

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**Capacitação de um grupo de idosos para escolhas
alimentares saudáveis**

Idalina Madeira

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Capacitação de um grupo de idosos para escolhas alimentares saudáveis

Idalina Madeira

Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio

orientado(a) por:

Prof.ª Cláudia Bacatum

Enf.ª Fátima Vasco

2011



**“Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para onde ir”
Sêneca**

RESUMO

Os hábitos alimentares dos idosos nem sempre são os mais adequados nem se tornam promotores da qualidade do estado de saúde, tendendo a degradar-se com o decorrer do tempo, fruto de várias circunstâncias, sendo que a alimentação saudável nos mais velhos constitui um requisito importante na prevenção de co-morbilidades e promoção de um envelhecimento saudável no seu *continuum* de saúde.

A promoção da saúde do idoso através da capacitação para hábitos alimentares adequados pretende, sobretudo, obter ganhos em saúde.

Com o objectivo de implementar um projecto de intervenção, foi utilizada a metodologia de trabalho de Planeamento em Saúde, baseada nos autores Tavares, Imperatori e Giraldes e fundamentada no referencial teórico de enfermagem do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Numa primeira fase, foi feito o diagnóstico da situação e foram determinadas as prioridades de intervenção de acordo com os problemas encontrados. Numa segunda fase foram estabelecidos objectivos, seleccionadas e implementadas estratégias de intervenção para a obtenção dos resultados traçados.

Através do diagnóstico da situação, pretendeu-se conhecer os comportamentos alimentares menos saudáveis e a sua importância na população-alvo, à qual foi dirigido o projecto de intervenção. Para tal, procedeu-se à caracterização sócio-demográfica da população com vista à sua contextualização, e foram avaliadas as suas características biológicas, como o IMC, para identificar desvios do padrão eutrófico. Numa segunda fase recorreu-se a entrevista semi-estruturada que permitiu obter dados sobre o comportamento alimentar.

Os resultados obtidos no diagnóstico de situação motivaram o desenvolvimento e operacionalização da Intervenção de Enfermagem, através da educação para a saúde, com base no conceito de alimentação salutar na velhice, fomentando a capacitação de um grupo de idosos para fazerem escolhas alimentares saudáveis e informadas, como forma de promoverem a sua saúde

Os resultados da Intervenção demonstram que a população está sensibilizada para o desenvolvimento de hábitos alimentares mais saudáveis.

Palavras-chave: Alimentação Saudável; Promoção da Saúde; Educação para a Saúde.

ABSTRACT

The food habits of the elderly are often not the most adequate, nor do they always promote a quality health condition, tending to get worse as time goes by, they result from a series of circumstances, being that the food intake in the elderly is a paramount demand in the prevention of co-morbidities and promotion of a healthy aging process.

The main purpose of promoting a healthy living in the elderly, capacitating them to acquire proper eating habits, is to obtain a gain in the individual's health.

Setting as a goal the implementation of an intervention project, we followed the methodology of Planning in Health, based in authors such as Tavares, Imperatori e Giraldes and supported by the nursing theoretical references of Nola Pender's Model for Promotion of Health.

Firstly, we diagnosed the situation and determined the priorities for intervention, according to the problems that were found, and secondly, we established goals, selected and implemented intervention strategies, aiming for the achievement of the goals we primarily set.

Through the diagnosis of the situation, we attempted to learn the least healthy eating behaviors and its importance to the target population that the intervention project focused on.

In order to contextualize the population, we characterized it from the social-demographical point of view, and its biological characteristics such as the BMI were evaluate to identify deviations from the eutrophic pattern.

On a second phase, we used a semi-structured interview, wish permitted obtaining data about the eating behavior.

The results obtained in the diagnosis of the situation, motivated the development and establishment of the Nursing Intervention, through the education for health, based upon the concept of healthy eating in old age, by targeting and promoting the capacitation of a group of senior citizens, to make healthy and well educated food choices in everyday's life, as a vehicle to promote their health.

The results for the Intervention demonstrated that the population in question is sensitive to the development of healthier eating habits.

Key- words: Healthy Eating for the Elderly; Promotion of Health; Nursing Intervention; Health Education.

