



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Tecnologia
e Gestão de Lamego

Plano de negócio: A importância da sala de *snoezelen* no retardar e prevenção dos efeitos da demência no Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas

Víriato Manuel Ribeiro Carvalho



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Tecnologia
e Gestão de Lamego

Plano de negócio: A importância da sala de *snoezelen* no retardar e prevenção dos efeitos da demência no Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas

Viriato Manuel Ribeiro Carvalho

Projeto

Gestão de Organizações Sociais

Trabalho efetuado sob orientação de

Professor Doutor Filipe Duarte

Professora Doutora Joana Brinca

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe que faleceu vítima de doença de *alzheimer*.

RESUMO

Este projeto está direcionado para a população idosa, cujo objetivo é o de promover o retardar dos efeitos nefastos da demência, através de estímulos cognitivos, sensoriais e físicos, bem como, a adaptação dos espaços físicos para a criação de uma sala de terapia *snoezelen* e uma sala polivalente onde se possa praticar atividade física e *workshops* de alimentação saudável.

O crescimento do envelhecimento populacional, tanto no contexto regional como nacional, existindo cada vez mais uma maior incidência no aparecimento de demências neste segmento da população, torna este projeto uma necessidade perene na saúde dos idosos. Face a esta realidade e à inexistência de respostas a esta problemática pretendemos com este projeto inverter a tendência ascendente do aumento destas patologias, nomeadamente no concelho de Tarouca.

Com base numa metodologia de carácter quantitativo, aplicou-se um inquérito por questionário aos vários inquiridos, seguindo-se a elaboração do projeto financeiro.

Este trabalho demonstra que há uma consciencialização do problema instaurado e que a solução apresentada, dotar o Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas de equipamento que estimule os aspetos cognitivos, sensoriais e físicos, se apresenta como um projeto viável e com aceitação na população idosa, indo ao encontro dos objetivos do presente estudo.

Palavras-chave: Envelhecimento, Demência, Prevenção e Sustentabilidade.

ABSTRACT

This project is aimed at the elderly population, whose objective is to promote the delay of the harmful effects of dementia, through cognitive, sensorial and physical stimuli, as well as, the adaptation of the physical spaces for the creation of a *snoezelen* therapy room and a multipurpose room where you can practice physical activity and healthy eating workshops.

The growth of population aging, both in the regional and national context, with an increasingly higher incidence of dementia in this segment of the population, makes this project a perennial need in the health of the elderly. Faced with this reality and the lack of answers to this problem, we intend with this project to reverse the upward trend of the increase of these pathologies, namely in the municipality of Tarouca.

Based on a quantitative methodology, a questionnaire survey was applied to the various respondents, followed by the elaboration of the financial project.

This work demonstrates that there is an awareness of the established problem and that the solution presented, providing the Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas with equipment that stimulates the cognitive, sensorial and physical aspects, presents itself as a viable project and with acceptance in the elderly population, meeting the objectives of the present study.

Keywords: Aging, Dementia, Prevention and Sustainability

AGRADECIMENTOS

Agradeço a tudo aquilo que acredito e me fez lutar nesta caminhada e alcançar os objetivos que um dia tracei e hoje consegui conquistar.

Obrigado,

Ao meu orientador, Prof. Doutor Filipe Alexandre Pereira Duarte, pela paciência e pela capacidade de me motivar, orientar e desafiar em momentos menos bons, que foram vários ao longo deste percurso.

À coorientadora, Prof. Doutora Joana Andreia dos Santos da Silva Brinca, pelas orientações e disponibilidade manifestadas no decurso do trabalho.

Aos meus queridos idosos

Aos inquiridos

Não me querendo esquecer de ninguém, agradeço a todas as pessoas que de certa forma fizeram com que tudo fosse possível, são essas mesmas pessoas que permitem a minha evolução enquanto pessoa. Não importa o tempo que demorei a fazer esta caminhada, importa a intensidade com que a consegui terminar, foi um longo caminho e só poderia estar grato por tudo o que aconteceu e pelas pessoas que nele passaram

Muito obrigado a todos!

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
ÍNDICE DE FIGURAS	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
I – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	15
I.1 – Especificação do tema.....	15
I.2 – Definição do tema	15
I.3 – Justificação da escolha	16
I.4 – Delimitação da abordagem.....	16
I.5 – Objetivos e Questão de partida.....	16
I.6 – Estrutura do trabalho	16
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
II.1 – Envelhecimento	Erro! Marcador não definido.
II.2 – Tipos de envelhecimento	Erro! Marcador não definido.
II.2.1 – Envelhecimento saudável	Erro! Marcador não definido.
II.2.2 – A fragilidade do idoso e o envelhecimento patológico.....	Erro! Marcador não definido.
II.3 – A demência	Erro! Marcador não definido.
II.3.1 – Patologias da demência.....	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.1 – Doença de <i>alzheimer</i>	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.2 – Demência vascular	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.3 – Doença de <i>parkinson</i>	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.4 – Demência frontotemporal	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.5 – Doença de <i>huntington</i>	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.6 – Doença provocada pelo álcool (Síndrome de <i>Korsakoff</i>).....	Erro! Marcador não definido.
II.3.1.7 – Doença de <i>creutzfeldt-jakob</i>	Erro! Marcador não definido.

- II.3.1.8 – Doença de corpos de *lewy*..... **Erro! Marcador não definido.**
- II.4 – Políticas de saúde dedicadas à área da demência**Erro! Marcador não definido.**
- II.5 – Tipos de estimulação e dinâmicas a implementar**Erro! Marcador não definido.**
- II.5.1 – Estimulação cognitiva..... **Erro! Marcador não definido.**
- II.5.2 – Estimulação sensorial..... **Erro! Marcador não definido.**
- II.5.3 – Estimulação física **Erro! Marcador não definido.**
- II.6 – A estimulação multissensorial **Erro! Marcador não definido.**
- III – ECONOMIA SOCIAL E EMPREENDEDORISMO SOCIAL**Erro! Marcador não definido.**
- III.1 – Economia social..... **Erro! Marcador não definido.**
- III.2 – Empreendedorismo social..... **Erro! Marcador não definido.**
- IV – DESENHO METODOLÓGICO E ANÁLISE DE DADOS**Erro! Marcador não definido.**
- IV.1 – Metodologia e Método **Erro! Marcador não definido.**
- IV.2 – Delimitação da População e Amostra **Erro! Marcador não definido.**
- IV.3 – Técnicas de recolha de dados **Erro! Marcador não definido.**
- IV.3.1 – Cinco passos a ter em conta na elaboração de um questionário.....**Erro! Marcador não definido.**
- IV.4 – Tratamento de dados/Análise de resultados **Erro! Marcador não definido.**
- IV.4.1 – Dados pessoais **Erro! Marcador não definido.**
- IV.4.2 – Problemática e Prevenção **Erro! Marcador não definido.**
- IV.4.3 – Recetividade do projeto por parte dos inquiridos**Erro! Marcador não definido.**
- V – CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO, FREGUESIA, INSTITUIÇÃO E FORMULAÇÃO E IMPLMENTAÇÃO ESTRATÉGICA**Erro! Marcador não definido.**
- V.1 – Caraterização geral do concelho de Tarouca **Erro! Marcador não definido.**

V.2 – Caraterização da freguesia de Salzedas	Erro! Marcador não definido.
V.3 – Caraterização do Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas	Erro! Marcador não definido.
V.3.1 – Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas	Erro! Marcador não definido.
V.3.2 – Análise do meio envolvente externo da instituição	Erro! Marcador não definido.
V.3.3 – Análise do meio envolvente interno da instituição	Erro! Marcador não definido.
V.3.4 – Análise <i>SWOT</i>	Erro! Marcador não definido.
V.3.5 – Análise <i>SWOT</i> Cruzada	Erro! Marcador não definido.
V.3.6 – Missão, visão e valores da instituição	Erro! Marcador não definido.
V.4 – Fatores críticos de sucesso.....	83
VI – PROJETO.....	Erro! Marcador não definido.
VI.1 – Quadro de modelo de negócio (Modelo <i>Canvas</i>).....	85
VI.2 –Plano de <i>marketing</i>	86
VI.3 – Plano global de investimento	Erro! Marcador não definido.
VI.3.1 – Equipamento básico	89
VI.4 – Plano de investimento e financiamento.....	91
VI.5 – Análise de viabilidade-financeira.....	99
CONCLUSÃO.....	104
BIBLIOGRAFIA	106
APÊNDICES	111
Apêndice I – Inquérito por Questionário.....	111

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAAF – Atividades de Animação e Apoio à Família

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CATL – Centro de Atividades de Tempos Livres

CLDS - Contrato Local de Desenvolvimento Social

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ONG – Organização Não Governamental

POAPMC – Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas

SAAS – Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cinco passos a ter em conta na elaboração de um questionário	52
Tabela 2 - População da Freguesia de Salzedas desde 1864 até 2011	68
Tabela 3 - Índice de envelhecimento do concelho de Tarouca desde 2001 até 2017.....	70
Tabela 4 - Distribuição da população por grupos etários no País de 2001 até 2011	70
Tabela 5 - Distribuição da população por grupos etários na Freguesia de Salzedas de 2001 até 2011	70
Tabela 6 - Análise <i>SWOT</i>	80
Tabela 7 - Análise <i>SWOT</i> Cruzada	81
Tabela 8 - Quadro de modelo de negócios	86
Tabela 9 - Plano de <i>marketing</i>	89
Tabela 10 - Equipamento Básico: Material sala <i>snoezelen</i>	90
Tabela 11 - Equipamento Básico: Material de ginásio	91
Tabela 12 - Custos operacionais	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Difusor de aroma(s) com luz	Erro! Marcador não definido.
Figura 2 - Almofada de tato: quente e frio	41
Figura 3 - Bola de espelhos	42
Figura 4 - Painel de som e luz	42
Figura 5 - Tubos fluorescentes	42
Figura 6 - Projetor de imagens	43
Figura 7 - Coluna de bolhas de água-luz	43
Figura 8 - Piscina de bolas	43
Figura 9 - Diferentes tipos de bolas	44
Figura 10 - Solos com diferentes texturas	44
Figura 11 - Painel Tátil	45
Figura 12 - Fibra ótica	45
Figura 13 - Colchão	45
Figura 14 - Cadeira de massagem	46
Figura 15 - Brasão da Cidade de Tarouca	65
Figura 16 - Mapas com identificação do concelho de Tarouca, das Freguesias do concelho de Tarouca e respetivo brasão da Freguesia de Salzedas	68

Figura 17 - Imagem exterior do Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas	71
Figura 18 - Mapa de investimento	93
Figura 19 - Mapa de FSE'S	94
Figura 20 - Mapa de gastos com o pessoal	95
Figura 21 - Mapa de volume de negócios	96
Figura 22 - Mapa de demonstração de resultados previsual	97
Figura 23 - Mapa de plano de financiamento	98
Figura 24 - Mapa de balanço previsual	99
Figura 25 - Mapa de avaliação do projeto: Perspetiva pré e pós-financiamento	102
Figura 26 - Mapa de avaliação do projeto: Perspetiva do investidor	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Habilitações literárias	54
Gráfico 2 - Identificação do sujeito: Sexo	54
Gráfico 3 - Cargo/Função desempenhada no concelho	55
Gráfico 4 - Sabe o que é demência?	56
Gráfico 5 - Conhece alguma patologia causada pela demência?	56
Gráfico 6 - Sabe como pode prevenir esta doença?	57
Gráfico 7 - Tinha conhecimento do que é uma sala <i>snoezelen</i> ?	57
Gráfico 8 - A utilização do equipamento existente numa sala <i>snoezelen</i> pode retardar os efeitos da demência	58
Gráfico 9 - Este tipo de sala permite, por um lado a estimulação multissensorial e por outro lado o relaxamento e lazer	59
Gráfico 10 - As técnicas utilizadas na terapia <i>snoezelen</i> proporcionam conforto e permitem experienciar diferentes sensações	59
Gráfico 11 - A variedade de atividades praticadas numa sala <i>snoezelen</i> permitem que as terapias sejam únicas e adaptadas a cada utente	60
Gráfico 12 - Uma alimentação correta pode retardar o aparecimento de uma patologia demencial	61

Gráfico 13 - As pessoas idosas que praticam atividade física estão mais protegidas do que as que têm uma vida sedentária	61
Gráfico 14 - A atividade física aliada a uma correta alimentação podem ajudar a prevenir a demência	62
Gráfico 15 - Os benefícios destas duas atividades não se restringem apenas aos aspetos físicos, pois melhoram em muito a qualidade de vida do utente	62
Gráfico 16 - Caso precisasse, ou um familiar seu necessitasse, estaria disposto(a) a utilizar este tipo de equipamento, na nossa Instituição?	63
Gráfico 17 - Considera que este tipo de terapia pode ter um impacto positivo no combate à demência no concelho?	64
Gráfico 18 - Densidade Populacional: Número médio de indivíduos por Km ² no concelho de Tarouca	66
Gráfico 19 - Índice de envelhecimento em Portugal desde 1961 até 2017	69

I – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

I.1 – Especificação do tema

O Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas atualmente tem duas respostas sociais, sendo elas: centro de dia e serviço de apoio domiciliário. No decurso da sua prestação de serviços têm-se vindo a notar o aumento significativo de utentes com demências, posto isto e verificando que as instalações não estão devidamente adequadas á prevenção das demências, tornar-se-á pertinente a concretização deste projeto. E assim, pretendemos prestar os seguintes serviços:

1. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do público-alvo através da prevenção da Demência;
2. Proporcionar e incentivar à prática de atividade física, através de aulas semanais;
3. Criar momentos de aprendizagem de confeção e de hábitos de alimentação saudável;
4. Estimulação sensorial e/ou a diminuição dos níveis de ansiedade e de tensão através de sessões efetuadas na sala de *snoezelan*.

I.2 – Definição do tema

A definição do tema escolhido prende-se em dotar o Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas com um novo serviço, que visa aproveitar ou requalificar as estruturas já existentes para dar resposta na área da prevenção da demência. Proporcionar aos utentes hábitos de alimentação saudável, atividade física e cognitiva, através da criação de duas salas. Uma sala será polivalente, onde se possa praticar atividade física e realizar *workshops* sobre os temas em estudo e a outra será uma sala *snoezelen*. “A palavra *snoezelen* é uma combinação entre dois verbos holandeses: “doezelen” que significa repousar e “snoezel” que significa sentir/cheirar” (Sousa & Sequeira, Terapia snoezelan, 2010). “O *snoezelen* insere-se nas terapias multissensoriais e é considerada a terapia com maior grau de estimulação porque inclui a estimulação através de som, de luz, do toque e do cheiro” (Pagliano, 2012).

I.3 – Justificação da escolha

Sendo o concelho de Tarouca considerado envelhecido, faz com que haja uma maior tendência para a proliferação de doenças de demência e visto que os recursos disponíveis na nossa comunidade para apoiar este tipo de população são inexistentes, é urgente que se encontrem soluções, para podermos apoiar este tipo de idosos com ou sem retaguarda familiar e com baixos recursos económicos. Por isso, pretendemos capacitar esta Instituição de recursos humanos especializados e recursos materiais adequados à prevenção de demência, contrariando assim a tendência ascendente desta problemática.

I.4 – Delimitação da abordagem

Em relação à delimitação da abordagem, desenvolver-se-á uma delimitação teórica e concetual, geográfica e organizacional. Assim sendo, apresentamos um estudo bibliográfico acerca dos vários tipos de envelhecimento, das várias patologias associadas à demência, das políticas de saúde dedicadas à mesma área, dos tipos e dinâmicas de estimulação e da terapia *snoezelen*. Posteriormente, abordamos os conceitos de economia e empreendedorismo social e a sua correlação com a falta de soluções na área da prevenção da demência, sendo assim uma oportunidade de negócio. De seguida, fizemos uma caracterização do concelho, freguesia e instituição a fim de identificarmos as suas dinâmicas organizacionais, bem como as necessidades do público-alvo. Realizamos um inquérito por questionário que serviu para enquadrar o projeto na região onde será

implementado, bem como a necessidade do mesmo. Por fim, elaboramos um projeto financeiro com uma abordagem quantitativa que irá refletir a viabilidade financeira deste.

I.5 – Objetivos e Questão de partida

Tendo em conta a linha orientadora do presente estudo e o que se pretende alcançar, foram definidos os objetivos do mesmo, bem como a questão de partida que levou ao desenrolar desta investigação.

Desta forma, definimos como questão de partida: - As estratégias de estimulação cognitiva, sensorial e física implementadas neste projeto poderão inverter a tendência ascendente do número de pessoas com demência, na região, sem descorar a sua própria viabilidade económica?

Objetivos gerais e específicos

No presente estudo temos os seguintes objetivos gerais e específicos:

1- Identificar e avaliar o projeto a implementar na região de Tarouca.

1.1 Apresentar a caracterização do projeto.

1.2 Identificar a existência de mercado para a sala *snoezelen*, analisando o conhecimento dos *stakeholders* regionais.

2- Identificar e avaliar a viabilidade do projeto a implementar.

2.1- Como aproveitar e adaptar as estruturas atuais, promovendo uma boa articulação entre as respostas já existentes.

2.2- Criar conceitos estratégicos tais como: visão, valores, missão, fatores críticos de sucesso, análise *SWOT* e plano de *marketing*.

2.3- Analisar a viabilidade financeira da implementação do projeto.

I.6 - Estrutura do trabalho

Este trabalho está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo abordamos a especificação do tema onde se refere os serviços que pretendemos implementar, o que nos motivou à necessidade da realização deste projeto, bem como os objetivos a atingir com ele. No segundo capítulo é feita uma revisão da literatura acerca de alguns conceitos como o envelhecimento e os seus tipos, a demência e as suas patologias, a estimulação cognitiva, sensorial e física e a terapia *snoezelen*, que consideramos importantes para o desenvolvimento do trabalho, abordar-se-á também exercícios/programas/dinâmicas para

se colocar em prática a estimulação no idoso. No terceiro capítulo falamos sobre a economia e empreendedorismo social. No quarto capítulo mencionamos a metodologia e método utilizados, a identificação da amostra e onde foi aplicada e o tratamento de dados de acordo com os questionários recolhidos. No quinto capítulo fazemos a caracterização do concelho de Tarouca, da freguesia de Salzedas, da instituição e a formulação e implementação estratégica onde consta a análise *SWOT* e a análise *SWOT* cruzada e propusemos a implementação da missão, da visão e dos valores da instituição em estudo. No sexto capítulo delineamos o projeto através da construção do modelo *CANVAS*, do plano de *marketing* e dos planos globais de investimento e de financiamento. Na conclusão respondemos à nossa questão de partida e salientamos que atingimos os objetivos a que nos propusemos com este projeto.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com Garcia (1992), os neurocientistas têm sido chamados a colaborar na tentativa de resolução dos problemas relacionados com envelhecimento do sistema nervoso. Fundamentalmente, procuram conhecer melhor os processos do envelhecimento cerebral, como contrariar os seus efeitos nas diversas funções mentais e como obstar às doenças do sistema nervoso com predileção pelas pessoas mais idosas. A maioria dos casos de depressão e alguns casos de demência são tratáveis, mas a doença de *alzheimer* que aflige uma percentagem considerável de idosos, leva-os à maior decadência psíquica. As problemáticas associadas ao envelhecimento e o facto de os idosos participarem em atividades planeadas permitem que estes tenham um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida.

II.1 – Envelhecimento

O envelhecimento faz parte do ciclo da vida do ser humano. Sendo considerado um fenómeno universal que sempre despertou o interesse e a discussão entre indivíduos, a nível mundial (Martins, 2017). Deste modo, a interpretação do conceito foi sofrendo alterações até aos dias de hoje. De acordo com Costa (2016) e remetendo para as antigas civilizações, o idoso era considerado um elemento chave da comunidade devido à sua sabedoria e experiência de vida. Platão (427 – 347 A.C.) considerava a velhice uma fase de sensatez. Aristóteles entendia esta etapa como a quarta idade, onde havia uma deterioração do indivíduo. Já Séneca (4-65 D.C.) relacionava a velhice como uma doença

incurável. Com o passar do tempo, no ano de 129 – 199 D.C., Galeno de Pérgamo define velhice como uma fase normal da vida (Ribeiro, 2017).

Nas Idades Renascentistas e Média continua a verificar-se uma perceção negativa do envelhecimento.

De acordo com Silva (2006), no século XVIII, passa a olhar se para o idoso como alguém com um papel importante na família e sábio.

No século XIX, o Estado iniciava um processo de institucionalização das pessoas mais velhas, pois com a industrialização, estes são destituídos do poder que possuíam anteriormente.

Com a chegada da modernidade surge também o processo de estratificação social das idades (Costa, 2016).

Assim, podemos concluir que o conceito de envelhecimento se tem apresentado em constante mudança.

Para (Simões, 2006), quando falamos de envelhecimento é algo que faz confusão aos seres humanos, inclusive às pessoas idosas, porque consideram que estão acabados, que já viveram o que tinham a viver e que na maioria das vezes transportam o conceito de felicidade sempre para o passado. É importante que a sociedade contribua para que o idoso se sinta útil e que transmita as suas experiências e saberes às gerações mais novas. No final do século XX e princípio do século XXI, temo-nos deparado com o problema social do envelhecimento demográfico da população, o que leva a um número crescente de idosos que necessitam de apoio devido a os problemas de saúde, no âmbito da saúde mental, que marcam esta etapa da sua vida.

De acordo com Chan (2015), o envelhecimento populacional deve-se ao decréscimo das taxas de natalidade e ao aumento da esperança média de vida.

O envelhecimento é um conjunto de mudanças biológicas e sociais que acontecem inevitavelmente com o passar dos anos, nomeadamente a partir dos 60-65 anos de idade. É um fenómeno natural, complexo e universal que apresenta um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido ao aparecimento de doenças e do estilo de vida.

De acordo com Cancela (2007), o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que faz parte da evolução natural do ciclo da vida. Para Soares, Silva, Rosa, Galvão & Ribeiro (2009), cada indivíduo envelhece de forma diferente e única dependendo dos seus contextos social e económico, logo tem de existir uma construção social aliada aos aspetos culturais, sociais, biológicos e psicológicos.

Cancela (2007) refere-nos que o envelhecimento leva a alterações fisiológicas e mentais no organismo de cada indivíduo. Trompiere (2012) afirma que esta etapa da vida leva ao envelhecimento psicológico, social, do sistema nervoso, músculo-esquelético e do sistema cardíaco e respiratório.

Acarín & Malagelada (2018) dizem-nos que quando começam a alterar-se as funções cognitivas, perdem-se primeiro as capacidades ligadas ao raciocínio e mesmo quando a demência aparece, a primeira coisa a perder é a última que foi aprendida, ao passo que aquilo que resiste mais é o que é inato ou foi aprendido precocemente.

O modo como o idoso gere o seu processo de envelhecimento é determinante para a sua qualidade de vida, ou seja, uma boa estimulação mental e uma vinculação emocional ativa com o que está à sua volta são capazes de conservar o interesse e curiosidades pela vida, sendo este o segredo para se conseguir envelhecer bem, embora existam doenças que possam alterar rapidamente a vida do mesmo (Acarín & Malagelada, 2018).

Se o envelhecimento da população constitui uma grande conquista mundial, por outro lado, representa um grande desafio para a humanidade, pois traz consigo várias consequências, nomeadamente: o aumento de equipamento sociais devido à crescente necessidade de instituições de assistência para os idosos, acréscimo de despesas com prestações sociais e por fim a diminuição da população ativa e conseqüente diminuição da produtividade (Carvalho, 2013).

Na ótica da OMS, da OCDE e da UE, temos a responsabilidade coletiva e a responsabilidade individual na promoção do envelhecimento ativo. A primeira passa pela capacitação dos indivíduos para se manterem durante o maior tempo possível no mercado de trabalho e a segunda passa pela manutenção dos hábitos de vida saudáveis e participação ativa em atividades produtivas.

II.2 – Tipos de envelhecimento

Classificar os tipos de envelhecimento é algo difícil, porque está relacionado com o ciclo da vida, ou seja, é um processo que se inicia no nascimento até à idade avançada (Moura, 2016).

Existem vários tipos de envelhecimento como:

II.2.1 – O envelhecimento saudável

O envelhecimento saudável implica um estilo de vida que envolve comportamentos fomentadores do equilíbrio na saúde.

O ser humano participa em grupos ao longo de todas as etapas da sua vida e quando envelhece tende a perder esses vínculos. Mas, a pertença a um grupo social com indivíduos da mesma idade é um grande facilitador de interação entre as pessoas idosas, favorecendo a vivência de um estado de bem-estar e ajudando cada um a perceber o seu futuro como uma história ainda em construção, pois o modo como uma pessoa ou mesmo um grupo de pessoas compreendem a vida e a experimentam viver através de comportamentos expressos sob a forma de hábitos, rotinas ou formas de vida adaptadas ao dia-a-dia ajuda-as a lidar melhor com o seu envelhecimento (Bittar & Vilela, 2011). Segundo (Pereira, 2016), considera este tipo de envelhecimento como um processo centrado nas estratégias utilizadas pelas pessoas, de modo a lidarem com as dificuldades que ocorrem com a idade.

