não sendo reconhecidos pelos sistemas de educação formais, é, no entanto, uma realidade inesquecível e um factor de desenvolvimento pessoal, tornada única para aqueles que a vivenciaram.

A aprendizagem ao longo da vida significa que, se uma pessoa tem o desejo de aprender, ela terá condições de fazê-lo, independentemente de onde e quando isso ocorre. Para tanto, é necessária a confluência de três factores: que a pessoa tenha a predisposição de aprender, que existam ambientes de aprendizagem (centros, escolas, empresas, etc.) adequadamente organizadas e que haja pessoas que possam auxiliar o aprendiz no processo de apreender (formadores/agentes de aprendizagem), para além de que esta aprendizagem deve ir ao encontro das necessidades do formando.

Entretanto, essa visão de aprendizagem ao longo da vida não é o que tem sido discutido na literatura e praticado em instituições educacionais. Em geral, a aprendizagem ao longo da vida tem sido usada para se referir à “educação de adultos” (Valente, 2005), o que se tem traduzido na criação das universidades da terceira idade. É uma tentativa de proporcionar meios para as pessoas darem continuidade à sua educação e obterem mais certificados. O resultado final está para “certificação ao longo da vida”, em vez de criar oportunidades para as pessoas se tornarem autónomas e estarem dotadas de competências transversais, e até específicas.

A proposta que se pretende enfatizar é a de que a aprendizagem que acontece na escola e durante a vida profissional deve ser uma extensão da aprendizagem que se dá na infância ou na terceira idade. Aplica-se a todos os níveis do conhecimento e diz respeito a todas as fases da vida, proporcionando aos cidadãos as ferramentas necessárias para promover o desenvolvimento pessoal. As pessoas devem ter meios para continuar a aprender, interagindo com o mundo e recebendo ajuda dos agentes de aprendizagem.

A questão, portanto, é, como criar essas oportunidades para que os indivíduos possam construir o conhecimento como parte do seu dia-a-dia, desde o nascimento e estendendo-se ao longo da vida.

2.8.1 Aquisição de novos conhecimentos

Alguns autores acentuam o valor da experiência dos actores e dos diversos conhecimentos associados a ela como um recurso pertinente para agir, dão primazia ao papel activo dos sujeitos na sua interacção com o conhecimento e dão relevo a diversos contextos sociais não escolares, os processos de desenvolvimento local.

Cerda (2000:261), chama a atenção para a necessidade da sociologia da educação dever dedicar-se a uma série de novas instituições educativas, como locais de «criação e divulgação de conhecimentos». Afonso (1992:94) concretiza esta ideia ao defender que as associações de desenvolvimento local podem e «devem ser estudadas como importantes lugares de produção e distribuição de conhecimento», assim como as diversas formas de «divulgação científica» realizadas em contextos não escolares.

No mesmo sentido vão as observações de Domingues (1995), ao afirmar que a construção e a transmissão do conhecimento não podem basear-se apenas em enfoques académicos, cuja abordagem tem muitas dificuldades em ligar-se às experiências e conhecimentos da vida quotidiana, e que essa abordagem e os estudos tradicionais da sociologia sobre ela deixam de lado diversos campos da acção social, como os processos de transformação social das comunidades locais, nos quais são gerados e desenvolvidos diversos tipo de conhecimentos.

Domingues (1995), refere que os processos de transformação das comunidades locais são processos educativos de autoformação, de desenvolvimento de capacidades colectivas, nos quais as pessoas adquirem conhecimento e passam de simples receptores a construtores do conhecimento, através daquilo que Freire (1975) chama de processo de consciencialização, ou seja, através do processo que, assente na reflexão, torna os indivíduos, sujeitos de conhecimento, sujeitos capazes de analisar a sua realidade e de desenvolver capacidades para a transformar, Este enfoque não rejeita o conhecimento dos outros, dos de fora, pois, como defende Domingues (1995), os processos de transformação das comunidades locais devem ser enriquecidos pelos contributos dados por especialistas externos a esses locais. Também Freire (1975) nos diz algo de parecido

ao afirmar que «ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão», e que «ninguém se educa a si mesmo – os homens educam-se entre si, mediatizados pelo mundo».

Pain (1990), ao tratar da educação informal, refere que neste tipo de educação o centro não está no emissor, nem na transmissão de conhecimento, nem na relação hierárquica professor – aluno, como é o caso da educação escolar. O centro desloca-se para aquele que aprende, para o actor que procura e usa o conhecimento para responder a preocupações específicas, para os efeitos dos processos educativos informais que se traduzem em mudanças de comportamento duráveis em consequência da «aquisição de conhecimento na acção e da capitalização da experiência individual e colectiva» (ibidem: 130-131). Assim, concebe-se uma nova relação com o saber, na qual o indivíduo tem um papel de relevo, no qual a sua experiência tem importância. Trata-se de uma relação baseada na acção e no conhecimento externo a ela, ou seja, na relação «dialéctica entre teoria e prática» (ibidem:175), na qual o conhecimento não aparece como algo imposto e dado, mas como o resultado do processo de articulação entre conhecimentos anteriores dos indivíduos e de procuras de novos conhecimentos por parte desses mesmos indivíduos, como forma de fazer face às suas necessidades.

Segundo Covita (2002), a construção da sociedade da informação e do conhecimento é cada vez mais um imperativo nacional e europeu, pois constitui um pilar para uma sociedade mais participada e mais coesa.

A sociedade da informação e do conhecimento pode contribuir também para um desenvolvimento harmónico das competências dos cidadãos.

2.9 PROJECTOS A DECORRER EM PORTUGAL

O Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) arrancou a 1 de Outubro, com um novo projecto para idosos denominado "Aprender a Socorrer". O lançamento da iniciativa decorreu em parceria com o município local.

Com o projecto, a Protecção Civil açoriana pretende que os idosos adquiram noções básicas que os ajudem a actuar perante uma situação em que têm de ligar ao 112 e a transmitir a informação essencial. Dotar os idosos com competências relacionadas com hemorragias, queimaduras, lesões pelo frio e intoxicações são outros dos objectivos

desta acção de sensibilização e formação, que será brevemente alargada a todas as ilhas da Região.

Segundo os dados fornecidos pela Divisão de Prevenção, Formação e Sensibilização do Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores, o projecto Idoso e Segurança, trata-se de um projecto de sensibilização, informação e educação para a protecção civil destinado aos idosos que frequentam os Centros de Convívio das diversas freguesias da Região Autónoma dos Açores.

É uma acção de informação e sensibilização sobre atitudes e comportamentos preventivos junto de uma camada da população, que, regra geral, tem uma capacidade de actuação limitada e vive em habitações, muitas vezes em deficiente estado de conservação.

Projecto Idoso em Segurança, que conta já com 3 edições, estando esta última ainda a decorrer. No que concerne ao projecto Aprender a Socorrer, este realizou-se no Concelho da Praia da Vitória, no Centro Cultural do Ramo Grande, abrangendo um total de 12 Centros de Convívio e cerca de 400 idosos.

No Concelho de Angra do Heroísmo, os Centros reuniram-se no Centro Cultural de Angra do Heroísmo, num total de 15 centros e cerca de 250 idosos. O mesmo projecto decorreu ainda na Santa Casa da Misericórdia de AHER, com a participação de 50 idosos, residentes no Lar desta Misericórdia. Futuramente, pretende este Serviço implementar este Projecto na Ilha do Faial e de S. Miguel, nos Concelhos do Nordeste, Vila Franca e Ribeira Grande.

2.9.1 Edições do Projecto “Idoso em Segurança”

- ◆ Idoso em Segurança I – teve início no ano de 2002 e prolongou-se até 2004, abrangendo 87 centros de Convívio e cerca de 5000 idosos.

Teve como temas os “ Acidentes Domésticos” e eram abordadas as medidas de prevenção relativas ao gás, electricidade, na rua e com o trânsito.

- ◆ Idoso em Segurança II – entre o ano de 2006 e 2007, tendo sido visitados cerca de 85 centros e 2500 idosos dos Centros de Convívio.

O objectivo principal era transmitir informação elucidativa das atitudes correctas a adoptar antes, durante e depois de um sismo, procurando, junto de uma faixa etária

mais envelhecida, ensinar e relembrar comportamentos que podem salvar vidas em situação de catástrofe.

- ◆ Idoso em Segurança III – O projecto teve início no dia 1 de Março de 2008 (Dia Mundial de Protecção Civil), numa sessão presidida pelo Secretário da Habitação e Equipamentos, na freguesia de S. Bento, Ilha Terceira. Sendo as acções na ilha Terceira desenvolvidas por uma monitora do SRPCBA e nas restantes ilhas pelos Delegados de Protecção Civil.

Teve como tema a “ Segurança em Casa”, transmitindo as regras básicas da segurança em casa, tais como cuidados com o gás, fogão, electricidade, como pedir ajuda, entre outros aspectos essenciais.

Desde Março de 2008, até Fevereiro 2009 já foram visitados 64 Centros de Convívio, num total de 1600 idosos.

Com o desenvolvimento deste projecto, o Serviço Regional de Protecção Civil e Bombeiros dos Açores cumpre uma das suas missões, no que concerne à formação da sociedade, definida no Artigo 7º da Lei nº 27/2006, de 03 de Julho (Lei de Bases da Protecção Civil) onde se lê “os cidadãos tem direito à informação sobre os riscos a que estão sujeitos em certas áreas do território e sobre as medidas adoptadas e a adoptar com vista a prevenir ou minimizar os efeitos de acidente grave ou catástrofe”.

2.10 AS ACADEMIAS SÉNIOR DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

O apoio a Idosos é uma área importante da actividade da Cruz Vermelha Portuguesa que se tem vindo a organizar de forma a responder às solicitações crescentes, decorrentes do envelhecimento da população. Tem-se privilegiado o desenvolvimento de intervenções que potenciem a permanência do Idoso no seu domicílio, mantendo-o autónomo e incluído na comunidade até ser possível.

A Cruz Vermelha Portuguesa através do seu projecto “Academias Sénior”, tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante na área do Apoio a Idosos e Dependentes de forma a responder às solicitações crescentes decorrentes do envelhecimento da população.

Face a esta tendência, a Cruz Vermelha Portuguesa aposta, de entre outras acções e projectos, no desenvolvimento de Academias Sénior, como forma de manter os

idosos activos, física e mentalmente, acreditando na valorização e integração dos seniores na Sociedade e privilegiando a sua permanência no seu meio ambiente normal até ao limite do possível.

2.10.1 Viver a Vida em Todas as Idades

As Academias Sénior destinam-se à população idosa e pretendem, através da partilha de saberes, fomentar o relacionamento inter-pessoal e promover o exercício de uma cidadania plena.

Os objectivos destas Academias são o de melhorar a participação social da população sénior e o exercício de uma cidadania activa, através das seguintes acções:

- ◆ Desenvolvimento de actividades intelectuais de valorização pessoal e social;
- ◆ Envolvimento da população sénior em projectos comunitários intra e inter-generacionais;
- ◆ Disponibilização de informação dos direitos e deveres enquanto cidadãos;
- ◆ Dinamização de actividades sócio-culturais;
- ◆ Partilha de experiências de vida;
- ◆ Motivação para uma participação activa da família nas actividades sociais, culturais e académicas;
- ◆ Educação para a saúde.

A Cruz Vermelha Portuguesa tem já implementado o conceito de Academias Sénior em várias Delegações espalhadas pelo país, que optam por um leque diversificado de actividades, que vão desde as aulas teóricas e práticas, voluntariado, coros musicais, passeios, convívios, entre outros.

É, no entanto, intenção desta Instituição desenvolver e generalizar este projecto a nível nacional, aproveitando as valências e especificidades de cada uma das suas Delegações, para que as pessoas se envolvam num processo activo de acordo com as realidades de cada local.

3. METODOLOGIA

O objectivo de qualquer ciência é construir conhecimentos, sendo portanto fundamental a escolha do método adequado que nos permita conhecer a realidade fundamental.

3.1 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

A metodologia de um estudo pretende garantir a objectividade e o rigor científico, mediante o desenvolvimento de um determinado número de etapas e regras que possibilitam chegar a determinados objectivos de forma mais fidedigna.

Engloba, genericamente, a estratégia de pesquisa a adoptar. “Aos métodos cabe uma importante função que se materializa na organização crítica das práticas de investigação, incluindo a própria selecção das técnicas de controlo e da sua utilização, bem como o relacionamento e integração dos resultados obtidos pela intervenção destes” (Almeida, Ferreira, Pinto & Madureira, 1995, p.85).

É, apesar disso, utópico pensar a metodologia como um “(...) conjunto de receitas universalmente geradoras de cientificidade: tais receitas não poderiam levar senão a aplicações autonomizadas, rituais e abstractas, cujo rigor não deixa de ser ilusório” (Almeida et al, 1995, p.87), o que significa que a metodologia não é uniforme nem padronizada, variando de pesquisa para pesquisa.

A metodologia participativa de projecto pretende ser um modo de planeamento adequado às ciências sociais, porque inclui as preocupações e os pressupostos de uma sociologia de acção tendo sobretudo presente o desenvolvimento da capacidade dos grupos sociais para definirem os seus objectivos – e os meios e modos de os concretizar – face a um futuro desejável (Guerra, 2000).

3.2 INVESTIGAÇÃO-ACÇÃO COMO METODOLOGIA

A investigação em geral caracteriza-se por utilizar os conceitos, as teorias, a linguagem, as técnicas e os instrumentos com a finalidade de dar resposta aos problemas e interrogações levantados.

Argyris e Schön (1985) desenvolveram os conceitos de Investigação-acção, tratando-os como uma abordagem científica específica, na qual o investigador gera um novo conhecimento acerca do sistema social e, ao mesmo tempo, esforça-se por o mudar.

Dentro dos diferentes tipos de investigação acção, segundo os autores Cohen e Manion (1989, p.223) referidos por Chagas (2005), trata-se de um:

Procedimento essencial *in loco*, com vista a lidar com um problema concreto localizado numa situação imediata. Isto significa que o processo é constantemente controlado passo a passo (isto é numa situação ideal), durante períodos de tempo variáveis, através de diversos mecanismos (questionários, diários, entrevistas e estudos de casos, por exemplo), de modo que os resultados subsequentes possam ser traduzidos em modificações, ajustamentos, mudanças de direcção, redefinições de acordo com as necessidades, de modo a trazer vantagens douradoras ao próprio processo em curso.

De acordo com esta definição, uma característica importante da Investigação – Acção é a continuidade do trabalho, em que os participantes observam, indagam e focalizam determinados aspectos através de reajustes constantes que melhoram a qualidade e a adequabilidade da sua prática.

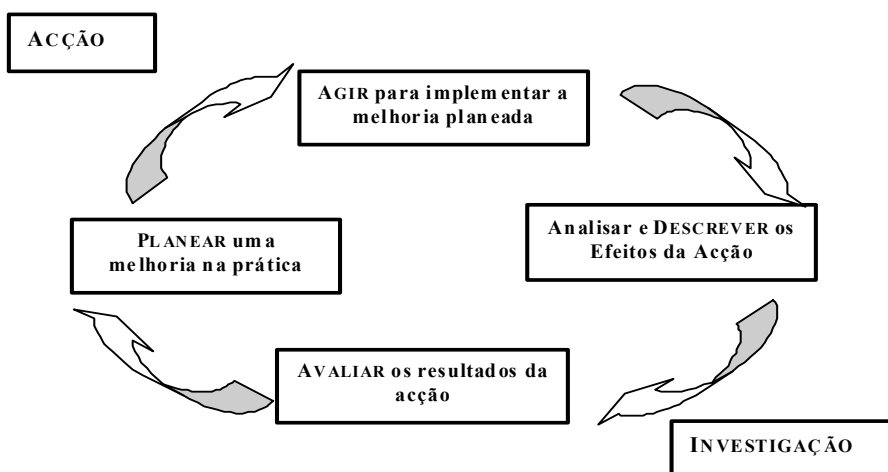


Figura 1 – Representação em quatro fases o ciclo básico da investigação-acção

3.3 INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA

Hall e Kassam (1988) cit. Peres e Freitas, referem a Investigação Participativa como uma actividade que integra e combina a investigação social, o trabalho educativo e a acção.

A metodologia participativa de projecto é um processo dinâmico e interdisciplinar, um conjunto organizado de técnicas, que integram simultaneamente a especificidade das metodologias de intervenção, investigação-acção e planeamento.

Como actividade de planeamento, a metodologia de projecto de intervenção participado é também uma técnica de inovação e de mudança que exige uma contínua adaptação ao quotidiano do trabalho, e tem uma característica específica – a acção colectiva negociada.

3.4 DEFINIÇÃO, FUNÇÕES E ETAPAS DA METODOLOGIA DE PROJECTO

3.4.1 Definição

A noção de projecto remete-nos invariavelmente para o futuro, implica um processo, que integra um conjunto de meios a pôr em prática, através de uma sequência de acções, a desenvolver como um objectivo final, previamente fixado.

É um processo contínuo e permanentemente. É sistémico porque abrange a totalidade das instâncias que agem sobre o problema. É uma forma de organização racional devidamente formalizada. Deve ser entendida como uma mentalidade, ou seja, uma forma de pensar e de conceber a acção e não um instrumento material pouco flexível.

“Um projecto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder. Um projecto é sobretudo, a resposta ao desejo de mobilizar as energias disponíveis com o objectivo de maximizar as potencialidades endógenas de um sistema de acção garantido o máximo de bem-estar para o máximo de pessoas”. (cf. Guerra, 2000, p. 126)

3.4.2 Princípios

Integrando na sua constituição, ao longo do seu processo de desenvolvimento, as características inerentes às metodologias da investigação-acção, metodologias de planeamento e as metodologias que apelam à participação, a *metodologia de projecto* começa por se constituir em completa ruptura com a pesquisa tradicional.

Na metodologia de projecto, o investigador deixa de ser *um mero observador*, o seu *envolvimento* é imprescindível, o que não implica o abandono da neutralidade e objectividade. Neste processo, ele é o orientador, mas também actor, implicado na acção.

Outros dos princípios numa análise deste tipo é “a reabilitação do senso comum considerando-se que o conhecimento científico não é a única forma de conhecimento” (cf. Guerra, 2000, p. 42)

Partindo do real – um problema numa situação concreta – e não de uma teoria que suporta um quadro de hipóteses, põe em causa a linearidade das explicações causais e consequentes regularidades e generalizações. A promoção da mudança desejada – seu princípio e objectivo – parte da identificação da especificidade dos diferentes elementos presentes, nas situações onde pretende actuar, processo que junta o conhecimento (observação e descrição) dos factos a uma produção de informação.

Aliando os saberes operatórios e científicos, a *metodologia de projecto*, parte ainda da concepção de que os actores, devidamente organizados e orientados, têm capacidade para provocar ou controlar a mudança social, numa forma racional, eficaz e colectivamente desejada.

3.4.3 Funções

Tendo por objectivo principal **promover a mudança**, a metodologia de projecto – independentemente da sua filosofia de implementação – é um processo, simultaneamente, dinâmico e organizado de forma racional, que se propõe:

- ◆ Identificar as dinâmicas de um sistema de acção concreto;

Através da recolha de informação (recorrendo, preferencialmente, a uma postura mais indutiva e a uma análise sistémica, articulando a teoria e a prática) pretende entender a lógica das mudanças, nos sistemas de interacção. Neste contexto, é

fundamental a importância da análise sociológica do “senso comum”, o que irá permitir compreender a diversidade dos pontos de vista dos actores intervenientes.

Este processo passa pela identificação dos diferentes actores, dos seus projectos e dos seus poderes, dito de outra forma, passa pela explicação dos seus interesses, estratégias e recursos.

- ◆ Formar;

Através da aplicação de metodologias que apelam à participação e à interacção, pretende-se que os actores adquiram competências, que lhes permitam dar conta das suas limitações e reais possibilidades (do seu poder), para alterar o sistema, a seu favor, e simultaneamente, possam definir colectivamente um futuro desejado.

- ◆ Clarificar o futuro desejável e colectivamente contratualizado;

Através das técnicas de planeamento, nomeadamente, levantamento de necessidades, selecção e operacionalização dos objectivos, construção de cenários, definição das finalidades e estratégias a adoptar e produção de planos de acção, pretende-se orientar e organizar as acções colectivas de mudança.