ÍNDICE	Pag.
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE.....	vi
LISTA DE QUADROS.....	viii
SIGLAS.....	ix
AGRADECIMENTOS.....	x
0 – INTRODUÇÃO.....	11
1 - IDENTIFICAÇÃO / CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA.....	13
1.1 - Alimentação/ nutrição e saúde.....	13
1.2 - Alimentação/ nutrição do idoso.....	14
1.3 - Promoção da saúde do idoso.....	17
2 – ESTÁGIO.....	22
2.1 - Planeamento da Intervenção.....	22
2.2 - Local de Desenvolvimento do Estágio.....	22
2.3 - População Alvo da Intervenção.....	23
2.4 - Fases do Estágio e Metodologia de Trabalho.....	24
2.5- Diagnóstico de Situação.....	24
2.5.1- Resultados Obtidos.....	28
2.5.2- Análise e Discussão dos Problemas da População.....	30
2.6- Determinação de Prioridades.....	32
2.6.1 – Selecção dos Problemas para a Intervenção.....	34
2.7 - Fixação dos Objectivos de Intervenção.....	35
2.8 - Selecção de Estratégias.....	35
2.9 - Operacionalização das Estratégias.....	36
2.10 - Avaliação dos Resultados: Ganhos em Saúde.....	40
3 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E LIMITAÇÕES.....	44
5 – CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS.....	46

6 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
7 – ANEXOS.....	52
Anexo 1 - Ficha de Caracterização Sócio – Demográfica e Cultural	
Anexo 2 - Guião de entrevista	
Anexo 3 - Resultados da Caracterização Sócio Demográfica e Cultural	
Anexo 4 - Análise do Conteúdo das Entrevistas	
Anexo 5 - Sessão de Educação para a Saúde: “Envelhecimento e Alimentação”	
Anexo 6 - Especificação Detalhada da Actividade “Envelhecimento e Alimentação”	
Anexo 7 - Ficha de Avaliação de Conhecimentos 1	
Anexo 8 - Sessão de Educação para a Saúde: “ Alimentação Saudável no Idoso”	
Anexo 9 - Especificação Detalhada da Actividade “ Alimentação Saudável no Idoso”	
Anexo 10 - Ficha de avaliação de conhecimentos 2	
Anexo 11 - Especificação Detalhada da Actividade “Grupos Alimentares da Roda dos Alimentos, em pasta de papel e pintura”	
Anexo 12 - Especificação Detalhada da Actividade “Canção da Alimentação Saudável”	
Anexo 13 - Especificação Detalhada da Actividade “Feira Inter-geracional - Saberes e Sabores”	
Anexo 14 - Livro “A Alimentação Saudável com o Avançar da Idade”	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação das Áreas Temáticas e Unidades de Contexto.....	27
Quadro 2- Grelha de Análise.....	34

SIGLAS

DGS – Direcção Geral de Saúde

BMI – Body Mass Index

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

OMS – Organização Mundial de Saúde

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse realizado aqui deixo os meus sinceros agradecimentos:

À Sra. Professora Cláudia Bacatum pela disponibilidade para ajudar e orientar que sempre demonstrou, imprescindível na concretização do trabalho,

À Sra. Enfermeira Fátima Vasco, pela disponibilidade e simpatia na co-orientação necessária para consumação do trabalho,

À Técnica de Serviço Social Liliana e à Técnica de Animação Cultural Carla pela disponibilidade para ajudar, participar e orientar no trabalho com o grupo alvo,

Ao Virgílio, pelo apoio, incentivo e ânimo nos momentos de maior desalento e dificuldade.

À Joana e ao José Miguel, companheiros de jornada, pela amizade, ajuda, e motivação proporcionadas,

Às colegas do serviço, pela disponibilidade mostrada nos momentos difíceis.

À equipa multi-profissional do serviço, pela amizade e compreensão ao longo do percurso,

E finalmente, um muito obrigado às pessoas do Centro de Convívio com as quais foi muito enriquecedor trabalhar.

0 - INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família” incluída no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O objectivo do estágio foi desenvolver competências de intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à população alvo.

O Planeamento do estágio teve início no segundo semestre, na Unidade Curricular Opção II com a elaboração do Projecto de Estágio. Teve como população alvo o grupo de pessoas que frequentam o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota, inscritas em actividades que a Associação proporciona.