Este tipo de envelhecimento tem como objetivo aumentar a expectativa de vida assim como a sua qualidade, tendo como grande meta manter a autonomia e independência da pessoa idosa.

II.2.2 – A fragilidade do idoso e o envelhecimento patológico

Com o aumento da esperança média de vida nem sempre o envelhecimento decorre com as suas alterações naturais, pois surgem algumas doenças crónico-degenerativas que acarretam cuidados de saúde prolongados (Mazo *et al.*, 2009), i. e., há um aumento da prevalência de doenças crónicas, tais como: doenças mentais (especialmente a demência e a depressão); diabetes Mellitus; doenças cardiorrespiratórias, pulmonares, músculo-esqueléticas (e.g. a artrite e a osteoporose), Acidente Vascular Cerebral (AVC), hipertensão e o cancro, que podem afetar mais marcadamente a saúde mental dos idosos colocando-nos assim perante um envelhecimento patológico (Saldanha, 2009). A ocorrência destas patologias torna o idoso mais vulnerável podendo acarretar como consequência uma diminuição da funcionalidade do idoso, afetando a sua qualidade de vida (Souza *et al.*, 2007).

O processo de envelhecimento pode ser compreendido como natural, mediante a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos. E neste contexto, a fragilidade do idoso abrange os domínios físico, psicológico e social e caracteriza-se pela

presença de sinais e sintomas, como por exemplo: a perda de peso, a fadiga, a diminuição da força, da marcha, da atividade física e até das relações sociais. Logo, idosos frágeis apresentam redução de capacidade para responder a situações de stress e uma maior predisposição a doenças, levando à vulnerabilidade e à dependência (Marinho, 2017).

A fragilidade associa-se a características clínicas atribuídas ao envelhecimento, como por exemplo, diminuição da massa e da força muscular, exaustão, alteração da marcha e do equilíbrio, anorexia, perda de peso progressiva. Todos esses fatores levam a um maior risco de eventos adversos como quedas, incontinência urinária, hospitalização e morte. A fragilidade está relacionada com a idade, embora não seja resultante exclusivamente do processo de envelhecimento, já que a maioria dos idosos não se torna frágil obrigatoriamente. Está relacionada com a presença de comorbidades, pois as doenças crônicas que surgem nas fases mais avançadas da vida tendem a ser menos mortais e a se acumularem durante o processo de envelhecimento. Cada uma dessas manifestações clínicas origina uma série de reações adversas como quedas, hospitalização, institucionalização, declínio funcional e morte (Macedo, Gazzola & Najas, 2008). Segundo Bergman H. *et al*, (2004) a síndrome de fragilidade é decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, ao longo da vida, com potencial para a prevenção, identificação e tratamento de sintomas. Atualmente, o conceito de fragilidade assume elevada relevância no idoso frágil. A presença/diagnóstico da fragilidade é assumida quando se encontram três a cinco características fenotípicas evidenciadas no idoso, tais como: pouca energia, locomoção lenta, reduzida atividade física, reduzida força manual e a perda de peso não intencional. É assumido um estágio de pré-fragilidade na presença de uma ou duas destas características fenotípicas (Xue, 2010).

O termo fragilidade tem sido utilizado na prática para designar, dentre a população de idosos, aqueles que apresentam características clínicas atribuídas ao envelhecimento, associado à existência de comorbidades, como por exemplo, diminuição da massa e da força muscular, exaustão, alteração da marcha e do equilíbrio, anorexia, perda de peso progressiva. Todos esses fatores levam a um maior risco de eventos adversos como quedas, incontinência urinária, hospitalização e morte. A fragilidade está associada à idade, embora não seja resultante exclusivamente do processo de envelhecimento, já que a maioria dos idosos não se torna frágil obrigatoriamente. Ela está relacionada com a presença de comorbidades, pois as doenças crônicas que surgem nas fases mais

avançadas da vida tendem a ser menos letais e a acumularem-se durante o processo de envelhecimento (Macedo, 2008).

II.3 – A demência

A OMS (2015) estima que em todo o mundo 47,5 milhões de pessoas com demência e que até 2050 este número possa triplicar.

Em Portugal, como não existe um estudo epidemiológico que aborde realmente esta problemática, apenas podemos ter como referência os dados da *Alzheimer European* que nos dizem que existem cerca de 182 mil pessoas com demência (Alzheimer, 2019).

De acordo com a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de *Alzheimer*, os primeiros sinais de demência são muito subtis e vagos e podem não ser imediatamente óbvios, como por exemplo: a perda de memória frequente e progressiva, a confusão (de ideias), as alterações de personalidade, a apatia e isolamento e ainda a perda de capacidades para a execução das tarefas diárias. Existem várias perturbações que produzem sintomas semelhantes à demência, por isso é muito importante que o diagnóstico médico seja feito o quanto antes, de modo a garantir que o indivíduo seja tratado corretamente, de forma a perceber se se agrupa nalguma síndrome que possa vir a identificar uma doença subjacentemente conhecida (Pontes, 2017).

Para a Associação *Alzheimer* Portugal (2018), o termo demência refere-se a uma síndrome que compromete as funções cognitivas e que afeta a capacidade do doente na realização das atividades pessoais da vida diária e as suas relações familiares e sociais.

De acordo com Acarín & Malagelada (2018), a “demência é um estado que se caracteriza pela aparição de uma deterioração cognitiva continuada que interfere com a capacidade do indivíduo para levar a cabo as suas atividades” (p.45).

Segundo Nunes (2014), o estilo de vida que atualmente adotamos origina vários fatores de risco para o aumento da problemática da demência (diabetes, hipertensão arterial e uma alimentação pouco ou nada saudável) e por isso é urgente dar a devida atenção a este problema que implica grandes alterações no idoso.

II.3.1 – Patologias da demência

II.3.1.1 – Doença de *alzheimer*

A doença de *alzheimer* é a forma mais comum de demência que afeta entre 50 a 70% dos casos diagnosticados.

Para Phaneuf (2010), esta é uma doença progressiva, degenerativa que constitui alterações no cérebro que impossibilitam a comunicação entre células e que levam a perdas de memória e confusão.

Esta patologia foi descoberta por Alois Alzheimer, em 1906, e apesar das dificuldades em se conhecerem as suas causas exatas, apenas temos conhecimento de alguns fatores genéticos, ambientais e educacionais que poderão desencadear este tipo de demência como a idade avançada, o baixo nível de escolaridade, a exposição prolongada a inseticidas, colas e fertilizantes e os antecedentes familiares (Phaneuf, 2010).

Quanto ao seu diagnóstico, este pode ser identificado com recurso à realização de uma ressonância magnética e de uma tomografia computadorizada que permite verificar se existe uma atrofia do cérebro (Townsend, 2011).

II.3.1.2 – Demência vascular

De acordo com Carvalho (2014), a demência vascular representa cerca de 20% dos casos de demência. O doente apresenta períodos intermédios de estabilização e posteriormente uma nova recaída.

Para Townsend (2011), a evolução da doença é muito variável, não há uma degradação gradual, mas sim períodos de lucidez e períodos de declínio. Esta resulta da destruição do tecido cerebral devido a vários enfartes cerebrais causados pelo estreitamento das artérias e por uma circulação sanguínea deficitária. Os fatores de risco desta patologia são a taxa elevada de colesterol, o abuso de tabaco, a hipertensão arterial, uma alimentação rica em gordura, entre outros. Os sinais e sintomas variam segundo as áreas do cérebro atingidas, sendo comum a perda da memória e de reconhecimento, a fraqueza dos membros, a marcha em pequenos passos, alterações de julgamento, mudanças de humor e apatia. O diagnóstico é feito com recurso a uma tomografia axial computadorizada e ao exame neurológico (Townsend, 2011).

II.3.1.3 – Doença de *parkinson*

Na opinião de Phaneuf (2010), a doença de *parkinson* é uma doença progressiva do sistema nervoso central, caracterizada pela perda da coordenação motora, provocando tremores e dificuldades em caminhar e em se movimentar, problemas na fala e instabilidade postural. Isto acontece com o envelhecimento do ser humano devido à diminuição da atividade de um neurotransmissor chamado dopamina, onde as células nervosas do cérebro são destruídas lenta e progressivamente.

Esta doença é tratável, mas não tem cura, ou seja, com o objetivo do tratamento que inclui medicamentos, fisioterapia, fonoaudiologia, suporte psicológico e nutricional, pretende reduzir o prejuízo funcional decorrente da doença, permitindo que o doente tenha uma vida independente, com qualidade por muitos mais anos (Neurologia, 2019).

II.3.1.4 – Demência frontotemporal

Este tipo de doença pode aparecer em pessoas de 40 a 65 anos de idade. Os sintomas são variáveis e passam pelo declínio rápido das faculdades intelectuais, terminando na demência ou afasia (Phaneuf, 2010).

Normalmente, o doente apresenta mudanças na personalidade e no comportamento. Não há tratamento específico para esta doença e o seu diagnóstico, na maioria das vezes só é possível após a autópsia do doente (Phaneuf, 2010).

II.3.1.5 – Doença de *huntington*

Esta doença é uma doença hereditária, causada por uma deficiência de um único gene do cromossoma 4.

A doença pode surgir em pessoas com idade entre os 30 e os 40 anos, tanto em homens como em mulheres.

Os sinais e sintomas surgem devido à perda progressiva de células nervosas que ficam numa parte específica do cérebro, os gânglios de base. Esta perda afeta a memória, o pensamento, os movimentos e o equilíbrio emocional, que pioram com o passar do tempo.

O diagnóstico da doença de *huntington* é feito através de exames genéticos, além de testes neurológicos e avaliações neuropsicológicas (Phaneuf, 2010).

II.3.1.6 – Doença provocada pelo álcool (Síndrome de *Korsakoff*)

Esta síndrome é uma perturbação neurológica que se caracteriza por amnésia, desorientação e problemas oculares.

As principais causas são o consumo excessivo de álcool, má alimentação e falta de vitamina B1, que levam à perda de memória, paralisia dos músculos dos olhos, movimentos musculares descontrolados, apatia, dificuldades em comunicar e confusão mental.

O diagnóstico desta doença é feito através de exames de sangue, urina e ressonância magnética.

O tratamento para prevenir o desenvolvimento desta síndrome ou reduzir a sua gravidade é a administração de tiamina (Phaneuf, 2010).

II.3.1.7 – Doença de *Creutzfeldt-Jakob*

Esta patologia tem maior incidência em pessoas com idade entre os 50 e os 70 anos de idade. Caracteriza-se por uma desordem cerebral rara e fatal que produz contrações musculares involuntárias (paralisia cerebral) e uma perda progressiva da função mental. Esta doença apresenta os seguintes sintomas: desleixo na higiene pessoal, cansaço, perda de memória, sonolência, dificuldades de compreensão, confusão, perda de interesse, irritabilidade e problemas de postura e equilíbrio.

O diagnóstico só é correto se for dado através da análise do tecido cerebral (Fleury, 2018).

II.3.1.8 – Demência de corpos de *Lewy*

A demência do corpo de *Lewy* é uma doença neurológica provocada pela acumulação de uma grande quantidade de substâncias chamadas corpos de *Lewy* no tronco encefálico e no córtex cerebral.

Esta doença normalmente afeta pessoas com mais de 50 anos de idade, verificando-se um declínio cognitivo e progressivo, que interfere na capacidade funcional do indivíduo. Os principais sintomas são a dificuldade em avaliar distâncias, alucinações visuais, desorientação, perda de capacidades mentais e tremores.

Apesar de não existir cura para este problema, é possível realizar o tratamento e controlar os sintomas, com o uso por exemplo de medicação que contém metiapina ou donepezila

que aliviam alguns sintomas, além da fisioterapia e da terapia ocupacional que ajudam a pessoa a viver mais anos com o máximo de independência e qualidade de vida (Cuidamos, 2018).

II.4 – Políticas de saúde dedicadas à área da demência

O fenómeno do envelhecimento é um puzzle que requer abordagens multidisciplinares e em rede, na procura de soluções para a inclusão, a promoção da saúde e do bem-estar (Medeiros, 2013).

A maioria dos países europeus, como se tem vindo a deparar com o problema do envelhecimento populacional estão a reconhecer esta área da demência como uma prioridade de saúde pública e têm vindo a desenvolver estratégias nesta área e claro que Portugal não é exceção.

De acordo com o Despacho nº 17/2016, de 20 de outubro, foi reconhecida a necessidade de ter um quadro de referência que permitisse o desenho de políticas públicas na área das demências e que tenha em consideração as características específicas do Serviço Nacional de Saúde, do Sistema de Proteção Social e das características do novo tecido social e solidário.

Atualmente, com o Despacho nº 5988/2018 – Diário da República nº116/2018, Série II de 2018-06-19, o gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde aprova a estratégia da saúde na área das demências e determina a constituição e a composição da coordenação do Plano Nacional de Saúde para as demências, onde se dá especial importância ao respeito pela sua dignidade e autonomia, focando-se na sua qualidade e na ética da prestação de cuidados, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização do doente/idoso e seus cuidadores.

O atual despacho pretende que se desenvolva uma estratégia que promova uma maior colaboração e coordenação intersectorial aprofundando a convergência entre os serviços de saúde e os serviços sociais, de modo a que as suas atividades não se desenvolvam em paralelo, mas em convergência. Será imprescindível a colaboração com os sistemas de apoio informal e comunitário, valorizando a diversidade existente numa perspetiva de complementaridade e continuidade de cuidados, o diagnóstico correto e atempado, bem como o acesso a tratamentos farmacológicos ou não, mediante o reforço do papel dos cuidados de saúde e a continuidade dos cuidados na comunidade e o apoio às famílias. Logo, o percurso de cuidados deve ser coordenado, considerando o doente integrado no

seu meio familiar como o centro dos cuidados, complementados com o apoio informal possível e desejável. Nesse sentido, será fundamental conhecer as necessidades biopsicossociais das pessoas com demência e dos seus cuidadores, identificar os recursos existentes na comunidade e os circuitos de acesso aos cuidados. Pressupõe-se uma melhoria dos procedimentos de comunicação entre os cuidados de saúde primários e as estruturas e serviços de apoio (centros de dia, apoio domiciliário e estruturas residenciais permanentes), assim como a implementação de apoios (com componente emocional, educativo ou misto) dirigidos aos cuidadores informais e formais. Passa também por esta estratégia, a implementação de medidas tendentes a desenvolver a consciencialização pública para este problema, promovendo a literacia dos cidadãos em geral e a formação dos profissionais de saúde e de investigação. Daí a necessidade, de cada região elaborar o seu Plano Regional de Saúde para as Demências, ajustando-o às suas especificidades e devendo estar articulado com o Plano Nacional de Saúde Mental e o Plano Nacional de Saúde.

Estes planos terão como eixos fundamentais: a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores, a investigação pertinente na área da demência e os direitos das pessoas em situação de incapacidade.

II.5 – Tipos de estimulação e dinâmicas a implementar

Atualmente, não existe nenhum medicamento que consiga curar, prevenir ou deter a evolução da demência, de modo que as medidas terapêuticas de que dispomos tentam ampliar a autonomia do idoso e melhorar a sua qualidade de vida, bem como de todos o que o rodeiam (Acarín & Malagelada, 2018).

De seguida, fazemos uma abordagem aos diferentes tipos de estimulação:

II.5.1 – Estimulação cognitiva

A necessidade da estimulação nos idosos é necessária tanto a nível cognitivo como a nível sensorial ou físico.

Segundo Ferreira (2013), a cognição é um processo mental que corresponde à aquisição e utilização de conhecimentos que permitem que o indivíduo se adapte às transformações que ocorrem no seu meio.

Para Sousa & Sequeira (2012), a estimulação cognitiva contém um conjunto de estratégias que visam reforçar determinadas áreas da cognição, individual ou em grupo e obedecem a determinados objetivos específicos. Porém, é importante que essas estratégias sejam organizadas e realizadas sequencialmente tendo como função principal a reabilitação e a prevenção. Daí, surge a necessidade de criar programas de intervenção cognitiva para idosos, onde se deve ter em atenção o tipo de estímulo que estas atividades produziram, de acordo com a situação de cada um e da respetiva avaliação feita previamente. O programa de intervenção deverá ser sempre centrado no idoso, adaptado aos seus níveis intelectual e cultural, contendo aspetos como a adaptação ao meio ambiente, as interações sociais e o apoio à família/cuidadores, que permitam a reabilitação do idoso. Também é importante informar os cuidadores sobre as estratégias para melhor lidarem com as alterações que irão suceder.

De acordo com os autores mencionados anteriormente, estes distinguem-nos os diferentes tipos de programas de intervenção cognitiva como sendo:

- programas de estimulação cognitiva, onde constem atividades como desenhar uma determinada figura geométrica, corte e colagem ou o jogo “Tudo sobre mim”, entre outras;

- programas de treino cognitivo, onde se abordem atividades como associar o nome de determinada pessoa a características físicas dessa mesma pessoa ou copiar e completar pequenos textos ou provérbios (quem não sabe ler nem escrever responde oralmente);

- e programas de reabilitação cognitiva, onde constem atividades como por exemplo ter duas colunas A e B e o idoso faz corresponder de acordo com as funções desempenhadas por cada profissional apresentado na outra coluna ou um conjunto de pequenos números e depois tem que responder a questões como: “Qual é o maior/menor número”, entre outras.

Os programas de estimulação cognitiva visam estimular a cognição como um todo, ou seja, debruçam-se sobre a estimulação cognitiva geral e abordagens de orientação para a realidade, abrangendo um conjunto de atividades e conversas em grupo que pretendem uma melhoria do funcionamento cognitivo e social do idoso.

Os programas de treino cognitivo envolvem a prática guiada de um conjunto de tarefas específicas, que pretendem uma melhorar áreas como a memória, linguagem, atenção ou a função executiva (Pires, 2012).

Dentro destes programas de treino podemos incluir os programas de reabilitação da memória que têm como finalidade ajudar o idoso a conviver, lidar e superar, reduzir e contornar “dificuldades de memória”. Nestes programas, a prioridade passa por trabalhar a memória a curto prazo e a memória autobiográfica, com exercícios de estimulação diários, para que se mantenha a memória ativa o mais possível (Santos & Mendoza, 2017).

Como exemplo de atividade, pode ser o jogo: “Quebra-cabeças” com a fotografia do idoso ou do neto.

E para finalizar, os programas de reabilitação cognitiva que se prendem com uma abordagem biopsicossocial, envolvendo situações e problemas do dia-a-dia do idoso. Este tipo de programa envolve a reaprendizagem das capacidades cognitivas que o idoso foi perdendo por lesões ou por doença. Estimula as funções cognitivas do cérebro através do uso de estratégias. Este tipo de programa tem como finalidade recuperar as funções cognitivas ou parte delas no idoso, recorrendo a exercícios que visam restaurar, desbloquear e/ou compensar as funções cognitivas que estejam comprometidas e o tipo de exercícios a utilizar devem estar ligados a situações do quotidiano, de modo a incentivar o idoso a concentrar-se, a interagir, a pensar, a decidir, a expressar sentimentos e opiniões (Nascimento, Carvalho & Costa, 2008).

Assim sendo, acredita-se ser de grande importância a implementação de programas que visem a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais dos idosos, aumentando a sua autoestima e qualidade de vida, estes devem ter um carácter multidisciplinar com exercícios lúdicos e ter como base as opções de participação, ocupação e convívio do idoso (Soares, 2006).

Exemplo de atividades de estimulação cognitiva e seus objetivos:

- Promover a motricidade fina;
- Estimular a criatividade;
- Praticar a manipulação de formas;
- Atuar no raciocínio lógico;
- Estimular a capacidade de memorização;
- Estimular a memória tátil através da identificação de objetos utilizados no dia-adia;

- Fomentar o espírito de grupo e cooperação;
- Estimular a memória visual;
- Estimular a memória auditiva através dos sons e músicas conhecidas dos idosos;
- Preservar e melhorar o desempenho das funções cognitivas, memória, atenção, raciocínio e capacidade de resolução de problemas;
- Proporcionar conforto emocional e sentimento de utilidade;
- Reduzir ansiedade e agitação;
- Estimular a capacidade de interpretação e compreensão;
- Treinar funções executivas/praxias relativas a atividades de vida;
- Promover a orientação espacial e temporal;
- Relaxar o grupo de idosos;
- Proporcionar momentos de alegria/bem-estar ao grupo;
- Estimular a percepção do corpo e estimular o ritmo;
- Estimular a memória musical de cada idoso;
- Aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas.









II.5.2 – Estimulação sensorial

Urge a necessidade de se encontrar estratégias para a construção de vínculos entre o idoso, a família e a comunidade.

Nas instituições é necessário acolher com carinho e afeto o idoso e fazer com que esse afeto facilite o seu dia-a-dia e a sua condição. O cuidar é reforçado nas relações de respeito e afeto com os outros, de acordo com as suas diferenças e vontades.

Com o passar dos anos, o grupo de amigos vai-se diminuindo e torna-se muito importante o fortalecimento de vínculos interpessoais para que o idoso se sinta inserido no contexto social onde se encontra, daí a importância de existir afetos entre os profissionais que interagem com o idoso e entre o grupo de idosos que convivem entre si. Os profissionais devem ter a preocupação em propor atividades ou exercícios estimulantes que lhe proporcionem situações de alegria e bem-estar, tendo sempre em atenção que estas podem e devem estar ligadas também ao mundo exterior, pois eles gostam de se sentir autónomos e que continuam a controlar/decidir a sua vida, ou seja, gostam de saber o que se passa à sua volta, no meio exterior, o que diminui o seu isolamento (Martins, 2011).

Como tal, atividades com recurso a estímulos sensoriais, momentos de escuta ativa e diálogo podem minimizar a privação sensorial, ajudando a controlar alguns sentimentos de angústia e stress.

Os idosos que têm mais vínculos de afeto com os outros são os que melhor reagem perante situações negativas, pois adaptam-se mais facilmente ao meio envolvente e lidam melhor com o seu envelhecimento (Lemos, Silva & Henriques, 2015).

Exemplo de atividades de estimulação sensorial e objetivos:

- Fomentar o espírito de grupo e cooperação;
- Proporcionar bem-estar e sentimento de utilidade;
- Reduzir ansiedade e agitação;
- Proporcionar estímulos sensoriais visando promover uma melhor interação com o meio;
- Relaxar o grupo de idosos;
- Reduzir a sintomatologia depressiva;
- Melhorar o humor;
- Diminuir os sintomas comportamentais problemáticos;
- Melhorar a comunicação, estimulando a expressão de afetos.





II.5.3 – Estimulação física

A estimulação física ou motora, tal como a cognitiva e sensorial são indissociáveis, ou seja, existe uma ligação entre si.

Com o avançar da idade, todos os seres humanos ficam fisicamente mais limitados, mas através da atividade física podem melhorar a sua qualidade de vida. A prática regular de exercício físico no idoso faz com que este melhore o seu desempenho cognitivo, aumente a sua confiança e socialização com os outros e previna alguns problemas a nível de saúde (Matsudo, 2009).

De acordo com Schmitz (2011), os idosos com demência ao praticarem atividade física estão a retardar:

- uma possível depressão;
- a melhorar a sua velocidade ao andar e do equilíbrio;
- a contribuir para a manutenção e/ou aumento da densidade óssea;
- a manter o seu peso corporal e a sua mobilidade;
- a reduzir a ocorrência de acidentes e/ou quedas (reflexos melhoram);
- algumas doenças como a diabetes, as doenças cardíacas, as artrites, o colesterol, a hipertensão. A atividade física é neuroprotetora pois permite melhorar a parte cognitiva do idoso.

Para Morgadinho (2012), quando o idoso pratica exercício físico passa a ocorrer uma melhoria no seu fluxo sanguíneo e uma oxigenação cerebral que melhoram o funcionamento do sistema nervoso central.

O tipo de exercícios a ser realizado, deve ter em atenção o organismo e a vontade de cada idoso e é importantíssimo que ele tenha prazer no que está a fazer.

Em jeito de conclusão, podemos assumir que existe uma interdependência entre a estimulação cognitiva, sensorial e física, pelo que seria impensável efetuar uma intervenção que trabalhe os três termos em conjunto, como um todo.

Exemplo de atividades de estimulação física e objetivos:

- Minimizar o imobilismo;
- Promover a motricidade global e fina;
- Promover o equilíbrio;
- Promover o trabalho em equipa;
- Promover a manutenção do esquema corporal;
- Trabalhar a resistência muscular, cardiovascular e cardiorrespiratória;
- Proporcionar bem-estar físico e emocional;
- Melhorar a postura corporal;
- Aumentar o tónus muscular;
- Voltar aos lugares de origem e recordar momentos agradáveis e especiais das suas vidas;
- Permitir o contato com a natureza aos idosos;
- Promover o relaxamento e bem-estar;
- Promover a motricidade global e fina;
- Promover o sentimento de pertença e de utilidade.



II.6 – A estimulação multissensorial

A estimulação multissensorial, enquanto intervenção terapêutica ou de suporte, pretende oferecer ao idoso a estimulação dos seus sentidos, a partir de diversas situações, intervindo no tratamento da dor e reeducando o idoso tanto para os problemas da sua própria doença como para aprender a lidar com ela.