- ◆ Implementar a acção de mudança;

Organizando, acompanhando e participando na implementação dos programas de acção, promovendo a inovação e a produção de transformações.

- ◆ Avaliar;

Utilizando técnicas e métodos de avaliação, pretende-se (por comparação); medir a eficácia dos investimentos (recursos), sempre escassos; identificar os diferentes efeitos sociais e culturais de uma determina política ou acção de reforma; rectificar trajectórias e decisões.

- ◆ Produção de conhecimentos sobre a realidade;

As produções de conhecimentos pretendem-se transformadores da realidade social.

3.4.4 As Diferentes Etapas do Projecto

Segundo Guerra, (2000) os projectos podem estar baseados em várias fases: A primeira fase da construção do projecto é, a emergência de uma vontade colectiva de mudança e a constatação de recursos (humanos, materiais, simbólicos, etc.) capazes de fornecer a energia suficiente para a montagem do projecto. A segunda fase, na qual se baseia todo o percurso do projecto, é a análise da situação. A terceira fase pode ser então considerada a concretização, o acompanhamento e a avaliação do projecto.

De certa forma, e porque a elaboração de um projecto tem na sua origem um pedido (uma ideia), a primeira fase da sua construção é quase sempre exterior à equipa responsável pela sua montagem e implementação. “A emergência de uma vontade colectiva de mudança” é muitas vezes fruto de um grupo restrito de actores/decisores, responsáveis pelas políticas públicas, ou privadas de um determinado sector que perante um “problema” accionam o processo. É no decurso da elaboração das fases seguintes – com maior intensidade no decorrer do diagnóstico – que o investigador vai promover a consciencialização colectiva (alargada a todos os actores intervenientes) e consequente “emergência de uma vontade colectiva de mudança”.

Na elaboração do projecto, podemos identificar as seguintes etapas (Guerra 2000):

1. Diagnóstico ou análise das necessidades;

Nesta etapa procede-se à identificação dos problemas que pretendemos resolver, entendendo as suas causas reais e factores que os determinam.

2. Definição dos objectivos;

Em relação aos problemas identificados e em função da sua hierarquização, face a critérios de prioridade, estabelecer e clarificar as finalidades, os objectivos gerais e objectivos específicos.

3. Definição das Estratégias;

Definição e selecção das grandes orientações do trabalho.

4. Programação das Actividades;

Etapa em que se estruturam, no tempo (calendarização) as actividades e se formam e definem as equipas identidades responsáveis pela sua organização e/ou execução.

5. Preparação do plano de avaliação;

6. Publicitação dos Resultados e Estudos dos Elementos para a Prossecução do projecto.

Ainda que, formalmente delimitadas as principais fases e etapas do projecto, estas constituem um processo contínuo e dinâmico onde muitos dos procedimentos inerentes a uma fase terão continuação nas seguintes, ou serão mesmo retomadas posteriormente, ainda que de forma racional e organizada. Por exemplo, após a avaliação da eficácia de um programa de acção, pode ser necessário retomar o diagnóstico para reavaliar situações e decisões.

Diagnóstico

A primeira tarefa da equipa responsável pelo processo de planeamento é o diagnóstico. Numa fase inicial, identificado como o pré-diagnóstico, procede-se a um levantamento de todas as informações existentes sobre o sistema onde se pretende intervir, de forma a definir a profundidade do problema e as dinâmicas sociais que o produzem.

Esta fase serve igualmente:

- ◆ Para clarificar os objectivos inicialmente propostos;
- ◆ Verificar a adequabilidade pluridisciplinar da equipa constituída face à natureza do trabalho;
- ◆ Fazer uma primeira intervenção junto dos actores, que directamente ou indirectamente, vão ser objecto da análise e da mudança, de forma a garantir os apoios e cooperação, indispensáveis à exequibilidade das fases seguintes;
- ◆ Serve ainda para definir as condições inerentes ao projecto e uma aferição provisória da amplitude dos obstáculos, ou apoios, para a continuação da operação.

Perante uma primeira recolha de informação disponível, o investigador procederá à sua interpretação, recorrendo ao quadro teórico existente sobre as problemáticas identificadas.

De posse das condições mínimas, a elaboração do diagnóstico (propriamente dito) implica uma recolha sistemática e diversificada da informação. Deve ser garantida

a coerência entre a informação quantitativa recolhida e os elementos qualitativos provenientes da população-alvo e da experiência no terreno. A informação deve abranger a análise do contexto social, económico e cultural onde os problemas se manifestam.

Decorrente da sua interpretação, será possível compreender as dinâmicas sociais do meio, a real profundidade dos problemas (caracterização e análise da evolução do problema), suas causalidades e expectativas, face a possíveis soluções.

Para que este processo de interpretação seja produtivo e completo é essencial promover a interacção e participação de todos os actores sócias envolvidos na acção de mudança (que já se começou a operar).

Outros dos objectivos do diagnóstico, é a clarificação e a identificação dos recursos (sempre escassos) e forças que podem ajudar à resolução de cada um dos problemas, de forma a alcançar um diagnóstico positivo mas realista, eficaz e racional.

Em seguida, recorrendo a metodologias e técnicas de análise prospectiva proceder-se-á à construção de cenários, com vista à projecção da evolução dos problemas, sem que haja lugar a intervenção e, quando sujeitos a processos interventivos multidimensionados, passíveis de comparação.

Finalmente, face à análise efectuada, é possível determinar factores de critério pertinentes para (classificar e avaliar) hierarquizar os problemas em função da prioridade de intervenção.

Um diagnóstico deverá estar cientificamente fundamentado, incorporar um conhecimento abrangente do meio social, em que irá ter lugar a acção de mudança, terá de estar de acordo com as necessidades locais, de forma a garantir as respostas adequadas. Da sua eficácia parte o sucesso do Projecto.

“Um bom diagnóstico é garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projecto de intervenção”. (cf. Guerra 2000 p. 131)

Da Definição do Objectivo à Avaliação

“Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo” (Imperatori e Giraldes, 1986, p. 77).

Nesta etapa, importa definir as grandes intenções (finalidades), os objectivos gerais e específicos. As finalidades, indicam a razão de ser do próprio projecto, estão por isso normalmente definidas antes do diagnóstico, uma vez que é a partir da sua conceptualização que emerge a necessidade de mudança, “estão incluídas em grandes domínios de intervenção de políticas gerais das instituições públicas ou privadas”(Guerra, 2000, p. 163).

Os objectivos gerais indicam as grandes intenções do projecto e são determinados em conformidade com as finalidades deste. Estes objectivos não são, geralmente, expressos em termos operacionais mas definidos para todo o projecto, pelo que excluem a possibilidade de saber, com exactidão, se foram ou não alcançados.

Os objectivos específicos são precisos para cada sector de actividades previsto. São apresentados em termos qualitativos ou quantitativos, representam a operacionalização dos objectivos gerais e, por isso, é possível a sua avaliação. Por exemplo, a formação profissional (devidamente especificada) de 20 adultos desempregados de longa duração.

Na definição dos objectivos deve-se considerar o seu alcance, globalizante no caso dos objectivos gerais e específico no caso dos objectivos específicos/operacionais. Deve ser, ainda, determinada a sua temporalidade; objectivos a **longo prazo** (mais imprecisos), objectivos **imediatos** (mais concretos e claros).

A etapa seguinte é a definição de estratégias, entendidas como as grandes escolhas, que resultam da relação entre os recursos e objectivos (as formas de agir), segundo as linhas de orientação do projecto, são amplamente indutivas e nesse sentido muito intuitivas.

Em seguida, elabora-se o plano de acção em que se programam as actividades. Nesta programação são definidas (caracterização e identificação) as actividades prioritárias, a sua calendarização e custos. Neste processo são também atribuídas as responsabilidades; pela organização da acção, pela execução e controlo das tarefas e pelo financiamento.

Finalmente, estabelece-se um plano de avaliação. “A avaliação é uma componente do processo de planeamento. Todos os projectos contêm necessariamente um **plano de avaliação** que se estrutura em função do desenho do projecto e é acompanhado de mecanismos de auto-controlo que permitem, de forma rigorosa, ir

conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajectórias caso sejam indesejáveis” (Guerra, 2000, p. 175).

Neste contexto, pode-se afirmar que a avaliação, necessária em várias fases do processo de planeamento, estabelece um elo de ligação entre a acção passada e a perspectivada. Corresponde, portanto, a um momento indispensável dos Projectos de Intervenção Social que privilegiem a dinâmica da Investigação-acção.

A avaliação de Impacto, normalmente associada ao tipo “*ex-post*”, procura averiguar em que medida o projecto produziu as mudanças que tinham previsto e se os impactos verificados (previstos e imprevistos) se devem à actuação do programa e não a outros factores de influência.

No entanto, pode compreender uma 1ª fase que, de certa forma, podemos identificar de “acompanhamento”, com o objectivo de verificar o funcionamento do projecto no seu conjunto – aferir se as necessidades originalmente identificadas, e que justificam o programa, ainda existem, se as consequências para os destinatários, estão em conformidade como o esperado, etc. – a fim de fornecer informação útil para a tomada de decisões, nomeadamente, quanto à necessidade/utilidade de continuação, expansão, redução, modificação ou mesmo cancelamento do respectivo projecto.

Em suma, qualquer procedimento de avaliação implica comparar – medir – com a finalidade de corrigir ou melhorar. Assim, a avaliação comporta “um conjunto de procedimentos para julgar os méritos de um programa e fornecer uma informação sobre os seus fins, as suas expectativas, os seus resultados previstos e imprevistos, os seus impactes e os seus custos”⁶ (Guerra, 2000 p. 186).

A avaliação, na metodologia de projecto, é suportada por um conjunto de técnicas que procuram analisar os impactos, positivos e negativos, dos programas e mudanças implementados. Por meio de comparação e tendo por referência os objectivos inicialmente fixados, tem o propósito de corrigir trajectórias e garantir a eficiência das acções.

⁶ Kosecoff, J. E Fink, A., Evaluation Basics. A Practitioner’s Manual, Beverly Hills, Ed. Sage, 1982 in (Guerra 2000).

3.4.5 Metodologias de Avaliação

A expressão “metodologias de avaliação” define um conjunto de processos de pesquisa científica que visam colocar e esclarecer questões relativas à concepção, às formas de tomada de decisão, à execução e aos efeitos dos programas (acções e medidas) enquanto componentes operacionais de diferentes dispositivos planeados e projectados para modificar situações indesejáveis de uma dada realidade ou resolver problemas.

Estes processos integram sistemas de reflexão crítica a partir da informação recolhida sobre a realidade anterior à intervenção, no decurso da implementação do projecto e após a sua conclusão de modo a permitir que os actores e instituições envolvidas julguem o seu trabalho e possam melhor (aprendendo) a sua actuação.

As metodologias e procedimentos avaliativos podem variar em função da natureza da equipa de investigadores responsáveis pela sua execução, da temporalidade (articulação com acção), da dimensão dos objectivos sobre os quais incidem, das características desses objectivos, dos destinatários, dos objectivos (funções da avaliação) e critérios seleccionados.

Resumindo, as modalidades e os processos de avaliação (o desenho da avaliação) são passíveis de apresentar uma grande variedade de formas (produzindo resultados diferentes) dependendo das necessidades sentidas pelos agentes e da bateria de instrumentos mobilizados pelos investigadores.

3.4.6 Dados e Análise

Tendo em conta os instrumentos de recolha de dados implementados no decurso do diagnóstico e gestão do projecto até esta fase e o seu carácter participativo verifica-se a pertinência do recurso simultâneo a técnicas de análise de natureza quantitativa e qualitativa.

Os métodos mistos correspondem a uma “combinação das duas tradições metodológicas progenitoras – a tradição quantitativa (mais empirista) e a tradição qualitativa (mais construtivista ou interpretativa), consideradas por alguns fundamentalistas epistemológicos como posições antagónicas extremadas. (Bryman, 1995; *in* Lourenço, 1998)

O recurso aos métodos mistos permite ultrapassar as limitações das metodológicas quantitativas e qualitativas, permitindo uma complementaridade dos dados (triangulação) e obter informações de tal forma ricas, que, não poderiam ser obtidas utilizando cada um dos métodos isoladamente. (Chagas, 2009). A forma adoptada corresponde à associação de metodologias provenientes de estudos parcelares, tendo cada um a sua metodologia específica e sendo todos eles incluídos num mesmo projecto.

Quanto às técnicas, estas representam um conjunto de procedimentos práticos, de forma a utilizar racionalmente os recursos disponíveis, tendo como objectivo conseguir os melhores resultados possíveis. As técnicas constituem um saber prático; na opinião de Almeida (Almeida et al, 1976, p.85), são “(...) conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento de informação requerida pela actividade de pesquisa”. Os métodos devem-se adaptar aos objectivos da investigação e podem ser combinados em função das exigências impostas pela caracterização daquelas.

Torna-se assim indispensável um grande controlo crítico dos procedimentos metodológicos, das suas possibilidades e limitações, para que os instrumentos de pesquisa se adequem à realidade visada.

3.4.7 Articulação dos Métodos e Técnicas Utilizados

OBJECTO	MÉTODOS/TÉCNICAS	Principais Níveis de Análise
<p>Aprofundamento do desenho e identificação do universo de análise do estudo</p>	<p><u>Análise documental</u></p> <p><u>Entrevistas</u></p>	<p>Dinâmicas demográficas Estudos já realizados Programas implementados Recolha doc. Conceptual Decisores e Técnicos envolvidos</p>
<p>Diagnóstico dos modos de Vida, interesses e Redes Sociais da População alvo</p>	<p><u>Questionário por amostragem</u></p> <p><u>Observação</u></p>	<p>Dinâmicas de Grupos no contexto social da população alvo Actividades desenvolvidas (nível de adesão)</p>
<p>Diagnóstico do Sistema de Interação Social existente</p>	<p><u>Contactos formais</u> <u>Contactos informais</u> <u>Entrevistas</u></p> <p><u>Observação</u></p>	<p>Dinâmicas Sociais e Entidades envolvidas</p>
<p>Avaliação de Resultados</p>	<p><u>Questionário por amostragem</u> <u>Contactos informais</u></p> <p><u>Observação</u></p>	<p>Impactes do desenvolvimento de interesses temáticos Impactes nas sociabilidades e estrutura de ocupação de tempos livres Impacte no desenvolvimento de interesse pela aprendizagem.</p>

3.5 DESCRIÇÃO DO PROJECTO

3.5.1 Objectivo e Problema

O Projecto de formação social “Seniores em Segurança” surge como resposta à diversidade de interesses e expectativas dos seniores do Concelho de São Brás de Alportel, bem como às necessidades da sociedade local de promover a qualidade de vida da população sénior.

Justificou-se a sua aplicação como forma de colmatar uma lacuna encontrada em termos de informação e formação na população sénior.

Apresentada a ideia inicial à Junta de Freguesia responsável pela criação do grupo “Seniores em Movimento” população alvo de referência para implementação do projecto na sua fase piloto e conseguida a sua inteira adesão e apoio foi iniciado o processo tendo em conta as características e necessidades e expectativas da população visada e as necessidades para a sua realização efectiva.

3.5.2 Principais hipóteses

H1– Após a formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre a globalidade dos temas abordados.

H2– Após a formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros:

H2.1 Ao nível da informação global;

H2.2 Ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida);

H2.3 Ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima).

H3– Após a formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior:

H3.1 Ao nível global (tipos de doenças, sintomas, causas e riscos associados);

H3.2 Tipos de doenças;

H3.3 Sintomas;

H3.4 Causas e riscos associados.

3.5.3 Caracterização da Comunidade

Segundo o Pré-Diagnostico Social de Abril de 2005, efectuado pela Câmara Municipal, São Brás de Alportel é um dos 16 concelhos do Distrito de Faro, fica situado no coração do sotavento algarvio, é constituído por uma freguesia e cerca de 40 sítios dispersos pelo seu território e tem cerca de 10846 habitantes (Estimativas provisórias do INE para 31.12.2003).

Mapa 1. Concelhos da Região Algarve



Figura 2– Fonte: CCRD Algarve

Sócio-Demografia do Concelho

Evolução da população e indicadores demográficos

A evolução demográfica no concelho de São Brás de Alportel tem sido bastante significativa. No último período inter-censitário, a população aumentou 33,3%, quando no Algarve se registava uma variação positiva de 15,8% e no Continente de 5,3%. Mesmo considerando o envelhecimento ainda acentuado do concelho, no período de 10 anos S. Brás passou de pouco mais de 7500 habitantes para mais de 10.000.

Quadro 1. População residente, 1991 e 2001

Zona Geográfica	2001			1991			Variação total (%)
	População Residente			População Residente			
	HM	H	M	HM	H	M	
Continente	9869343	4765444	5103899	9375926	4521845	4854081	5.3
Algarve	395218	195725	199493	341404	167873	173531	15.8
São Brás de Alportel	10032	5009	5023	7526	3683	3843	33.3

Quadro 1 – Fonte INE

Variação da população (1991-2001)

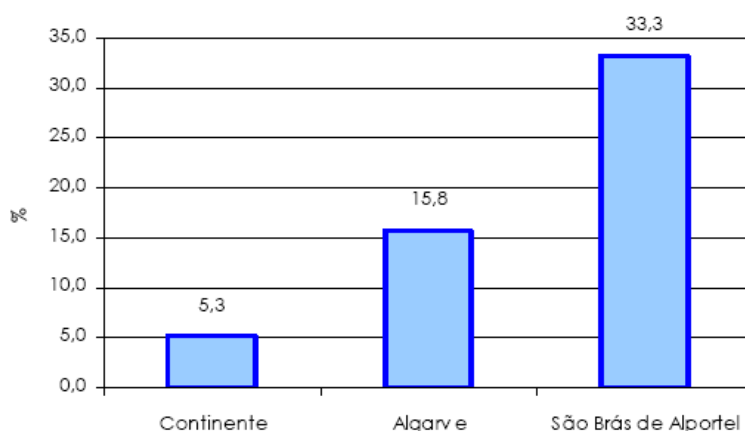


Gráfico 1 – Fonte INE

Refira-se que no que concerne à densidade populacional, S. Brás detém um valor inferior à média regional e nacional. De acordo com as estimativas demográficas do INE para 2003, a densidade populacional no concelho era de 72 hab/km², quando na região era de 81 hab/km² e no país era de 113 hab/km². Acresce o facto da grande parte da população estar concentrada no centro da vila de S. Brás.

Sendo o envelhecimento da população uma conclusão que se retira para a generalidade do país, é certo que no concelho de S. Brás essa realidade assume contornos mais acentuados. Em 2001, havia uma média de 157 pessoas com mais de 65 anos, para cada 100 com menos de 15. Como consequência natural desta realidade, o concelho tem vindo a registar taxas de mortalidade mais elevadas do que as verificadas na região e no país.

Se é certo que o concelho revela uma dinâmica demográfica importante, não podemos esquecer que o seu índice de envelhecimento tem manifestado tendências de

aumento – era em 2001 de 157, passando para 160 em 2004. Tal traduz-se em valores bem superiores aos registados quer ao nível regional, quer nacional.

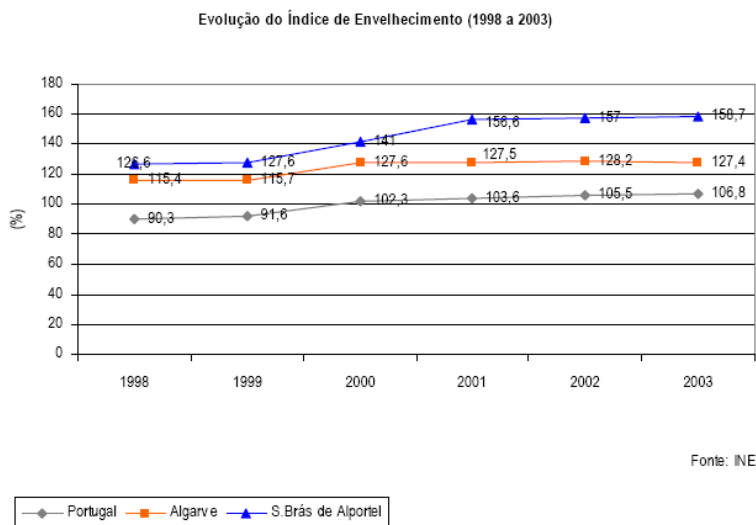


Gráfico 2 – Fonte INE

Segundo o diagnóstico feito em São Brás de Alportel (2006), São Brás não dispõe de qualquer Centro de Convívio, que poderia ser um meio de ocupação dos idosos não dependentes, ou com graus de dependência reduzidos. Foi, no entanto, registada a intenção de aumentar o apoio aos idosos através da criação de um Centro de Convívio na Serra, a ser promovido pela ISS da Serra do Caldeirão, em parceria com a Câmara Municipal de São Brás de Alportel. Estará também disponível, brevemente, no Centro de Apoio à Comunidade um espaço que irá funcionar como sala de convívio inter-geracional, para jovens e idosos, onde serão dinamizados várias actividades e também promovido o acesso às Novas Tecnologias de Informação.