Tendo em atenção a população alvo, a problemática escolhida foi a da alimentação e as escolhas alimentares dos idosos.

A Direcção Geral de Saúde (DGS), através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), refere que o grupo dos idosos na Europa é cada vez maior e mais significativo, pelo que qualquer investimento realizado visando um envelhecimento saudável, inclusivé na nutrição, tem sempre compensações de ordem económica significativas quer seja a curto, médio ou a longo prazo.

A intervenção teve como finalidade contribuir para a capacitação do Grupo de Pessoas que frequentam o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota, para fazerem escolhas alimentares saudáveis, não esquecendo o incremento da qualidade de cuidados de enfermagem, prestados em contexto comunitário.

A qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto comunitário define-se pelas estratégias usadas e a sua adequação à população alvo, na obtenção de melhores níveis de saúde. Para que se atinja esta qualidade, à que atingir as competências de perita.

Tomey e Alligood (2002) dizem-nos que Benner descreve a enfermeira perita como tendo um domínio intuitivo da situação e a capacidade de identificar o cerne do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e alternativas.

No decurso do estágio foi desenvolvida a metodologia de Planeamento em Saúde baseada nos autores Tavares, Imperatori e Giraldes e como referencial teórico de enfermagem foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

A identificação dos problemas e necessidades conduz, tal como nos diz Tavares (1990), à elaboração de projectos que contribuam para a resolução dessas necessidades. Partindo do preconizado por Tavares, o estágio dividiu-se em duas fases, uma com o objectivo do diagnóstico de situação e priorização de problemas e outra destinada à intervenção de enfermagem e a sua avaliação.

Este relatório de estágio pretende descrever e reflectir sobre o que foi feito ao longo do semestre, bem como as competências que foram adquiridas durante o percurso de aprendizagem. Para tal, será apresentada a fundamentação teórica e pertinência que norteou o trabalho, a metodologia utilizada, o modelo teórico de enfermagem em que se baseou, bem como estratégias e actividades desenvolvidas para consolidar os objectivos, as limitações que surgiram e avaliação do que foi feito.

1 - IDENTIFICAÇÃO / CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

1.1- Alimentação/ nutrição e saúde

A alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para o bem-estar e saúde. Através da alimentação suprimos as diferentes necessidades qualitativas e quantitativas em nutrientes, permitindo também a cada pessoa desenvolver a sua actividade social e afectiva, promovendo uma vida equilibrada e globalmente saudável (Mischlich e Arveux, 2004).

A alimentação corresponde em parte ao gosto pessoal de cada um, bem como o conhecimento que se tem sobre o valor dos alimentos. Este valor está intimamente ligado ao conhecimento que vieram trazer as ciências nutricionais, numa consciencialização dos riscos de saúde associados aos hábitos alimentares (Silva, 2008). No entanto, Corbeau (2004) refere que as preferências alimentares têm origem cultural, remetendo para as nossas trajectórias de socialização, passando pelas nossas origens, pelas possibilidades económicas, o nosso nível académico e as nossas crenças religiosas e filosóficas, e que dependem da nossa história familiar, da acuidade sensorial e dos limiares perceptíveis, que são variáveis de pessoa para pessoa.

Nesta perspectiva, fica o reconhecimento que a alimentação é um comportamento adquirido, fruto de vários factores que se interligam, mas que podem ser mudados em função da construção de novos conhecimentos, numa fomentação de escolhas decididas conscientemente, ainda que negociadas com as oportunidades de vida exterior (Silva, 2008).

Pender (2006) refere que existem vários factores que condicionam o comportamento alimentar e que estão classificados como genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais. Sendo que, como refere Corbeau (2004), no indivíduo idoso é de extrema importância ter conhecimento da pessoa e das simbologias do seu comportamento alimentar, para poder desdramatizar e corrigir eventuais desequilíbrios, retardando o aparecimento de factores patológicos.