A estimulação multissensorial é essencial para a neuroplasticidade cerebral. Enquanto processo, o ambiente multissensorial é algo individualizado e que se projeta para ir de encontro às necessidades terapêuticas do idoso.

Neste sentido, a terapia *snoezelen* insere-se nas terapias multissensoriais e é considerada a terapia com maior grau de estimulação porque inclui a estimulação através de som, de luz, do toque e do cheiro (Pagliano, 2012).

O conceito desta terapia teve o seu início nos anos setenta, do século XX, por dois terapeutas holandeses chamados Jan Hulsegge e Ad Verheul, que trabalhavam em instituições onde desenvolviam atividades ocupacionais com materiais adequados para pessoas portadoras de múltiplas deficiências e é desta forma que surge a palavra *snoezelen* que é uma combinação entre dois verbos holandeses: “*doezelen*” que significa repousar e “*snoezel*” que significa sentir/cheirar.

Esta terapia concilia a estimulação sensorial e o relaxamento no idoso (Sousa & Sequeira, Terapia *snoezelan*, 2010.)

Em Portugal, desde os finais da década de noventa, do século XX, que a terapia *snoezelen* tem sido utilizada no tratamento da demência e têm-se verificado resultados positivos (Sella, 2008).

Os médicos têm demonstrado interesse em utilizar o *snoezelen* em pessoa com demência e têm-se documentado resultados aliciantes na área da promoção de comportamentos adaptativos e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência (Rodríguez, 2012).

O espaço *snoezelen* é uma sala estruturada para proporcionar estimulação sensorial, com equipamentos especiais e adequados e, com as condições necessárias para a missão que foi criada, tendo sempre em atenção uma ótima utilização do espaço e do tempo de cada sessão, deve:

- criar-se um ambiente agradável e estimulante;
- encorajar-se a pessoa a explorar o ambiente;
- oferecer-se segurança, permitindo relaxamento físico e mental.

Sendo necessário, dar especial atenção à linguagem corporal e ambiental, à luz (iluminação ténue e suave), ao som (harmonioso e calmo) e aos posicionamentos cómodos.

A gestão da sala deve ser feita por técnicos com formação e conhecimentos nesta área para que haja uma melhor orientação de cada idoso, sem se interferir nos ritmos e escolhas de cada um, de modo a obter os objetivos delineados.

A intervenção *snoezelen* deve ter sempre em conta a informação e opinião médica e deve ainda assegurar um acompanhamento e atenção permanente. Por isso, vários autores consideram as seguintes características essenciais no perfil do técnico/terapeuta:

- facilitador (numa abordagem não diretiva – comportamento não-verbal do terapeuta);
- mediador (entre o idoso e o ambiente);
- criativo (capacidade de adaptação aos idosos e criação/invenção de novos materiais);
- garante (boa orientação das sessões);
- e observador (atento e concentrado no seu trabalho que está a desenvolver). Para

planificar/preparar cada sessão de *snoezelen*, o terapeuta/técnico deve ter em atenção as necessidades do público-alvo que vai acompanhar, também é essencial descrever o ambiente ao idoso, para que este fique tranquilo (Gómez, 2009).

Numa sessão de *snoezelen*, segundo Proença (2010) o terapeuta consegue aperceber-se pelas reações do idoso, se este se sente estimulado (o idoso quer tocar e perceber o equipamento, comunica e demonstra expressões de agrado) ou simplesmente relaxado (músculos menos tensos, respiração controlada, não revela sintomas de ansiedade e sente-se/diz-se satisfeito).

Na sala *snoezelen* existem vários equipamentos que proporcionam um ambiente sensorial adequado. Esses equipamentos incluem fibras óticas, projetores de imagens diversas, espelhos tridimensionais, colchões de água, cadeiras de massagens, tapetes de fibra ótica ou tapetes de estrelas, fios de fibra ótica para estimulação tátil, objetos sonoros e com diferentes texturas, equipamentos de som e aromas, piscinas de bolas, camas e cadeiras de água, projetor de slides, lâmpadas ultravioletas, luzes de escadas, túneis infinitos, candeeiros de lava e almofadas para auxílio de posicionamentos confortáveis (Rodríguez, 2012).

A utilização deste tipo de equipamento permite desfrutar de diferentes sensações e estímulos através de:

- Elementos olfativos e gustativos → dois sentidos otimizados da percepção sensorial pela sua capacidade de apelar à memória emocional (Rodríguez, 2012).

► Exemplo de equipamento:



Figura 1 - Difusor de aroma(s) com luz
Fonte: “Frutuoso, (2018)”



Figura 2 - Almofada de tato: quente e frio
Fonte: “Frutuoso, (2018)”

- Elementos visuais → criam um ambiente tranquilizante, servem para perceber as reações, fixação, contraste, seguimento visual e estimulação cognitiva. Alguns equipamentos que proporcionam estes estímulos são, por exemplo: a bola de espelhos, o painel de luz e som, os tubos fluorescentes, o projetor de imagens, a coluna de bolhas de água-luz, entre outros;

► Exemplo de equipamento:



Figura 3 – Bola de espelhos
Fonte: “Frutuoso, (2018)”



Figura 4 - Painel de som e luz
Fonte: “Frutuoso, (2018)”



Figura 5 – Tubos fluorescentes
Fonte: “Frutuoso, (2018)”



Figura 6 – Projetor de imagens
Fonte: “Frutuoso, (2018)”

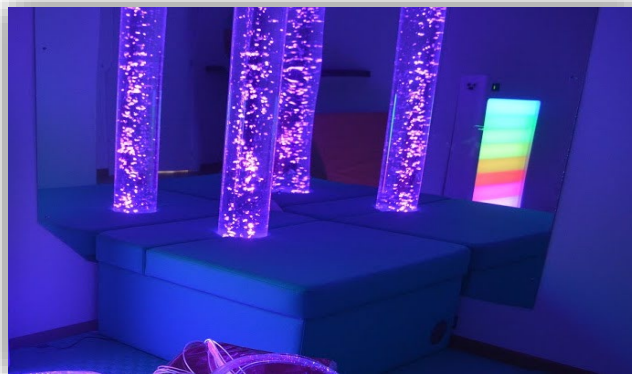


Figura 7 – Coluna de bolhas de água-luz
Fonte: “Frutuoso, (2018)”

- Elementos de equilíbrio → proporcionam relaxamento sendo necessária uma postura o mais correta possível. Alguns dos equipamentos que se podem utilizar são o colchão de água, a piscina de bolas, entre outros;

► Exemplos de equipamento:



Figura 8 - Piscina de bolas
Fonte: “Frutuoso, (2018)”

- Elementos auditivos → as diferentes vibrações que podem ser produzidas por sons, vozes e/ou um ambiente musical agradável oferecem ao idoso um ambiente relaxante e de bem-estar, facilitando a comunicação verbal e não-verbal;

- Elementos táteis → produzem diferentes sensações no idoso, que são importantes para quem realiza esta terapia. As bolas, os solos com diferentes texturas, os painéis táteis, os tecidos variados, a fibra ótica e as almofadas para trabalhar a motricidade fina são dos equipamentos importantes para um adequado ambiente sensorial;

► Exemplos de equipamento:



Figura 9 - Diferentes tipos de bolas
Fonte: “Frutuoso, (2018)”



Figura 10 - Solos com diferentes texturas
Fonte: “Frutuoso, (2018)”



Figura 11 - Pannel tátil
Fonte: "Frutuoso, (2018)"



Figura 12 - Fibra ótica
Fonte: "Frutuoso, (2018)"

- Elementos vibroacústicos → a sensação de vibração está ligada ao sentido auditivo, o que leva à estimulação auditiva de cada indivíduo. Nesta estimulação pode usar-se a cadeira de massagem, o colchão de água aquecida que recebe a vibração transmitida pela música e outros elementos vibratórios que podem ser colocados em almofadas e outras superfícies.

► Exemplos de equipamento:



Figura 13 - Colchão
Fonte: "Frutuoso, (2018)"



Figura 14 - Cadeira de massagem
Fonte: “Frutuoso, (2018)”

A estimulação multissensorial, em ambiente *snoezelen*, nas pessoas com demência pretende aproveitar as capacidades sensoriais residuais que ainda têm, com a finalidade de promover comportamentos adaptados, reduzindo condutas desadequadas e favorecendo a interação e a comunicação (López-Almela & Gómez-Conesa, 2011).

Segundo Proença (2010), a terapia *snoezelen* proporciona um ambiente onde se atinge a autorregulação das respostas aos estímulos sensoriais e que o idoso aprenda a aceitar a sua nova condição.

Maria José Rodríguez (2012) afirma que a terapia *snoezelen* oferece os seguintes benefícios ao idoso:

- relaxamento;
- promove escolhas;
- melhora a sua concentração;
- estabelece relações entre o terapeuta e o idoso e o idoso com outros idosos;
- incentiva à exploração das atividades;
- desenvolve a autoconfiança e autocontrolo;
- e proporciona prazer.

Segundo López-Almela & Gómez-Conesa (2011), esta terapia tem tido efeitos bastante positivos, estando cada vez mais indicada para idosos com demência, pois permite-lhes relaxar, ficar mais calmos, recordar, redescobrir o seu próprio corpo e melhorar a comunicação interpessoal.

III– ECONOMIA SOCIAL E EMPREENDEDORISMO SOCIAL

III.1 – Economia social

O conceito de economia social, apareceu no século XIX, e foi recuperado nos anos 70/80, sendo um termo bastante utilizado na Europa Continental principalmente, em países francófonos. É um conceito que tem vindo a ganhar relevância na Europa.

De acordo com Namorado (2017), por economia social entende-se o conjunto das empresas de livre adesão e autonomia de decisão, democraticamente organizadas, com personalidade jurídica própria, criadas para satisfazer as necessidades dos seus membros no mercado, produzindo bens e serviços, e nas quais a eventual distribuição dos excedentes de exercício e a tomada de decisões não estão ligadas ao capital individual dos membros, que terão um voto cada. Nela se incluem, designadamente, Cooperativas, Mutualidades, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, Associações de Desenvolvimento Local e Regional e as Fundações, bem como empresas sociais e entidades voluntárias não lucrativas que produzam serviços de não mercado para as famílias, e cujos eventuais excedentes não podem ser apropriados pelos agentes económicos que as criaram, controlam ou financiam.

Segundo Social (2020), as organizações de economia social têm características comuns entre si, como por exemplo: não são públicas, estão organizadas formalmente, possuem autonomia de decisão, a filiação nelas é livre, a eventual distribuição de excedentes entre os filiados/usuários não é feita proporcionalmente ao capital ou quotizações dos membros, mas sim em função da sua atividade ou participação no seio da organização, a atividade económica visa satisfazer as necessidades dos seus filiados e o funcionamento interno rege-se por princípios democráticos (Social, 2020).

III.2 – Empreendedorismo Social

O conceito de empreendedorismo social é um conceito novo que tem vindo a familiarizar-se no setor económico e académico, embora o conceito seja novo, sempre existiram empreendedores sociais, não sendo denominados como tal. Pois, sempre houve instituições de solidariedade que nasceram por iniciativas semelhantes (Marques, 2020). O empreendedorismo social adquiriu uma ênfase notória sendo considerado um movimento dinâmico e revolucionário, colmatando vários problemas sociais (Marques, 2020).

O empreendedorismo social evidencia-se por uma maior objetividade, destacando-se o papel do empreendedor como agente social e na metodologia que este acredita para materializar o seu objetivo, ou seja, o de criar valor social, contribuindo para fortalecer a sua prática bem como alargar o seu campo de atuação (Marques, 2020).

No empreendedorismo social, o retorno social pode coincidir com o retorno financeiro, uma vez que os projetos sociais também podem gerar receitas. Assim sendo, o empreendedor social deve seguir orientações baseadas nas características do empreendedor comercial, tais como capacidade de iniciativa, inovação, gestão, mobilização de recursos e sentido de oportunidade. A grande diferença entre os dois empreendedores é que o social desenvolve o seu trabalho no âmbito de uma missão social, o que leva a enfrentar outro tipo de desafios, não sendo o lucro o seu principal objetivo, mas sim o bem comum (Marques, 2020).

Podemos definir empreendedores sociais como intervenientes de mudança na sociedade, selecionando uma missão que visa criar e sustentar valor social, envolvendo-se em novas oportunidades no processo de contínua inovação, flexibilidade, adaptação e aprendizagem (Marques, 2020).

O objetivo principal do empreendedorismo social é identificar situações de desfavorecimento, encontrando caminhos para solucionar estes problemas. Este trabalho deve ser pormenorizado, pois deve encontrar as causas desses problemas. As parcerias e o trabalho cooperativo em rede tornam-se fulcrais para a sustentabilidade dos seus empreendimentos, ou seja, deve explorar todo o potencial da sociedade, pois só assim consegue efetuar uma verdadeira solução para o problema diagnosticado (Marques, 2020).

IV– DESENHO METODOLÓGICO E ANÁLISE DE DADOS

IV.1 – Metodologia e Método

Na opinião de Andrade (2017), a metodologia é o conjunto de métodos que são percorridos em busca de conhecimento.

Para Fonseca (2002), a metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo. A metodologia interessa-se pela validade do caminho escolhido para se chegar ao fim proposto.

Segundo Serrano (2014), a finalidade de uma investigação é encontrar respostas para uma determinada problemática.

No fundo, a metodologia depende do que o investigador acredita ser válido, já que a ação metodológica será a sua ferramenta para analisar a realidade estudada.

Em relação ao método, este é a ferramenta utilizada pelo investigador para alcançar os objetivos pretendidos, ou seja, é o caminho ou o modo para chegar a determinado fim.

A metodologia pode ser dividida em dois tipos de pesquisa: a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa. A pesquisa qualitativa é um estudo mais subjetivo, pois todas as análises são feitas por meio de interpretações, como: pensamentos, sentimentos, entre outros. Enquanto a pesquisa quantitativa tem em consideração tudo o que pode ser medido, é quantificável, os resultados podem ser gerados através de pesquisas estatísticas. A escolha de uma destas pesquisas vai depender do que será estudado.

Neste projeto a pesquisa utilizada será a quantitativa, que tem raízes na abordagem empírico-analítica, pois caracteriza-se pela objetividade, ou seja, o investigador não faz interpretações e associações de ideias que possam interferir no resultado do seu estudo, nesta abordagem a recolha, a análise e o procedimento de dados e informação é realizada através de um método estruturado que é o questionário. Para além disso, utiliza também o método dedutivo que é aquele que parte de uma visão geral para o particular, é o método racionalista, que pressupõe a razão como a única forma de chegar ao conhecimento verdadeiro. Este método está associado a um processo em que o primeiro passo é o elaborar de uma hipótese a partir dum conjunto de pressupostos teóricos, organizados e consistentes e num segundo passo passar à sua contestação (Freire, 2008).

IV.2 – Delimitação da População e Amostra

A população é considerada o número total de pessoas que vivem numa determinada área geográfica, embora numa pesquisa pode ser considerado um conjunto de elementos que pertencem a um determinado grupo, não necessariamente humano.

A amostra é uma pequena fração dessa mesma população que será estudada. As amostras podem ser probabilísticas ou não probabilísticas. Dentro das amostras probabilísticas existe a amostra aleatória simples em que extrai ao acaso um determinado número de elementos; a amostra estratificada divide a população segundo algumas características e é retirada ao acaso uma determinada percentagem de elementos; a amostra sistemática deve identificar cada elemento, selecionar em intervalos de números previamente estabelecidos. A amostra não probabilística é constituída pela amostra accidental que tem como método a seleção da população ao acaso; a amostra por quotas que é caracterizada pela estratificação; amostra “bola de neve”, em que consiste questionar um elevado número de indivíduos tentando descobrir os que apresentam as mesmas características; amostra pensada que é selecionada pelo próprio investigador (Lopes, 2011).

O estudo foca-se no concelho de Tarouca, onde se verifica um elevado envelhecimento da população e optou-se por uma amostra não probabilística, onde os elementos da amostra são selecionados de forma intencional, ou seja, é uma estratégia que utiliza os saberes sobre a população-alvo e as especificidades do estudo na seleção dos indivíduos a serem incluídos na amostra, pois acredita-se que cada um dos selecionados possa fornecer dados ao estudo. Assim, a nossa amostra incide sobre os Diretores Técnicos das diversas IPSS e alguns Utentes com idade compreendida entre 65 e 70 anos que demonstrem capacidade intelectual/mental para responderem ao respetivo questionário, o Provedor da Santa Casa da Misericórdia, o Coordenador da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados e respetivos Autarcas.

IV.3 – Técnicas de recolha de dados

A recolha de dados pela qual optamos para este estudo, foi feita através de um inquérito por questionário, de modo a conseguirmos informações objetivas, sendo esta uma das técnicas mais indicadas para obter opiniões explícitas em relação a um determinado assunto. Este possui uma introdução onde residem informações da Instituição pela qual é aplicado, referindo o anonimato do questionário e o objetivo do mesmo.

Segundo Quivy & Campenhoudt (1998), o questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representante de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento, ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores.

Para Pardal & Lopes (2011), o questionário é um conjunto de questões estruturadas com o fim de obter dados das pessoas a quem se dirige.

Este tipo de recolha de dados exige alguma reflexão por parte dos inquiridos, razão pela qual se torna necessário que o questionário seja aplicado de forma autoadministrada, é dado diretamente aos indivíduos para que estes respondam. Assim, sendo, não existem intermediários e as respostas são assinaladas pelos próprios, evitando qualquer tipo de influências (Lucio, 2013).

Quanto ao formato das questões escolhemos questões de natureza fechada, ou seja, quando as hipóteses de resposta são impostas. O inquirido apenas assinala resposta(s) mediante as várias opções que lhe são apresentadas.

O questionário será entregue em mão aos inquiridos tendo como objetivo esclarecer-nos sobre a análise e opinião dos inquiridos sobre o desenvolvimento deste projeto e a sua viabilidade.

IV.3.1 – Cinco passos a ter em conta na elaboração de um questionário

A construção de um questionário é uma tarefa difícil e por vezes morosa, por isso devemos ter em conta alguns passos e etapas de modo a que o resultado seja o mais verídico possível, pois o sucesso do estudo depende que este seja fidedigno (Amaro, 2005).

Passos	Etapas
1º Considerações iniciais	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o problema e os objetivos; - Definir a população a inquirir;
2º Conceitos base	<ul style="list-style-type: none"> - Conceitos simples e linguagem clara; - Escalas de mensuração;
3º Questionário	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de perguntas; - Codificar as questões; - Organização do questionário e reavaliação;
4º Pré-teste	<ul style="list-style-type: none"> - Esboço do questionário; - Identificar erros e dificuldades; - Reajustar caso necessário; - Aplicar a uma pequena amostra;
5º Administração do questionário	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher o método de entrega e recolha do questionário; - Limitar uma data para entrega.

Tabela 1– Cinco passos a ter em conta na elaboração de um questionário
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

No passo 1 determinamos qual o problema, o objetivo do estudo e o seu público-alvo, pois só assim se vai delimitar a definição de questões que de seguida vão ser analisadas e efetuadas na pesquisa.

No passo 2 definimos quais os conceitos a abordar utilizando uma linguagem perceptível a todos os inquiridos. As questões devem ser definidas segundo o grau de mensuração tendo em conta as escalas: nominal, ordinal e continua.

No passo 3 elaboramos o questionário que inicia com um texto introdutório possibilitando a sua interpretação, dando a conhecer as razões para o qual foram selecionados para proceder ao seu preenchimento, garantido também o total anonimato das suas respostas. Assim sendo, estruturamos o questionário em três partes. A primeira parte teve como objetivo a recolha de dados para caracterizar a nossa amostra. A segunda parte vai-nos dar uma perspetiva sobre o conhecimento que os inquiridos têm sobre a problemática em estudo e sua prevenção, e na terceira parte pretendemos saber se os inquiridos estão receptivos ao projeto ou não.

No final irá ser apresentado em apêndice um exemplar.

No passo 4 foi elaborado um teste ao questionário, o qual nos coloca em contacto com uma pequena amostra do público-alvo. Mediante as suas respostas torna-nos possível obter a sua real perceção do questionário, evitando assim respostas desajustadas ou influenciadas pelo próprio investigador.

No ponto 5 optamos por entregar pessoalmente o questionário em formato de papel aos inquiridos, determinando uma data recolha de aproximadamente oito dias.

IV.4 – Tratamento de dados/Análise de resultados

Os gráficos que iremos apresentar e analisar posteriormente, demonstram o resultado de 98 inquiridos que responderam ao questionário do nosso estudo.

IV.4.1 – Dados pessoais

De acordo com o gráfico 1, verificamos que 56% dos inquiridos são do sexo feminino e 44% são do sexo masculino.

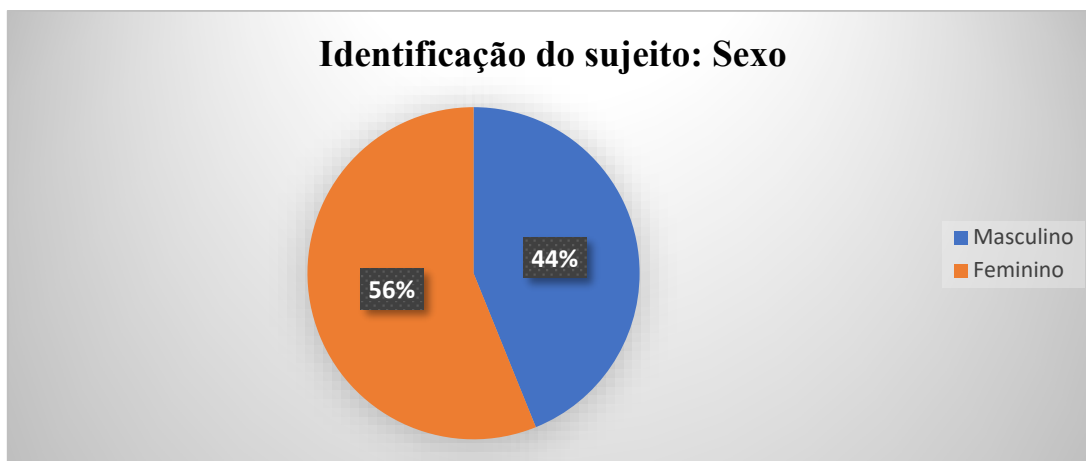


Gráfico 1 – Identificação do sujeito: Sexo
 Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

No que concerne, às habilitações literárias (gráfico 2) podemos observar que 86% da população inquirida possui o Ensino Básico, 8% têm o Ensino Secundário, 5% detêm Licenciatura, 1% Mestrado e nenhum dos inquiridos tem Doutoramento.

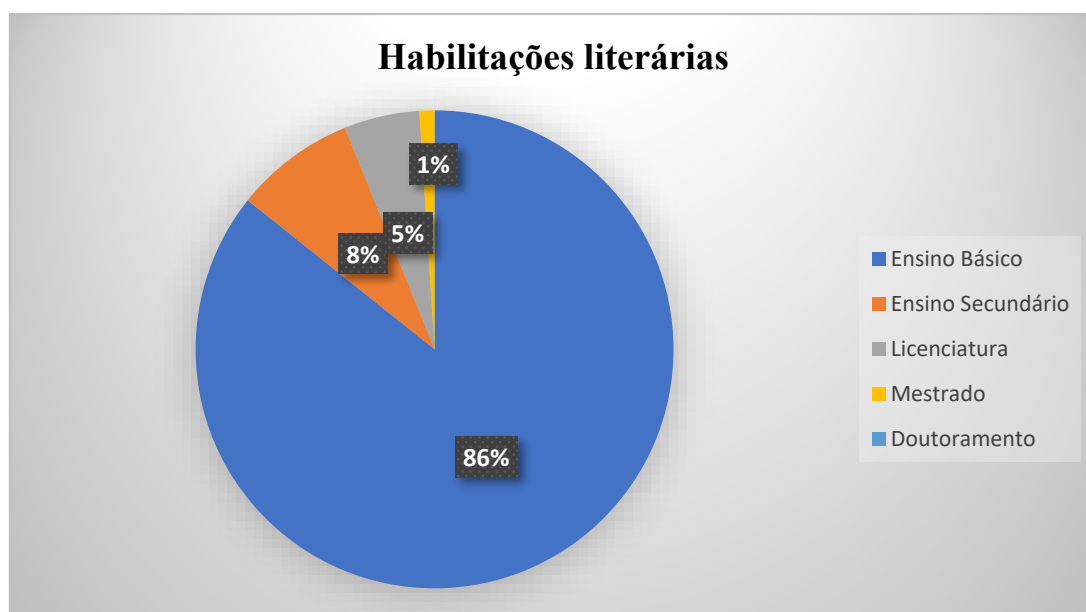


Gráfico 2 – Habilitações literárias
 Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Em relação aos cargos/funções desempenhadas no concelho (gráfico 3) constatamos que 1% dos inquiridos exercem a função de Presidente da Câmara Municipal, de Provedor da Santa Casa da Misericórdia e de Coordenador da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados. A função de Diretor(a) Técnico(a) é exercida por 5% da população, o

cargo de Presidente de Junta de Freguesia é exercido por 7% e os restantes 85% dos inquiridos corresponde aos Utentes das várias instituições com idade compreendida entre os 65 e 70 anos.