Actividades e Programas

Segundo o Gabinete de Imagem e Documentação da Câmara Municipal de São Brás de Alportel, o Município de SBA procura proporcionar aos mais idosos, durante todo o ano, um conjunto de actividades e programas, para que a sua vida seja mais plena, saudável e feliz.

Seniores em Movimento

O programa "Seniores em Movimento" coordenado pela Junta de Freguesia de São Brás de Alportel é dirigido a pessoas com mais de 55 anos. A Aula de Ginástica, adaptada aos utentes do programa sénior, é mais uma das iniciativas do programa de gerontomotricidade "Seniores em Movimento", que conta com a participação de 111 idosos e é dinamizado pela Câmara Municipal de São Brás de Alportel, desde 04 de Novembro de 2002. Recorde-se que este programa surgiu com o intuito de promover a actividade física regular para todos os idosos, proporcionando-lhes uma maior mobilidade e, conseqüentemente, uma vida mais activa e saudável.

O projecto para além de proporcionar aos idosos a participação em actividades de educação física oferece aos munícipes a possibilidade de participar em jogos lúdicos e tradicionais, marchas e passeios pedestres, acções de formação e um sem número de actividades para ocupar da melhor forma o seu tempo livre.

O grau de “juventude” na “terceira idade” dos são-brasenses, medida na dinâmica e participação dos seniores nas diversas actividades e na vida cívica e associativa do concelho, é uma das prioridades do Município de São Brás de Alportel, na promoção da qualidade de vida dos munícipes.

3.5.4 Caracterização da População Alvo

A análise das necessidades da população “sénior” da região face à temática foi suportada pela administração de um questionário aplicado de forma presencial a uma amostra de cerca de 56% (N=62) dos elementos do grupo “*Seniores em Movimento*”. O conhecimento preliminar da população inquirida foi suportado pelo tratamento e análise do mesmo e pelos resultados obtidos através dos contactos pessoais estabelecidos

Informação Sócio-Demográfica

Para a avaliação das variáveis: **sexo** usou-se uma questão fechada de “Masculino” e “Feminino”; **idade** usou-se uma questão aberta que posteriormente foi transformada numa questão fechada com três escalões etários, “59 a 65 anos”, “66 a 70 anos” e “71 a 79 anos”; **estado civil** usou-se uma questão fechada de “solteiro”, “casado”, “união de facto”, “divorciado/separado” e “viúvo”, que posteriormente foi transformada numa questão fechada com três categorias, “solteiro/separado/divorciado”,

“casado/união de facto” e “viúvo”, **composição do agregado familiar** (nº de pessoas que constituem o agregado familiar) usou-se uma questão aberta; **escolaridade** usou-se uma questão fechada de “nenhuma”, “1º ciclo ensino básico”, “2º ciclo do ensino básico” 3º ciclo do ensino básico”, “ensino secundário”, “profissional médio” e “superior”.

Tendo em conta os resultados apurados na análise descritiva das variáveis “sexo”, “idade”, “estado civil”, “composição do agregado familiar” e “escolaridade” foi possível verificar que:

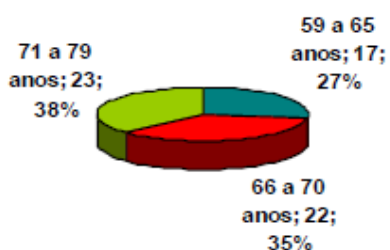


Gráfico 3 – Idade (Escalões etários)

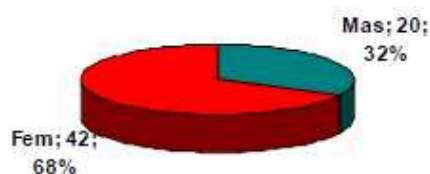


Gráfico 4 – Sexo

O conjunto dos seniores inquiridos (vide *gráficos 3 e 4*) é constituído na sua maioria por elementos do sexo feminino (68% N=42). As Idades variam entre os 59 e 79 anos como média de 68,95 anos, (27% N=17) situa-se entre os 59 e 65 anos, (35% N=22) situa-se entre 66 e 70 anos e a maioria (38% N=23) situa-se entre os 71 e 79 anos.

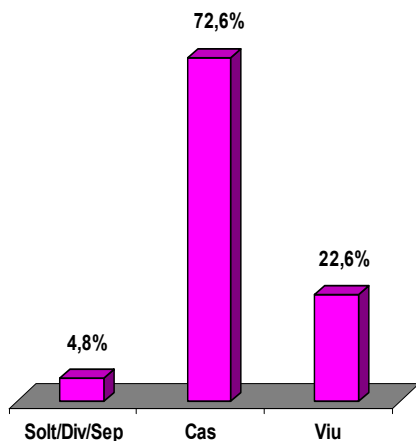


Gráfico 5 – Estado Civil

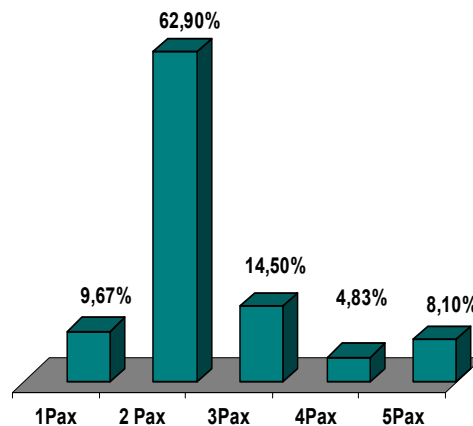


Gráfico 6 – Dimensão Agregado Familiar

Tendo em conta o estado civil (*vide gráfico 5*) verifica-se que (72,6% N=45) dos inquiridos são casados, (22,6% N=14) são viúvos) e os restantes (4,8% N=3) são solteiros, divorciados ou separados. Quanto à dimensão do agregado familiar (*vide gráfico 6*) verifica-se que a maioria (62,9% N=39) vive num agregado familiar composto por duas pessoas, o casal.

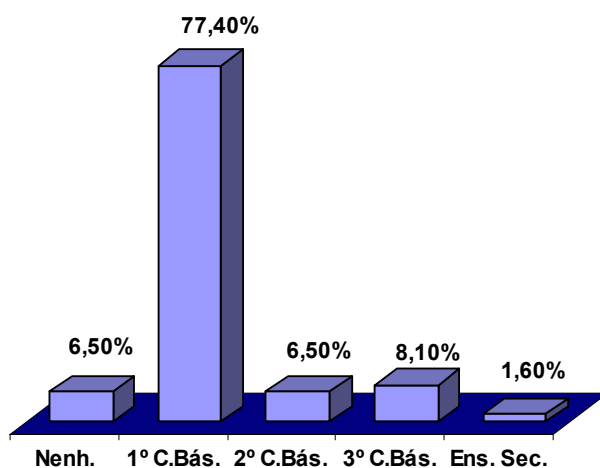


Gráfico 7 – Escolaridade

Considerando o nível de escolaridade (*vide gráfico 7*), verifica-se que (6,5% N=4) não tem nenhuma, (77,4% N=48) possui o 1º Ciclo do Básico/4ª Classe, (6,5% N=4) e (8,1% N=5) detêm o 2º Ciclo e 3º Ciclo do Básico respectivamente. Só (1,6% N=1) possui o Ensino Secundário.

Sumariado, pode-se afirmar que a população alvo tem uma idade média 70 anos, maioritariamente: pertence ao sexo feminino (68% N=42), é casada (72,6% N=45), vive só com o cônjuge, e tem uma escolaridade muito baixa, (77,4% N=48) com a 4ª classe e estão todos reformados.

Conhecimento/Informação Temática

Para uma 1ª avaliação sobre os conhecimentos sobre a temática de 1ºs Socorros, optou-se por analisar as seguintes variáveis: **que faz em caso de doença inesperada/doença**, usou-se uma questão fechada com 5 categoria “faz os primeiros tratamentos”, liga para o nº de emergência”, “pede ajuda aos vizinhos”, “liga a um familiar” e “vai ao hospital”; **qual é o número que liga em caso de emergência**, usou-se uma questão aberta; **já ligou para uma linha de emergência**, usou-se uma questão fechada com 2 categorias “não” e “sim”; **sabe o que fazer em caso de (AVC)**, usou-se uma questão fechado com 2 categorias “não” e “sim”; **que fazer nesses casos**, usou-se uma questão aberta; **reconhece os primeiros sinais e/ou sintomas de um Enfarte**, usou-se uma questão fechado com 2 categorias “não” e “sim”; **identificação de sinais de enfarte**, usou-se uma questão aberta; **sabe o que são os “primeiros socorros”**, usou-se uma questão fechada com 2 categorias “não” e “sim”; **tem estojo de 1ºs socorros**, usou-se uma questão fechada com 2 categorias “não” e sim”; **em situação de aflição ou perigo, fica alterado e sem saber o que fazer**, usou-se uma questão fechada com 2 categorias “não” e “sim”; **em caso de dúvidas sobre saúde a quem se dirige primeiro**, usou-se uma questão fechada com 10 categorias “à segurança social”, “ao médico de família”, “pergunta a uma familiar”, “à assistente social do centro de saúde”, “à assistente social da câmara municipal”, “à junta de freguesia”, “ao centro de convívio”, “à farmácia”, “nenhum” e “outro”.

Como se pode verificar na tabela 1 a maioria na perspectiva de acidente ou doença súbita visualiza a opção de recorrer a uma linha de emergência (46,8% N=29) ou a deslocar-se ao hospital (38,7% N=24) o que se afigura expectável face às outras opções. A maioria dos inquiridos vive só como o cônjuge (62,9% N=39 *vide gráfico 6*), logo o recurso a familiares em caso de acidente ou doença é diminuto (6,5% N=4). O nº de inquiridos que perspectiva a possibilidade de prestar “1ºs tratamentos” (8,1% N=5), mesmo face a uma questão generalista, parece denotar um grande desconhecimento na temática dos 1ºs socorros.

	Frequency	Percent
Faz os 1 ^{os} tratamentos	5	8,1
Liga n.º de emergência	29	46,8
Liga a familiar	4	6,5
Vai hospital	24	38,7
Total	62	100,0

Tabela 1 – Que faz em caso de doença inesp./acidente

	Frequency	Percent
112	60	96,8
Bombeiro	1	1,6
Filho	1	1,6
Total	62	100,0

Tabela 2 – Qual o n.º que liga em caso de emergência

Face à questão sobre qual o n.º que liga em caso de emergência, verifica-se (*vide tabela 2*) que a maioria (96,8% N=60) **identifica o 112** com o recurso a utilizar.

	Frequency	Percent
Não	34	54,8
Sim	28	45,2
Total	62	100,0

Tabela 3 – Já ligou para uma linha de emergência

No entanto com se verifica na tabela 1, em caso de acidente só (46,8% N=29) recorre a uma linha de emergência. O que se confirma na tabela 3 só (45,2% N=28), menos de metade já utilizou esse recurso

Confrontados com a questão o que fazer perante com uma situação de (AVC), uma esmagadora maioria (85,5% N=53 *vide tabela 4*) reconhece que não sabe. Essa maioria aumenta para (87,1% N=54 *vide tabela 5*) quando procuram identificar a atitude a tomar.

	Frequency	Percent
Não	53	85,5
sim	9	14,5
Total	62	100,0

Tabela 4 – Sabe o que fazer em caso de ACV

	Frequency	Percent
Não Sabe	54	87,1
Chamar a ambulancia	1	1,6
Deitar o doente	2	3,2
Ligar 112	2	3,2
Não mexer no doente	1	1,6
Sentar o doente	2	3,2
Total	62	100,0

Tabela 5 – Que Fazer nesses casos

Como se pode verificar nas tabelas 6 e 7 a maioria dos inquiridos (69,4% N=43) não reconhece os primeiros sinais de enfarte. No entanto a identificação desses sinais por parte de (30,6% N=19 *vide tabela 7*) são mais coerentes com a temática do que na questão anterior.

	Frequency	Percent
Não	43	69,4
Sim	19	30,6
Total	62	100,0

Tabela 6 – Reconhece 1ºs sinais de enfarte

	Frequency	Percent
Não sabe	43	69,4
Acumulação de gorduras no sangue	1	1,6
Boca seca, dor no peito e tonturas	1	1,6
Braços dormentes	1	1,6
Dor no braço	1	1,6
Dor no peito	3	4,8
Dor no peito, no braço esq. Dores muito fortes	1	1,6
Dor peito e braço	3	4,8
Mão dormente e deixar de ver não mexer	1	1,6
Total	62	100,0

Tabela 7 – Identificação de sinais de enfarte

Como se pode verificar nas tabelas 8 e 9 mais de metade dos inquiridos (58,1% N=36) não sabe o que são os “1ºs Socorros” e uma maioria ainda mais significativa (74,2% N=46) não tem estojo de “1ºs socorros” em casa.

	Frequency	Percent
Não	36	58,1
sim	26	41,9
Total	62	100,0

Tabela 8 – Sabe o que são “1ºs Socorros

	Frequency	Percent
Não	46	74,2
sim	16	25,8
Total	62	100,0

Tabela 9 – Tem estojo de 1ºs Socorros

Como se pode verificar na tabela 10 a grande maioria (83,9% N=52) dos inquiridos reconhece que fica alterado e sem saber o que fazer em situação de perigo. Em caso de dúvidas sobre a saúde o suporte para a maioria (83,9% N=52 *vide tabela 11*) é a consulta com o médico de família.

	Frequency	Percent
Não	10	16,1
sim	52	83,9
Total	62	100,0

Tabela 10 – Em Situação de perigo fica alterado sem saber o que fazer

	Frequency	Percent
Médico de fam.	52	83,9
Perg a familiar	1	1,6
Assist. Social do C. de Saúde	1	1,6
Farmácia	3	4,8
Outro(s)	5	8,1
Total	62	100,0

Tabela 11 – Em caso de dúvida sobre saúde a quem se dirige

Sumariado, pode-se afirmar que a população alvo tem um défice cognitivo muito elevado em relação aos cuidados e procedimentos a ter em caso de acidente ou doença súbita. Esse desconhecimento alcança parâmetros muito altos mesmo nas situações mais básicas, a maioria não tem mesmo estojo de 1^{os} socorros em casa e não sabe para que serve. O recurso ao auxilia através dos números de emergência é referido, mas só uma minoria já passou pela experiência.

Expectativas/Interesse

Para verificação dos interesses/expectativas sobre a temática proposta e projecto de formação no geral optou-se por analisar as seguintes variáveis: **um maior conhecimento s/ 1^{os} socorros facilita a ajuda aos outros, reconhecimento de perigos pode gerar comportamentos mais seguros, gostaria de receber esclarecimentos da Protecção Civil, gostaria de receber esclarecimentos da GNR”, gostaria de receber esclarecimentos sobre saúde e segurança**, para as quais se usou questões fechadas com 2 categorias “não” e “sim”; **temas preferidos**, usou-se questão fechada de resposta múltipla com 22 categorias “doenças”, “cuidados continuados”, “alimentação”, “exercício físico”, “sexualidade”, “apoio ao domicílio”, “lares”, “centros de dia”, “onde fazer voluntariado”, “direitos e deveres da população sénior”, “depressão”, “stress”, “solidão”, “apoio ao cuidador”, “lazer”, “grupos de ajuda”, “partilha de histórias de

vida”, “convívios”, “visitas guiadas”, “viagens”, “formação internet sénior” e “universidade sénior”, transformada posteriormente em 22 variáveis com 2 categorias “não” e “sim”; **logótipo preferido**, usou-se questão fechada com 10 categorias “exemplos de logótipos pré-seleccionados”, transformada posteriormente em 10 variáveis com 2 categorias “não” e “sim”.

Quando confrontados com algumas sugestões, reagem entusiasmados uma esmagadora maioria (96,8% N=60 *vide tabelas 12 e 13*) acha que um maior conhecimento facilitará a ajuda aos outros e que o reconhecimento de perigos poderá gerar comportamentos mais seguros.

	Frequency	Percent
Não	2	3,2
sim	60	96,8
Total	62	100,0

Tabela 12 – Um maior conhecimento facilita a ajuda aos outros

	Frequency	Percent
Não	2	3,2
sim	60	96,8
Total	62	100,0

Tabela 13 – Reconhece. de perigos pode gerar comportamentos mais seguros

Quando as sugestões apresentadas assumem uma forma mais efectiva a receptividade é ainda maior (98,4% N=61 *vide tabelas 14 e 15*) aceitará com muito prazer receber esclarecimentos/formação de elementos da Protecção Civil e da Guarda Nacional Republicana.

Como se pode verificar na tabela 16 (80,6% N=50) dos inquiridos mostra interesse em participar numa sessão de esclarecimento sobre saúde e Segurança.

	Frequency	Percent
Não	1	1,6
sim	61	98,4
Total	62	100,0

Tabela 14 – Gostaria de receber escl. da Protecção Civil

	Frequency	Percent
Não	1	1,6
sim	61	98,4
Total	62	100,0

Tabela 15 – Gostaria de receber escl. da GNR

	Frequency	Percent
Não	12	19,4
sim	50	80,6
Total	62	100,0

Tabela 16 – Gostaria de Participar numa Sessão de escl sobre Saúde e Segurança

Respondendo ao desafio de participação indicando a preferência pelos temas que gostariam apresentados, verifica-se (*vide tabela 19*) que alguns dos temas despertaram muito interesse em grande parte dos inquiridos. No entanto, pode-se constatar que os temas mais referenciados, acima de 30%, são: na área da informação na área da saúde o tema Doenças; na área da informação de apoio psicológico o tema Stress e na área de informação diversa o tema convívios.

Para além dos temas apresentados, foram especificados temas na área da saúde, nomeadamente, as doenças crónicas, Alzheimer, diabetes e medicação.

	Frequency	Percent
Não	55	88,7
sim	7	11,3
Total	62	100,0

Tabela 17 – Sugestões de outro Tema

	Frequency	Percent
Não responde	57	91,9
alzheimer	1	1,6
diabetes	3	4,8
medicamentos	1	1,6
Total	62	100,0

Tabela 18 – Identificação do Tema

Projecto de Intervenção Sócio-educativo
 “Seniores em Segurança”

	Frequency	Percent
Informação na área da Saúde	45	72,6
Doenças		
Cuidados continuados	16	25,8
Alimentação	21	33,9
Exercício Físico	19	30,6
Sexualidade	6	9,7
Informação na área Social	20	32,3
Apoio Domiciliário		
Lares	7	11,3
Centros de Dia	7	11,3
Onde fazer Voluntariado	12	19,4
Direitos e Deveres da População Sénior	19	30,6
Informação de Apoio Psicológico	25	40,3
Depressão		
Stress	31	50,0
Solidão	15	24,2
Apoio ao Cuidador	9	14,5
Lazer	5	8,1
Grupos de Ajuda	14	22,6
Partilha de Histórias de Vida	14	22,6
Informação Diversa	35	56,5
Convívios		
Visitas Guiadas	13	21,0
Viagens	18	29,0
Formação Internet	12	19,4
Universidade Sénior	7	11,3

Tabela 19 – Temas mais importantes

Ainda no contexto da participação o logótipo adoptado no projecto foi o resultado da escolha dos inquiridos, conforme tabela 20.

	Frequency	Percent
Logótipo 1	1	1,6
Logótipo 2	0	0,0
Logótipo 3	3	4,8
Logótipo 4	0	0,0
Logótipo 5	3	4,8
Logótipo 6	4	6,5
Logótipo 7	4	6,5
Logótipo 8	29	46,8
Logótipo 9	13	21,0
Logótipo 10	7	11,3

Tabela 20 – Logótipo preferido

Experiências Anteriores

Para verificação do percurso dos inquiridos no envolvimento em grupos sociais optou-se por analisar as seguintes variáveis; **antes do programa “Seniores em Movimento” frequentou outras actividades desportivas adaptadas à sua idade e já frequentou alguma formação e/ou sessão de esclarecimento ligada aos cuidados de saúde**, para as quais se usou questões fechadas com 2 categorias “não” e “sim”; **como soube do programa “Seniores em Movimento”**, usou-se uma questão fechada com 4 categorias “junta de freguesia”, “câmara municipal de São Brás do Alportel”, “através de algum amigo ou vizinho” e “outros”.

Tendo em conta o percurso dos inquiridos no envolvimento em grupos sociais ou projectos informativos verifica-se que a maioria (82,3% N=51 *vide tabela 21*) vivenciou essa experiência pela 1ª vez no grupo “Seniores em Movimento”. Só 16 elementos (25,8% N=16 *vide tabela 22*) admitem ter frequentado já uma sessão de informação sobre saúde.

	Frequency	Percent
Não	51	82,3
sim	11	17,7
Total	62	100,0

Tabela 21– Antes freq. Outras actividades

	Frequency	Percent
Não	46	74,2
sim	16	25,8
Total	62	100,0

Tabela 22– Já freq. Sessão inform. s/ saúde

Como se pode verificar na tabela 23 praticamente todos os inquiridos tiveram conhecimento do programa “Seniores em Movimento” através da Junta de Freguesia (56,7% N=37) e na divulgação de amigo para amigo (32,3% N=20).

	Frequency	Percent
Junta de Freg.	37	59,7
Amigo ou vizinho	20	32,3
Outros	5	8,1
Total	62	100,0

Tabela 23 – Como soube do programa “Seniores em Movimento”

Síntese dos Resultados

Face à análise dos dados recolhidos verifica-se que o grupo “Seniores em Movimento”, população-alvo deste projecto de intervenção sócio-educativo é composto por indivíduos com idade média de 70 anos, maioritariamente mulheres com baixa escolaridade.

Apesar de se ter confirmado a existência de um défice cognitivo muito elevado em relação ao tipo de procedimentos a ter em caso de acidente ou doença súbita, este grupo demonstrou um interesse extraordinário na temática abordada, participando activamente na selecção dos assuntos que mais lhes interessam com vista a uma aprendizagem futura, mas também na interacção participativa com vista ao sucesso de um projecto onde já se sentiam integrados.

A confirmação definitiva desta atitude foi perfeitamente evidenciada pela pré-inscrição de todos os elementos contactados na acção de formação em perspectiva.

Há ainda que recordar que estes homens e mulheres já têm alguma experiência na pertença a agrupamentos sócio-interventivos o que de certa forma pode justificar o entusiasmo demonstrado a todos os níveis de participação sugeridos.

3.6 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Após terem sido identificados os recursos necessários à implementação da acção, é importante pensar em fontes de financiamento para projecto e que proporcionarão a viabilidade económico-financeira do mesmo.

Para tal, foi importante o estabelecimento de parcerias das quais fizeram parte integrante os agentes sociais e económicos locais, nomeadamente: a Junta de Freguesia, Centro de Saúde, Bombeiros Voluntários e Guarda Nacional Republicana de São Brás do Alportel; Cruz Vermelha e Centro de Saúde de Faro; Associação de Doente de Alzheimer; Associação de Doentes de Parkinson; e Associação Oncológica do Algarve.

Na sequência da receptividade ao Projecto por parte de todos os contactos estabelecidos teve lugar um conjunto de reuniões multidisciplinares com os respectivos intervenientes.

No contexto das reuniões com os diferentes intervenientes e tendo em consideração as expectativas expressas pelos seniores contactados foi constatado com o apoio unânime de todos que o projecto deveria integrar também uma vertente com carácter meramente informativo ao nível da saúde e segurança disponibilizada à população em geral e se possível dispersa pela região.

3.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ano	2008		2009																										
Mês	Dezembro		Janeiro					Fevereiro					Março				Abril				Maio				Junho				Julho
Dias	10	20	02	10	18	25	02	08	11	13	02	09	16	23	01	06	13	25	04	11	18	25	01	08	15	22	01		
	20	30	09	17	24	31	07	11	12	27	07	14	21	31	04	11	24	02	09	16	23	30	06	13	20	27	04		
Revisão Bibliográfica																													
Enquadramento Teórico																													
Elaboração do Projecto Social																													
Construção do Instrumento de colheita de dados																													
Aplicação do Pré-teste																													
Aplicação Teste																													
Tratamento estatístico dos dados																													
Entrega do Projecto																													
Desenvolvimento do Projecto																													
Avaliação																													
Divulgação dos Resultados																													

Quadro 2 – Cronograma de Actividades

4. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

Numa primeira análise, a planificação da acção de formação, pretendeu fornecer conceitos actuais sobre prevenção para a saúde, socorrismo e segurança, através de noções básicas que ajudassem a “população alvo” a actuar em situação de crise. Foi apresentada uma selecção de conteúdos estruturantes básicos, tendo em conta a componente social e a necessidade de desenvolver o espírito de compromisso e de participação na resolução de problemas.

4.1 CONTEÚDOS

O desenho final do projecto comportou diferentes módulos de formação/informação que em função das temáticas, possibilidades de concretização e grau de interesse para a comunidade foram concretizadas em sessões “piloto” de formação para um grupo mais restrito e em informações nas diversas áreas da saúde, segurança e prevenção, inseridas num Ciclo de Sessões de Esclarecimentos abertas há totalidade da comunidade.

O projecto foi composto numa primeira fase, por uma Acção de Formação em Primeiros Socorros, ministrada pelos Bombeiros Voluntários de SBA, e teve início no dia 4 de Abril, pelas 14h30, no auditório da Escola E.B. 2 3, Poeta Bernardo de Passos. A formação foi organizada em 4 sessões e tiveram um total de 16 horas de partilha em que os formandos aprenderam várias técnicas na área da emergência pré-hospitalar e reuniram um conjunto de informações que lhes permitirão ressalvar situações de maior risco até a chegada dos técnicos qualificados.

Numa segunda fase, o Projecto Seniores em Segurança foi estruturado através de um Ciclo de Sessões de Esclarecimentos com vários especialistas convidados, que apresentaram 12 temas variados. As sessões foram abertas a toda a população e tiveram lugar em vários locais do concelho. A entrada foi gratuita e deu direito a documentação e a certificado de participação.

As sessões permitiram a reunião de especialistas e investigadores de diferentes áreas da saúde e da segurança, e a dinamização dos processos de divulgação, debate e reflexão sobre as problemáticas envolvidas na promoção da saúde e segurança sénior. Nesta fase, as actividades decorreram em torno de cinco eixos fundamentais:

- ◆ **Prevenção em Casa:** Em casa podem ocorrer numerosos acidentes, no entanto podemos aprender uma série de acções, que vão converter os nossos lares em locais mais seguros. Se por um lado devemos conhecer os principais riscos em ambiente doméstico para poder adoptar as medidas preventivas adequadas, por outro o conhecimento de algumas limitações psicomotoras do sénior permite antecipar determinados comportamentos de risco. Nesta dimensão procurou-se divulgar, debater e analisar medidas preventivas para garantir a segurança dos seniores.

- ◆ **Prevenção do Crime:** Promover a participação da comunidade na prevenção de situações de risco na população sénior. O objectivo foi promover o reconhecimento do trabalho da GNR junto desta população. Divulgar, debater e analisar as medidas mais eficazes para prevenir a criminalidade.

- ◆ **Saúde Oral:** Promover a integração dos bons hábitos de higiene oral. Foram divulgadas e debatidas medidas eficazes para uma boa saúde oral.

- ◆ **Saúde Mental:** Promover a saúde mental. Foram divulgadas, debatidas e analisados alguns dos seus principais vectores, com o objectivo de partilhar experiências e dificuldades vivenciadas por indivíduos afectados pelas doenças de Alzheimer e/ou Parkinson.

- ◆ **Esclarecimentos de Saúde:** Foram analisadas algumas dúvidas e estimulada a participação dos “seniores” nos debates com o objectivo de dar a conhecer as várias formas de adquirir bons hábitos e promover a qualidade de vida em cada um dos temas abordados.

A carga horária de cada sessão foi de 4 horas e no final da formação cada sénior recebeu um certificado de participação.

Módulo – Prevenção em Casa, foi abordado no Ciclo de Sessões de Esclarecimentos no cine teatro de SBA. A Sessão de Esclarecimento contou com a intervenção da Protecção Civil, representada pela equipa dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel, que procurou alertar para comportamentos inadequados e sensibilizar a população sénior sobre as medidas de prevenção que tem por base a organização e modificação no espaço em que o indivíduo vive;

Módulo – Prevenção do Crime, abordada na mesma Sessão de Esclarecimento, foi assegurado, por equipas de agentes policiais da Guarda Nacional Republicana de São Brás de Alportel especialmente preparados para dar apoio e conselhos úteis ao extracto sénior da população, em particular daqueles que apresentam uma maior vulnerabilidade. Pretendeu-se fomentar uma melhor compreensão das regras de segurança básicas, promovendo o bem-estar e segurança da comunidade;

Módulo – Saúde e Higiene Oral, foi objecto da segunda Sessão de Esclarecimento do ciclo de Sessões de Esclarecimentos, da responsabilidade de um técnico de Higiene Oral do Centro de Saúde de Faro cuja finalidade foi promover os cuidados a ter com os dentes, próteses dentárias e demais estruturas da cavidade bucal (gengivas, bochechas, língua, lábios), de forma a manter uma boa saúde;

Módulo – Saúde Mental, foi o tema da terceira Sessão de Esclarecimento, e teve como principal objectivo abordar duas das patologias mais avassaladoras na área da saúde mental, Alzheimer e Parkinson. Esta Sessão de Esclarecimento contou com a colaboração de técnicos especializados representantes das respectivas associações. No final, foi evidenciada a importância do riso tanto na saúde mental como física;

Módulo – Esclarecimentos de Saúde, foi inserida na quarta e última Sessão de Esclarecimento do ciclo e teve por objectivo promover o esclarecimento de dúvidas em áreas especificamente referenciadas pelo grupo para o qual este projecto é dirigido. Teve como propósito levantar questões e dar respostas sobre as temáticas de oncologia, nutrição, motricidade, sexualidade e utilização abusiva de medicamentos, contribuindo assim para um melhor conhecimento da realidade. A sessão de oncologia foi da responsabilidade de um técnico da Associação de Oncologia do Algarve, a nutrição e motricidade foram abordadas por técnicos, da equipa do Centro de Saúde de São Brás de Alportel;

Para concluir a acção de formação, o último módulo – Gestão de Stress, foi ministrado por um técnico com especialidade em gerontologia, e pretendeu promover o controlo das emoções, de forma a permitir ao indivíduo gerir o stress causado por situações de crise e assim minimizar as suas consequências negativas sobre a saúde.

A selecção dos conteúdos da acção de formação teve primordialmente em conta, as necessidades manifestadas pelos seniores do Concelho de São Brás de Alportel.

Cada formador, de acordo com a interacção com os formandos, fez a gestão mais adequada do respectivo módulo, ao contexto pedagógico em que se inseriu.

4.1.1 Especificação Operacional das Actividades e Tarefas

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO “SENIORES EM SEGURANÇA”				
Secção	Tema da Secção	Duração	Data	Equipa Responsável
Apresentação / Plano de Acção		30 min.	04/04/09	Suzel Marcos Junta de Freguesia SBA
Formação em Primeiros Socorros				
Sessão 1	Socorrismo - SIEM - Caixa de Primeiros Socorros	4h00	04/04/09	Bombeiros Voluntários de SBA
Sessão 2	Socorrismo - Dor Torácica - Acidente Vascular Cerebral - Insuficiência Respiratória	4h00	18/04/09	Bombeiros Voluntários de SBA
Sessão 3	Socorrismo - Diabetes - Queimaduras - Intoxicações - Hemorragias	4h00	02/05/09	Bombeiros Voluntários de SBA
Sessão 4	Socorrismo - Posição Lateral de Segurança - Desobstrução da Via Aérea - Suporte Básico de Vida (SBV)	4h00	09/05/09	Bombeiros Voluntários de SBA

Quadro 3 – Conteúdo Programático da Acção de Formação “Seniores em Segurança”

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DAS SESSÕES DE ESCLARECIMENTO EM SAÚDE, SEGURANÇA E PREVENÇÃO					
Secção	Tema da Secção	Duração	Data	Equipa Responsável	Técnico
Sessão 1	- Prevenção do Cancro	2h00	30/05/09	Associação Oncológica do Algarve	Dr. Santos Pereira Dr.ª M.ª José Nicolau
Sessão 2	- Terapia do Riso A Importância do Riso na Saúde	2h00		Enfermeira na Psiquiatria do Hospital de Faro	Enf.ª Arlete Lourenço
Sessão 3	- Saúde e Higiene Oral	2h00	06/06/09	Higienista - Centro de Saúde Faro	Dr.ª Vânia Rodrigues
Sessão 4	- Alimentação Saudável	2h00		Dietista - Centro de Saúde SBA	Dr.ª Claudia Nunes
Sessão 5	- Prevenção em Casa	2h00	13/06/09	Bombeiros Voluntários SBA	Bombeiro
Sessão 6	- Prevenção do Crime	2h00		GNR - Posto Territorial SBA	Primeiro-Sargento Luís Guerreiro
Sessão 7	- Doença de Alzheimer	2h00	20/06/09	Coordenadora do Serviço de Apoio Domiciliário	Dr.ª Marlene Baião
Sessão 8	- Doença de Parkinson	2h00		Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson	Dr. Francisco Paljaré Dr.ª Marlene Baião
				Associação Humanitária de Doentes de Parkinson e Alzheimer	Dr.ª Maria do Rosário Cavaco
Sessão 9	- O Exercício Físico e a Prevenção de Quedas	2h00	27/06/09	Fisiatra - Centro de Saúde SBA	Dr.ª Marisa Borjido
Sessão 10	- A Sexualidade a Idade	2h00		Mestre em Sexologia	Dr.ª Vânia Beliz
Sessão 11	- Medicamentos Use-os com segurança	4h00	08/07/09	Farmácia Dias Neves	Dr.ª Isabel Dias Neves
				Farmácia São Brás	Dr. Jorge Afonso
Sessão 12	- Gestão de Stress - Técnicas de Relaxamento	2h00	18/07/09	Esp. Gerontologia Social - UALG	Dr.ª Suzel Marcos
Módulo IV – AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS					
	- Avaliação do Projecto	2h00	18/07/09	Organização Junta de Freguesia SBA	Suzel Marcos David Gonçalves Júlia Martins Pereira
	- Entrega de Certificados				

Quadro 4 – Conteúdo Programático das Sessões de Esclarecimento

4.1.2 Cronograma das Acções

Ano	2009														
Mês	Abril				Maio				Junho				Julho		
Dias – Sáb.	04	11	18	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	08	18
Módulo I – SOCORRISMO															
Sessão 1 - Primeiros Socorros															
Sessão 2 - Primeiros Socorros															
Sessão 3 - Primeiros Socorros															
Sessão 4 - Primeiros Socorros															
Módulo II – CICLO DE CONFERÊNCIAS DE SAÚDE, SEGURANÇA E PREVENÇÃO															
Sessão 1 - Prevenção do Cancro															
Sessão 2 - Terapia do Riso Imp. do Riso na Saúde															
Sessão 3 - Saúde e Higiene Oral															
Sessão 4 - Alimentação Saudável															
Sessão 5 - Prevenção em Casa															
Sessão 6 - Prevenção do Crime															
Sessão 7 - Doença de Alzheimer															
Sessão 8 - Doença de Parkinson															
Sessão 9 - O Exercício Físico e Prevenção de Quedas															
Sessão 10 - A Sexualidade e a Idade															
Sessão 11 - Medicamentos use-os com segurança															
Sessão 12 - Gestão de Stress Técnicas de Relaxamento															
Módulo II – AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS															
Avaliação do Projecto															
Entrega de Certificados															

Quadro 5 – Cronograma das Acções

4.2 RECURSOS ENVOLVIDOS

Para o desenvolvimento e execução do projecto foi necessário um conjunto de meios materiais e humanos tais como:

4.2.1 Recursos Humanos

Formada pelas pessoas que trabalharam e que desempenharam voluntariamente um papel no projecto:

- ◆ Equipa Técnica da Escola de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa de Faro – Intervenção ao nível da formação dos primeiros socorros;
- ◆ Equipa dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel – Intervenção ao nível das medidas preventivas em casa e dos primeiros socorros;
- ◆ Equipa de Saúde do Centro de Saúde de São Brás de Alportel – Intervenção ao nível da saúde;
- ◆ Fisiatra do Centro de Saúde de São Brás de Alportel – Intervenção ao nível dos esclarecimentos de saúde;
- ◆ Nutricionista do Centro de Saúde de São Brás de Alportel – Intervenção ao nível dos esclarecimentos de saúde;
- ◆ Equipa da Guarda Nacional Republicana de São Brás de Alportel – Intervenção ao nível das medidas preventivas do crime;
- ◆ Higienista do Centro de Saúde de Faro – Intervenção ao nível da saúde / higiene oral;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Alzheimer – Intervenção ao nível da saúde mental;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson – Intervenção ao nível da saúde mental;
- ◆ Associação Oncológica do Algarve – Intervenção ao nível de esclarecimentos de saúde;

- ◆ ANF Associação Nacional das Farmácias – Intervenção ao nível de esclarecimento do uso abusivo de medicamentos;
- ◆ Sexóloga – Intervenção ao nível de esclarecimentos de sexualidade na terceira idade;
- ◆ Psicólogo Clínico, Especialidade em Gerontologia – Intervenção ao nível da gestão de stress em situação de crise.

4.2.2 Recursos Materiais

Espaço, equipamento de informática, material audiovisual, mobiliário, consumíveis de secretaria, mala de primeiros socorros, torso anatómico, lenços triangulares/ligaduras, talas de madeira/talas de velcro, materiais de higiene, etc.

4.2.3 Recursos Institucionais

Formado pelas instituições e associações que participam no projecto:

- ◆ Bombeiros Voluntários de S.B.A.;
- ◆ Centro de Saúde de S.B.A.;
- ◆ Centro de Saúde de Faro;
- ◆ Guarda Nacional Republicana de S.B.A.;
- ◆ Associação Oncológica do Algarve;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Alzheimer;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson;
- ◆ ANF Associação Nacional das Farmácias;
- ◆ Universidade do Algarve.

4.2.4 Outros Recursos

Prestação de serviços de fornecimento de energia, água, etc

4.3 ESTRUTURA ORGANIZATIVA E DE GESTÃO DO PROJECTO

Coordenadora

Mestranda do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve.

Formadores

- ◆ Equipa dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel;

Conferencistas

- ◆ Equipa dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel;
- ◆ Guarda Nacional Republicana – Posto de São Brás de Alportel;
- ◆ Higienista – Centro de Saúde de Faro;
- ◆ Equipa de Saúde do Centro de Saúde de São Brás de Alportel;
- ◆ Associação Oncológica do Algarve;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Alzheimer;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson;
- ◆ ANF Associação Nacional das Farmácias;
- ◆ Sexóloga;
- ◆ Psicóloga.

Parcerias

- ◆ Junta de Freguesia de São Brás do Alportel.

Colaboradores

- ◆ Bombeiros Voluntários de S.B.A.;
- ◆ Centro de Saúde de S.B.A.;
- ◆ Centro de Saúde de Faro;
- ◆ Guarda Nacional Republicana de S.B.A.;
- ◆ Associação Oncológica do Algarve;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Alzheimer;
- ◆ Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson;

- ◆ ANF Associação Nacional das Farmácias;
- ◆ Universidade do Algarve.

Apoios:

- ◆ Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

4.4 METODOLOGIAS IMPLEMENTADAS NA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Face aos objectivos propostos, a metodologia de trabalho a seguir remete-nos para dois tipos distintos de trabalho: um que se refere a uma abordagem de carácter mais expositivo da responsabilidade dos formadores, e outro que aponta para a participação activa dos formandos nas sessões de trabalho, na discussão e análise quer das práticas desenvolvidas por cada um, quer dos temas que constituam ponto de partida para a análise dessas práticas.