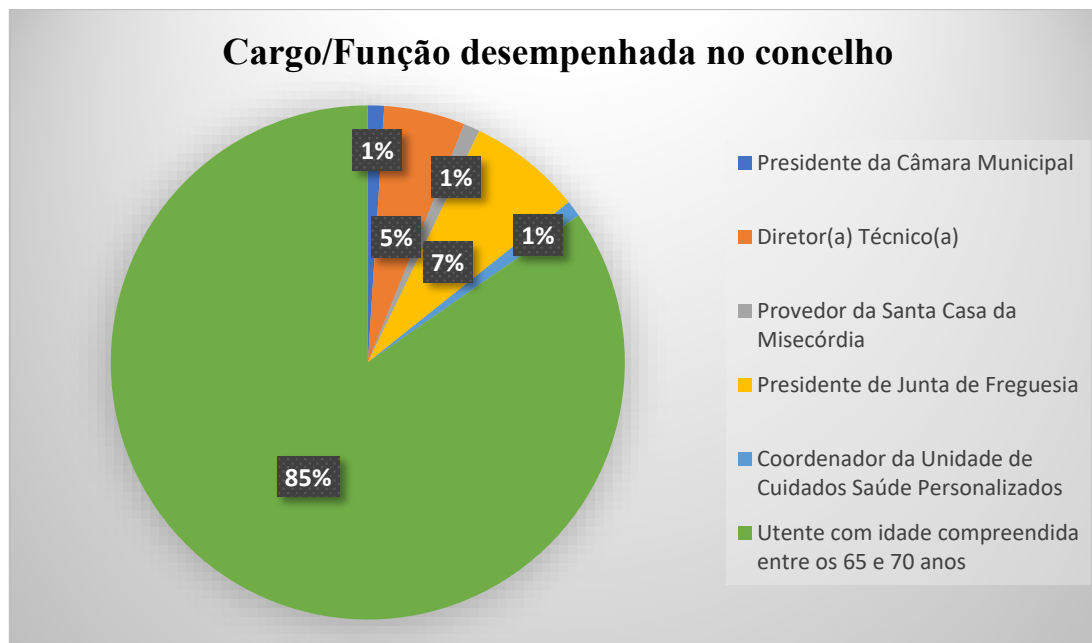


Gráfico 3 – Cargo/Função desempenhada no concelho

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

IV.4.2 – Problemática e Prevenção

A partir do ponto IV.4.2 foram dadas orientações específicas para a leitura das definições de demência, de *snoezelen* e em que consiste uma sala *snoezelen* anexadas ao questionário.

O gráfico 4, dá-nos uma perspetiva sobre o conhecimento dos inquiridos em relação ao que é a demência, no qual 85% sabe o que é esta problemática enquanto 15% ainda a desconhece.



Gráfico 4 – Sabe o que é demência?
Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Com a análise do gráfico (gráfico 5) constatamos que 77% dos inquiridos conhece alguma patologia causada pela demência, enquanto 23% ainda a desconhece.

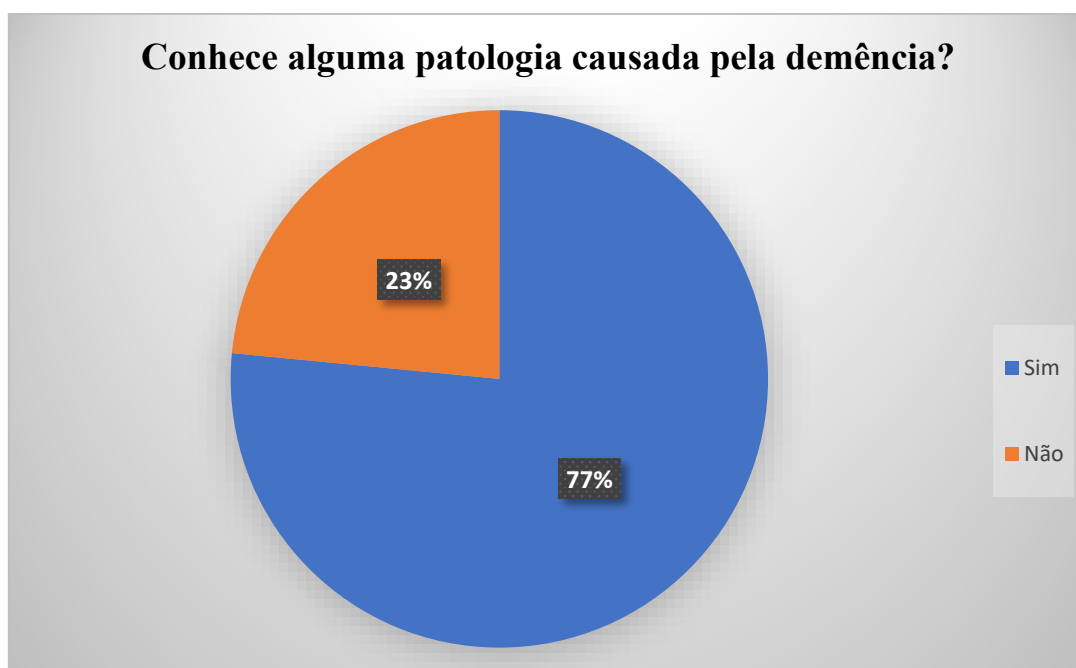


Gráfico 5 – Conhece alguma patologia causada pela demência?
Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Depois de analisarmos as respostas dadas no gráfico 6, à seguinte questão: “Sabe como pode prevenir esta doença?”, concluímos que 81% dos inquiridos não sabe como a prevenir.



Gráfico 6 – Sabe como pode prevenir esta doença?
Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Depois de 85% dos inquiridos desconhecer o que é uma sala *snoezelen* (gráfico 7), podemos já concluir que é uma terapia ainda desconhecida na região.

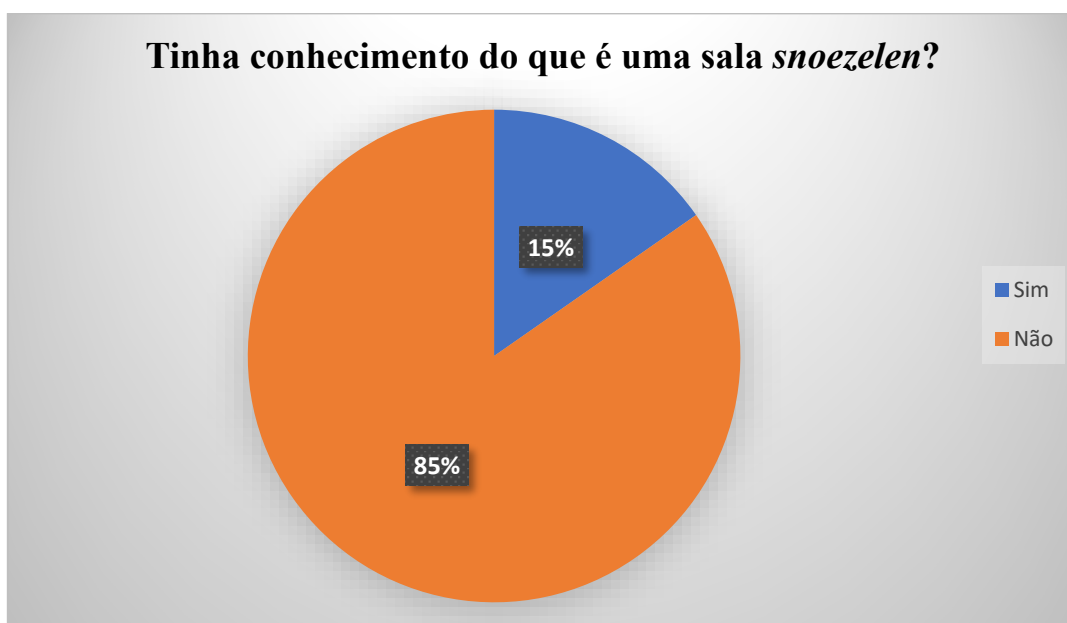


Gráfico 7 – Tinha conhecimento do que é uma sala *snoezelen*?
Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Perante a afirmação: “A utilização do equipamento existente numa sala *snoezelen* pode retardar os efeitos da demência”, constatámos no gráfico 8 que 32% dos inquiridos concorda totalmente, 54% concorda e 14% nem concorda nem discorda.

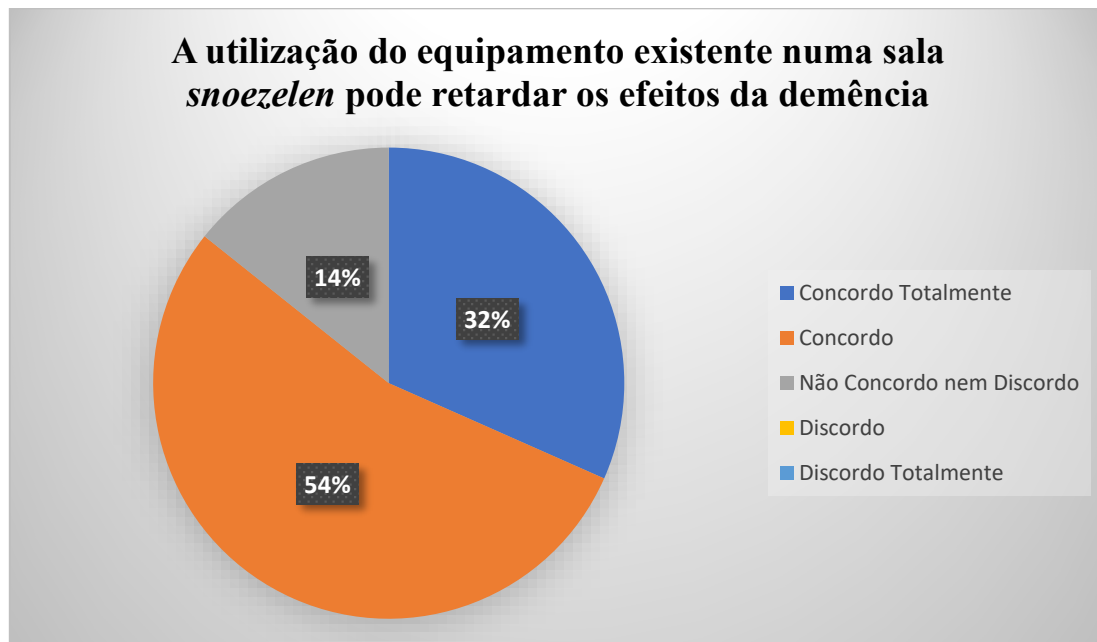


Gráfico 8 – A utilização do equipamento existente numa sala *snoezelen* pode retardar os efeitos da demência.

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Perante o gráfico 9, verificamos que 39% dos inquiridos concorda totalmente e 56% concorda, concluindo assim que os inquiridos reconhecem o potencial que uma sala *snoezelen* pode ter na estimulação multissensorial, bem como relaxamento e lazer.

Este tipo de sala permite, por um lado a estimulação multissensorial e por outro lado o relaxamento e lazer

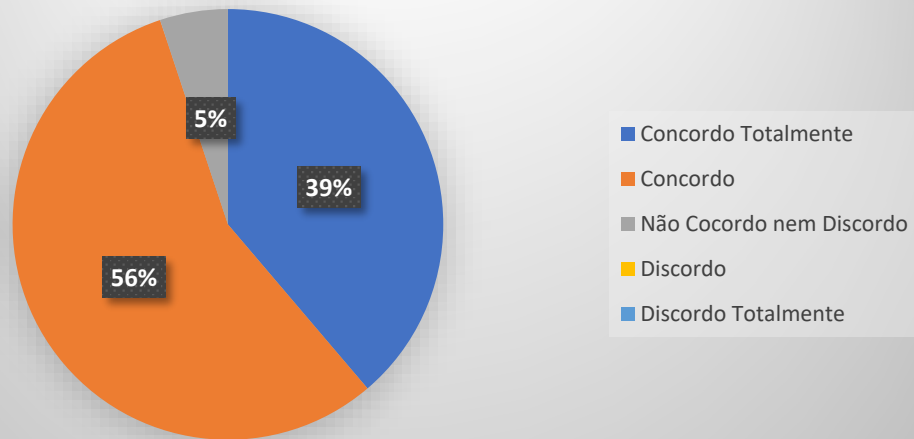


Gráfico 9 – Este tipo de sala permite, por um lado a estimulação multissensorial e por outro lado o relaxamento e lazer.

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

No gráfico 10, é de salientar que 39% dos inquiridos concordam totalmente e 55% concordam que a terapia *snoezelen* possibilitam conforto e diferentes sensações para quem as utiliza.

As técnicas utilizadas na terapia *snoezelen* proporcionam conforto e permitem experienciar diferentes sensações

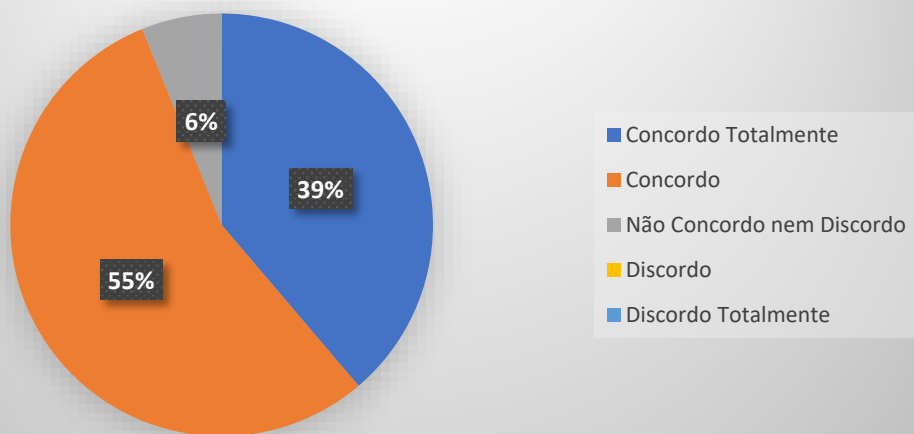


Gráfico 10 – As técnicas utilizadas na terapia *snoezelen* proporcionam conforto e permitem experienciar diferentes sensações.

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

No gráfico 11, os inquiridos através das suas respostas demonstraram que sabem que esta terapia pode ser adaptada a cada utente, indo assim ao encontro das suas necessidades, isto torna-se evidente porque 40% concorda totalmente e 53% concorda com a afirmação.

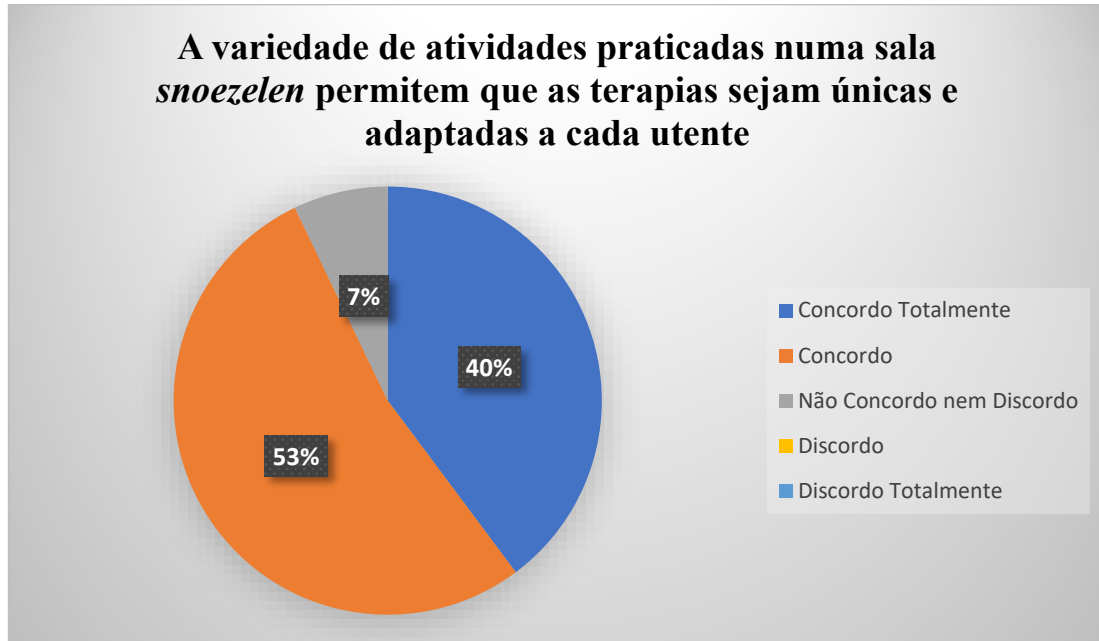


Gráfico 11 – A variedade de atividades praticadas numa sala *snoezelen* permitem que as terapias sejam únicas e adaptadas a cada utente.

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Com as percentagens atribuídas (54% - concorda totalmente e 46% - concorda) à seguinte afirmação (gráfico 12), é notório que já há uma maior consciencialização sobre a importância da alimentação na saúde.

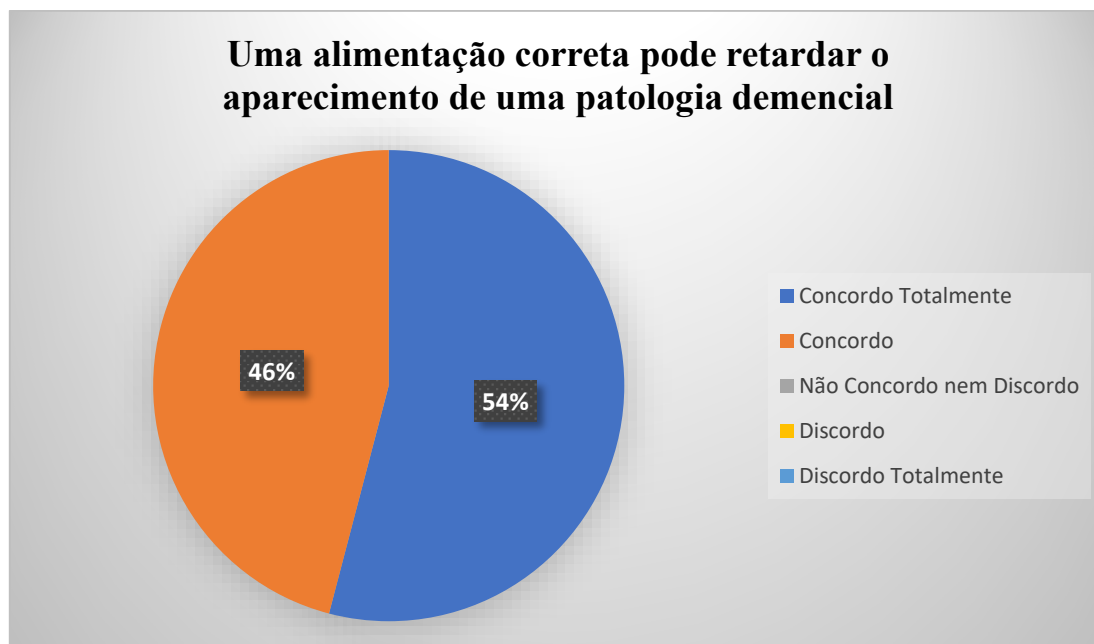


Gráfico 12 – Uma alimentação correta pode retardar o aparecimento de uma patologia demencial.
 Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

No gráfico 13 verifica-se que os inquiridos reconhecem bem, pelas percentagens apresentadas, os benefícios de praticarem atividade física. Neste sentido, deveremos salientar que o exercício físico melhora o seu nível cardiorrespiratório, a sua mobilidade diária tendo demência ou não e a sua função cognitiva.

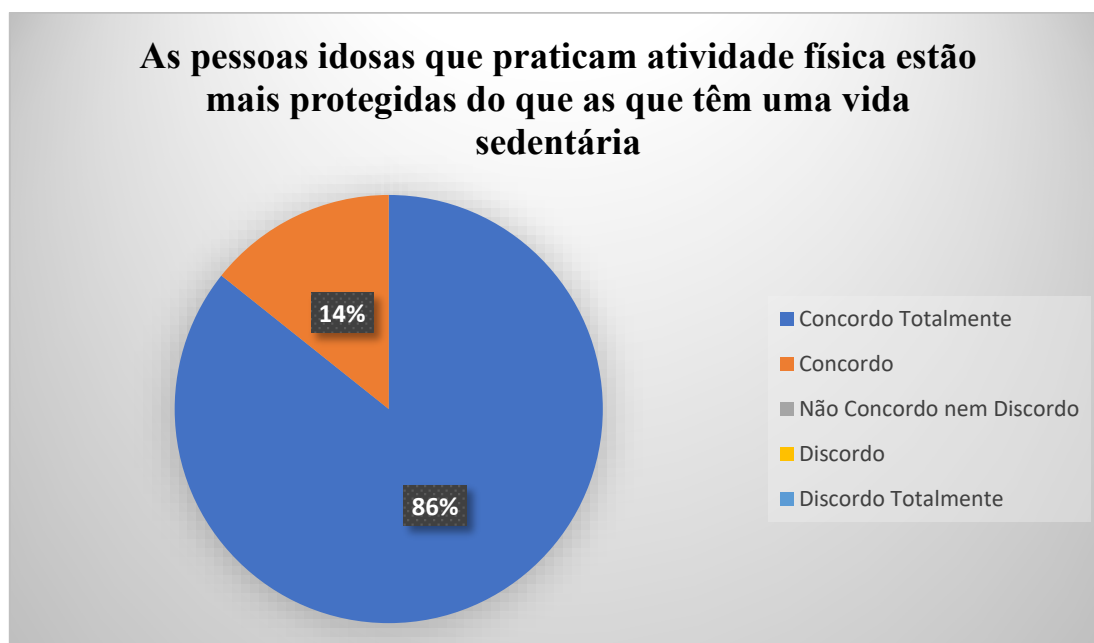


Gráfico 13 – As pessoas idosas que praticam atividade física estão mais protegidas do que as que têm uma vida sedentária.
 Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Com as percentagens dos resultados representados no gráfico 14, é evidente que os inquiridos demonstram que a atividade física aliada a uma correta alimentação podem fazer a diferença.

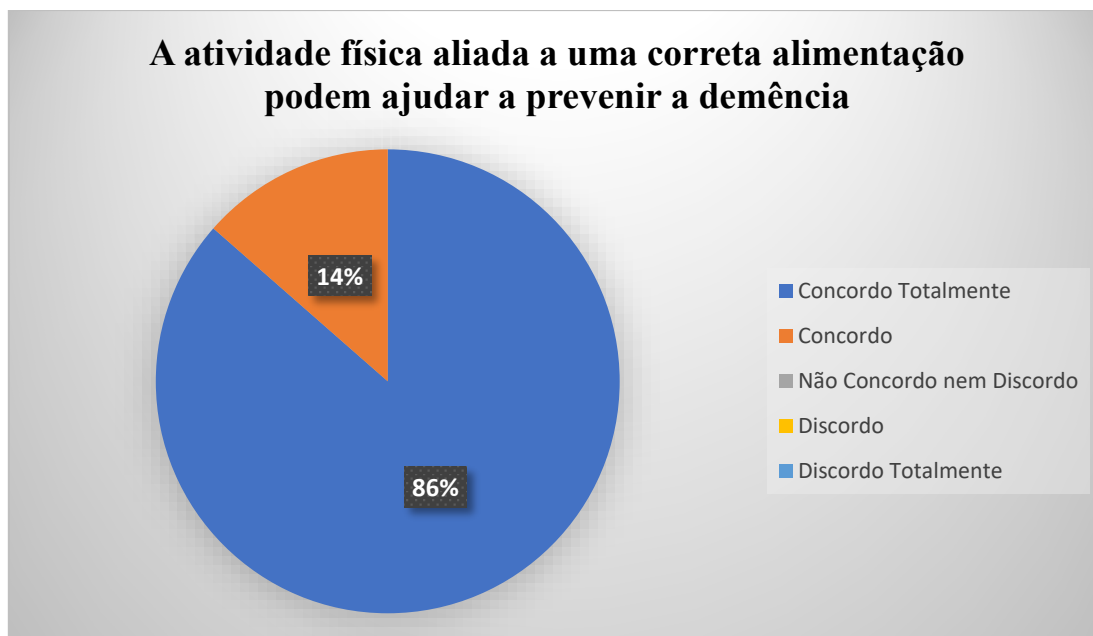


Gráfico 14 – A atividade física aliada a uma correta alimentação podem ajudar a prevenir a demência.

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

No gráfico 15, os inquiridos reconhecem que para além dos aspetos físicos, a alimentação e a atividade física podem melhorar em muito a sua qualidade de vida.

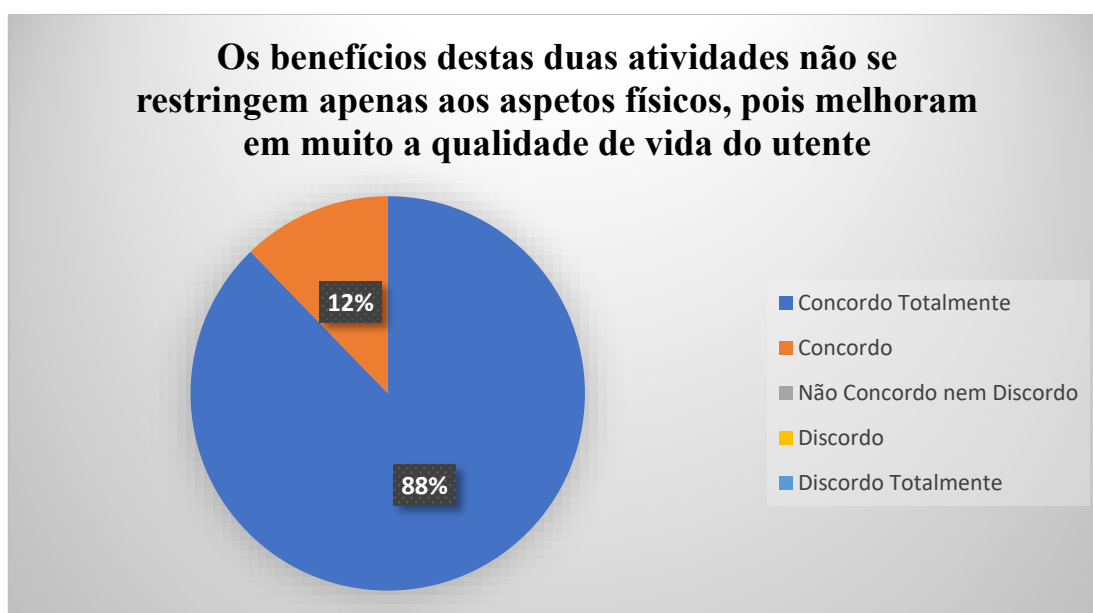


Gráfico 15 – Os benefícios destas duas atividades não se restringem apenas aos aspetos físicos, pois melhoram em muito a qualidade de vida do utente.

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Depois de analisarmos os gráficos anteriores podemos concluir que à um conhecimento por parte dos inquiridos sobre a problemática nomeadamente o que é a demência e algumas patologias associadas, embora revelem falta de conhecimento sobre a sua prevenção, bem como uma sala com ambiente *snoezelen*.

É notório que depois de uma pequena leitura das definições de demência, de *snoezelen* e dos benefícios da mesma, os inquiridos têm mais consciência da funcionalidade de uma sala *snoezelen* e conseqüentemente da prevenção de demências. Demonstram também conhecimento das vantagens da atividade física e de uma alimentação correta.

IV.4.3 – Recetividade do projeto por parte dos inquiridos

Em relação à questão “Caso precisasse, ou um familiar seu necessitasse, estaria disposto(a) a utilizar este tipo de equipamento, na nossa Instituição”, observamos no gráfico 16 que 76% responderam sim, 2% não e 22% talvez. Concluimos assim que a maior parte dos inquiridos utilizaria o nosso serviço.

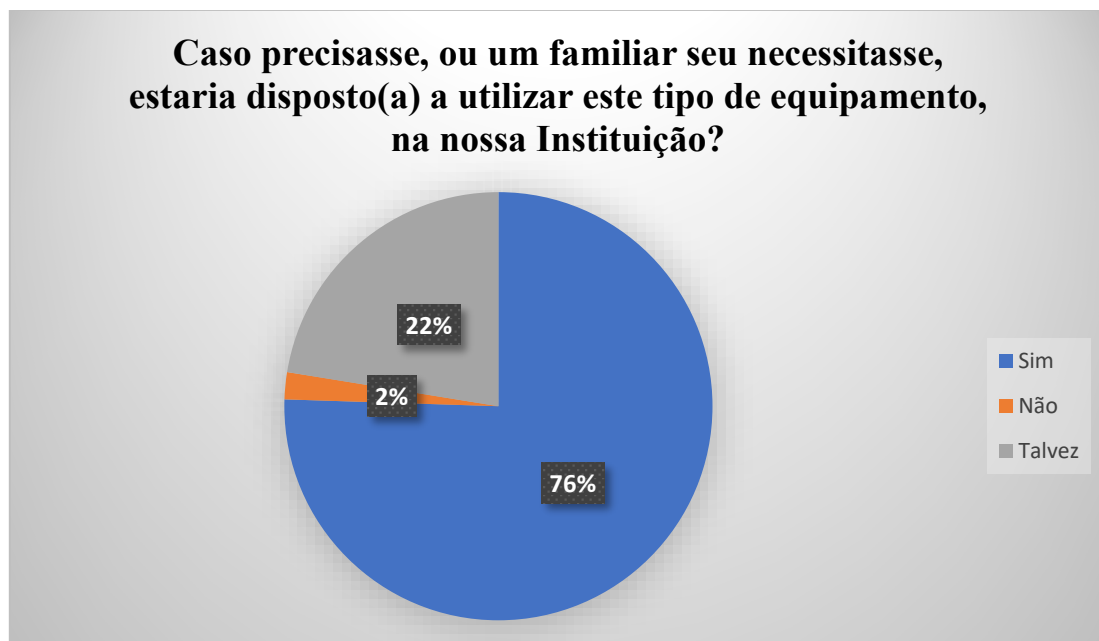


Gráfico 16 – Caso precisasse, ou um familiar seu necessitasse, estaria disposto(a) a utilizar este tipo de equipamento, na nossa Instituição?

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Segundo os nossos inquiridos (gráfico 17), é notório que o impacto que este projeto trará no combate à demência será benéfico para reduzir esta problemática no concelho, pois 89% considera-o muito positivo.

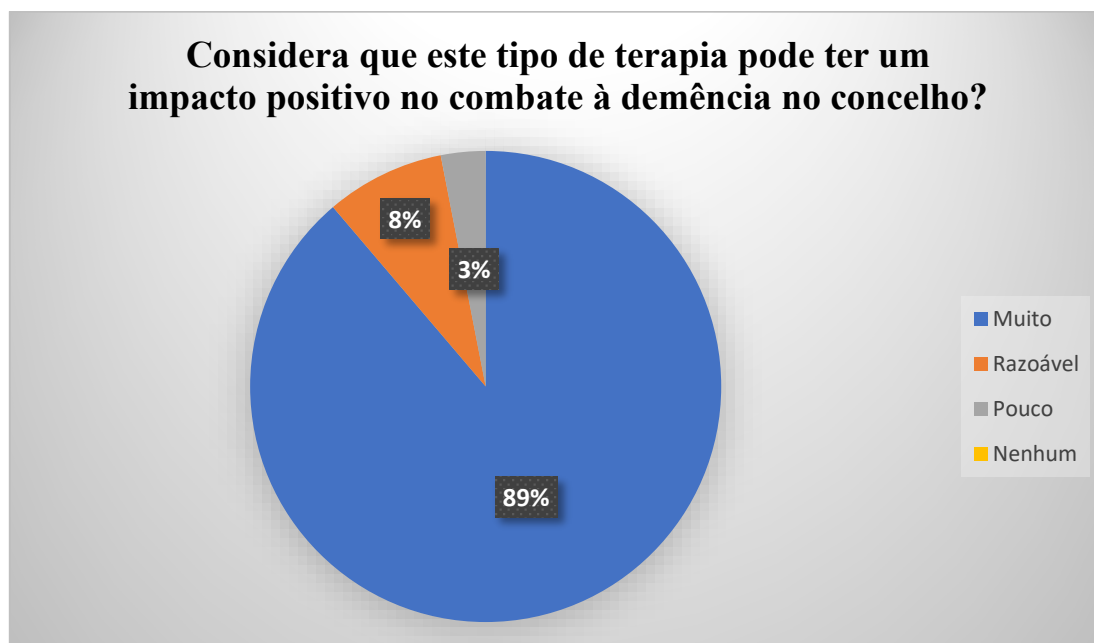


Gráfico 17 – Considera que este tipo de terapia pode ter um impacto positivo no combate à demência no concelho?

Fonte: “Elaboração própria, (2021)”

Depois de analisarmos, os gráficos 16 e 17 constatamos que 76% da população inquirida estará disposta a utilizar/beneficiar da sala de *snoezelen* instalada na Instituição, demonstrando assim a realização deste projeto um passo importante para o futuro da prevenção da demência na região, principalmente no concelho de Tarouca.

V – CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO, FREGUESIA, INSTITUIÇÃO E FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA

V.1 – Caraterização geral do concelho de Tarouca



Figura 15 - Brasão da Cidade de Tarouca
Fonte: “Tarouca, (2019)”

Tarouca é cidade (desde o dia 9 de dezembro de 2004) e sede do concelho com o mesmo nome, como se pode verificar pelo seu brasão. Pertence à comarca e Diocese de Lamego (10 Kms de distância) e ao distrito de Viseu distando seis dezenas de km da sua capital. Compõem-no 7 freguesias: Mondim da Beira, São João de Tarouca, União das Freguesias de Gouveães e Ucanha, União das Freguesias de Granja Nova e Vila Chã da Beira, União das Freguesias de Tarouca e Dálvares, Várzea da Serra e Salzedas, que iremos abordar mais à frente (Tarouca, 2019).

A sede do concelho situa-se junto à EN 226 à distância de 8 km do nó da A24 de Calvilhe (Lamego). A EN 329 liga o concelho a Vila Nova de Paiva a sudeste, enquanto a nascente a ligação a Moimenta da Beira faz-se pela EN 226. Através da EM 520 chega-se a Armamar, a nordeste do concelho. A estação ferroviária e o cais fluvial da cidade da Régua servidos pela A24 ficam a cerca de 15 minutos, enquanto o Porto e as suas importantes infraestruturas aeroportuárias e portuárias distam cerca de uma hora e trinta minutos (Tarouca, 2019).

Geograficamente confina a oeste e noroeste com o concelho de Lamego, a norte e nordeste com o concelho de Armamar, a este e sudeste com o concelho de Moimenta da Beira, a sul com o concelho de Castro Daire e a sudeste com Vila Nova de Paiva (Tarouca, 2019).

O município de Tarouca estende-se por uma área de 102 km², tendo uma população residente de 7 748 habitantes (como se pode comprovar pelos dados fornecidos pelo

gráfico 18), o que lhe dá uma densidade populacional de aproximadamente 77,4 habitantes por cada km², (como se pode verificar pelo gráfico 1 abaixo de acordo com o ano de 2017), embora se estimem em cerca de 3 000 os tarouquenses emigrados na Suíça e outros países europeus que não se incluíram nesse recenseamento (Tarouca, 2019).

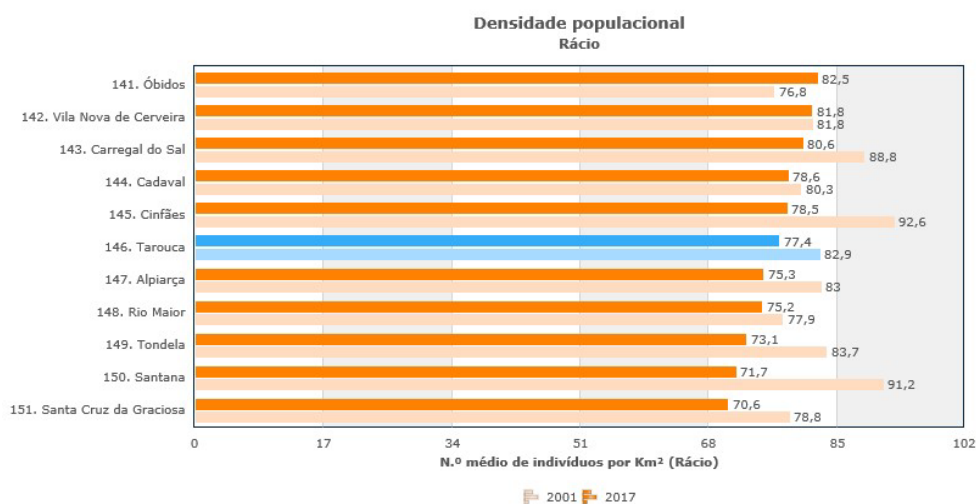


Gráfico 18 – Densidade Populacional: Número médio de indivíduos por Km² no concelho de Tarouca

Fonte: “PORDATA, (2019)”

Cerca de metade do território do concelho encontra-se em áreas baixas ou vales com uma altitude média de 400/500 metros, enquanto a restante parte se situa em zonas mais elevadas, cuja altitude chega a atingir os 1 100 metros no seu ponto mais alto. O altiplano da Nave, que desde a Lapa se prolonga até ao Montemuro, marca a parte sul do concelho formando uma barreira natural que se denomina Serra de Santa Helena. A sudeste ergue-se o Monte Raso e, entre eles, outros contrafortes se elevam, ondulando suavemente a grande bacia do concelho (Tarouca, 2019).

Tarouca situa-se na zona de transição entre as Beiras e o Alto Douro, o que lhe confere características diversas. Enquanto a parte a sul do concelho, a mais elevada, apresenta Invernos rigorosos com bastante precipitação (muitas das vezes sob a forma de neve) e com Verões quentes. Já a zona norte tem o inverno mais ameno, embora o estio também seja quente e seco (Tarouca, 2019).

O clima e a orografia do terreno a que se juntam os três principais cursos de água que atravessam o concelho influem decisivamente no tipo de cultura predominantes e no tipo de povoamento existente. Assim, temos as freguesias mais a norte com os seus belos olivais, vinhas e pomares de macieiras e pereiras e com um povoamento relativamente disperso e estruturado ao longo das vias de comunicação. Nas zonas mais montanhosas

a cobertura arbórea dominante é constituída por castanheiros e carvalhos, sendo visível um tipo de povoamento concentrado. Várias manchas florestais de pinheiro têm sobrevivido ao flagelo dos incêndios, revestindo ainda extensas áreas nas vertentes dos montes. O cereal mais abundante é o centeio, embora nos vales mais largos apareça frequentemente o milho a bordejar os cursos do rio mais caudaloso. A pastorícia e a criação de gado são também práticas correntes nas partes mais elevadas do concelho, testemunhadas na quantidade de abrigos de pastores que, um pouco por toda a serra, são visíveis (Tarouca, 2019).

No grande vale do Varosa o mês de maio pode tornar-se uma agradável surpresa para os visitantes, ao se depararem com a beleza e o agradável odor da flor do sabugueiro. Inicialmente plantada para servir de vedação às propriedades, o sabugueiro tornou-se a principal fonte de receita para muitos agricultores, pois a sua baga tem inúmeras aplicações, desde a indústria farmacêutica à tinturaria, passando pela medicina tradicional e doçaria. Anote-se que Tarouca é o concelho do país com maior produção de baga de sabugueiro (Tarouca, 2019).

A superfície agrícola do concelho ronda os 30% e a exploração florestal cerca de 53%. Os setores secundário e terciário são aqueles que maior percentagem de população ocupa. A indústria agroalimentar e a construção civil têm constituído dois importantes polos geradores de emprego e de riqueza da região. À produção de vinhos de mesa e espumantes naturais estão associadas duas importantes unidades, integradas na Região Demarcada de Espumantes e Vinhos de Mesa do Varosa, responsáveis pelo escoamento e rentabilização de grande parte da produção vinícola da região. A castanha, que nas áreas mais elevadas do concelho representa uma importante fonte de rendimento quer pela quantidade de produção quer pela sua qualidade, é responsável pela integração do concelho na Região de Denominação de Origem Protegida «Soutos da Lapa». Em franca expansão, encontra-se a indústria turística, a que não serão alheias as belezas naturais e o notável património histórico, cultural e arquitetónico que atraem inúmeros visitantes que, aos poucos, têm visto surgir várias infraestruturas de apoio, nomeadamente no setor da restauração e do alojamento de qualidade, onde se incluem três unidades de turismo de habitação (Tarouca, 2019).

V.2 – Caraterização da freguesia de Salzedas

Salzedas é uma freguesia portuguesa do concelho de Tarouca, com 8,92km² de área e 767 habitantes (censos de 2011). A sua densidade populacional é de 86 habitantes /km².

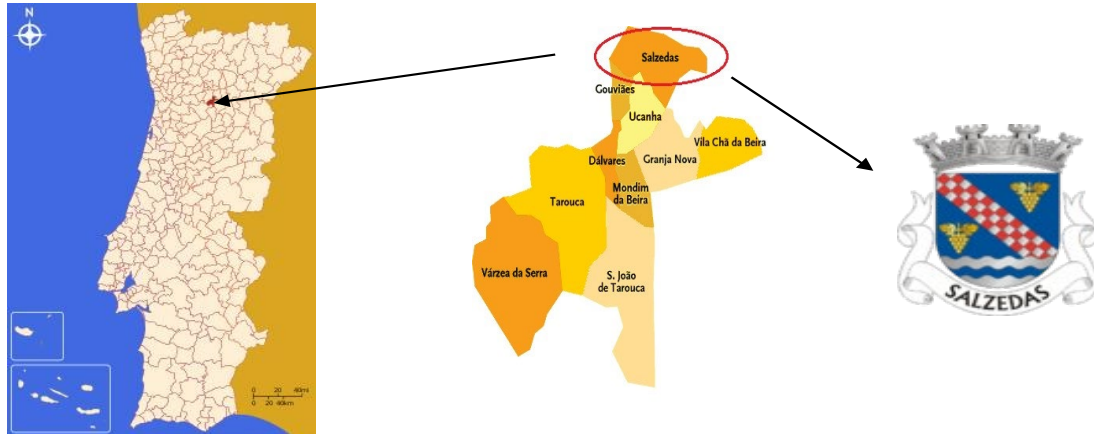


Figura 16 - Mapas com identificação do concelho de Tarouca, das Freguesias do concelho de Tarouca e respetivo brasão da Freguesia de Salzedas

Fonte: “Tarouca, (2019)”

População da Freguesia de Salzedas

1864	1878	1890	1900	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001	2011
1456	1478	1580	1596	1494	1469	1597	1562	1708	1206	1167	1306	1206	861	767

Tabela 2 – População da Freguesia de Salzedas desde 1864 até 2011

Fonte: “PORDATA, (2019)”

Esta freguesia é a que está mais distante do concelho e também é a maior, sendo formada pelas povoações de Cortegada, Meixedo, Murganheira, Covais de Cima, Salzedas (Vila) e Vila Pouca.

Situada na margem direita do rio Varosa tem como setor económico principal a agricultura sendo esta de subsistência (azeite, vinho para o fabrico do espumante Murganheira, baga de sabugueiro, batata e árvores de fruto). É uma aldeia vinhateira do Douro (Tarouca, 2019).

O seu património histórico é bastante rico, pois a sua origem remonta ao século XII, tendo aí sido construído o Mosteiro Cisterciense de Santa Maria de Salzedas por ordem

de D. Teresa Afonso, esposa de Egas Moniz. Chegou a ser um dos maiores e mais ricos mosteiros portugueses, detentor de uma biblioteca notável. Atualmente, representa um ponto turístico importante no concelho. Existe ainda a antiga judiaria, os miradouros, o museu de arte sacra e a ponte romana da Vila Pouca com três moinhos de rodízio únicos também no concelho (Tarouca, 2019).

A nível cultural destacamos a existência de um grupo de Cantadores de Reis e Janeiras e uma das mais antigas Banda Musical do país, com 189 anos, designada de Sociedade Filarmónica de Salzedas (Tarouca, 2019).

A nível populacional, a tendência de evolução é negativa e as causas são comuns a outras regiões do interior do país como por exemplo: as pessoas deslocam-se para o litoral nomeadamente Porto e Lisboa ou para o estrangeiro, na procura de melhores condições de vida, especialmente os casais jovens, que têm ou planeiam ter filhos (Tarouca, 2019). Em relação ao índice de envelhecimento da população do município de Tarouca tem vindo a acompanhar a tendência nacional.

De acordo com o gráfico 19, o índice de envelhecimento no ano de 2017 no nosso país foi de 153,2%, ou seja, tem vindo a aumentar o número de idosos.

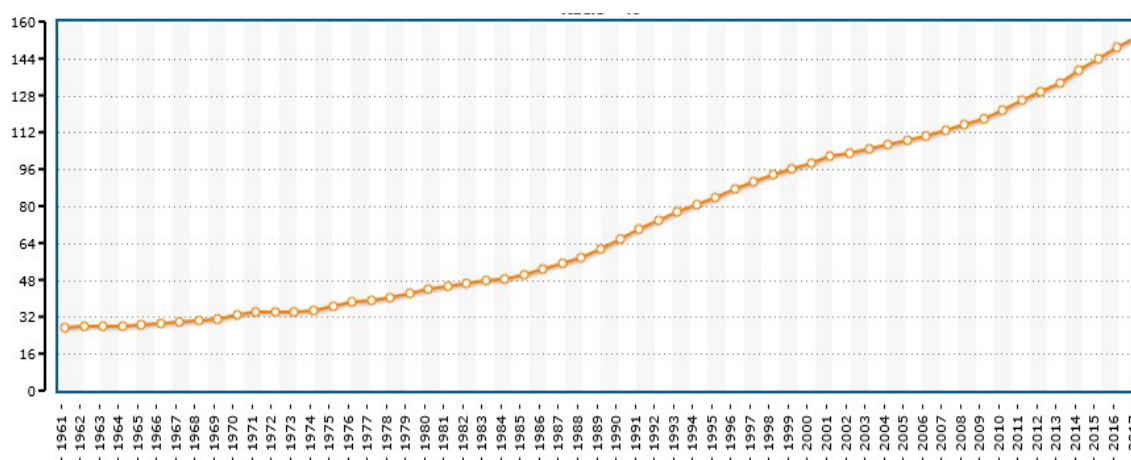


Gráfico 19 – Índice de envelhecimento em Portugal desde 1961 até 2017
Fonte: “PORDATA, (2019)”

Relativamente, ao índice de envelhecimento do concelho de Tarouca, no ano de 2017 era de 171,4%, com se pode verificar na tabela abaixo, ou seja, por cada 100 jovens havia 171,4 idosos (Tarouca, 2019).

Município de Tarouca			
	2001	2011	2017
População	8293	8043	7748
Freguesias	10	10	7
Idosos por cada 100 jovens	93,9	124,5	171,4

Tabela 3 – Índice de envelhecimento do concelho de Tarouca desde 2001 até 2017
Fonte: “PORDATA, (2019)”

Na freguesia de Salzedas, o panorama do envelhecimento não é diferente do resto do país.

Distribuição da população por grupos etários no País			
Idades	0 - 14	15 -64	> 65
2001	1 679 191	6 978 257	1 705 274
2011	1 584 037	6 981 489	1 992 034

Tabela 4 – Distribuição da população por grupos etários no País de 2001 até 2011
Fonte: “PORDATA, (2019)”

Distribuição da população por grupos etários na Freguesia de Salzedas				
Idades	0 - 14	15 -24	25 - 64	> 65
2001	151 (17,5%)	154 (17,9%)	434 (50,4%)	122 (14,2%)
2011	116 (15,1%)	87 (11,3%)	403 (52,5%)	161 (21,0%)

Tabela 5 – Distribuição da população por grupos etários na Freguesia de Salzedas de 2001 até 2011
Fonte: “PORDATA, (2019)”

Embora, de acordo com a tabela 5, esta freguesia continue a ter um maior número de população ativa do que idosa, prevê-se que nos próximos Censos de 2021, esta situação provavelmente alterar-se-á. Em 2011, a proporção da população com 65 ou mais anos é de 21% contrastando com os 14,2% de 2001. Por seu lado, a proporção da população com menos de 14 anos é, em 2011, de 15,1% e em 2001, esta proporção era de 17,5%.

V.3 – Caraterização do Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas (CSPVS)



Figura 17 - Imagem exterior do CSPVS
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

Numa freguesia onde as taxas de envelhecimento são significativas tornou-se necessário a criação de uma Instituição de Solidariedade Social para dar uma resposta mais adequada e encontrar as melhores soluções à diversidade dos problemas das famílias e dos cidadãos idosos, requerendo a disponibilização de serviços facilitadores dessas mesmas exigências, colocando-se-lhes o desafio de responder não só em quantidade, mas também em qualidade.

V.3.1 – Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas

O Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas (CSPVS) é uma Instituição Particular de Social de Solidariedade (IPSS), sem fins lucrativos, criada pela Fábrica da Igreja Paroquial de Salzedas. Emergiu na comunidade como forma de resposta aos problemas sociais da população, onde desenvolve as seguintes respostas sociais: Centro de Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (Salzedas, 2015).

Para a criação destas respostas sociais, necessitou de fazer obras de requalificação do edifício da antiga Escola Primária. O financiamento desta requalificação foi obtido ao

abrigo Programa PRODER - Medida 3.2.2. Apoio de Serviço Domiciliário, tendo sido obtido 51% do valor total da obra (Salzedas, 2015).

A nível físico, o projeto de arquitetura e acessibilidades para a construção do CSPVS foi elaborado tendo em conta a estrutura da antiga Escola Primária da Vila de Salzedas, construção anexa e terreno atrás da escola (Torres, 2014).

Esta instituição tem capacidade de equipamento para 20 utentes na valência de Centro de Dia e de 30 utentes de Serviço de Apoio Domiciliário.

A área bruta de construção é de 680,90m².

A área útil total é de 568,20m².

O número de trabalhadores previsto para o funcionamento do equipamento é de cerca de 8 funcionários, existindo o mesmo número de cacifos na zona dos vestiários (Torres, 2014).