A metodologia aplicada a esta acção de formação divide-se em três vertentes essenciais:

- ◆ Na vertente expositiva a transmissão de conhecimentos, permitiu ao sénior obter uma fundamentação teórica e teórico-prática. A exposição de conteúdos foi apoiada de meios audiovisuais;
- ◆ Na vertente animação de grupo os participantes fizeram ligação a exemplos práticos;
- ◆ Na vertente de demonstração com recurso a equipamento de socorrismo: torso anatómico, lenços triangulares/ligaduras, talas de madeira/talas de velcro, os seniores colocaram em prática as técnicas apreendidas.

5. AVALIAÇÃO

A avaliação não é uma simples medida de resultados finais. Os dados recolhidos e organizados não constituem por si só uma avaliação; é necessário interpretá-los. Nem todos os efeitos de uma intervenção social são quantitativamente mensuráveis e uma boa avaliação deve combinar os aspectos quantitativos e os aspectos qualitativos (Guerra, 2000).

5.1 DADOS INFORMATIVOS

Na formação de Primeiros Socorros a participação foi de 35 indivíduos com idades entre os 57 anos e 84.

Nas sessões de esclarecimentos a participação foi:

1ª e 2ª – Sessão de Esclarecimento

Temas: “Cancro - Conhecer para prevenir” e “A Importância do Riso na Doença Oncológica”.

Local: Centro Museológico de Alportel.

Data: Sábado - 30 Maio 2009

Participação: 48 Indivíduos.

3ª e 4ª – Sessão de Esclarecimento

Temas: “Saúde e Higiene Oral” e “Alimentação Saudável”

Local: Escola do 1º CEB dos Vilarinhos.

Data: Sábado – 06 Junho 2009

Participação: 49 Indivíduos.

5ª e 6ª – Sessão de Esclarecimento

Temas: “Prevenção em Casa” e “Prevenção do Crime”

Local: Sede do Futebol Clube da Cabeça do Velho.

Data: Sábado - 13 Junho 2009

Participação: 49 Indivíduos.

7ª e 8ª – Sessão de Esclarecimento

Temas: “Doença de Alzheimer ” e “Doença de Parkinson”

Local: Escola do 1º CEB da Mesquita.

Data: Sábado - 20 Junho 2009

Participação: 75 Indivíduos.

9ª e 10ª– Sessão de Esclarecimento

Temas: “A Sexualidade e a Idade” e “O Exercício Físico e Prevenção de Quedas”

Local: Grupo Desportivo e Cultural de Machados.

Data: Sábado - 27 Junho 2009

Participação: 55 Indivíduos.

11ª – Sessão de Esclarecimento

Tema: “Medicamento – use-os com Segurança”

Local: Escola E.B. 2 3, Poeta Bernardo de Passos.

Data: Sábado - 08 Julho 2009

Participação: 52 Indivíduos.

12ª – Sessão de Esclarecimento

Tema: “Gestão de Stress e Técnicas de Relaxamento”

Local: Escola E.B. 2 3, Poeta Bernardo de Passos.

Data: Sábado - 18 Julho 2009

Participação: 53 Indivíduos.

5.2 METODOLOGIA

5.2.1 Recolha de dados

A recolha de dados quantitativos para a avaliação dos resultados foi suportada pela administração de um questionário no início e no final da Acção de Formação. O questionário foi aplicado na modalidade da administração directa (simultaneamente ao conjunto dos formandos), mas sempre na presença do inquiridor, com a possibilidade de esclarecer quaisquer dúvidas quanto à interpretação das questões.

Esse mesmo questionário foi aplicado, na mesma modalidade, antes da formação, a um grupo independente de 25 elementos seleccionado a partir da população alvo que não participou na formação. A informação recolhida suportou a validação da Escala construída para avaliação de conhecimentos sobre 1ºs Socorros.

Para aferir a qualidade da formação foi solicitado aos formandos que avaliassem alguns dos aspectos mais relevantes, preenchendo um segundo questionário no final da formação.

Procedimentos

Procurou-se avaliar os resultados da investigação-acção como um todo a partir da inter-relação entre os dados do grupo quanto à sua frequência, quanto à sua participação/satisfação face aos temas apresentados e finalmente aferir o nível de apreensão dos mesmos.

Do ponto de vista metodológico esta parte do relatório comporta uma análise descritiva e comparativa em funções dos objectivos do projecto a fim de verificar as relações entre os dois momentos de inquérito.

Como complemento, utilizaram-se alguns testes estatísticas para estabelecer e extrapolar para a população (Grupo Seniores em Movimento) algumas das relações apuradas. A cada um dos testes, aplicados no decorrer do processo analítico, esta associado (como base de referência) um nível máximo de significância igual a 0,05.

Do ponto de vista da apresentação, a análise descritiva será acompanhada das correspondentes análises indutivas para cada das hipóteses a testar.

Para testar o conjunto dos objectivos explicitados, e por recurso ao *software* adequado, aplicaram-se um conjunto de análises estatísticas, tais como:

Frequências absolutas e relativas;

Outras estatísticas descritivas (valores médios e medidas de variação);

Quando apropriado, o seguinte teste sobre o pressuposto da homogeneidade de variâncias.

Testes Estatísticos Para Avaliar a Homogeneidade de Variâncias

Teste de Levene. A hipótese nula em teste é a de que a variância da variável dependente é igual para todos os valores da variável (ou variáveis) independentes. Isto verifica-se quando o valor de *p-value* associado ao valor do teste é não significativo face ao alfa de referência. Neste caso superior ao $\alpha = 0,05$.

Testes Estatísticos Para Comparar Duas Amostras Independentes ou Emparelhadas

Teste t– testa a hipótese nula de que, no Universo, a diferença entre dois valores médios da variável dependente é igual a zero. Isto verifica-se quando o valor de “*p-value*” associado ao valor do teste é não significativo face ao alfa de referência. Neste caso superior ao $\alpha = 0,05$.

Nota 1: Na presente análise verifica-se sempre a existência de duas amostras emparelhadas (dados fornecidos pelo mesmo inquirido em dois momentos distintos). No entanto, quando não se observe a existência de correlação entre as variáveis, estas são analisadas como se de duas amostras independentes se tratasse.

Nota 2: Na presente análise o pressuposto da normalidade das variáveis é assumido por termos uma amostra com $N > 30$ (Teorema do Limite Central. O pressuposto da homogeneidade de variâncias não é condição necessária para o teste t, visto apresentar simultaneamente resultados para com ou sem existência de homogeneidade de variâncias integrando no seu *output* resultados do teste de *Levene*.

Testes Estatísticos Para Avaliar a Relação Entre Duas Variáveis

Coefficiente de correlação de Pearson – medida estatística cujo valor está no intervalo $[-1, +1]$ e que indica a natureza da relação entre as duas variáveis. Um valor negativo indica que a relação entre as duas variáveis é inversa. Quando aplicado um teste indutivo um determinado coeficiente de correlação, isto é, testar a hipótese nula “do coeficiente de correlação no Universo ser igual a zero”, um *p-value* associado

significativo (inferior a $\alpha = 0,05$). Indica que existe evidência estatística de que a correlação no Universo seja diferente de zero.

Teste Estatísticos Para verificar a Fiabilidade interna numa escala de Likert

Alpha de Cronbach – É uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual numero de itens, que meçam a mesma característica (variável composta). Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna: (Pestana e Gageiro, 2003).

ALPHA	Consistência interna
> 0,9	Muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Razoável
0,6 – 0,7	Fraca
< 0,6	Inadmissível

Quadro 6 – Avaliação de Alpha de Cronbach

Os dados foram tratados estatisticamente por recurso a *software* específico, concretamente, o SPSS (*Statistic Package for Social Science* – ver. 17.0) e com o apoio do manual “Análise Estatística com utilização do SPSS” (Maroco, 2003).

5.3 RESULTADOS

A apresentação dos resultados será feita em quatro grandes subsecções, primeiramente caracterizando a amostra de controlo e apresentando a validação da Escala aplicada para avaliação de conhecimentos ao nível de 1^{os} Socorros. A segunda subsecção agrupando e analisando os dados que identificam e caracterizam a amostra constituída pelo grupo dos formandos. A terceira subsecção abordará os dados que evidenciam as semelhanças e diferenças encontradas nos dois momentos de avaliação face ao nível de apreensão e compreensão das temáticas abordadas enquanto mais valias para o grupo e comunidade em geral, principal objectivo da acção. Por fim a quarta subsecção procurará avaliar a qualidade da formação.

5.3.1 Caracterização da Amostra (grupo de controlo)

Para a avaliação das variáveis: **sexo** usou-se uma questão fechada de “Masculino” e “Feminino”; **idade** usou-se uma questão aberta que posteriormente foi transformada numa questão fechada com três escalões etários, “51 a 65 anos”, “66 a 70 anos” e “71 a 80 anos”; **estado civil** usou-se uma questão fechada de “solteiro”, “casado”, “união de facto”, “divorciado/separado” e “viúvo”, que posteriormente foi transformada numa questão fechada com três categorias, “solteiro/separado/divorciado”, “casado/união de facto” e “viúvo”; **escolaridade e local de residência** para as quais se usou questões abertas.

A amostra inquirida é constituída, na maioria por indivíduos do sexo masculino (64% N=16), enquanto o sexo feminino representa apenas 36% (N=9), apenas 8% (N=2) não residem em São Brás do Alportel.

Ao nível da estrutura etária da população, verifica-se uma distribuição entre 51 e 72 anos para os indivíduos do sexo feminino, onde a média e mediana é de 65 anos, com um desvio-padrão em relação à média de 6,423 anos e uma distribuição entre 58 e 75 anos para os indivíduos do sexo masculino, onde a média é de 64, a mediana é de 64,5 anos, com um desvio padrão em relação à média de 4,305 anos.

Globalmente o desenho da amostra apresenta-se no Gráfico 8 (*frequências absolutas e relativas*).

Como se pode verificar: 68% dos formandos situam-se na faixa etária dos 57 a 65 anos dos quais 20% (N=5) são do sexo feminino e 48% (N=12) são do sexo masculino; 20% dos formandos situam-se na faixa etária dos 66 a 70 anos dos quais 8% (N=2) são do sexo feminino e 12% (N=3) são do sexo masculino e finalmente os restantes 12% situam-se na faixa etária dos 71 a 84 anos dos quais 8% (N=2) são do sexo feminino e 4% (N=1) são do sexo masculino.

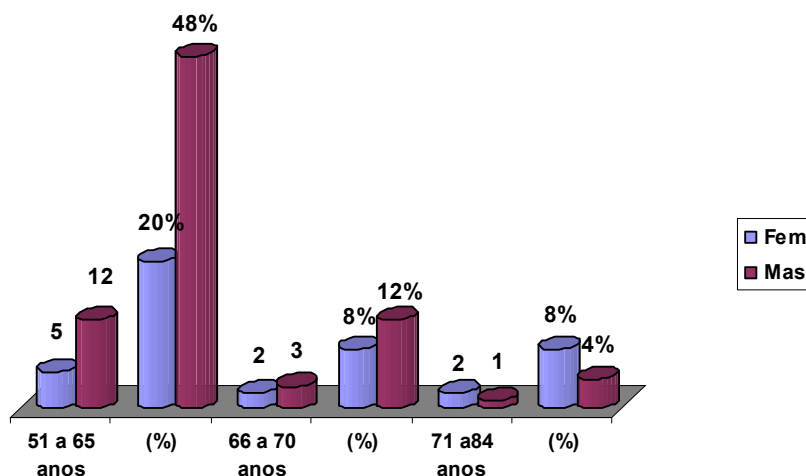


Gráfico 8– Idades por “Escalaões etários” e “Sexo”

Tendo em conta o estado civil (*vide gráfico 9*) verifica-se que (72% N=18) dos inquiridos são casados, (16% N=4) são viúvos e os restantes (12% N=3) são solteiros, divorciados ou separados.

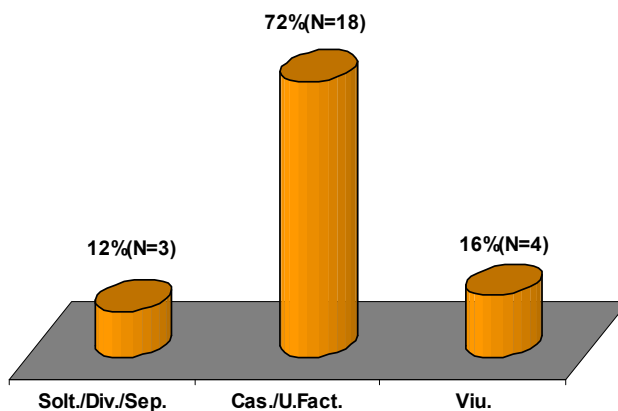


Gráfico 9 – Estado Civil

Quanto à escolaridade (*vide gráfico 10*) verifica-se que a maioria (76% N=19) tem a escolaridade mínima correspondente ao 1º Ciclo do Básico/4ª Classe e só (8% N=2 e 16% N=4) completaram respectivamente, o 2º Ciclo e 3º Ciclo.

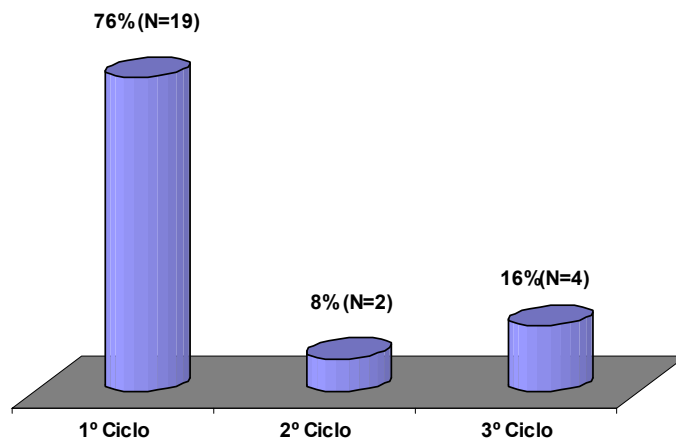


Gráfico 10 – Escolaridade

Sumariado, pode-se afirmar que o conjunto dos inquiridos tem uma idade média de 64 anos, maioritariamente: pertence ao sexo masculino (64% N=16), é casada (72% N=18) e tem uma escolaridade muito baixa (76% N= 19) com a 4ª classe.

5.3.2 Validação do instrumento de avaliação

São muitos os factores que influenciam e determinam a qualidade da investigação, fundamentação teórica robusta, amostras representativas, análise estatística apropriada, mas o papel dos instrumentos de medida e recolha de dados assume particular destaque (Meltzoff, 1998; Katzer, 1998).

O princípio de base é bem simples: *a forma como os dados são recolhidos, determina a sua capacidade informativa e, esta, a qualidade da investigação em si.*

Ainda que a constituição da amostra não tenha obedecido às técnicas formais de amostragem a sua “representatividade”, neste contexto específico, implica que a mesma e o Universo são muito semelhantes em termos de características relevantes ao estudo.

A validação teórica e empírica obedeceu aos procedimentos regulares. A concepção do instrumento de avaliação dos conhecimentos sobre 1ºs Socorros e selecção dos respectivos itens foi o produto, consertado, da pesquisa e consulta conjunta dos “especialistas”, conhecedores das temáticas em análise de das características fundamentais da população alvo aferidas no contexto do pré-teste e entrevistas

informais realizadas no decorrer da investigação-acção. A ambiguidade das questões foi superada pela aplicação, anterior ao pré-teste, do questionário a alguns elementos da população. Reveste um formato de escala de tipo *Likert* composta por seis graus de resposta, com perguntas fechadas para avaliar os conhecimentos sobre 1ºs Socorros com 21 itens.

Fiabilidade – consistência interna da Escala construída

	N					
		Mean	Median	Std. Dev.	Min.	Max
1 Sabe os nºs Telef. p/ os dif. apoios	25	3,60	4,00	1,155	2	6
2 Sabe qd. deve ligar p/ o 112	25	4,12	4,00	1,166	2	6
3 Sabe que informações deve dar qd. ligar o 112	25	3,48	4,00	1,584	1	6
4 Sabe quais os elementos interv. numa sit. de socorro	25	2,80	3,00	1,581	1	6
5 Sabe o que fazer perante um acidente	25	2,72	3,00	1,308	1	5
6 Sabe a posição em q. se deve colocar uma pes. desmaiada	25	2,24	2,00	1,535	1	6
7 Sabe actuar perante uma situação de engasgamento	25	2,44	2,00	1,294	1	5
8 Sabe o que é uma Angina de Peito	25	2,56	2,00	1,158	1	5
9 Sabe quais os sintomas de um enfarte	25	2,84	3,00	1,214	1	5
10 Sabe quais as causas da falta de ar	25	2,68	2,00	1,345	1	6
11 Sabe actuar perante uma crise asmática	25	2,64	3,00	1,440	1	6
12 Sabe o significado da sigla AVC	25	3,16	3,00	1,344	1	6
13 Sabe quais as causas mais freq. de um AVC	25	2,96	3,00	1,207	1	5
14 Sabe o que é a diabetes	25	3,68	4,00	1,314	1	6
15 Conhece as diferenças entre os dois tipos de diabetes	25	3,16	3,00	1,519	1	6
16 Sabe o que é uma intoxicação	25	3,20	3,00	1,258	1	6
17 Sabe como socorrer uma pessoa intoxicada	25	2,44	3,00	1,121	1	4
18 Conhece os maiores riscos das queimaduras	25	2,52	2,00	1,262	1	5
19 Conhece os diferentes tipos de queimaduras	25	2,80	2,00	1,323	1	5
20 Sabe quais os perigos associados a uma hemorragia	25	2,68	3,00	1,215	1	5
21 Sabe como parar uma hemorragia	25	2,96	3,00	1,306	1	5

Tabela 24 – Estatísticas Descritivas

Ao nível das estatísticas descritivas (*vide tabela 24*) verificam-se que os valores são bastante uniformes em todos os itens em análise, variando entre os valores 1,121 e 1,81 (desvio padrão), ainda que, os valores das médias de 2,240 a 4,120 e das medianas de 2 a 4 apresentem uma amplitude mais significativa.

	One-Sample Kolmogrov-Smirnov Test	
	Valor do Teste	Nível de Sig.
Item 1	,892	,404*
Item 2	1,095	,182*
Item 3	1,143	,146*
Item 4	,868	,439*
Item 5	1,181	,123*
Item 6	1,352	,052*
Item 7	,936	,345*
Item 8	1,229	,098*
Item 9	1,178	,125*
Item 10	1,067	,205*
Item 11	,806	,534*
Item 12	,937	,344*
Item 13	,834	,490*
Item 14	,981	,291*
Item 15	,949	,328*
Item 16	,949	,328*
Item 17	1,057	,214*
Item 18	1,099	,178*
Item 19	1,237	,094*
Item 20	,819	,513*
Item 21	1,135	,152*

* Níveis de Significância maiores do que 0,05. Logo admite-se que as variáveis seguem uma distribuição normal

Tabela 25 – Resultados dos testes à normalidade da distribuição

Da leitura da tabela 25, a partir da análise do teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov e respectivos níveis de significância, pode-se constatar que todos os itens apresentam uma distribuição normal.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,946	,947	21

Tabela 26 – Reliability Statistics

Como pode ser observado na tabela 26, os valores para os *Alpha's* estandardizados e não estandardizados são semelhantes (0,946 e 0,947) respectivamente o que indica que os itens têm variâncias semelhantes.

O *Alpha de Cronbach* de 0,947 indica que a variável “**Auto-avaliação s/ conhecimentos ref. a 1ºs Socorros**” (21 itens) tem uma **consistência interna muito boa**.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EB1	58,08	367,577	,081	,965	,951
EB2	57,56	347,340	,547	,990	,945
EB3	58,20	322,500	,834	,978	,941
EB4	58,88	322,277	,840	,998	,941
EB5	58,96	333,707	,776	,997	,942
EB6	59,44	340,007	,532	,999	,946
EB7	59,24	337,523	,700	,997	,943
EB8	59,12	342,777	,662	,970	,944
EB9	58,84	335,557	,797	,997	,942
EB10	59,00	329,667	,839	,992	,941
EB11	59,04	349,290	,392	,962	,948
EB12	58,52	337,260	,677	,999	,943
EB13	58,72	344,960	,581	,986	,945
EB14	58,00	341,583	,600	,988	,945
EB15	58,52	343,677	,470	,989	,947
EB16	58,48	336,927	,735	,982	,943
EB17	59,24	345,107	,627	,998	,944
EB18	59,16	332,140	,842	,989	,941
EB19	58,88	339,027	,651	,995	,944
EB20	59,00	333,167	,853	,998	,941
EB21	58,72	331,793	,819	,990	,941

Tabela 27 – Item - Total Statistics

Na tabela 27 a coluna *Alpha if item Deleted* indica o efeito de cada item no nível de consistência da Escala. Cada um dos valores apresentados representa o *Alpha* caso o respectivo item seja eliminado.