Em relação aos Recursos Humanos, como já foi referido anteriormente, o número de trabalhadores para o funcionamento desta instituição é de cerca de 8 funcionários, sendo que 4 deles se encontram com Contrato de Emprego-Inserção+, celebrado no âmbito da medida de Desempregados Beneficiários do Rendimento Social de Inserção e outros Desempregados elegíveis, 3 deles desempenham a categoria de Ajudante Familiar e 1 desempenha a categoria de Ajudante de Cozinha. Outro funcionário encontra-se com contrato de estágio, celebrado no âmbito da medida Estágios Profissionais. Com contrato de trabalho a termo certo existe um funcionário, no qual um desempenha a função de Ajudante de Cozinha e com contrato de trabalho sem termo existem dois funcionários, um desempenha a função de Diretor Executivo e o outro de Cozinheiro.

A nível de Utentes ou Público-Alvo, este centro pretende dar resposta aos seguintes destinatários:

- a) Pessoas de 65 anos e mais, cuja situação de dependência não lhes permita satisfazer as suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária;
- b) Pessoas de idade inferior a 65 anos que por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária (Regulamento Interno, 2017).

O Serviço de Apoio ao Domicílio tem capacidade de prestar apoio a 30 utentes e o Centro de Dia a 20 utentes. Atualmente dá resposta a 29 utentes, sendo que 10 utentes pertencem à valência de Serviço de Apoio ao Domicílio e 19 utentes à valência de Centro de Dia.

Destes 29 utentes, 12 são homens e 17 são mulheres, com idades compreendidas entre os 61 e os 92 anos de idade. Neste público-alvo predominam doenças como diabetes, hipertensão arterial, bronquite, cancro, osteoporose, doenças de *Parkinson* e de *Alzheimer*, doenças cardiovasculares, infeções urinárias, acidentes vasculares cerebrais (AVC), osteoartrose, perda de audição, doenças atribuíveis ao álcool, reumatismo e pneumonias. Outra característica importante é que todos estes utentes têm um fraco nível de escolarização e a maioria deles não sabe ler nem escrever. Os seus recursos económicos são muito baixos.

V.3.2 – Análise do meio envolvente externo da instituição

A sobrevivência da instituição depende da sua capacidade de interação com o meio envolvente, daí a importância dos seguintes fatores:

- Fatores político-legais

Os fatores políticos estão intrinsecamente ligados à influência que os governos podem ter sobre a atividade económica da instituição, quer através de criação de políticas interventivas, quer na regulação que pode exercer sobre essa atividade, ou seja, os fatores políticos incluem áreas como a política fiscal, o direito do trabalho, o direito ambiental, a restrição comercial, as taxas e a estabilidade política. Os fatores legais dizem respeito ao enquadramento legal mais diretamente ligado à atividade. É o caso, da proteção do consumidor, da regulação da concorrência, da segurança alimentar e do desemprego, da lei antidiscriminação, da lei do direito do consumidor, da lei do direito da concorrência, da lei do direito do trabalho e das leis de saúde e segurança. Estes fatores podem afetar o modo como a instituição atua, os seus custos e a procura dos seus serviços (Santos, 2014). O CSPVS já beneficia de políticas de apoio ao idoso sendo elas as respostas sociais de CD e SAD que têm como objetivo prevenir e reparar situações de carência económica e social, fomentado a autonomia e as relações pessoais entre os idosos e retardando assim, a sua institucionalização. A criação deste projeto vai ao encontro dos objetivos mencionados anteriormente, tornando-se uma ferramenta essencial na prevenção da demência e garantindo assim a qualidade de vida dos utentes.

Outro fator político que influencia o sucesso deste projeto são as participações económicas feitas pelo Instituto da Segurança Social, bem como os acordos de

cooperação com a instituição e própria pensão de velhice à qual será taxada uma percentagem.

-Fatores socioculturais

Segundo Kotler (1993), os fatores culturais são os que exercem a mais ampla e profunda influência sobre o comportamento do consumidor, ou seja, o processo de socialização com a família, amigos, escola, televisão, entre outros proporcionam e influenciam uma aprendizagem cultural.

O ambiente social em que a instituição está inserida também tem impacto no seu funcionamento e até desenvolvimento/crescimento. Os fatores sociais incluem as influências culturais do público-alvo. Estes fatores incluem diferentes variáveis como a língua, o isolamento, o aumento da população idosa, as reformas baixas, a história, a desertificação rural, os padrões de consumo, as taxas de crescimento, a cultura, a demografia e a taxa de analfabetismo (Almeida, 2011).

As características socioculturais da região onde este projeto será desenvolvido vão ao encontro das variáveis mencionadas anteriormente, ou seja, o aspeto cultural do consumidor vai influenciar a receptividade ao projeto pois trata-se de um meio com uma baixa densidade populacional, o que facilita a socialização proporcionando uma aprendizagem cultural. Os aspetos sociais que caracterizam o meio são: população idosa, isolamento, reformas baixas e a desertificação, estes fatores originaram a que os erros alimentares fossem comuns, a falta de conhecimento dos benefícios da atividade física e pouco estímulo cognitivo, estão a provocar um aumento significativo de pessoas com demências.

Por isso, podemos concluir que o impacto que terão no início da atividade pode não ser o mais favorável. Compete, por isso, à instituição fazer um estudo de reconhecimento destes fatores condicionantes, desenvolvendo mecanismos que possam inverter esses fatores menos favoráveis.

- Fatores económicos

Em termos económicos, ao nível do número de empresas existentes no município, as principais encontram-se nos sectores relacionados com o “Comércio por grosso e a retalho”, “Construção” e “Atividades imobiliárias, alugueres e serviços prestados às empresas”. As principais empresas da indústria transformadora existentes no concelho são relativas às “Indústrias Alimentares, das bebidas e do tabaco” e “Indústrias

metalúrgicas de base e de produtos metálicos”. O concelho tem como principais atividades relacionadas com o sector primário a agricultura (batata, macieira, vinha, oliveira e sabugueiro) e a criação de gado. A atividade turística encontra-se em franca expansão (devido ao património natural – praias fluviais em Mondim da Beira, Ucanha e Várzea da Serra, com atividades de desporto, como canoagem e lazer-histórico, cultural e arquitetónico). O concelho de Tarouca apresenta dezasseis registos de património classificado e em vias de classificação no Instituto Português do Património Arquitetónico (IPPAR), e vinte e três registos de sítios arqueológicos registados no Instituto Português de Arqueologia (IPA) (Tarouca, 2019).

O concelho insere-se ainda no Pólo de Desenvolvimento Turístico do Douro, facto que contribuirá para uma maior dinamização deste setor (Tarouca, 2019).

Estes fatores podem influenciar o sucesso deste projeto, ou seja, se por um lado temos utentes com pensão de velhice baixas resultantes da sua atividade económica, esta poderá condicionar o acesso a cuidados de saúde. Por outro lado, a localização da instituição pode rentabilizar o projeto, pois está inserida no Pólo de Desenvolvimento Turístico do Douro e tem um registo de património classificado pelo IPPAR. Posto isto, a freguesia de Salzedas é um posto turístico do concelho de Tarouca, onde é visitada anualmente por muitos turistas.

Este projeto sendo pioneiro na região, a instituição pode beneficiar deste fator diferenciador e aproveitando a grande afluência de turismo para o divulgar.

-Fatores ambientais do concelho

O concelho situa-se na zona de transição entre as Beiras e o Alto Douro, apresentando características diversas: a parte sul do concelho (mais elevada) apresenta invernos rigorosos com elevada precipitação (por vezes sob a forma de neve), e com verões quentes, enquanto a zona norte tem um inverno mais ameno (embora o verão também seja quente e seco). Em termos hidrográficos, o concelho de Tarouca pertence à Bacia Hidrográfica do Rio Douro. Os principais cursos de água existentes no concelho são: o rio Varosa (afluente da margem esquerda do rio Douro, que atravessa todo o concelho), ribeira de Tarouca (afluente do rio Tarouca), para além de outros cursos de água temporários. O concelho de Tarouca é servido pelo Sistema Multimunicipal de Abastecimento de Água e de Saneamento de Trás-os-Montes e Alto Douro, o qual tem como função a captação, tratamento, e distribuição de água para consumo público e recolha, tratamento e rejeição de efluentes. O concelho de Tarouca insere-se ainda no

sistema aquífero do Maciço Antigo Indiferenciado. O Maciço Antigo é a unidade geológica que ocupa a maior extensão em Portugal, sendo constituído essencialmente por rochas eruptivas e metassedimentares. As litologias associadas a este tipo de rochas são normalmente designadas (pelos hidrogeólogos) por rochas fraturadas ou fissuradas. Em termos gerais, podem-se considerar como materiais com escassa aptidão hidrogeológica, pobres em recursos hídricos subterrâneos. Ainda assim, apesar da escassez do recurso, eles desempenham um papel importante, tanto no abastecimento à população, como na agricultura (INAG, 2000). No que se refere à ocupação do solo, o concelho apresenta cerca de 29% ocupado com superfície agrícola e 65% com exploração florestal, facto que lhe pode atribuir vulnerabilidade ao risco de ocorrência de incêndio florestal (Tarouca, 2019).

-Fatores ambientais a nível da acessibilidade e segurança

Os fatores externos, a nível ambiental, de acessibilidade e de segurança em Portugal e na região estão assegurados ao abrigo do Decreto-lei nº 33/2014, de 4 de março, que aprova o regime de instalação e funcionamento dos estabelecimentos de apoio social. A nível regional e sob a orientação do artigo 7º do Decreto-lei nº 33/2014, de 4 de março, o licenciamento da construção é requerido à Câmara Municipal e está sujeito às especificidades do mesmo.

Os fatores internos estão, assim, assegurados através do licenciamento de construção requeridos à Câmara Municipal, pois o CSPVS está devidamente adaptado a acolher as novas infraestruturas para o capacitar a prestar serviço de prevenção de demências, pois é uma instituição com as suas infraestruturas construídas no ano 2015, onde já houve uma preocupação no que diz respeito às acessibilidades, bem como evitando barreiras arquitetónicas e uma localização de fácil acesso. A nível de segurança, houve também uma preocupação de garantir a segurança do próprio edifício através de alarmes, detetores de incêndios, entre outros. A nível da segurança de funcionários e utentes está garantida a segurança através de várias ajudas técnicas colocadas nos vários compartimentos, assim como alarmes nas casas de banho e portas de entrada e saída.

- Fatores tecnológicos

Não podíamos deixar de fazer referência aos fatores tecnológicos, visto a importância que assumem nas organizações do terceiro setor. Este é um tempo de grande exigência no campo do conhecimento, da informação, da comunicação e da tecnologia. A utilização

inteligente e estratégica de novas tecnologias, com destaque para as que se ligam à informática, à internet e às redes sociais interativas, pode abrir caminhos cada vez mais interessantes e úteis para o incentivo a formas renovadas de interação, de comunicação interna e externa e de conhecimento. Os fatores tecnológicos são ferramentas de auxílio que podem aumentar a produtividade, gerar economia e dar uma estrutura muito melhor para se trabalhar com mais conforto e comodidade, sem perder o retorno pessoal e financeiro. Além, destes benefícios para a empresa, os fatores tecnológicos também trazem vantagens para o cliente, como por exemplo encontrar novas oportunidades de mercado, uma maior diferenciação na concorrência, aumento da qualidade do produto/serviço e rapidez de entrega. Isto tudo conjugado permite a obtenção de um maior sucesso da empresa (Santos, 2014).

Assumindo que as novas tecnologias influenciam diretamente o sucesso deste projeto, e este estar inserido num país em que proporciona uma boa cobertura de telecomunicações e de acesso à internet, permite assim um vasto leque de oportunidades de novas aprendizagens. Será criado um site para promover a interatividade entre os nossos serviços, os clientes e momentos de formação para colaboradores. Este projeto beneficiará a nível informático de recursos já existentes na instituição, a modo de agilizar processos tanto de admissão como de programação.

V.3.3 – Análise do meio ambiente interno da instituição

O meio envolvente interno da instituição é constituído pelos elementos que interagem diretamente com a atividade:

- Clientes

São possíveis utilizadores dos nossos serviços, nomeadamente os nossos utentes das valências sociais de Centro de Dia e de Serviço de Apoio ao Domicílio e das demais instituições já existentes no concelho e arredores, beneficiando assim de uma população envelhecida com elevado risco de contrair demência, que potencia a nossa oportunidade de negócio, pois estes clientes necessitam que se disponibilize equipamentos para contrariar esta tendência. Da prestação deste serviço resultará uma prestação mensal para colmatar as despesas da atividade e criar um fundo económico que possa garantir a sua sustentabilidade.

- *Comunidade*

A comunidade envolvente terá um papel crucial no desenvolvimento deste projeto, como já se verificou até agora com o grupo de voluntários e protocolos de cooperação com técnicos especializados que já têm desenvolvido trabalho nesta instituição. Assim, sendo, poderemos todos beneficiar com futuras parcerias sociais, culturais e económicas. Pois afirmar-nos-emos na região como uma instituição capacitada para inverter os índices demenciais resultantes de uma população envelhecida, proporcionado assim à comunidade um envelhecimento ativo e digno.

A localização deste projeto teve em conta a comunidade que nos rodeia, pois só assim faz sentido o investimento, ou seja, estrategicamente estamos sediados numa região onde a população/comunidade é envelhecida e em que os seus hábitos e costumes potencializam o aparecimento de demências. Assim, justificando o nosso projeto.

- *Concorrentes*

Depois de analisarmos as respostas sociais fornecidas pelas instituições do concelho e concelhos limítrofes verificamos a inexistência de serviços nesta área, sendo assim, consideramos que não temos concorrência direta. No entanto, algumas instituições já vão desenvolvendo algum trabalho na área da prevenção da demência, bem como algumas atividades na área da reabilitação físico/motora e estimulação cognitiva através de atividades estruturadas nos planos de reabilitação de cada utente, embora não tenham um espaço físico especializado.

- *Fornecedores*

São agentes económicos que prestam serviços ou vendem produtos para o funcionamento do nosso projeto.

Os fornecedores têm um papel fulcral na nossa atividade pois necessitamos de estabelecer uma correlação de confiança que permitirá uma rápida articulação entre a encomenda e a entrega, bem como a garantia da qualidade dos produtos e a sua durabilidade, pois estes podem ser muito influentes da sustentabilidade económica do nosso projeto (Rossi, 2020).

No que concerne, a fornecedores para equipamentos da sala de *snoezelen*, para ginásio e para limpeza foi feita uma pesquisa e verificou-se que existe um vasto leque de fornecedores na região e no país capazes de satisfazer as nossas necessidades.

- Stakeholders

Organizações, indivíduos e fatores que partilham recursos e têm interesse direta ou indiretamente relacionados com a nossa atividade, tais como as diversas IPSS do concelho, Junta de Freguesia, Câmara Municipal nomeadamente a secção de Serviços Sociais e a Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Tarouca. Estas instituições têm uma extrema relevância para a nossa atividade pois também necessitamos dos seus serviços e utentes para o sucesso deste projeto.

No que diz respeito às IPSS do concelho, Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Tarouca estes partilham um interesse direto relacionado com a nossa atividade, pois também estas têm utentes com esta problemática e vêm no nosso serviço a possibilidade da sua prevenção.

Quanto à Junta de Freguesia e Câmara Municipal têm um interesse indireto nos nossos serviços, porque o sucesso do nosso serviço garante uma melhor qualidade de vida dos seus munícipes.

V.3.4 – Análise *SWOT*

Na sigla *SWOT*, a letra (S) refere-se a *Strengths* (pontos fortes), a letra (W) significa *Weaknesses* (pontos fracos), a letra (O) representa *Opportunities* (oportunidades) e a letra (T) indica *Threats* (ameaças) (Patel, 2020).

A análise *SWOT* é uma ferramenta de estudo que nos permite fazer um diagnóstico estratégico da empresa, definindo as suas forças e fraquezas, oportunidades e ameaças. Esta análise é feita através de fatores internos (forças e fraquezas) que ajudam a identificar os pontos fortes e fracos da empresa relativamente à concorrência e de fatores externos (oportunidades e ameaças) que possibilitam uma análise ao meio envolvente e com isso influência a gestão da empresa (Patel, 2020).

Na nossa análise *SWOT* destacamos nas forças a boa localização de implementação do projeto, tais como a qualidade dos equipamentos e as infraestruturas, baseando-nos que este projeto será implementado numa região que é caracterizada por uma população idosa como baixos recursos económicos e culturais que potencializarão o aumento de clientes, juntamente com as boas infraestruturas já existentes. Em relação às oportunidades evidenciamos o aumento do índice de envelhecimento, bem como a falta de concorrência no concelho. No que concerne às fraquezas detetamos recursos humanos pouco

qualificados e estar inserido numa zona rural. Estas fraquezas são resultantes de falta de concorrência nesta região, pois os recursos humanos existentes não adquiridos formação específica nesta área porque não existia oferta e estando localizada numa zona rural os recursos humanos são mais escassos. Nas ameaças destacamos o desemprego, pensões baixas e interioridade, pois o salário praticado para pagamento de prestação de serviços ronda o salário mínimo nacional, o que não é muito apelativo e a interioridade e dificuldade de acesso faz com que não haja oferta de mão de obra vinda de zonas com maior densidade populacional.

Fatores Internos	<p align="center">Forças (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infraestruturas; - Equipamentos de qualidade; - Localização geográfica estratégica. 	<p align="center">Fraquezas (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zona rural; - Recursos humanos pouco qualificados.
Fatores Externos	<p align="center">Oportunidades (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento do índice de envelhecimento; - Não existe concorrência direta no concelho. 	<p align="center">Ameaças (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desemprego; - Pensões baixas; - Interioridade.

Tabela 6 – Análise *SWOT*
 Fonte: “Elaboração própria, (2019)”

V.3.5 – Análise *SWOT* Cruzada

A análise *SWOT* cruzada consiste em cruzar as informações dos quatro quadrantes, de forma a obter uma moldura que permita delinear estratégias importantes para o futuro da instituição, ou seja, é preciso primeiro fazer uma análise clara do ambiente, identificar as forças e as fraquezas e saber reconhecer as oportunidades e as ameaças. Para cada cruzamento é importante saber criar objetivos/estratégias (Romano, 2020).

Posto isto, em relação às forças é de salientar as infraestruturas e equipamentos de qualidade já existentes e a sua localização, consideramos estes três fatores como forças pois em conjunto irão influenciar os nossos clientes na escolha da nossa Instituição. No que se refere às oportunidades destaca-se o aumento do índice de envelhecimento, bem

como a falta de concorrência no concelho, entendemos estas evidências como oportunidades porque são influenciadoras no aumento de número de potenciais clientes. Como ameaças mencionamos o desemprego, pensões baixas, pois se houver necessidade de uma comparticipação familiar, no que diz respeito ao pagamento da mensalidade, este pode estar em causa. Em relação à interioridade, este pode ser também um fator negativo pois a participação dos clientes nestas atividades de prevenção é influenciada, na maioria das vezes, por fatores económicos, culturais e sociais.

<p align="center">IPSS</p> <p align="center">Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas</p>	<p align="center">FORÇAS (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infraestruturas; - Equipamentos de qualidade; - Localização geográfica estratégica. 	<p align="center">FRAQUEZAS (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zona rural; - Recursos humanos pouco qualificados.
<p align="center">OPORTUNIDADES (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento do índice de envelhecimento; - Não existe concorrência direta no concelho. 	<p align="center">ESTRATÉGIAS DE MANUTENÇÃO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rentabilização de espaços existentes; 	<p align="center">ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parcerias : <ul style="list-style-type: none"> ▪ARS-NORTE; ▪Instituições locais para angariação de potenciais clientes ; - IEFP: para a formação de recursos humanos.

AMEAÇAS (T)	POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO :	ESTRATÉGIAS QUE REDUZAM CUSTOS:
<ul style="list-style-type: none"> - Desemprego; - Pensões baixas; - Interioridade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a divulgação da IPSS; - Política de angariação de fundos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar patrocínios a empresas da comunidade local; - Parceria com a Camara Municipal de Tarouca para o transporte de clientes - Negociação com o IEFP para formação dos recursos humanos.

Tabela 7 – Análise *SWOT* Cruzada
Fonte: “Elaboração própria, (2019)”

De acordo com a análise anterior, este projeto de investimento reúne condições de viabilidade, pois será implementado nas infraestruturas e equipamentos já existentes, beneficiará da falta de concorrência e do elevado índice de envelhecimento da população que dela faz potenciais clientes.

V.3.6 – Missão, visão e valores da instituição

Tendo em conta que a instituição ainda não tem bem definido a sua missão, a sua visão e os seus valores, propomos os seguintes:

- Missão

A missão de uma organização refere-se à razão pela qual ela existe ou a sua razão de ser (Corrales, 2021).

Propomos assim a seguinte missão:

“Manter e alargar o conjunto de atividades e objetivos sociais e culturais. Dotarmo-nos dos meios e equipamentos necessários para fazer face às necessidades emergentes da comunidade em que estamos inseridos.”

- Visão

A visão é a manifestação do caminho e das metas que se vão percorrer a médio e longo prazo (Corrales, 2021).

Ser uma IPSS de referência, reconhecida no concelho e no distrito pelo carácter inovador da sua intervenção qualificada, com impacto positivo na Comunidade.

- Valores

Os valores são os princípios e as convicções que servem como guias e parâmetros para os relacionamentos entre todas as partes envolvidas numa organização e devem representar aquilo no que a empresa acredita e que, para ela, é inegociável (Corrales, 2021).

Inovação - Intervimos de forma empreendedora, implementando respostas adaptadas às necessidades identificadas. Valorizamos o desenvolvimento de competências dos nossos colaboradores, apostando na atualização constante das estratégias e práticas de atuação;

Proximidade - Atuamos de forma integrada e orientada para a Comunidade, fomentando a sua autonomia de modo proactivo. Conhecemos a realidade onde estamos inseridos e assumimos um papel ativo no seu desenvolvimento;

Cooperação - Promovemos a partilha e trabalhamos, em conjunto, para os mesmos objetivos. O envolvimento de todos e o trabalho em equipa são fundamentais para o bom funcionamento da Instituição;

Solidariedade - Apoiaremos os utentes e a comunidade local a garantir a satisfação das suas carências;

Articulação - Articulamos com os diferentes parceiros para podermos atingir um maior profissionalismo nas nossas áreas de intervenção, garantindo assim um melhor serviço à comunidade;

Profissionalismo - Adotamos um modelo de intervenção assente na ética, no respeito e na confidencialidade. A nossa atuação pauta-se pelo cumprimento das responsabilidades, com rigor e dedicação e de acordo com os normativos da Instituição.

V.4 – Fatores críticos de sucesso

Uma das principais ações para que a empresa seja bem-sucedida, está relacionada à compreensão dos seus fatores críticos de sucesso

O seu conceito baseia-se nos pontos que, quando identificados e executados com maestria e atenção, garantem o desenvolvimento, o alcance de objetivos e o crescimento de uma empresa (Ribas, 2021).

Para que tais fatores sejam reconhecidos, a organização precisa estudar de forma aprofundada os seus processos, a sua missão, visão e valores, dessa forma, o gestor consegue implementar um melhor controlo de processos, identificar o valor percebido pelo cliente, formular estratégias, distinguir os seus *stakeholders*, entre outros pontos. Tudo isso garante à empresa a manutenção da satisfação do cliente, credibilidade à marca, vantagem competitiva e sucesso ao negócio de forma geral (Ribas, 2021).

Sendo assim, entende-se que fatores críticos de sucesso são os pontos-chave que, quando bem realizados de maneira eficiente, conseguem definir e garantir o desenvolvimento e o crescimento de uma empresa e do seu negócio, o que poderá atingir os seus objetivos. Em contrapartida, quando estes mesmos fatores são negligenciados ou ignorados, provocam o fracasso da organização.

De acordo com a nossa visão, missão e valores, consideramos os seguintes fatores críticos:

- qualificação de recursos humanos;
- conhecimento de mercado;
- imagem com os *stakeholders*;
- equipamentos disponíveis;
- linha de serviços;
- relacionamento com fornecedores e clientes;
- e conhecimento de mercado.

VI- PROJETO

VI.1 – Quadro de modelo de negócios (Modelo *Canvas*)

Este modelo foi criado por Alexander Osterwalder e com ele pretendia que cada interveniente tivesse um esboço visual e mental do projeto, o que levaria a uma maior interveniência dos diversos atores. Pois este modelo baseia-se em nove elementos em que a organização deve possuir: propostas de valor, parcerias chave, atividades chave, recursos chave, relacionamento com clientes, segmentos de clientes, canais de distribuição, estrutura de custos e fluxo de receitas. Esta metodologia possibilita-nos esquematizar o modelo de negócio da organização (Praticanvas: da Ideia de Negócio à Prática, 2020).