A exclusão dos itens EB1 e EB11 (correlações item-total mais baixas) promoveriam um aumento no coeficiente *Alpha* em 0,004 e 0,001 respectivamente, diante destes resultados, optou-se por os manter no instrumento com questões de controlo.

Validade teórica ou de conceito

Para Almeida e Freire (1997,159) “o que está em causa neste tipo de validade é o grau de consonância entre os resultados obtidos no teste, a teoria e a prática a propósito das dimensões em avaliação”.

Alcançar este tipo de validação comporta uma análise teórica, prática e empírica que ultrapassa em muito a análise estatística, deve portanto acompanhar todo o processo de elaboração e construção do instrumento. Implica uma análise cuidada da consistência entre a definição da hipótese a inferir, a sua especificidade em termos daquilo que se pretende medir (avaliar) e a operacionalização em termos dos itens contidos no instrumento.

Neste contexto e em função da orientação temática das questões formuladas e respectivas validações foram consideradas cinco sub-escalas correspondentes respectivamente:

- ◆ Auto-avaliação de conhecimentos sobre 1^{os} Socorros; Ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida) compreendendo os itens 2, 3, 4 e 5; Ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima) compreendendo os itens 5, 6, 7, 17 e 21.
- ◆ Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior; Tipos de doenças compreendendo os itens 8, 12, 14 e 16; Sintomas compreendendo os itens 9, 16 e 19; Causas e Riscos compreendendo os itens 10, 13, 18 e 20.

A qualidade das sub-escalas passa pelo cálculo das correlações (r) entre os itens com o total de forma a verificar se os valores são positivos e significativos, pois assume-se que cada item mede algo em comum com os outros itens, e que o que se mede em comum por estes itens é a variável latente considerada.

Para Hill e Hill (2000) os valores das correlações inter itens e item-total devem ser positivas e estar entre (0,4 e 0,7) para que se possa assumir

Neste contexto, alguns dos itens da escala aplicada foram desprezados na construção das sub-escalas por não se observarem os requisitos de validação considerados.

Assim, verificou-se que a sub-escala correspondente à avaliação de conhecimentos sobre 1ºs Socorros – Ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida), compreendendo os itens 2, 3, 4 e 5, apresenta correlações item-total e inter itens positivas superiores a 0,4 (*vide tabelas 28 e 29*).

	Corrected Item Total Correlation
Item2 Sabe qd. deve ligar p/ o 112	,647
Item3 Sabe que informações deve dar qd. ligar o 112	,827
Item4 Sabe quais os elementos interv. numa sit. de socorro	,751
Item5 Sabe o que fazer perante um acidente	,762

Tabela 28 – Item Total Statistics

	Item2	Item3	Item4	Item5
Item2 Sabe qd. deve ligar p/ o 112	1,000	,622	,601	,515
Item3 Sabe que informações deve dar qd. ligar o 112	,622	1,000	,705	,792
Item4 Sabe quais os elementos Interv. numa sit. de socorro	,601	,705	1,000	,657
Item5 Sabe o que fazer perante um acidente	,515	,792	,657	1,000

Tabela 29 – Inter Item Correlation

Como pode ser observado na tabela 30, os valores para os *Alpha's* estandardizados e não estandardizados são semelhantes (0,879 e 0,881) respectivamente o que indica que os itens têm variâncias semelhantes.

O *Alpha de Cronbach* de 0,879 indica que a sub-escala “Auto-avaliação de conhecimentos sobre 1ºs Socorros; Ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida)” (4 itens) tem uma **consistência interna boa**.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,879	,881	4

Tabela 30 – Reliability Statistics

Em seguida verificou-se que a sub-escala correspondente à avaliação de conhecimentos sobre 1ºs Socorros – Ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima) compreendendo os itens 5, 6, 7, 17 e 21 apresenta correlações item-total e inter itens positivas superiores a 0,4 (*vide tabelas 31 e 32*).

	Corrected Item- Total Correlation
Item5 Sabe o que fazer perante um acidente	,802
Item6 Sabe a posição em q. se deve colocar uma pes. desmaiada	,641
Item7 Sabe actuar perante uma situação de engasgamento	,768
Item17 Sabe como socorrer uma pessoa intoxicada	,631
Item21 Sabe como parar uma hemorragia	,697

Tabela 31 – Item Total Statistics

	Item 5	Item 6	Item 7	Item 17	Item 21
Item5 Sabe o que fazer perante um acidente	1,000	,512	,667	,713	,749
Item6 Sabe a posição em q. se deve colocar uma pes. desmaiada	,512	1,000	,742	,445	,462
Item7 Sabe actuar perante uma situação de engasgamento	,667	,742	1,000	,464	,603
Item17 Sabe como socorrer uma pessoa intoxicada	,713	,445	,464	1,000	,525
Item21 Sabe como parar uma hemorragia	,749	,462	,603	,525	1,000

Tabela 32 – Inter Item Correlation

Como pode ser observado na tabela 33, os valores para os *Alpha's* estandardizados e não estandardizados são semelhantes (0,874 e 0,877) respectivamente o que indica que os itens têm variâncias semelhantes.

O *Alpha de Cronbach* de 0,874 indica que a sub-escala “Auto-avaliação de conhecimentos sobre 1ºs Socorros– Ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima)” (5 itens) tem uma **consistência interna boa**.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,874	,877	5

Tabela 33 – Reliability Statistics

Quanto à terceira sub-escala, correspondente Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Tipos de doenças compreendendo os itens 8, 12, 14 e 16, verificou-se que apresenta correlações item-total e inter itens positivas superiores a 0,4 (*vide tabelas 34 e 35*).

	Corrected Item- Total Correlation
Item 8 Sabe o que é uma Angina de Peito	,594
Item 12 Sabe o significado da sigla AVC	,669
Item 14 Sabe o que é a diabetes	,644
Item 16 Sabe o que é uma intoxicação	,662

Tabela 34 – Item Total Statistics

	Item 8	Item 12	Item 14	Item 16
Item 8 Sabe o que é uma Angina de Peito	1,000	,502	,534	,463
Item 12 Sabe o significado da sigla AVC	,502	1,000	,526	,621
Item 14 Sabe o que é a diabetes	,534	,526	1,000	,544
Item 16 Sabe o que é uma intoxicação	,463	,621	,544	1,000

Tabela 35 – Inter Item Correlation

Como pode ser observado na tabela 36, os valores para os *Alpha's* estandardizados e não estandardizados são semelhantes (0,819 e 0,820) respectivamente o que indica que os itens têm variâncias semelhantes.

O *Alpha de Cronbach* de 0,819 indica que a sub-escala “Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Tipos de doenças” (4 itens) tem uma **consistência interna boa**.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,819	,820	4

Tabela 36 – Reliability Statistics

Quanto à quarta sub-escala, correspondente Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Sintomas, compreendendo os itens 9, 16 e 19, verificou-se que apresenta correlações item-total e inter itens positivas superiores a 0,4 (*vide tabelas 37 e 38*).

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item9 Sabe quais os sintomas de um enfarte	,675	,667
Item16 Sabe o que é uma intoxicação	,634	,708
Item19 Conhece os diferentes tipos de queimaduras	,583	,767

Tabela 37 – Item Total Statistics

	Item9	Item16	Item19
Item9 Sabe quais os sintomas de um enfarte	1,000	,622	,550
Item16 Sabe o que é uma intoxicação	,622	1,000	,501
Item19 Conhece os diferentes tipos de queimaduras	,550	,501	1,000

Tabela 38 – Inter Item Correlation

Como pode ser observado na tabela 39 os valores para os *Alpha's* standardizados e não standardizados são semelhantes (0,789 e 0,791) respectivamente o que indica que os itens têm variâncias semelhantes.

O *Alpha de Cronbach* de 0,789 indica que a sub-escala “Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Sintomas” (3 itens) tem uma **consistência razoável**.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,789	,791	3

Tabela 39 – Reliability Statistics

Quanto à última sub-escala, correspondente Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Causas e Riscos associados compreendendo os itens 10, 13, 18 e 20, verificou-se que apresenta correlações item-total e inter itens positivas superiores a 0,4 (*vide tabelas 40 e 41*).

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item10 Sabe quais as causas da falta de ar	,648	,862
Item13 Sabe quais as causas mais freq. de um AVC	,629	,865
Item18 Conhece os maiores riscos das queimaduras	,796	,799
Item20 Sabe quais os perigos associados a uma hemorragia	,815	,793

Tabela 40 – Item Total Statistics

	Item10	Item13	Item18	Item20
Item10 Sabe quais as causas da falta de ar	1,000	,505	,617	,597
Item13 Sabe quais as causas mais freq. de um AVC	,505	1,000	,561	,616
Item18 Conhece os maiores riscos das queimaduras	,617	,561	1,000	,846
Item20 Sabe quais os perigos associados a uma hemorragia	,597	,616	,846	1,000

Tabela 41 – Inter Item Correlation

Como pode ser observado na tabela 42 os valores para os *Alpha's* estandardizados e não estandardizados são semelhantes (0,868 e 0,869) respectivamente o que indica que os itens têm variâncias semelhantes.

O *Alpha de Cronbach* de 0,868 indica que a sub-escala “Auto-avaliação de conhecimentos sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Causas” (4 itens) tem uma **consistência interna boa**.

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,868	,869	4

Tabela 42 – Reliability Statistics

5.3.3 Estudo Comparativo

De forma a equacionar os resultados da acção de formação os formandos responderam a uma série de 21 questões relacionadas com a temática dos 1^{os} socorros em dois momentos distintos nomeadamente no início e no final do programa.

As respostas revestem um formato de auto-avaliação dos próprios formandos face ao nível de conhecimento e apreensão dos temas/assuntos apresentados com uma classificação e 1 (ausência de conhecimento) a 6 (conhecimento total).

O objectivo da análise é verificar se em termos médios o nível de conhecimento/apreensão face aos conteúdos da acção de formação sofreu alguma evolução após a frequência da acção de formação.

Caracterização da Amostra (formandos)

Para a avaliação das variáveis: **sexo** usou-se uma questão fechada de “Masculino” e “Feminino”; **idade** usou-se uma questão aberta que posteriormente foi transformada numa questão fechada com três escalões etários, “57 a 65 anos”, “66 a 70 anos” e “71 a 80 anos”; **estado civil** usou-se uma questão fechada de “solteiro”, “casado”, “união de facto”, “divorciado/separado” e “viúvo”, que posteriormente foi transformada numa questão fechada com três categorias, “solteiro/separado/divorciado”, “casado/união de facto” e “viúvo”; **escolaridade e local de residência** para as quais se usou questões abertas.

A amostra inquirida é constituída, na maioria por formandos do sexo feminino (71,4% N=25), enquanto o sexo masculino representa apenas 28,6% (N=10), todos com residência em São Brás do Alportel.

Ao nível da estrutura etária da população, verifica-se uma distribuição entre 58 e 79 anos para os indivíduos do sexo feminino, onde a média é de 67,24 anos, a mediana de 68 anos, com um desvio-padrão em relação à média de 6,424 anos e uma distribuição entre 57 e 84 anos para os indivíduos do sexo masculino, onde a média é de 69,10, a mediana é de 69 anos, com um desvio-padrão em relação à média de 8,006 anos.

Globalmente o desenho da amostra apresenta-se no Gráfico 11 (*frequências absolutas e relativas*).

Como se pode verificar: 34,28% (N=12) dos formandos se situam na faixa etária dos 57 a 65 anos dos quais 25,71% (N=9) são do sexo feminino e 8,57% (N=3) são do sexo masculino; 37,14% (N=13) dos formandos se situam na faixa etária dos 66 a 70 anos dos quais 25,71% (N=9) são do sexo feminino e 11,43% (N=4) são do sexo masculino e finalmente os restantes 28,57% (N=10) se situam na faixa etária dos 71 a 84 anos dos quais 20% (N=7) são do sexo feminino e 8,57% (N=3) são do sexo masculino.

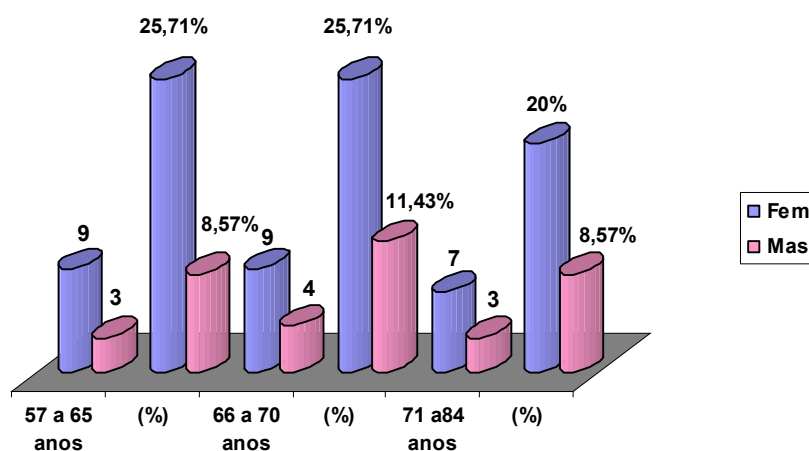


Gráfico 11 – Idades por “Escalões etários” e “Sexo”

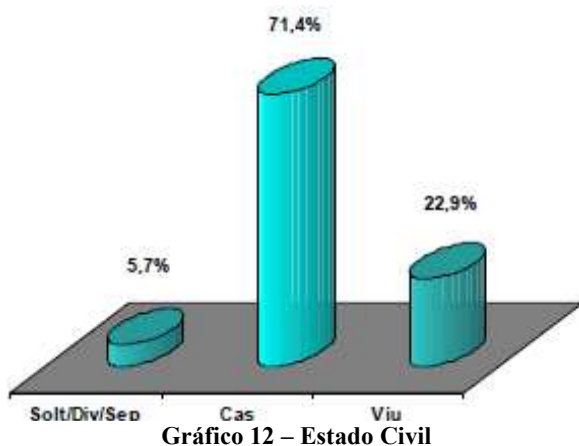


Gráfico 12 – Estado Civil

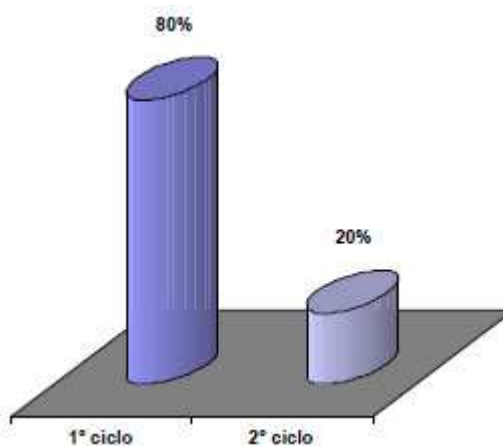


Gráfico 13 – Escolaridade

Tendo em conta o estado civil (*vide gráfico 12*) verifica-se que (71,4% N=25) dos inquiridos são casados, (22,9% N=8) são viúvos e os restantes (5,7% N=2) são solteiros, divorciados ou separados. Quanto à escolaridade (*vide gráfico 13*) verifica-se que a maioria (80%) tem a escolaridade mínima correspondente ao 1º Ciclo do Básico/4ª Classe e só (20%) completaram o 2º Ciclo.

Sumariado, pode-se afirmar que o conjunto dos formandos tem uma idade média 67 anos, maioritariamente: pertence ao sexo feminino (71,4%), é casada (71,4%) e tem uma escolaridade muito baixa (80% com a 4ª classe).

Análise das Hipóteses Formuladas

De forma a equacionar as problemáticas desenvolvidas ao longo deste trabalho e verificar se o propósito orientador deste projecto foi alcançado vai-se confrontar a realidade dos dados recolhidos com as hipóteses proposta para esse efeito.

Como já foi referido, o procedimento passou pela recolha dados elucidativos do aproveitamento da formação ministrada, sobre a temática de 1ºs Socorros, na forma de auto-avaliação através de respostas, em dois momentos distintos (no início e final do ciclo formativo), a uma bateria de questões (escala de *Likert*) que deu origem a um conjunto de escalas devidamente validadas para a população, conforme resultados já apresentados. As respostas às perguntas correspondem à auto-avaliação de cada um dos formandos sobre o nível de conhecimento acerca de cada um dos temas em questão.

A partir das sub-escalas construídas (*vide quadro 7*) foi possível agregar as respectivas avaliações em particular e de forma agrupada em função dos diferentes tópicos de forma a inferir as hipóteses formulados.

Sub-Escalas
- Conhecimento sobre 1 ^{os} Socorros ao nível da Intervenção geral (contactos disponíveis e tipo de Informação a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida)
<i>Item 2 – Sabe qd. Deve ligar para o 112</i>
<i>Item 3 – Sabe que informações deve dar qd. Ligar o 112</i>
<i>Item 4 – Sabe quais os elementos interv. Numa situação de socorro</i>
<i>Item 5 – Sabe o que fazer perante um acidente</i>
- Conhecimento sobre 1 ^{os} Socorros ao nível da Intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima)
<i>Item 5 – Sabe o que fazer perante um acidente</i>
<i>Item 6 – Sabe a posição em que se deve colocar uma pessoa desmaiada</i>
<i>Item 7 – Sabe actuar perante uma situação de engasgamento</i>
<i>Item 17 – Sabe como socorrer uma pessoa intoxicada</i>
<i>Item 21 – Sabe como parar uma hemorragia</i>
- Informação sobre algumas doenças que preocupam a População Sénior (tipos de doenças)
<i>Item 8 – Sabe o que é Ana Angina de Peito</i>
<i>Item 12 – Sabe o significado da sigla AVC</i>
<i>Item 14 – Sabe o que é a Diabetes</i>
<i>Item 16 – Sabe o que é uma intoxicação</i>
- Informação sobre algumas doenças que preocupam a População Sénior (Sintomas)
<i>Item 9 – Sabe quais os sintomas de um enfarte</i>
<i>Item 16 – Sabe o que é uma intoxicação</i>
<i>Item 19 – Conhece os diferentes tipos de queimaduras</i>
- Informação sobre algumas doenças que preocupam a População Sénior (Causas e Riscos associados)
<i>Item 10 – Sabe quais as causas da falta de ar</i>
<i>Item 13 – Sabe quais as causas mais frequentes de um AVC</i>
<i>Item 18 – Conhece os maiores riscos das queimaduras</i>
<i>Item 20 – Sabe quais os perigos associados a uma hemorragia</i>

Quadro 7 – Composição temática das sub-escalas

Ao nível da análise descritiva, tendo em conta as médias (*vide tabela 43*), verifica-se que o grupo apresenta, para todos os índices considerados, diferenças positivas entre o 1^o momento (antes da formação) e o 2^o momento (após a formação).

As diferenças variam entre 1,9072 referente à temática de 1^{os} Socorros tendo em conta a intervenção geral (conhecimento sobre os contactos disponíveis e tipo de informação a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida) e 2,4429 referente ao conhecimento por tipo das doenças que preocupam a População Sénior.

	Mean		
	1 ^o Mto aplic. do Quest.		
	1 Antes	2 Após	Dif.
Ind 1 (conh. gerais s/ a temática de 1 ^{os} Socorros)	2,4517	4,5211	2,0694
Ind 2 (conh. 1 ^{os} Socorros - Interv. Geral e Efectiva)	2,5679	4,6929	2,1250
Ind 3 (conh. 1 ^{os} Socorros - Interv. Geral)	2,9571	4,8643	1,9072
Ind 4 (conh. 1 ^{os} Socorros - Interv. Efectiva)	2,2229	4,5543	2,3314
Ind 5 (conh. geral s/ algumas doenças na Popul. Sénior)	2,3714	4,4057	2,0343
Ind 6 (conh. s/ algumas doenças na Popul. Sénior - Tipos)	3,1500	5,5929	2,4429
Ind 7 (conh. s/ algumas doenças na Popul. Sénior - Sintomas)	2,4476	4,3810	1,9334
Ind 8 (conh. s/ algumas doenças na Popul. Sénior - Causas e Riscos)	2,1643	4,3000	2,1357

Tabela 43 – Estatísticas descritivas (médias nos dois mtos.)

Na Tabela 44 apresentam-se os resultados apurados para a inferência estatística das diferenças verificadas ao nível da amostra.

(Antes/Após)	Correlações Teste de Pearson		T Teste Amostras Emparelhadas		T Teste Amostras Independentes	
	Valor do		p-		Valor do teste	
	teste	p-value	Valor do teste	value	Valor do teste	p-value
Ind. 1 (conh. Gerais s/ a temática de 1ºs Socorros)	0,320*	0,61			-12,558	0,000
Ind. 2 (conh. 1ºs Socorros – Intervenção geral e efectiva)	0,278*	0,105			-11,250	0,000
Ind. 3 (conh. 1ºs Socorros – Intervenção geral)	0,446*	0,007	-11,099	0,000		
Ind. 4 (conh. 1ºs Socorros – Intervenção efectiva)	0,130*	0,456			-12,307	0,000
Ind. 5 (conh. Geral s/ algumas doenças na população sénior)	0,381*	0,024	-15,220	0,000		
Ind. 6 (conh. s/ algumas doenças na população Sénior – Tipos)	0,431*	0,010	-13,164	0,000		
Ind. 7 (conh. s/ algumas doenças na população Sénior – Sintomas)	0,350*	0,039	-12,664	0,000		
Ind. 8 (conh. s/ algumas doenças na população Sénior – Causas e Riscos)	0,392*	0,020	-15,348	0,000		

* p-val ues inferiores ao nível de significância adoptado ($\alpha = 0,05$)

Tabela 44 – Resumo resultados de teste de Correlações e T teste

Descrição dos Resultados

Apresenta-se de seguida os resultados para cada uma das hipóteses formuladas:

A fim de confirmar a hipótese H1 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre a globalidade dos temas abordados*” e visto o índice respectivo não apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas⁷ ($r = 0,320$ com $p\text{-value} = 0,61$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras independentes com $t = -12,558$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo de conhecimentos sobre a globalidade dos temas abordados.

⁷ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras independentes é de que a variável nos dois momentos não apresente correlações significativas.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo da informação sobre a globalidade dos temas abordados.*

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. 1ºs Socorros – Intervenção Geral e Efectiva	2,5679	4,6929	2,1250*
Conh- geral s/ algumas doenças na População Sénior	2,3714	4,4057	2,0343*

* P < 0,05

Tabela 45 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento global dos temas abordados

Em relação à hipótese H_{2.1} de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da informação global*”, e visto o índice respectivo não apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas⁸ ($r = 0,278$ com e p -value = 0,105), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras independentes com $t = -11,250$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo de conhecimentos sobre 1ºs Socorros ao nível da informação global.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da informação global.*

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. 1ºs Socorros – Intervenção Geral (conh. s/ contactos disponíveis e tipo de informação a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida)	2,9571	4,8643	1,9072*
Conh. 1ºs Socorros – Intervenção Efectiva (cuidados a prestar à vítima)	2,2229	4,5543	2,3314*

* P < 0,05

Tabela 46 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento 1ºs Socorros informação geral e informação efectiva

⁸ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras independentes é de que a variável nos dois momentos não apresente correlações significativas.

Em relação à hipótese H2.2 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo de conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar da eficácia da ajuda pedida)*”, e visto o índice respectivo apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas⁹ ($r = 0,446$ com $p\text{-value} = 0,007$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras emparelhadas com $t = -11,099$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo de conhecimentos sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar da eficácia da ajuda pedida).

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informações a prestar por forma a aumentar da eficácia da ajuda pedida).

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. 1ºs Socorros – Intervenção Geral (conh. s/ contactos disponíveis e tipo de informação a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida)	2,9571	4,8643	1,9072*

* $P < 0,05$

Tabela 47 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento 1ºs Socorros informação geral.

Em relação à hipótese H2.3 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima)*”, e visto o índice respectivo não apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas¹⁰ ($r = 0,130$ com $p\text{-value} = 0,456$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras independentes com $t = -$

⁹ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras emparelhadas é de que a variável nos dois momentos apresente correlações significativas.

¹⁰ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras independentes é de que a variável nos dois momentos não apresente correlações significativas.

12,307 e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo de conhecimentos sobre 1ºs Socorros ao nível *da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima)*.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima)*.

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. 1ºs Socorros – Intervenção Efectiva (cuidados a prestar à vítima)	2,2229	4,5543	2,3314*

* P < 0,05

Tabela 48 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento 1ºs Socorros informação efectiva.

Em relação à hipótese H3.1 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo da informação global sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, sintomas, causas e riscos associados)*”, e visto o índice respectivo apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas¹¹ ($r = 0,381$ com $p\text{-value} = 0,024$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras emparelhadas com $t = -15,220$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo *da informação global sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, sintomas, causas e riscos associados)*.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, sintomas, causas e riscos associados)*.

¹¹ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras emparelhadas é de que a variável nos dois momentos apresente correlações significativas.

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. Sobre algumas doenças na População sénior – Tipos.	3,1500	5,5929	2,4429*
Conh. Sobre algumas doenças na População sénior – Sintomas.	2,4476	4,3810	1,9334*
Conh. Sobre algumas doenças na População sénior – Causas e Riscos.	2,1643	4,3000	2,1357*

* P < 0,05

Tabela 49 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de conhecimento geral sobre algumas doenças na população sénior.

Em relação à hipótese H3.2 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, de doenças)*”, e visto o índice respectivo apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas¹² ($r = 0,431$ com $p\text{-value} = 0,010$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras emparelhadas com $t = -13,164$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo *de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, de doença)*.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, de doença)*.

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. s/ algumas doenças na População sénior – Tipos.	3,1500	5,5929	2,4429*

* P < 0,05

Tabela 50 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Tipos.

¹² Pressuposto para aplicação de teste t para amostras emparelhadas é de que a variável nos dois momentos apresente correlações significativas.

Em relação à hipótese H3.3 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (sintomas)*”, e visto o índice respectivo apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas¹³ ($r = 0,350$ com $p\text{-value} = 0,039$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras emparelhadas com $t = -12,664$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo *de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (sintomas)*.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (sintomas)*.

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. s/ algumas doenças na População sénior – Sintomas.	2,4476	4,3810	1,9334*

* $P < 0,05$

Tabela 51 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Sintomas.

Por último, em relação à hipótese H3.4 de que “*Após a Formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (causas e riscos associados)*”, e visto o índice respectivo apresentar (entre os dois momentos) correlações significativas¹⁴ ($r = 0,392$ com $p\text{-value} = 0,020$), aplicou-se para verificar a diferença de médias um teste T para amostras emparelhadas com $t = -15,348$ e um nível de significância de 0,000, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre as duas médias consideradas, não se aceitando a hipótese nula da formação não produzir nenhum aumento significativo *de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (causas e riscos associados)*.

¹³ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras emparelhadas é de que a variável nos dois momentos apresente correlações significativas.

¹⁴ Pressuposto para aplicação de teste t para amostras emparelhadas é de que a variável nos dois momentos apresente correlações significativas.

Logo pode-se concluir que a hipótese formulada foi confirmada, verificando-se *um aumento significativo de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (causas e riscos associados)*.

Variáveis	M (1º)	M (2º)	Dif- M
Conh. s/ algumas doenças na População sénior – Causas e Riscos associados.	2,1643	4,3000	2,1357*

* P < 0,05

Tabela 52 – Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre o nível de informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior – Causas e Riscos associados.

Tendo em conta os resultados apresentados, verifica-se que, a totalidade das hipóteses formuladas que suportam a análise, foram confirmadas.

Sumariando, o produto da análise comparativa aplicada à avaliação dos conteúdos temáticos da acção de formação implementada através da avaliação conjunta e parcelar das respostas à escala sobre 1ºs socorros aplicada em dois momentos (início e final da acção de formação) verifica-se que os objectos propostos para este programa foram plenamente alcançados.

Logo será legítimo assumir essas diferenças para a totalidade da “população alvo”. Nas mesmas circunstâncias, isto é na hipótese de virem a beneficiar de uma experiência semelhante é expectável que o acréscimo de nível de conhecimentos sobre a temática venha a ser igualmente relevante.

5.3.4 Avaliação da Qualidade da Formação

No final da acção de formação os formandos foram convidados a preencher um pequeno questionário como o objectivo de transmitirem a sua opinião sobre curso ministrado, nas vertentes logística, de organização e pedagógica.

Ainda que o preenchimento não fosse obrigatório todos os formandos fizeram questão de responder, a população mantém-se dispensando a caracterização da mesma.

	Frequency	Percent
Sistema integrado de Emergência	6	17,1
Caixa de 1 ^o s Socorros	10	28,6
Dor torácica	13	37,1
Acidente Vascular Cerebral	16	45,7
Insuficiência Respiratória	4	11,4
Diabetes	8	22,9
Queimaduras	3	8,6
Intoxicação	6	17,1
Hemorragias	3	8,6
Posição lateral de segurança	6	17,1
Desobstrução da Via Aérea	1	2,9
Suporte básico de Vida	3	8,6
Stress	26	100,0

Tendo em consideração os temas abordados, na acção de formação, com mais interesse do ponto de vista dos formandos, “ os três mais interessantes” (vide tabela 26), verifica-se que os mais votados por ordem crescente foram: o *Stress*; o *Acidente Vascular Cerebral*; a *Dor Torácica* e a *Caixa de Primeiros socorros*.

Tabela 53 – Temas mais interessantes

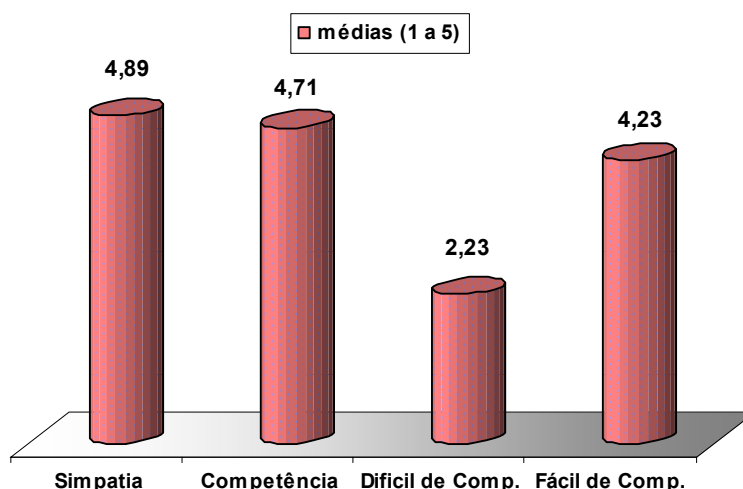


Gráfico 14 – Opinião sobre o formador

Segundo a leitura do gráfico 12 a valorização das competências pedagógicas do formador surgem associados valores médios mais altos para os seguintes atributos; simpatia; competência; facilidade em comunicar

	Média	Desv. padrão
Sistema integrado de Emergência	2,20	0,964
Caixa de 1ºs Socorros	2,03	1,071
Dor torácica	2,40	1,218
Acidente Vascular Cerebral	2,63	1,352
Insuficiência Respiratória	2,40	1,090
Diabetes	2,11	1,051
Queimaduras	2,20	0,994
Intoxicação	2,31	0,963
Hemorragias	2,26	0,980
Posição lateral de segurança	2,37	1,165
Desobstrução da Via Aérea	2,43	1,119
Suporte básico de Vida	2,51	1,121
Stress	1,77	0,973

Tabela 54 – Avaliação de dificuldade

O grau de dificuldade associado à apreensão dos temas apresentados foi avaliado pelos formandos por recurso à sua classificação num intervalo de 1 a 5 (1→ pouca dificuldade até 5→ bastante dificuldade).

Como se pode verificar na tabela 27 as médias registadas estão de uma forma geral do que pode ser considerado um grau de dificuldade moderado. Os temas relacionados com “Acidente Vascular Cerebral” e “Suporte Básico de Vida” foram considerados os mais difíceis e o tema “Gestão do Stress” o mais fácil. No entanto, mais uma vez se verifica que os valores do “desvio padrão”, associado às médias respectivas, são muito elevados, a capacidade de apreensão dos conteúdos da formação não foi uniforme entre os elementos do grupo.

	Frequency	Percentil
Sim	35	100,0
Não	0	,0
Total	35	100,0

Tabela 54 Importância de se repetir esta formação p/ outras pessoas.

5.3.5 Discussão dos Resultados

Após estruturação e interpretação da informação recolhida, em consonância com o programa de avaliação, remete-se para este ponto uma breve reflexão que visa de forma sintética e objectiva, a enunciação dos principais resultados face às expectativas e objectivos deste projecto.

Perante os resultados confirmados, pode-se reafirmar que os princípios orientadores do projecto de formação sobre a divulgação de práticas e saberes relacionados com a temática de 1ºs Socorros implementado, atingiram a totalidade dos seus objectivos: No final da acção formativa, como se pretendia, foi possível inferir estatisticamente as hipóteses que consubstanciaram este estudo, nomeadamente: “(H₁) Após a formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre a globalidade dos temas abordados”; “(H_{2.1}) Após a formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da informação global”; “(H_{2.2}) Após a formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção geral (conhecimento sobre contactos disponíveis e tipo de informação a prestar por forma a aumentar a eficácia da ajuda pedida); “(H_{2.3}) Após a formação verifica-se um aumento significativo do conhecimento sobre 1ºs Socorros ao nível da intervenção efectiva (cuidados a prestar à vítima)”; “(H_{3.1}) Após a formação verifica-se um aumento significativo da informação global sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos, sintomas, causas e riscos associados); “(H_{3.2}) Após a formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (tipos de doenças); “(H_{3.3}) Após a formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (sintomas); “(H_{3.4}) Após a formação verifica-se um aumento significativo da informação sobre algumas das doenças que preocupam a população sénior (causas e riscos associados);

Para além do enriquecimento de saberes na temática de 1ºs Socorros, todos os participantes ficaram com uma opinião mais consolidada acerca do nível de dificuldade dos temas abordados e interesses particulares, como se pode verificar através da avaliação da formação na sua vertente pedagógica

Por fim, qualquer tipo de subjectividade associada ao procedimento avaliativo adoptado ou ao número restrito de formandos que integraram esta 1ª experiência foi ultrapassado pelo interesse que a População Sénior em geral tem demonstrado ao longo do tempo, quer pela contínua procura de inscrições para uma 2ª acção formativa nesta temática, quer pela procura do manual de 1ºs Socorros (construído especialmente para esta comunidade), apesar do mesmo ter sido distribuído por toda a população que assistiu às sessões publicas realizadas.

As hipóteses enunciadas foram fundamentadas pela intersecção das seguintes problemáticas em evidência no decurso deste trabalho:

A saúde como factor de qualidade de vida

A saúde é concebida como uma condição decorrente do estilo de vida de cada um. É, portanto, reduzida à responsabilidade individual no seguimento de normas de conduta e hábitos que garantiriam uma vida com saúde, na medida em que esta é mantida por um certo estilo de viver – ou melhor, por um estilo certo de viver, considerado saudável.

As concepções de saúde-doença remetem para uma visão da saúde como algo relativo ao harmónico funcionamento do corpo-mente, exigindo dos seniores a capacidade de cuidar de si, pela adopção de um estilo de vida saudável. Ao mesmo tempo, apontam para a sua relação com as condições de existência que determinam a qualidade de vida e o próprio comprometimento pessoal, enquanto responsáveis por seu projecto de vida.

A qualidade de vida na Terceira Idade pode ser definida como a manutenção da saúde, em todos aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (Organização Mundial de Saúde, 1991).

Até aqui a sociedade tem centrado a atenção no aumento da esperança de vida – viver mais não é sempre viver bem – mas agora começa a questionar-se a “esperança de saúde”.

O prazer de ter um corpo saudável e a aceitação de seus limites, o prazer de interagir em sociedade, o prazer da satisfação dos desejos na medida do possível e aceitável, o prazer de compartilhar e de aprender. Porque viver implica em manter-se num processo de aprendizagem eterno.

Segundo Motta (2001), verifica-se que a qualidade de vida é tão importante para os seniores quanto a longevidade, devendo assim ser mais fomentada pelos governos, famílias, sociedade e pelos próprios.

Aprendizagem ao longo da vida

Em concordância com as conclusões do Conselho Europeu de Lisboa (Março de 2000), em que foi confirmada a aposta na aprendizagem ao longo da vida enquanto elemento crítico que «deve acompanhar a transição bem sucedida para uma economia e uma sociedade assentes no conhecimento», novos e profundos desafios se colocam aos sistemas e dispositivos de educação e formação e a toda a sociedade, de forma a garantir aos cidadãos a participação num contínuo de aprendizagem, que proporcione a melhoria permanente de conhecimentos, aptidões e competências.

O crescimento da população sénior é um fenómeno mundial. E este facto requer uma nova concepção de educação e sociedade para atender esta demanda. Com o envelhecimento aparecem na vida das pessoas o aumento de doenças, de dependência, de perda de autonomia, de diminuição da rede e do suporte social, a perda de papéis sociais, o isolamento, a solidão, a depressão e a falta de sentido para a própria vida. Diante disso, o grande desafio é proporcionar uma reinserção social e educacional através de actividades multidisciplinares que tenham como finalidade atingir uma vida com mais qualidade. Desta forma, o tema envelhecimento antes pertencente quase exclusivamente aos domínios da geriatria e da gerontologia, começou a ganhar espaços como preocupação noutras áreas do conhecimento, como o da Educação. Pois, sabe-se que a inactividade é o elemento que mais compromete a qualidade de vida na terceira idade

O Sénior não é apenas uma pessoa que necessita de recreação para ocupar seu tempo, mas sim, precisa de espaço para crescer e aprender cada vez mais, pois não é a idade que define a capacidade de aprendizagem. Observa-se que seniores têm muito para ensinar, porém ainda tem muito a aprender, demonstrando a necessidade de estar em contacto com novos conhecimentos e experiências. A educação tem um papel

político fundamental, (...) ela deve desempenhar um papel eminentemente democrático, ser um lugar de encontro, de permanente troca de experiências. (Gadotti, 1984, p.157)

Percebe-se então que a educação possui um carácter de transformação, ultrapassando a mera ideia de transmissão de informações. Conforme Pires (1999, p.27) “[...] aprendizagens realizadas à margem dos sistemas tradicionais de educação/formação, ao longo das trajectórias pessoais, sociais e profissionais dos adultos, assumem uma importância decisiva na construção das suas competências e qualificações, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal e profissional”

Desta maneira, observa-se o quanto o processo educativo permite um estágio de mudanças, independente da idade.

Assim, Romans, Petrus e Trilla (2003, p. 90), ressaltam: “... que a educação social, ou a pedagogia gerontológica, pode oferecer a aquisição de novas habilidades e técnicas de aprendizagem, principalmente se se leva em conta que as pessoas idosas utilizam, com frequência, habilidades não adaptadas ao meio educativo actual.”

Os seniores têm a capacidade de aprender, independente da sua idade, a partir do momento em que são incentivados, o processo de aprendizagem ocorre de maneira significativa, conforme afirma Moragas (1991, p. 75), “...*lo que requiere el anciano, para um aprendizaje efectivo, és mayor tiempo y estímulos motivantes adecuados, y ambas cosas no se lãs facilita um médio ambiente obsesionado com el tiempo de asimilación y que no asigna um rol social significativo a la persona de edad.*”

A população sénior está aumentando a cada ano em Portugal e no mundo, e passam a fazer parte de um novo cenário, no qual a inactividade e os aspectos negativos do envelhecimento estão sendo substituídos por uma busca de novas alternativas de inserção social, actividades e oportunidades de aprendizagem.

A Educação Gerontológica oferece uma compreensão maior das necessidades e desejos dos seniores no mundo de hoje, onde o envelhecimento saudável exige novos dispositivos de intervenção.