Descrição dos nove blocos do Quadro de Modelo de Negócios:

- No primeiro bloco temos as parcerias chave, nomeadamente o Instituto da Segurança Social (ISS), Câmara Municipal de Tarouca (CMT), Administração Regional de Saúde do Norte (ARSNORTE) e Recursos Humanos (RH), pois pretendemos estabelecer protocolos de cooperação com estas entidades, tanto na área económica como na área de formação de recursos humanos especializados;

- No segundo bloco abordamos as atividades chave para este projeto que são a atividade física, a estimulação cognitiva e a formação nutricional, sendo estas a base da nossa atividade no combate à prevenção das demências;

- No terceiro bloco descrevemos as propostas de valor, onde destacamos o serviço especializado na área da demência e proporcionar uma maior qualidade de vida aos utentes;

- No quarto bloco tratamos da relação com os clientes, onde o foco é criar laços de confiança, segurança e apoio;

- No quinto bloco definimos o nosso segmento de mercado que são as pessoas com maior risco de demência;

- No sexto bloco fazemos alusão aos nossos recursos chave especialmente às instalações, ao equipamento e aos recursos humanos;

- No sétimo bloco identificamos os canais que iremos usar para divulgar as nossas atividades, páginas web, rádio local e diversas parcerias;

- No oitavo bloco mencionamos a estrutura de custos, ou seja, onde iremos aplicar os nossos recursos financeiros que são instalações, equipamentos e recursos humanos;

- E no nono bloco temos as fontes de renda que serão obtidas através de mensalidades, possíveis acordos de cooperação com o ISS e parcerias público-privadas.

Parcerias Chave	Atividades Chave	Propostas de Valor	Relações com os Clientes	Segmento de Mercado
ISS	Adaptação das instalações	Serviço especializado na área da demência	Confiança	Pessoas com maior risco de demência
CMT	Atividade física		Segurança	
ARS NORTE	Estimulação cognitiva		Apoio	
RH	Formação nutricional			
	Recursos Chave	Proporcionar maior qualidade de vida	Canais	
	Instalações		Página web	
	Equipamento		Rádio local	
	RH		Parcerias	
Estrutura de Custos		Fontes de Renda		
Instalações		Mensalidades		
RH		ISS		
Equipamento		Parcerias		

Tabela 8 – Quadro de modelo de negócios
 Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

VI.2 – Plano de *marketing*

Este plano de *marketing* vai ao encontro dos fatores: análise, estratégia e implementação/ação. O objetivo da análise é traduzir-nos em que tipo de mercado nos

encontramos, se é num mercado emergente, ou seja, inovador, num mercado consolidado ou num mercado em declínio, que se caracteriza pelo excesso de oferta (Peçanha, 2021). Também vamos evidenciar os nossos concorrentes diretos ou indiretos. Seguidamente, caracterizaremos os nossos futuros clientes. Este plano de marketing será representativo se este projeto for considerado uma tendência ou não, percebendo assim a existência de respostas sociais iguais à pretendida.

É de extrema importância percebermos o potencial de crescimento deste projeto, pois este para garantir a sua viabilidade carece da necessidade e a procura da população e da sua sazonalidade.

Na parte estratégica deste plano, mencionaremos o nosso público-alvo tendo em conta o seu perfil. Também salientamos neste plano, o benefício que os futuros clientes terão com os nossos serviços, sendo estes benefícios funcionais e emocionais. Para finalizar esta estratégia, vamos referir o posicionamento que pretendemos enquanto instituição altamente especializada na prevenção da demência e como seremos reconhecidos pela comunidade, ou seja, o “*slogan*”.

No fator de implementação/ação caracterizado pelos 7 P’s, o principal objetivo consiste em caracterizar o serviço prestado, bem como definir o preço, o posicionamento e o tipo de distribuição ou divulgação da nossa resposta, as pessoas, os processos e as provas físicas.

A N Á L I S E	Tipo de mercado?	O CSPVS com esta nova resposta encontra-se no mercado emergente, ou seja, inovador. Visto que não há oferta similar.
	Concorrentes	No concelho de Tarouca e limítrofes não existe concorrência, pois nenhuma instituição tem uma resposta com estas características.
	Consumidores	Serão considerados consumidores, as pessoas com idade igual ou superior à de 65 anos.
	Tendências	Este tipo de resposta será uma tendência de mercado derivado ao envelhecimento da população e às suas características de vida.
	Potencial crescimento	Com uma maior sensibilização e conhecimento da população para com esta problemática ir-se-á verificar a curto prazo uma grande procura por este tipo de serviço, potenciando assim o seu crescimento.
	Sazonalidade	Nesta resposta não existe sazonalidade.

E S T R A T É G I A	A quem se destina?	Esta resposta destina-se a uma população do sexo masculino ou feminino com idade igual ou superior a 65 anos.
	Benefícios	Benefício funcional – utilização das instalações para realização das atividades à prevenção da demência. Benefício emocional – retardar os efeitos da demência proporcionando uma melhor qualidade de vida a todos os membros da comunidade.
	Posicionamento	Esta IPSS pretende afirmar-se na região como uma instituição altamente especializada na prevenção da demência.
	<i>Slogan</i>	“Prevenir hoje para sorrir amanhã”.
I M P L E M E N T A	Serviços	O CSPVS será equipado com uma sala de <i>snoezelen</i> , onde será realizado atividades de estimulação cognitiva e uma sala polivalente, onde será realizada a prática desportiva, <i>workshops</i> sobre cuidados alimentares e a própria temática da demência. Esta resposta tem como objetivos principais: a prevenção da demência, o incentivo à prática desportiva/exercício físico e bons hábitos alimentares.
	Preço	Os critérios de preço são definidos mediante o custo de produção, o número de clientes e o número de vezes que este utiliza o serviço.
	Posicionamento	Esta resposta pretende afirmar-se na região como um instrumento fundamental na prevenção da demência.
	Distribuição	A estratégia de divulgação desta resposta será um marketing direto privilegiando assim, o contacto direto com o público-alvo.
	Pessoas	Plano de formação especializado e contínuo aos colaboradores. Proporcionar através de ferramentas adequadas a constante motivação dos colaboradores a fim destes incorporarem nas suas atividades diárias a visão, missão e valores da instituição.

Ç Ã O	Provas Físicas	O modelo de apresentação dos nossos serviços aos nossos clientes, ou seja, a maneira como queremos ser lembrados vai ter em conta a qualidade das instalações, decoração e limpeza, a qualidade do serviço e a sua eficácia.
-------------	----------------	--

Tabela 9 – Plano de *marketing*
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

VI.3 – Plano global de investimento

Neste plano de investimentos pretendemos demonstrar todo o custo previsto para a execução deste projeto, bem como, a sua viabilidade e sustentabilidade.

Está previsto a utilização de uma sala polivalente que será equipada com material necessário para a prática de atividade física, como passadeira de correr e caminhar, bicicleta estática, bolas de fitness e os demais necessários. Esta mesma sala terá equipamento como mesas, cadeiras, retroprojektor para realização de *workshops* sobre as várias temáticas de estudo.

Através do aproveitamento de uma sala já insonorizada, climatizada e com barreiras impeditivas de entrada de luz será instalado material necessário para uma sala *snoezelan* como, colunas de água, pente de fibra ótica, tapete interativo, colchão de água, projetor efeito de água, vaporizador de aromas, entre outros materiais.

A seleção de todo este equipamento descrito no plano de investimento foi pensado, tendo em conta elevados padrões de qualidade, pois pretendemos que a imagem e a qualidade dos nossos serviços vão ao encontro das necessidades dos nossos clientes e sejam reconhecidos pelos mesmos.

- Edifícios e Construções

Neste plano de investimento não temos custos com edifícios e outras construções, porque utilizamos espaços já existentes, sendo estes, propriedade do Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas.

VI.3.1 – Equipamento básico

No quadro abaixo mencionado, vamos fazer uma descrição do material necessário na sala *snoezelen*.

Descrição	Unidades	Valor unitário s/ iva	Valor total
Suporte de 15cm para coluna	1	59,10€	59,10€
Coluna de água fluorescente	3	1789€	5367€
Conjunto de 15 bolas	1	59,80€	59,80€
Bomba para encher colunas	1	69,30€	69,30€
Bomba para coluna de água	3	94,70€	284,10€
Líquido para coluna de água	2	42,91€	85,82€
Conjunto de 50 Missangas translucidas	1	3,51€	3,51€
Pente de fibras óticas	1	112,50€	112,50€
Tapete interativo - Universo	1	1542€	1542€
Painel <i>colour catch</i> combo	1	1549€	1549€
Projetor efeito de água	1	272,10€	272,10€
Colchão de água 140x200cm	1	1694,01€	1694,01€
Condicionador biológico	1	2454€	2454€
Vaporizador de aromas	1	49€	49€
Kit aromoterapia Natureza	1	44,90€	44,90€
Mancha (Puf) 1,5x1,5m	3	286,20€	858€
Total			14 404,14€

Tabela 10 – Equipamento básico: Material sala *snoezelen*
Fonte: “Elaboração própria, (2019)”

- *Material ginásio*

Descrição	Unidade	Valor unitário s/iva	Valor total
Passadeira de correr e caminhar	2	230€	460€
Bicicleta estática	2	99€	198€
Tapete de ginástica	6	100€	600€
Bola de fitness 65cm	6	8,99€	53,94€
Halteres 2x0,5kg	6	4€	24€

Elástico ajustável	6	13€	78€
Coluna amplificada	1	191,79€	191,79€
Total			1 605,73€

Tabela 11 – Equipamento básico: Material ginásio
Fonte: “Elaboração própria, (2019)”

Descrição	Valor total mensal
Subcontratos	1000€
Publicidade e propaganda	25€
Conservação e reparação	5€
Livros e documentação	5€
Material de escritório	10€
Eletricidade	10€
Combustíveis	5€
Água	5€
Limpeza, higiene e conforto	10€
Total	1065€

Tabela 12 – Custos operacionais
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

VI.4 – Plano de investimento e financiamento

- Mapa de Investimento

No mapa de investimento é de salientar que o investimento é de 16.010€, este valor é relativamente baixo porque só necessitamos de investimento em equipamento, sendo 14404.14€ em material para equipar a sala *snoezelen* e 1605.73€ para material de ginásio. Os ativos fixos tangíveis vão diminuindo ao longo dos anos derivado à perda de valor dos equipamentos.

Investimento por ano	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Propriedades de investimento						
Terrenos e recursos naturais						
Edifícios e Outras construções						

Outras propriedades de investimento						
Total propriedades de investimento						
Activos fixos tangíveis						
Terrenos e Recursos Naturais						
Edifícios e Outras Construções						
Equipamento Básico	16 010					
Equipamento de Transporte						
Equipamento Administrativo						
Equipamentos biológicos						
Outros activos fixos tangíveis						
Total Activos Fixos Tangíveis	16 010					
Activos Intangíveis						
Goodwill						
Projectos de desenvolvimento						
Programas de computador						
Propriedade industrial						
Outros activos intangíveis						
Total Activos Intangíveis						
Total Investimento	16 010					
IVA	23%	3 682				
Valores Acumulados	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Propriedades de investimento						
Terrenos e recursos naturais						
Edifícios e Outras construções						
Outras propriedades de investimento						
Total propriedades de investimento						
Activos fixos tangíveis						
Terrenos e Recursos Naturais						
Edifícios e Outras Construções						
Equipamento Básico	16 010	16 010	16 010	16 010	16 010	16 010
Equipamento de Transporte						
Equipamento Administrativo						
Equipamentos biológicos						
Outros activos fixos tangíveis						
Total Activos Fixos Tangíveis	16 010	16 010	16 010	16 010	16 010	16 010
Activos Intangíveis						
Goodwill						
Projectos de desenvolvimento						
Programas de computador						
Propriedade industrial						
Outros activos intangíveis						
Total Activos Intangíveis						
Total	16 010	16 010	16 010	16 010	16 010	16 010
Taxas de Depreciações e amortizações						
Propriedades de investimento						
Edifícios e Outras construções	4,00%					
Outras propriedades de investimento	20,00%					
Activos fixos tangíveis						
Edifícios e Outras Construções	10,00%					
Equipamento Básico	12,50%					
Equipamento de Transporte	25,00%					
Equipamento Administrativo	20,00%					
Equipamentos biológicos	20,00%					
Outros activos fixos tangíveis	20,00%					
Activos Intangíveis						
Projectos de desenvolvimento	33,333%					
Programas de computador	33,333%					
Propriedade industrial	20,000%					
Outros activos intangíveis	33,333%					
N.º meses actividade primeiro ano						
Total Depreciações & Amortizações		2 001	2 001	2 001	2 001	2 001
Depreciações & Amortizações acumuladas	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Propriedades de investimento						
Activos fixos tangíveis		2 001	4 003	6 004	8 005	10 006
Activos Intangíveis						
TOTAL		2 001	4 003	6 004	8 005	10 006
Valores Balanço	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Propriedades de investimento						
Activos fixos tangíveis	16 010	14 009	12 008	10 006	8 005	6 004

* nota: se a taxa a utilizar for 33,33%, colocar mais uma casa decimal, considerando 33,333%

33	Transportes de mercadorias	23,0%	100,0%								
34	Serviços diversos										
35	Rendas e alugueres	23,0%	100,0%								
36	Comunicação	23,0%	100,0%								
37	Seguros		100,0%								
38	Royalties	23,0%	100,0%								
39	Contencioso e notariado	23,0%	100,0%								
40	Despesas de representação	23,0%	100,0%								
41	Limpeza, higiene e conforto	23,0%	100,0%		10,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00
42	Outros serviços	23,0%	100,0%								
43	TOTAL FSE					13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00
44											
45	FSE - Custos Fixos					13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00
46											
47	FSE - Custos Variáveis										
48											
49	TOTAL FSE					13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00	13 140,00
50											
51	IVA					2 998,20	2 998,20	2 998,20	2 998,20	2 998,20	2 998,20
52											
53	FSE • IVA					16 138,20	16 138,20	16 138,20	16 138,20	16 138,20	16 138,20

Figura 19 – Mapa de FSE'S
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

- Mapa de gastos com o pessoal

No mapa de gastos com pessoal analisamos que no ano de 2021 gastamos 9 529€ derivado à contratação de uma ajudante de ação direta que receberá uma remuneração ilíquida mensal no valor de 600€, que dá um total anual de 7 700€ e 1 829€ em encargos com remunerações. Nos anos seguintes, há um aumento significativo derivado aos aumentos salariais, de retenções e aumento do número de colaboradores.

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Nº Meses	14	14	14	14	14	14
Incremento Anual (Vencimentos + Sub. Almoço)			2,00%			
Quadro de Pessoal (n.º pessoas)	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Administração / Direcção						
Administrativa Financeira						
Comercial / Marketing						
Produção / Operacional	1	2	2	2	2	2
Qualidade						
Manutenção						
Aprovisionamento						
Investigação & Desenvolvimento						
Outros						
TOTAL	1	2	2	2	2	2
Quadro de Pessoal (n.º meses de trabalho)						
Administração / Direcção						
Administrativa Financeira						
Comercial / Marketing						
Produção / Operacional	11	11	11	11	11	11
Qualidade						
Manutenção						
Aprovisionamento						
Investigação & Desenvolvimento						
Outros						
Remuneração base mensal	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Administração / Direcção						
Administrativa Financeira						
Comercial / Marketing						
Produção / Operacional	600	600	612	612	612	612
Qualidade						

Manutenção						
Aprovisionamento						
Investigação & Desenvolvimento						
Outros						
Remuneração base anual - TOTAL Colaboradores	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Administração / Direcção						
Administrativa Financeira						
Comercial / Marketing						
Produção / Operacional	7 700	15 400	15 708	15 708	15 708	15 708
Qualidade						
Manutenção						
Aprovisionamento						
Investigação & Desenvolvimento						
Outros						
TOTAL	7 700	15 400	15 708	15 708	15 708	15 708
Outros Gastos	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Segurança Social						
Órgãos Sociais	23,75%					
Pessoal	23,75%	1 829	3 658	3 731	3 731	3 731
Seguros Acidentes de Trabalho						
Subsídio Alimentação - nº dias úteis/mês x subsídio/dia						
N.º meses subsídio alimentação (meses)						
Comissões & Prémios						
Órgãos Sociais						
Pessoal						
Formação						
Outros custos com pessoal						
TOTAL OUTROS GASTOS	1 829	3 658	3 731	3 731	3 731	3 731
TOTAL GASTOS COM PESSOAL	9 529	19 058	19 439	19 439	19 439	19 439
QUADRO RESUMO	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Remunerações						
Órgãos Sociais						
Pessoal	7 700	15 400	15 708	15 708	15 708	15 708
Encargos sobre remunerações	1 829	3 658	3 731	3 731	3 731	3 731
Seguros Acidentes de Trabalho e doenças profissionais						
Gastos de acção social						
Outros gastos com pessoal						
TOTAL GASTOS COM PESSOAL	9 529	19 058	19 439	19 439	19 439	19 439
Retenções Colaboradores	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Retenção SS Colaborador						
Gerência / Administração	11,00%					
Outro Pessoal	11,00%	847	1 694	1 728	1 728	1 728
Retenção IRS Colaborador	15,00%	1 155	2 310	2 356	2 356	2 356
TOTAL Retenções	2 002	4 004	4 084	4 084	4 084	4 084

Figura 20 – Mapa de gastos com o pessoal
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

- Mapa de Volume de Negócios

Neste mapa referimos que no primeiro ano de atividade, o total de prestações de serviços é de 31 173€ já com IVA à taxa de 23%. No segundo ano estima-se um aumento de 100% na quantidade de clientes e a partir do terceiro ano um aumento de 10%, é de salientar que nos três primeiros anos, por questões de estratégia de marketing, o preço unitário das sessões será sempre igual. Esta prestação de serviços está dividida em três tipos. O primeiro tipo são aulas de nutrição que tem de receita no 1ºano 3 840€ resultante de uma mensalidade de 10,66€ admitindo que os trinta utentes do CSPVS irão frequentar este

serviço e este será feito uma vez por semana. O segundo tipo refere-se à terapia *snoezelen* que usufruirá de uma receita de 7 680€ resultante da mensalidade de trinta utentes no valor de 21,33€, esta terapia realizar-se-á uma vez por semana. Em relação ao terceiro tipo nomeadamente a prática de atividade física que beneficiará de uma receita no 1º ano de 13 824€ consequente de uma prestação mensal de 38,45€ dos trinta utentes que beneficiarão desta atividade, duas vezes por semana.

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS - MERCADO NACIONAL	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Aulas de Nutrição	3 840	7 680	8 448	9 293	10 222	11 244
Taxa de crescimento		100,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Snoezelan	7 680	15 360	16 896	18 586	20 444	22 489
Taxa de crescimento		100,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Atividade Física	13 824	27 648	30 413	33 454	36 799	40 479
Taxa de crescimento		100,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Serviço D		0	0	0	0	0
Taxa de crescimento						
TOTAL	25 344	50 688	55 757	61 333	67 466	74 212

TOTAL PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS - MERCADO NACIONAL	25 344	50 688	55 757	61 333	67 466	74 212
TOTAL PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS - EXPORTAÇÕES	0	0	0	0	0	0
TOTAL PRESTAÇÕES SERVIÇOS	25 344	50 688	55 757	61 333	67 466	74 212
IVA PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS 23,00%	5 829	11 658	12 824	14 107	15 517	17 069

TOTAL VOLUME DE NEGÓCIOS	25 344	50 688	55 757	61 333	67 466	74 212
---------------------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

IVA	5 829	11 658	12 824	14 107	15 517	17 069
------------	--------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

TOTAL VOLUME DE NEGÓCIOS + IVA	31 173	62 346	68 581	75 439	82 983	91 280
---------------------------------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Perdas por imparidade % 2,00%	623	1 247	1 372	1 509	1 660	1 826
--------------------------------------	------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Figura 21 – Mapa de volume de negócios
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

- Demonstração de Resultados Previsional

Na demonstração de resultados previsionais, podemos concluir que a partir do segundo ano de atividade o projeto é sustentável derivado ao aumento de serviços prestados.

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Vendas e serviços prestados	25 344	50 688	55 757	61 333	67 466	74 212
Subsídios à Exploração						

Ganhos/perdas imputados de subsidiárias, associadas e empreendimentos conjuntos						
Varição nos inventários da produção						
Trabalhos para a própria entidade						
CMVMC						
Fornecimento e serviços externos	12 900	12 900	12 900	12 900	12 900	12 900
Gastos com o pessoal	9 529	19 058	19 439	19 439	19 439	19 439
Imparidade de inventários (perdas/reversões)						
Imparidade de dívidas a receber (perdas/reversões)	623	1 247	1 372	1 509	1 660	1 826
Provisões (aumentos/reduções)						
Imparidade de investimentos não depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)						
Aumentos/reduções de justo valor						
Outros rendimentos e ganhos						
Outros gastos e perdas						
EBITDA (Resultado antes de depreciações, gastos de financiamento e impostos)	2 292	17 484	22 047	27 485	33 467	40 048
Gastos/reversões de depreciação e amortização		2 001	2 001	2 001	2 001	2 001
Imparidade de activos depreciáveis/amortizáveis (perdas/reversões)						
EBIT (Resultado Operacional)	2 292	15 482	20 045	25 484	31 466	38 046
Juros e rendimentos similares obtidos						
Juros e gastos similares suportados						
RESULTADO ANTES DE IMPOSTOS	2 292	15 482	20 045	25 484	31 466	38 046
Imposto sobre o rendimento do período	573	3 871	5 011	6 371	7 867	9 512
RESULTADO LÍQUIDO DO PERÍODO	1 719	11 612	15 034	19 113	23 600	28 535

Figura 22 – Mapa de demonstração de resultados previsional
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

- Plano de Financiamento

O financiamento deste projeto está baseado num pré-protocolo estabelecido entre as entidades públicas Câmara Municipal de Tarouca e Junta de Freguesia de Salzedas com o Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas, responsabilizando-se assim por 65% do financiamento e o restante é capital próprio.

Este projeto também beneficiará das infraestruturas e equipamentos já existentes, bem como a falta de concorrência e do elevado índice de envelhecimento da população faz com que exista um levado número de potenciais clientes.

Tendo em conta a tabela seguinte, constatamos que há uma necessidade de financiamento de 17 213€ para aquisição de bens e serviços bem como remunerações. Como está previsto, um financiamento de 65% pelas entidades referidas anteriormente temos garantido 11 188.45€ que subtraído ao total de 17 213€ resultará o valor de 6 024.55€.

Ao subtrairmos os meios libertos que são 2 915€ dá um total de 3 109.55€ que será o valor garantido pelo capital próprio da instituição.

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
ORIGENS DE FUNDOS						
Meios Libertos Brutos	2 049	16 998	21 651	27 227	33 360	40 106
Capital Social (entrada de fundos)						
Outros instrumentos de capital						
Empréstimos Obtidos						
Desinvest. em Capital Fixo						
Desinvest. em FMN		79				
Proveitos Financeiros						
Total das Origens		17 077	21 651	27 227	33 360	40 106
APLICAÇÕES DE FUNDOS						
Inv. Capital Fixo	16 010					
Inv Fundo de Maneio	1 178		216	251	276	304
Imposto sobre os Lucros		356	3 437	4 570	5 929	7 425
Pagamento de Dividendos						
Reembolso de Empréstimos						
Encargos Financeiros						
Total das Aplicações	17 188	356	3 654	4 820	6 205	7 728
Saldo de Tesouraria Anual		16 720	17 998	22 406	27 155	32 378
Saldo de Tesouraria Acumulado						
Aplicações / Empréstimo Curto Prazo						
Soma Controlo						!

Figura 23 – Mapa de plano de financiamento
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

- *Balanço Previsional*

Este balanço revela-nos que logo a partir do primeiro ano temos um total de ativo de 18 183€ resultante da soma dos ativos fixos tangíveis que são 16 010€ com o ativo corrente de 2 173€. E um total de passivo de 1 975€ proveniente de pagamentos a fornecedores e ao Estado. Nos anos posteriores verifica-se uma diminuição nos ativos não correntes, mas em contrapartida temos um aumento de ativos correntes.

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
ACTIVO						
Activo Não Corrente	16 010	14 009	12 008	10 006	8 005	6 004
Activos fixos tangíveis	16 010	14 009	12 008	10 006	8 005	6 004
Propriedades de investimento						
Activos Intangíveis						
Investimentos financeiros						

Activo corrente	2 173	3 325	2 473	1 536	505	-629
Inventários						
Clientes	1 974	3 325	2 473	1 536	505	-629
Estado e Outros Entes Públicos	199					
Accionistas/sócios						
Outras contas a receber						
Diferimentos						
Caixa e depósitos bancários						
TOTAL ACTIVO	18 183	17 334	14 481	11 542	8 510	5 374

CAPITAL PRÓPRIO						
Capital realizado						
Acções (quotas próprias)						
Outros instrumentos de capital próprio						
Reservas		1 069	11 382	25 090	42 878	65 152
Excedentes de revalorização						
Outras variações no capital próprio	11188.45					
Resultado líquido do período	1 069	10 312	13 709	17 788	22 274	27 209
TOTAL DO CAPITAL PRÓPRIO	1 069					

PASSIVO						
Passivo não corrente						
Provisões						
Financiamentos obtidos						
Outras Contas a pagar						
Passivo corrente	1 975	7 534	8 969	10 649	12 497	14 530
Fornecedores	1 320	1 320	1 320	1 320	1 320	1 320
Estado e Outros Entes Públicos	655	6 213	7 649	9 329	11 177	13 210
Accionistas/sócios						
Financiamentos Obtidos						
Outras contas a pagar						
TOTAL PASSIVO	1 975	7 534	8 969	10 649	12 497	14 530

TOTAL PASSIVO + CAPITAIS PRÓPRIOS	3 044					
--	--------------	--	--	--	--	--

Figura 24 – Mapa de balanço previsional
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

VI.5 – Análise da viabilidade-financeira

“Existem dois métodos financeiros que pode utilizar para o ajudar a responder a todas estas questões: o valor atual líquido (VAL) e a taxa interna de rentabilidade (TIR). Tanto

VAL como TIR são referidos como métodos de fluxo de caixa com desconto por terem em conta o valor de tempo do dinheiro na sua avaliação do projeto de investimento de capital. Tanto VAL como TIR são valores baseados numa série de futuros pagamentos (fluxo de caixa negativo), rendimentos (fluxo de caixa positivo), perdas (fluxo de caixa negativo) ou "sem valor" (fluxo de caixa zero). (Microsoft, 2019)

O VAL devolve o valor líquido dos fluxos de caixa - com a representação atual feita por euros. Devido ao valor temporal do dinheiro, receber um euro hoje vale mais do que receber um euro amanhã. VAL calcula esse valor atual para cada uma das séries de fluxos de caixa e adiciona-os em conjunto para obter o valor atual líquido. (Microsoft, 2019)

A fórmula para VAL é:

$$NPV = \sum_{i=1}^n \frac{values_i}{(1 + rate)^i}$$

Em que n corresponde ao número de fluxos de caixa e i é a taxa de juro ou de desconto.