Domingues (1995), refere que os processos de transformação das comunidades locais são processos educativos de autoformação, de desenvolvimento de capacidades colectivas, nos quais as pessoas adquirem conhecimento e passam de simples receptores a construtores do conhecimento

6. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A OMS estima que nos próximos vinte anos aumentem em cerca de 300% as necessidades em cuidados de saúde da população idosa. Surgirão, deste modo, novas necessidades de saúde e de apoio social, nomeadamente de longa duração para as pessoas idosas dependentes. A dependência apela a políticas transversais, nomeadamente a uma política de apoio às pessoas idosas, de apoio à família, à habitação e à saúde, “... tendo em vista a readaptação da pessoa dependente e o seu mundo envolvente, a reabilitação e o combate à desinserção social e à segregação.” (Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2002:5 cit. Ribeirinho, 2009), postulando a necessidade de definir uma política de velhice fundamentada no conhecimento das questões relativas ao envelhecimento individual e colectivo salvaguardando sempre a garantia de direitos sociais. Tal desígnio deverá consubstanciar-se na implementação de medidas, parcelares e sectoriais enquadradas num quadro de referência radicado nos direitos sociais que oriente a intervenção social tendo em conta a avaliação das necessidades prioritárias definidas. (Ribeirinho, C. em Modos Serviço Social, 2009).

O envelhecimento de uma sociedade vem sendo apontado como capaz de influenciar mutuamente a política, a economia e as relações entre as gerações. É um fenómeno que não se deu de forma semelhante em nenhuma outra época, sendo surpreendente o que ocorre em diversos países nestes últimos anos. Se os anos sessenta ficaram caracterizados pela revolução em diversos sentidos empreendida pelos jovens, quarenta anos mais tarde estamos entrando numa época em que, pelo menos em aparência, busca-se privilegiar uma nova geração de pessoas que envelhecem.

Indesejável durante o século XX, a velhice acabou por se tornar um problema social, principalmente nas sociedades que exacerbaram a valorização das coisas mais afeitas à jovialidade. Como consequência da perspectiva “anti-envelhecimento” das últimas décadas, desprezam-se, de forma directa ou velada, os velhos e a velhice. Se por um lado a longevidade aumenta a expectativa de vida e a proporção de pessoas aposentadas face aos mais jovens, paradoxalmente entre os novos aposentados, poucos se querem assumir como velhos ou próximos da velhice. Como alternativa, criam-se novas denominações e impõem-se modos de vida para aqueles, que associam essa fase a

um período em que tudo é aparentemente permitido e possível de ser feito. É inegável que nunca se falou tanto nessa nova idade, melhor representada como “terceira Idade”

O que estará por trás dessa pretensa redenção social para com aqueles que envelhecem? Será que a sociedade contemporânea está começando a ter mais preocupação, respeito e solidariedade, ou, ao contrário, estará cada vez mais individualista, tentando encontrar meios de se afastar e negar um modelo de velhice que associa a pessoa à ideia de inutilidade e de peso para a sociedade? Os próprios idosos não se sentem à vontade para falar da sua velhice, em geral, os exemplos são sempre a partir dos outros. Na procura de se redefinir o significado da velhice, expressões como “feliz idade”, “melhor idade”, “boa idade” associam-se a “terceira idade” transparecendo que existe para os aposentados uma nova fase da vida, vista como um período compensador. Não é difícil constatar que essas referências pecam pela ingenuidade aliada à tentativa de homogeneização de pessoas que só têm em comum o facto de terem nascido na mesma época. Não se pode negar que a mídia em geral vem exercendo um papel de grande divulgador dessa perspectiva de envelhecimento em que aos idosos pertencentes a essa “idade dourada” tudo seria permitido e possível de ser experimentado.

A partir do diagnóstico realista das necessidades da comunidade analisada, o projecto implementado teve por finalidade promover a melhoria das condições de vida das pessoas que integram o Grupo sénior, através do aumento dos seus níveis de participação e de acção comunitária, bem como da aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e sociais facilitadoras da sua vivência quotidiana em melhores condições de saúde, segurança e prevenção, contribuindo desta forma para uma maior revitalização do tecido social e da economia local.

O projecto de formação “Seniores em Segurança” permitiu aos seniores que o frequentaram uma imediata valorização individual e a capacitação do reconhecimento de atitudes adequadas perante situações de crise e de prevenção.

O conteúdo da formação pretendeu fornecer conhecimentos básicos destinados à saúde, segurança e prevenção sénior. Com a diversidade de conteúdos, a formação Seniores em Segurança facilitou ao formando adquirir informação e auxiliar o desenvolvimento do saber-fazer básico, de carácter prático, de forma a possibilitar capacidades nas diferentes tarefas, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Sensibilizar o sénior a actuar como agente de mudança no âmbito da promoção da saúde, e fornecer informações de forma a permitir-lhes tomar decisões de maneira adequada e eficaz. Pretendeu-se que o idoso se assumisse como cidadão activo e empenhado no desenvolvimento e na participação social.

Todas as etapas do projecto foram alcançadas. Algumas ultrapassaram em muito os objectivos inicialmente propostos, o que ocorre frequentemente numa metodologia de investigação-acção. A participação desde o momento da difusão da ideia até à implementação das acções dos mais díspares actores sociais, decisores públicos e institucionais, parceiros voluntários conquistados pela possibilidade de participarem e enriquecerem o projecto, população alvo e restante comunidade, aliadas às condições conjunturais do momento tornaram possível o seu alargamento

Os objectivos iniciais deste projecto de intervenção sócio-educativa foram alcançados a quando da concretização da acção de formação sobre a divulgação de práticas e saberes relacionados com a temática dos “1ºs Socorros”, ministrada no seu formato de “experiência piloto”, entre o período de 04 de Abril a 09 de Maio de 2009, a um conjunto de 35 elementos que integram o grupo “Seniores em Movimento” em actividade na comunidade de S. Brás do Alportel.

No decorrer da elaboração do projecto verificou-se a integração de outros objectivos relacionados com as temáticas da saúde, segurança face ao crime e segurança no ambiente doméstico, alcançados através da realização de doze sessões de esclarecimento que decorreram no período de 30 de Maio a 18 de Julho de 2009, abertas à generalidade da população. No final da acção de formação e das sessões de esclarecimento foram distribuídos pelo grupo de formando e pela comunidade em geral exemplares de um Manual auxiliar de 1ºs Socorros criado e elaborado com a colaboração dos Bombeiros Voluntários de São Brás de Alportel e suporte financeiro da Junta de Freguesia e Câmara Municipal.

A avaliação das mudanças verificadas, ao nível dos saberes adquiridos e concretização das expectativas criadas em torno da acção de formação, foi verificada através da recolha de dados. Como se aferiu, através dos resultados apurados, os objectivos foram amplamente alcançados.

Tendo em conta os limites da previsão social e das capacidades de “medição” dos fenómenos sociais, a verificação dos impactes relacionados com a intervenção foram provisoriamente aferidos através da observação e sinergias sociais criadas em

torno da elaboração e implementação do projecto, pois só com o decorrer do tempo poderão efectivamente ser avaliados.

Pretende-se que a educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso de vida se tornem **um projecto em permanente continuidade**:

- ◆ Propiciar políticas e programas de educação e formação que defendam a aprendizagem permanente de homens e mulheres conforme eles envelhecem.
- ◆ Tornar a educação básica disponível para todos durante o curso de vida;
- ◆ Ter por objectivo a alfabetização de todos;
- ◆ Promover a instrução sobre saúde, através de educação para a saúde;
- ◆ Ensinar às pessoas sobre como cuidar delas e dos outros, à medida que envelhecem;
- ◆ Dar aos idosos oportunidades de desenvolver novas habilidades;
- ◆ Educar e capacitar os idosos na selecção e uso efectivos dos serviços de saúde e comunitários.

Transferir uma prática é, antes de tudo, participar num processo de mudança: as acções de mudança são difíceis e, por vezes dolorosas; para que a mudança aconteça é necessário, entre outros requisitos, uma elevada crença nos resultados esperados, pois são desejados.

No decorrer da elaboração e implementação do projecto foi-se tornando evidente que as políticas e os planos têm incidências a diversos níveis e escalas, muitas vezes não previstas inicialmente e que se verificam efeitos inesperados.

Mais, ainda, os projectos sociais definem (ou redefinem) os seus objectivos no decurso da acção num contexto em permanente mudança, até pela própria acção do projecto de intervenção.

Neste contexto, afigura-se pertinente, para a avaliação real e reflexão com vista a projectos futuros, referir algumas das contingências ocorridas:

- A situação política (campanha eleitoral) que se viveu no período da elaboração e implementação do projecto foi indubitavelmente uma influência positiva para o sucesso alcançado.

- A estratégia que levou ao contacto simultâneo e organizado das diversas instituições intervenientes no tecido social da região teve como resultado a reunião de um conjunto pluridisciplinar de responsáveis que acabou por provocar uma competitividade positiva amplamente reflectida na alteração dos objectivos do projecto inicial. A vontade de colaborar e o entusiasmo que se gerou deu origem a expansão dos objectivos iniciais e consequente planeamento das sessões de esclarecimento realizadas.
- No âmbito de um projecto de intervenção social participativo, a componente académica subjacente ao mesmo foi em parte negligenciada. A implementação do projecto de avaliação formal de objectivos ficou parcialmente comprometida. A realização das sessões de esclarecimento abertas à população e dispersas pela região inviabilizou a avaliação de resultados das mesmas.

O desenvolvimento das comunidades cria-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social, no desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução dos problemas de saúde. Tudo isto exige um acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem sobre saúde, para além de suporte financeiro.

“(…) o Desenvolvimento deve ser um processo integrado, envolvendo as dimensões económica, social, cultural, ambiental e política, privilegiando para essa integração o trabalho a nível local, em meios desfavorecidos, actuação que não se esgota na componente económica do Desenvolvimento, incluindo também com destaque a educação para a auto-estima, a cidadania activa e a valorização da cultura local”. (ANIMAR, 1998)

7. BIBLIOGRAFIA

- Afonso, A. (1992), “Sociologia da educação não-escolar: reactualizar um objecto ou construir uma nova problemática?”, in A. Esteves e S. Stoer (orgs.), *A Sociologia na Escola, Professores, Educação e Desenvolvimento*, pp. 81-96, Afrontamento, Porto.
- Algarve Digital. *Mês do Idoso Relembra o Prazer de Viver*. [Online]. [Consulta em 04-01-09] Disponível em: <http://www.algarvedigital.pt/algarve/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=3872&mode=thread&order=0&thold=0>
- Almeida, João Ferreira & Pinto, José Madureira (1995), *Investigação em Ciências Sociais*, Editorial Presença, Lisboa.
- Almeida, Leandro; Freire, Teresa (1997), *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*, Apport, Coimbra.
- Argyris, C. & Schön, D., (1974), *Theory in Practice – Increasing Professional Effectiveness*, San Francisco, Jossey-Bassey Publishers. - Referido por Cavaco, T. (2008). *A Investigação-acção*. [Online]. [Consulta em 07-01-09] Adaptado de: <http://www.moodle.univ-ab.pt/moodle/mod/resource/view.php?id=35593>.
- Azevedo, Joaquim (2004), “Comunidade de aprendentes. O início de um caminho”, *Revista Aprender ao Longo da Vida*, nº1, pp. 25-28.
- Barreto, J. (1988). “Aspectos psicológicos do envelhecimento”. *Psicologia*, VI (2), 159-170.
- Belchior, Henrique Fernando (1990), *Educação de Adultos e Educação Permanente; A realidade portuguesa*, Livros Horizonte, Lisboa.
- Canário, Rui (1999), *Educação de Adultos, um campo e uma problemática*, Editora Educa, Lisboa.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix. [Online]. [Consulta em 04-01-09] Disponível em: http://74.125.77.132/search?q=cache:HmjFUqnWmMoJ:www.psicosaude.com.br/ler_artigos.php%3FcodArt%3D59+saude+%2B+Capra,+1982&hl=pt-PT&ct=clnk&cd=6&gl=pt.
- Capucha, L., e tal., (1996), “Metodologias de avaliação: o estado da arte em Portugal”, *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 22, pp. 9-27.
- Cavaco, T. (2008). *Entrevistar qualitativamente é geralmente muito diferente do que entrevistar quantitativamente*. [Online]. [Consulta em 02-01-09] Disponível em: <http://agoradecorinto.blogspot.com/feeds/posts/default>.
- Cerda, M.(2000), “la sociologia de la educación versus sociologia de la escuela: la construcción de nuevos espacios sociológicos de la educación”, in P. Estébanez e J. Vidal (eds.), *Sociologia de la Educación*, Valência, NauLlibres, pp. 254-271, in A. Loureiro (2006), *Otrabalho, o Conhecimento, os Saberes e As Aprendizagens dos Técnicos de Educação de Adultos Numa ONGDL*, Vila Real.
- Chagas, Isabel. *Caracterização da Investigação-acção*. [Online]. [Consulta em 04-01-09] Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/Anexo%20i.pdf>.

- Comissão das Comunidades Europeias (2000), “Memorando sobre a aprendizagem ao longo da vida”, Documento de trabalho dos serviços da comissão, Bruxelas: CCE
- Conselho Nacional de Educação (1996) “A educação de adultos em Portugal no contexto da educação ao longo da vida. Situação. Alternativas. Recomendações (Parecer nº 1/96, redigido por J. Ribeiro Dias), in CNE, *Pareceres Recomendados*, Lisboa.
- Correia, Eugénia & Pardal, Luís (1995), *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Areal Editores, Porto.
- Czeresnia, D. (2003). *Uma Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde*. In: Freitas, M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora.
- DGS (Direcção Geral da Saúde, 2004). Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Lisboa. Circular Normativa nº 13/DGCG, de 02-07-04.
- Domingues, P. (1995), *Espacios Educativos. Sobre la Participación y Transformación Social*, EUB, Barcelona.
- Eco, Humberto (1988), *Como se faz uma Tese em Ciências Humanas*, Editorial Presença, Lisboa.
- Epadaneira, R. (2008). *A saúde oral nos idosos*. [Online]. [Consulta em 04-01-09] Disponível em: <http://www.primuscare.pt/>.
- Freire, P. (1975), *A pedagogia do Oprimido*, Afrontamento, Porto.
- Chiglione, Rodolphe & Matalon, Benjamin (1977), *O Inquérito. Teoria e Prática*, Celta Editora, Oeiras.
- Gadotti, M.(1984), *A educação contra a educação*, Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção*. Cascais: Principia.
- Hall e Kassam (1988: 150-151) em Peres, A. e Freitas, O. “Proposta de uma nova cidadania para o desenvolvimento social desde o local e o comunitário”, UTAD – Pólo de Chaves.
- Holstein, James A, Gubrium, Jaber F., "Active Interviewing" in *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, edited by David Silverman, Sage Publications, 1997, 113-129.
- Hill, Manuel M. e Hill, Andrew (2000), *Investigação por Questionário*, Edições Sílabo, Lisboa.
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (Instituto Nacional de Estatística, 2002). *O Envelhecimento em Portugal*. Lisboa. [Online]. [Consulta em 28-01-09] Disponível em: <http://www.ine.pt/prodeserv/destaque/2002/d020408-3/d020408-3.pdf>.

- INE, Instituto Nacional de Estatística (2002). “*Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*”. [Online]. [Consulta em 28-01-09] Disponível em: <http://www.ine.pt/prodeserv/estudos/pdf/envelhecimento.pdf>.
- Lengrand, Paul (1981), *Introdução à Educação Permanente*, Livros Horizonte, Lisboa.
- Lima, Licínio C. (2002b), “*Da vida, ao longo da aprendizagem. A vida ao longo da educação e a educação ao longo da vida*”, *Jornal A Página da Educação*, nº 115, p. 21.
- L’Harmattan, in A. Loureiro (2006), *O Trabalho, o Conhecimento, os Saberes e as Aprendizagens dos Técnicos de Educação de Adultos Numa ONGDL*, Vila Real.
- Marcelo Garcia, C. (1999). *Formação de professores: Para uma mudança educativa*, Porto Editora, Porto.
- Martins, M. (2004). *Envelhecimento e Saúde: um Problema Social Emergente*. Lisboa. [Online]. [Consulta em 28-01-09] Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium>.
- Meltzoff, Julian (1998) *Critical Thinking About Research – Psychology and Related Fields* Washington DC: American Psychology Association.
- Monteiro, A., (1966), “*A avaliação nos projectos de intervenção social: reflexões a partir de uma prática*, *Sociologia*”, *Problemas e Práticas*, nº 22, pp. 137-157.
- Moragas, R. M., 1991, *Gerontología Social: envejecimiento y calidad de vida*, Herder, Barcelona. Herder,
- Motta, L. (2005). *Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento*. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento. CRDE. Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI. Série Livros Electrónicos Programas de Atenção ao Idoso.
- Motta, P. (2001). *Desempenho em Equipes de Saúde: Manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV. (Patrocinado pela Organização Pan-americana de Saúde).
- Nogueira, Augusto Inácio C. (1996), *Para uma Educação Permanente à Roda da Vida*, Instituto de Inovação Educacional, Lisboa.
- Katzer, Jeffrey; COOK, Kenneth; CROUCH, Wayne (1988) *Evaluating Information: a Guide for Users of Social Science Research*, Bóston, Massachusetts: McGraw Hill.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2002) *Envelhecimento activo: um Projecto de Saúde Pública*. In: Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, 2., 2002. Madrid. Anais... Madrid: OMS, 2002.
- Ottawa (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. [Online]. [Consulta em 201-01-09] Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx>.
- Pain, A. (1990), *Éducation Informelle, Les Effects Formateurs dans le Quotidien*, Paris.
- PDM – Plano Director Municipal. (2005). Geógrafa da Câmara Municipal de São Brás de Alportel.

- Pires, Ana Luísa de Oliveira (1999), *A aprendizagem experiencial dos adultos*, Revista Formar, revista de formadores, nº 31., pp. 27-36.
- Portal da Câmara de São Brás de Alportel. [Online]. [Consulta em 28-01-09] Disponível em: http://www.cm-sbras.pt/portal_autarquico/sao_bras_alportel/v_pt-PT/pagina_inicial/noticias/news08_057.htm.
- Portal da Saúde – Ministério da Saúde. *Prevenir Acidentes Domésticos e nos Espaços Circundantes com Idosos*. [Online]. [Consulta em 10-02-09] Disponível em: <http://www.min-saude.pt/Portal/>.
- Portal do Governo dos Açores. [Online]. [Consulta em 10-02-09] Disponível em: <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/principal/?lang=pt&area=ct>
- Pestana, Maria H. e Gageiro João N. (2003), *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo, Lisboa.
- Pré-Diagnóstico Social. Câmara Municipal de São Brás de Alportel. (Abril 2005) Concelho Local de Acção Social de São Brás de Alportel. Co-financiado pelo Fundo Social Europeu e Estado Português Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Projecto “Academia Sénior”. [Online]. [Consulta em 10-02-09] Disponível em: <http://www.e-affinitycard.com>.
- Raposo, G. (2006). *Envelhecimento Activo e Educação para a Saúde: uma Prioridade*. Lisboa. [Online]. [Consulta em 28-01-09] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:print&id=153>.
- Reis, P. (2002). *A construção e a avaliação do projecto curricular de escola/agrupamento: o contributo da referencialização*. Braga: Dissertação de Mestrado em Educação, Especialidade de Desenvolvimento Curricular. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Romans, M., Petrus, A. Trilla, J., (2003), *Profissão educador social*, Artmed, Porto Alegre.
- Ribeirinho, C. (2009). *Modos Serviço Social*. Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2002:5 [Online]. [Consulta em 15-09-09] Disponível em: <http://www.algebrica.pt>
- Sousa, V. (coordenação); Biel, F. e Oliveira, N. (2006) *Plano de Desenvolvimento Social de São Brás de Alportel - 2006/2010*. Concelho Local de Acção Social de São Brás de Alportel. Co-financiado pelo Fundo Social Europeu e Estado Português Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
- Sousa, V. (coordenação); Biel, F. e Oliveira, N. (2006) *Plano de Acção 2006/2007* Concelho Local de Acção Social de São Brás de Alportel. Co-financiado pelo Fundo Social Europeu e Estado Português Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Telles, P., & Petrilli, J. (2002). *Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar*. Revista de Enfermagem, 6 (1), 135-143.

Projecto de Intervenção Sócio-educativo
“Seniores em Segurança”

Valente, J. (2005) *Aprendizagem continuada ao longo da vida: o exemplo da terceira idade*. [Online]. [Consulta em 10-02-09] Disponível em: www.redadultosmayores.

Vergara, 1993, p: 14. [Online]. [Consulta em 11-02-09] Disponível em: w3.ualg.pt/~aalmeida/Avaliação%20de%20Projectos%20Intervenção.ppt.