O TIR baseia-se no VAL. Pode ser considerado como um caso especial do VAL, em que a taxa de rentabilidade calculada é a taxa de juro correspondente a um valor atual líquido 0 (zero).

Quando todos os fluxos de caixa negativos ocorrem anteriormente, na sequência relativamente, a todos os fluxos de caixa positivos ou quando a sequência de um projeto de fluxos de caixa contém apenas um fluxo de caixa negativo, o TIR devolve um valor exclusivo. A maior parte dos projetos de investimento de capital começam com um grande fluxo de caixa negativo (o investimento inicial) seguido de uma sequência de fluxos de caixa positivos e, por conseguinte, apresentam um TIR exclusivo. Contudo, por vezes, pode haver mais do que um TIR aceitável ou, por vezes, pode não haver nenhum. O VAL determina se um projeto é mais ou menos rentável do que uma taxa de rentabilidade pretendida (também designada como taxa de barreira) e é adequado para detetar se um projeto será rentável. O TIR é mais avançado do que o VAL em determinar uma taxa de rentabilidade específica para um projeto. O VAL e o TIR fornecem números que pode utilizar para comparar projetos concorrentes e efetuar a melhor escolha para a sua empresa.” (Microsoft, 2019).

PayBack Period

O *PayBack Period* é o momento em que se espera que a saída de caixa inicial de um investimento seja recuperada das entradas de caixa geradas pelo investimento. É uma das técnicas de avaliação de investimento mais simples (Microsoft, 2019).

Fórmula

A fórmula para calcular o *PayBack Period* de um projeto depende se o fluxo de caixa por período do projeto é par ou desigual. Caso sejam par, a fórmula para calcular o *PayBack Period* é:

$$\text{PayBack Period} = \text{investimento inicial} / \text{Incremento de caixa por período}$$

Quando as entradas de caixa são desiguais, precisamos calcular o fluxo de caixa líquido acumulado para cada período e, em seguida, usar a seguinte fórmula para o *PayBack Period*:

$$\text{PayBack Period} = A + B/C$$

Na fórmula acima:

- A é o último período com um fluxo de caixa acumulado negativo;
- B é o valor absoluto do fluxo de caixa acumulado no final do período A;
- C é o fluxo de caixa total durante o período após A.” (Accounting Explained, 2019).

Depois, de concluirmos a análise financeira deste projeto será necessário fazer a sua avaliação em três perspetivas: na perspetiva do pré-financiamento, na perspetiva do pós-financiamento e na perspetiva do investidor.

Tendo em conta a figura abaixo mencionada, verifica-se que no pré-financiamento o valor atual líquido tem um resultado positivo de 79284€, tendo uma taxa de rentabilidade de 104.66%. No pós-financiamento o valor atual líquido tem um resultado positivo de 25739€, tendo uma taxa de rentabilidade 104.25%. Devemos salientar que estes resultados positivos são possíveis de obter porque haverá um financiamento derivado do protocolo com as entidades públicas atrás referidas e a utilização dos espaços já existentes no CSPVS.

Na perspectiva do Projecto (Pré-Financiamento = 100% CP)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Free Cash Flow to Firm	-15 494	13 667	16 818	20 863	25 325	30 232	6 033
Taxa de atualização Ru = RF+Bu*(Rm-Rf)	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%
Factor de actualização	1,00	1,053	1,108	1,166	1,227	1,292	-
Fluxos actualizados	-15 494	12 985	15 182	17 894	20 638	23 408	4 671
Fuxos actualizados acumulados	-15 494	-2 509	12 673	30 568	51 205	74 613	79 284

Valor Actual Líquido (VAL)	79 284
----------------------------	--------

Taxa Interna de Rentabilidade	104,66%
-------------------------------	---------

Pay Back period (arred ano inteiro)	2	Anos
-------------------------------------	---	------

Na perspectiva do Projecto Pós-Financiamento	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
--	------	------	------	------	------	------	------

Free Cash Flow to Firm	-15 494	13 667	16 818	20 863	25 325	30 232	1 271
------------------------	---------	--------	--------	--------	--------	--------	-------

WACC	3,91%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%
Factor de actualização	1	1,364	1,862	2,540	3,466	4,729	-

Fluxos actualizados	-15 494	10 016	9 034	8 213	7 307	6 393	269
---------------------	---------	--------	-------	-------	-------	-------	-----

Fuxos atualizados acumulados	-15 494	-5 478	3 556	11 770	19 077	25 470	25 739
------------------------------	---------	--------	-------	--------	--------	--------	--------

Valor Actual Líquido (VAL)	25 739
----------------------------	--------

Taxa Interna de Rentabilidade	104,25%
-------------------------------	---------

Pay Back period	2	Anos
-----------------	---	------

Figura 25– Mapa de avaliação do projeto: Perspetiva pré e pós- financiamento
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

Na perspetiva do investidor, o projeto demonstra um valor atual líquido de 131350.00€ e uma taxa interna de rentabilidade de 109,86%.

Na perspectiva do Investidor	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Free Cash Flow do Equity	-15 494	13 667	16 818	20 863	25 325	30 232	73 279
--------------------------	---------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Taxa de juro de activos sem risco	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%
Prémio de risco de mercado	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Taxa de Actualização $R = R_f + B_u \cdot (R_m - R_f)$	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%	5,25%
Factor actualização	1	1,053	1,108	1,166	1,227	1,292	-

Fluxos Actualizados	-15 494	12 985	15 182	17 894	20 638	23 408	56 737
---------------------	---------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Fuxos atualizados acumulados	-15 494	-2 509	12 673	30 568	51 205	74 613	131 350
------------------------------	---------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

Valor Actual Líquido (VAL)	131 350
----------------------------	---------

Taxa Interna de Rentabilidade	109,86%
-------------------------------	---------

Pay Back period	2	Anos
-----------------	---	------

Cálculo do WACC	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Passivo Remunerado	14 298	0	0	0	0	0
Capital Próprio	1 719	13 331	28 365	47 478	71 077	99 612
TOTAL	16 017	13 331	28 365	47 478	71 077	99 612
% Passivo remunerado	89,27%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
% Capital Próprio	10,73%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Beta $\rho = B_u * (1+(1-t)*CA/CP)$

7,23866	7,23866	7,23866	7,23866	7,23866	7,23866
----------------	---------	---------	---------	---------	---------

Custo

Custo Financiamento	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Custo financiamento com efeito fiscal	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Custo Capital Rcp = $R_f + B_p * (R_m - R_f)$	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%
Custo ponderado	3,91%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%	36,44%

Figura 26 – Mapa de avaliação do projeto: Perspetiva do investidor
Fonte: “Elaboração própria, (2020)”

É de salientar que depois de analisarmos as variáveis de desempenho económico e financeiro mencionadas nas tabelas anteriores, ou seja, o valor atual líquido, as taxas de rentabilidade e o *payback* podemos determinar que os seus indicadores viabilizam o projeto. Este projeto tem características únicas, pois beneficia das instalações já existentes, bem como o mesmo não necessita da obtenção de fundos financeiros. Aliado a isto, a existência de uma clientela já garantida, bem como a previsão de constituir parcerias com outras organizações, permite que o número de potenciais clientes seja muito maior do que o expetável. Assim, com estas condições, este projeto apresenta estes valores, alguns deles bastante altos.

CONCLUSÃO

Tendo em conta os objetivos propostos e a nossa questão de partida: “As estratégias de prevenção e implementação deste projeto poderão inverter a tendência ascendente do número de pessoas com demência, na região, sem descorar a sua própria viabilidade económica?”, para a qual se realizou este projeto, pretendemos neste último capítulo dar algumas respostas.

A parte inicial deste trabalho foi direcionado aos vários tipos de demências e à sua prevenção. Uma vez que pretendemos prevenir ou mesmo retardar os efeitos das demências, a melhor resposta que podemos dar desde já, é dotar o Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas de ferramentas que nos ajudem a inverter esta situação. Além disso, as respostas obtidas no questionário, evidenciam que os potenciais clientes participarão ativamente neste projeto.

No que concerne ao enquadramento teórico acerca dos temas abordados neste trabalho, o envelhecimento, a demência e a terapia *snoezelen* entendemos que é importante e urgente encontrar soluções sustentáveis e inovadoras que possam responder às necessidades da nossa população idosa.

No que diz respeito à prevenção de demências através da terapia *snoezelen* e em conformidade com as respostas dadas no questionário, concluímos que ainda existem poucas instituições dotadas de equipamentos de terapia *snoezelen* e técnicos especializados para satisfazer as necessidades existentes.

Em relação ao nosso projeto de investimento foram desenvolvidos todos os procedimentos necessários, tais como: recolha de dados, análise dos resultados, análise financeira e a sua viabilidade económica. Concluindo assim, que o projeto tem viabilidade económica e estratégica, pois vai ao encontro das necessidades que os futuros clientes procuram.

Em resumo, as atividades desenvolvidas no Centro Social e Paroquial de Salzedas no que diz respeito à prevenção de demências, contribuirão para um envelhecimento ativo e saudável dos idosos da nossa comunidade, permitindo assim que estas patologias não tenham uma evolução ascendente no decorrer dos tempos.

No decurso deste projeto deparamo-nos com algumas dificuldades, nomeadamente no que concerne à análise financeira, onde tivemos algumas dificuldades em obter orçamentos, visto que as empresas demonstram algum desconforto em cedê-los para estes efeitos.

O presente trabalho permitiu-nos ter uma noção da problemática em estudo, bem como das ferramentas que temos que adotar no sentido da prevenção das demências. E que o fator económico não será um fator impeditivo da realização deste projeto.

Acreditando na implementação deste projeto e do seu sucesso, deixo como proposta futura de novas investigações, o estudo sobre o impacto que estas terapias de prevenção realizadas no Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas tiveram na população.

BIBLIOGRAFIA

- Acarín, N., & Malagelada, A. (2018). *Alzheimer, Envelhecimento e Demência*. 4Estações. Accounting Explained. (21 de setembro de 2019). <https://accountingexplained.com/managerial/capital-budgeting/payback-period>.
- Almeida, A. C. (2011). *Introdução à Gestão de Organizações: Direção e Coordenação*. Vida Económica.
- Alzheimer, A. P. (18 de dezembro de 2018). alzheimerportugal.org/pt/demencia.
- Alzheimer, A. P. (07 de janeiro de 2019). alzheimerportugal.org/pt/doenca-de-alzheimer.
- Amaro, A. (2005). *A arte de fazer questionários*. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.
- Assis, M. d. (2002). *Promoção da saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Unati Uerj.
- Association, A. P. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais*. Artmed.
- Baldo, R. (05 de setembro de 2016). <http://www.minhavidacom.br/bem-estar/materiais/17258-como-os-idosos-lidam-com-a-morte>.
- Bittar, C., & Vilela, L. (setembro de 2011). O impacto das atividades em grupo com estratégia promoção da saúde na senescência.
- Cancela, D. M. (2007). <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/AO283.pdf>.
- Carretero, S., Stewart, J., & Centeno, C. (2015). Information and communication technologies for informal carers and paid assistants. *European Journal of Ageing*, 163-173.
- Carvalho, A. (2014). *Demência na terceira idade: Contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção*. Vale do Ave.
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Edições Pactor.
- Chan, M. (09 de 2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Obtido de colegiomodelojua.blogspot.pt.
- Corrales, J. A. (7 de janeiro de 2021). [rockcontent.com](http://rockcontent.com/br/blog/missao-e-visao). Obtido de rockcontent.com/br/blog/missao-e-visao.
- Costa, J. L. (2016). *Psicología y Educación: Presente y Futuro*.
- Cuidamos. (17 de dezembro de 2018). <https://cuidamos.com/artigos/demencia-com-corpos-lewy>.

- Ferreira, C. S. (2013). *O efeito da percepções da velhice e da intitucionalização no envelhecimento ativo: um estudo de caso*. Porto.
- Fleury, A. M. (02 de dezembro de 2018). www.fleury.com.br/saude-em-dia/dicionarios/doencas/Pages/doenca/de/creutzfeldt-jakob.aspx.
- Freire, L. A. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia Educacional*. Edições Psiquilíbrios.
- Frutuoso, A. L. (2018). <http://www.zensenses.org>.
- Frutuoso, A. L. (02 de dezembro de 2018). <http://www.zensenses.org>.
- Frutuoso, A. L. (s.d.). <http://www.zensenses.org>.
- Garcia, C. (1992). Envelhecimento cerebral e demência. p. 91.
- Gómez, M. d. (2009). *Aulas multisensoriales en Educación Especial. Estimulación e integración multisensorial en los espacios snoezelan*. Vigo: Ideas Propias.
- Gonçalves, A. S. (2015). Dificuldades sentidas pelos cuidadores informais das pessoas idosas. Universidade Fernando Pessoa.
- <https://gerontounivali.wordpress.com/conceito-de-idoso/>. (2019).
- <https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid=0zTm0Uvd&id=ACC158ACE8A46CD6991BA7B37413C51705D83FCA&thid=OIP.0zTm0UvdcBk1LagICHu7xQHAE0&mediaurl=https%3a%2f%2fgeoportugal.files.wordpress.com%2f2010%2f09%2fimage018.jpg&exph=451&expw=693&q=piramide+e>. (2019).
- Lemos, L. M., Silva, N. F., & Henriques, H. B. (setembro de 2015). https://editorarealise.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040-MD2-SA3-ID2750-27082015171117.pdf.
- Lopes, L. P. (2011). *Métodos e Técnicas de investigação social*. Areal Editores.
- López-Almela, A., & Gómez-Conesa, A. (2011). *Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial (snoezelan)*. España.
- Lucio, R. S. (2013). *Metodologia da pesquisa*. São Paulo: MCGraw.
- Macedo, C. G. (2008). Síndrome da fragilidade do idoso. *Importância da fisioterapia*, pp. 177-184.
- Marinho, T. d. (12 de maio de 2017). <http://www.portaldoenvelhecimento.com.br/fragilidade-na-velhice-cuidados-paliativos/>.
- Marques, R. (24 de janeiro de 2020). Obtido de <http://empreendedorismo.pt/empreendedorismo-social-o-que-e/>.

- Martins, A. (2011). Snoezelen com idosos, estimulação sensorial para melhor qualidade de vida.
- Martins, S. S. (março de 2017). Envelhecimento ativo e o seu reflexo da qualidade de vida dos idosos. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa.
- Matsudo, S. M. (2009). Envelhecimento, atividade física e saúde .
- Medeiros, T. (2013). *Desafios do Envelhecimento*. Ponta Delgada: Letras Lavadas.
- Microsoft. (21 de setembro de 2019). <https://support.office.com/pt-pt/article/aceitar-o-fluxo-monetário-calculador-o-val-e-o-tir-no-excel-9e3d78bb-f1de-4f8e-a20e-b8955851690c>.
- Morgadinho, R. S. (2012). <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/AO670.pdf>.
- Moura, C. (2016). *Novas competências para novas exigências no cuidar*. Euedito.
- Nascimento, D., Carvalho, G., & Costa, R. (2008). Reabilitação cognitiva através de uma aplicação de realidade aumentada.
- Nascimento, J. L. (fevereiro de 2003). Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. pp. 101-122.
- Neurologia, A. B. (02 de fevereiro de 2019). www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=31&id_conteudo=34&ds_secao.
- Nunes, B. (2014). Alzheimer: 50 questões essenciais.
- Pagliano, P. (2012). *The multisensory handbook*. New York: Routledge.
- Patel, N. (22 de dezembro de 2020). neilpatel.com. Obtido de neilpatel.com/br/blog/como-fazer-analises-swot/.
- Peçanha, V. (14 de janeiro de 2021). rockcontent.com. Obtido de rockcontent.com/br/blog/como-fazer-um-bom-plano-de-marketing/.
- Pereira, M. S. (2016). *Envelhecimento e avaliação gerontológica multidimensional: Um estudo de base comunitária no município de Visela*. Viana do Castelo.
- Phaneuf, M. (2010). *O Envelhecimento Perturbado: A doença de Alzheimer*. Lusodidacta.
- Pires, M. R. (2012). *Performance cognitiva em idosos intitucionalizados*. Bragança.
- Pontes, C. (2017). As fases da demência e investigação em Portugal.
- PORDATA. (18 de abril de 2019). <http://www.pordata.pt/Portugal>.
- Praticanvas: da Ideia de Negócio à Prática*. (10 de fevereiro de 2020). Obtido de <https://maturidadedigital.com.br/praticanvas/modelo-canvas/#plano-de-negocios-ou-business-model-canvas>.

- Proença, P. (2010). *Histórias Multissensoriais, histórias com sentido dentro: uma metodologia inovadora*. Vila Real.
- Ribas, T. (7 de janeiro de 2021). <https://thomazribas.com>. Obtido de <https://thomazribas.com/gestao/fatores-criticos-de-sucesso>.
- Ribeiro, A. P. (2017). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Aveiro: Univercidade de Aveiro.
- Rodríguez, M. J. (2012). *La estimulación multisensorial en un Espacio Snoezelan: concepto y campos de aplicación*. Editorial Académica Española.
- Romano, T. (6 de março de 2020). <https://logisticasemfronteira.com/analise-swot-analise-swot-cruzada/>.
- Rossi, J. (20 de dezembro de 2020). inovarse.org. Obtido de inovarse.org/site/default/files/T_15_O35M_1.pdf.
- Salzedas, C. S. (01 de outubro de 2015). Regulamento Interno. Salzedas.
- Santos, J. (2014). Implicações do contexto político-legal para o lançamento de novas iniciativas sociais em Portugal.
- Santos, M. T., & Mendoza, C. (maio de 2017). www.maismemoria.pt/category/treino-cognitivo.
- Schmitz, V. T. (2011). *Efeitos do exercício físico sobre a funcionalidade de idosos com demência: um estudo de revisão bibliográfica*.
- Sella, M. (2008). *Snoezelan- Um caminho para o mundo sensorial*. Curitiba: ACIMP.
- Silva, M. E. (2006). *Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!: racionalidades leigas sobre o envelhecimento e velhice - um estudo no norte de Portugal*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice - Um novo Público a Educar*. Ambar.
- Soares, E. (2006). Memória e Envelhecimento: Aspetos neuropsicológicos e estratégias preventivas.
- Soares, J. A., Silva, R. F., Rosa, L. J., Galvão, É. A., & 1, R. R. (2009). http://www.researchgate.net/265947912_O_idoso_institucionalizado_e_a_reflexão_sobre_a_propria_morte.
- Social, C. N. (25 de janeiro de 2020). <https://cnes.org.pt/index/economia>.
- Sousa, L., & Sequeira, C. (junho de 2010). *Terapia Snoezelan*.
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Concepção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com DCL.

- Tarouca, C. M. (13 de abril de 2019). *www.cm-tarouca.pt*.
- Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., Nascimento, R. (setembro de 2017). Medidas de Intervenção junto dos Cuidadores Informais.
- Torres, H. (01 de fevereiro de 2014). Projeto de Arquitetura do Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas. Viseu.
- Townsend, M. (2011). Enfermagem, saúde mental e psiquiatria-conceitos de cuidados na prática baseada na evidência .
- Trompiere, B. F. (2012). *O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos*. Inter Science Palace.
- Vieira, A. M., & Vieira, R. (2016). *Pedagogia Social, Mediação Intercultural e (Trans) Formações*. Porto: Profedições.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Inquérito por Questionário



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O presente questionário faz parte de um projeto de investigação desenvolvido no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações Sociais, da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego- Instituto Politécnico de Viseu, elaborado pelo mestrando Viriato Manuel Ribeiro Carvalho, sob o título “**Plano de negócio: A importância da sala de *snoezelen* no retardar e prevenção dos efeitos da demência no Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas**”.

Este estudo tem como finalidade, criar um projeto de forma a dotar o Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas de equipamento e recursos humanos especializados na área da prevenção de demências através da criação de uma sala de *snoezelen*, prática de atividade física e hábitos de alimentação saudável.

Solicito a sua colaboração para a concretização deste estudo.

Os dados recolhidos serão apenas usados na presente investigação, assegurando sempre o anonimato.

Grato pela colaboração!

DEFINIÇÕES

Definição de demência

“Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais” - Associação *Alzheimer* Portugal

Definição de *snoezelen*

“A palavra *snoezelen* é uma combinação entre dois verbos holandeses: “doezelen” que significa repousar e “snoezel” que significa sentir/cheirar” (Sousa & Sequeira, *Terapia snoezelan*, 2010). “O *snoezelen* insere-se nas terapias multissensoriais e é considerada a terapia com maior grau de estimulação porque inclui a estimulação através de som, de luz, do toque e do cheiro” (Pagliano, 2012).

Em que consiste uma sala *snoezelen*

“O espaço *snoezelen* é uma sala estruturada para proporcionar estimulação sensorial, com equipamentos especiais e adequados e, com as condições necessárias para a missão que foi criada, tendo sempre em atenção uma ótima utilização do espaço e do tempo de cada sessão. Deve proporcionar-se um ambiente agradável e estimulante, encorajar-se a pessoa a explorar o ambiente e oferecer-se segurança, permitindo relaxamento físico e mental.

Sendo necessário, dar especial atenção à linguagem corporal e ambiental, à luz (iluminação ténue e suave), ao som (harmonioso e calmo) e aos posicionamentos cómodos” (Gómez, 2009)

QUESTIONÁRIO

I. Dados pessoais

1.1- Identificação do sujeito

a) Sexo:

Feminino Masculino

1.2- Habilitações Literárias

Ensino Básico
Ensino Secundário
Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

1.3- Cargo/Função desempenhada no concelho

Presidente da Câmara Municipal
Diretor(a) Técnico(a)
Provedor da Santa Casa da Misericórdia
Presidente de Junta de Freguesia
Coordenador da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
Utente com idade compreendida entre os 65 e 70 anos

II. Problemática e Prevenção

2.1- Sabe o que é a demência?

Sim Não

2.2- Conhece alguma patologia causada pela demência?

Sim Não

2.3- Sabe como pode prevenir esta doença?

Sim Não

2.4- Tinha conhecimento do que é uma sala *snoezelen*?

Sim Não

2.5- A utilização do equipamento existente numa sala *snoezelen* pode retardar os efeitos da demência.

Concordo Totalmente
Concordo
Não Concordo nem Discordo
Discordo
Discordo Totalmente

2.6- Este tipo de sala permite, por um lado a estimulação multissensorial e por outro lado o relaxamento e lazer.

Concordo Totalmente
Concordo
Não Concordo nem Discordo
Discordo
Discordo Totalmente

2.7- As técnicas utilizadas na terapia *snoezelen* proporcionam conforto e permitem experienciar diferentes sensações.

Concordo Totalmente
Concordo
Não Concordo nem Discordo
Discordo
Discordo Totalmente

2.8- A variedade de atividades praticadas numa sala *snoezelen* permitem que as terapias sejam únicas e adaptadas a cada utente.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

2.9- Uma alimentação correta pode retardar o aparecimento de uma patologia demencial.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

2.10- As pessoas idosas que praticam atividade física estão mais protegidas de que as que têm uma vida sedentária.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

2.11- A atividade física aliada a uma correta alimentação podem ajudar a prevenir a demência.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

2.12- Os benefícios destas duas atividades não se restringem apenas aos aspetos físicos, pois melhoram em muito a qualidade de vida do utente.

- Concordo Totalmente
- Concordo
- Não Concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Totalmente

III. Recetividade do projeto por parte dos inquiridos

3.1- Caso precisasse, ou um familiar seu necessitasse, estaria disposto(a) a utilizar este tipo de equipamento, na nossa Instituição?

Sim Não Talvez

3.2- Considera que este tipo de terapia pode ter um impacto positivo no combate à demência no concelho?

Muito Razoável Pouco Nenhum

Sugestões/comentários:

Muito obrigado pela colaboração!