O processo da alimentação, de uma maneira geral é desencadeado pela fome, e traduz-se na necessidade de comer, levando à ingestão de produtos alimentares e aos consequentes processos digestivos, de absorção e assimilação ou desassimilação, respondendo assim às necessidades energéticas e metabólicas do organismo (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Os nutrientes, substâncias químicas que fazem parte dos alimentos, são assimilados pelas células e asseguram todas as funções orgânicas. O metabolismo, conjunto de todas as reacções e processos do organismo, vai permitir a utilização de elementos ingeridos em bruto e transformá-los em elementos utilizáveis pelo organismo. Este processo conduz á obtenção de energia utilizável e á biosíntese, pelos processos de anabolismo e catabolismo (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Para tal, é necessário manter o metabolismo basal, ou seja, a quantidade de energia necessária para a manutenção da vida. Este metabolismo vai diminuindo a partir dos 5 anos de idade, e mais progressivamente com o envelhecimento. A sua diminuição está ligada a factores hormonais e à diminuição da actividade física. Para que o idoso se mantenha de boa saúde, é necessário um bom equilíbrio entre o aporte energético que faz e os seus gastos energéticos totais (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Apesar de as exigências alimentares variarem de pessoa para pessoa, as necessidades nutritivas são constantes como forma de responderem à manutenção das funções vitais do organismo. As deficiências de nutrientes podem levar a desequilíbrios biológicos, comprometendo o organismo, e levar mesmo à sua morte (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Portanto, saúde, alimentação e nutrição são factores interdependentes, ou seja, só se tem saúde através de uma boa alimentação, e ao mesmo tempo é necessário um organismo saudável para aproveitar todos os elementos que uma boa alimentação oferece.

1.2 – Alimentação/ nutrição do idoso

As necessidades nutricionais do idoso são em muito semelhantes às do adulto, mantendo no entanto algumas particularidades decorrentes do próprio envelhecimento.

Campos et al (2000), citando Nogués (1995), referem algumas condicionantes para o estado nutricional do idoso, tais como alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, patologias presentes, passando também por factores socioeconómicos e familiares. Com o processo de envelhecimento, começa a haver alterações que comprometem a correcta utilização dos nutrientes. As mudanças fisiológicas podem afectar a ingestão e a correcta forma de se nutrir ou mesmo o prazer de se alimentarem, como o sentido do paladar que vai decrescendo, devido a uma diminuição da sensibilidade por gostos primários (doce, amargo, ácido e salgado),

por diminuição de papilas gustativas. Como também o olfacto tende a declinar, a perda dos dois sentidos pode levar ao desinteresse pelos alimentos. Também a diminuição da salivação, problemas relacionados com a dentição e a mastigação, podem limitar a quantidade ou a variedade dos alimentos consumidos. A diminuição de todos os processos relacionados com a digestão tende a ser mais lentos, levando a problemas de ingestão e absorção, e consequentes co-morbilidades. Ferry e Alix (2004) também referem que a água total do corpo humano diminui com o envelhecimento. Esta diminuição que começa na idade adulta, com o passar da idade tem tendência a agravar-se. Como o limiar de percepção da sede também vai diminuindo, é mais elevado o risco de desidratação.

Esta interligação de factores pode trazer um estado nutricional insatisfatório, tal como é referido por Lueckenotte (2002), como seja a deficiência, a desidratação ou a obesidade, sendo por isso tão importante vigiar os défices nutricionais como o de ferro ou cálcio, entre outros como os excessos.

Ainda que não existam dados de mortalidade relativos a uma alimentação inadequada, calcula-se no entanto que um terço das doenças crónicas tem origem numa alimentação inadequada, sobretudo no que concerne a doenças metabólicas e cardiovasculares. (ESPS, 2001).

A elevada prevalência de desvios nutricionais em idosos, evidenciada por diversos estudos e em vários países, mostram uma predominância de indivíduos com desnutrição, sobre-peso e obesidade, sobre os indivíduos eutróficos. A ESPS (2001), refere que as doenças por excesso ou carência nutricional são comuns nos idosos, sendo que mais de 40% destes tem um consumo inadequado de 3 ou mais nutrientes.

A percentagem de adultos na faixa etária dos 65 aos 74 anos, em Portugal Continental, com excesso de peso em 2006 e segundo fonte do INSA, era de 24.2 %, e com obesidade de 22,2%. Na faixa etária dos 75 aos 84 anos, com excesso de peso 22.5% e com obesidade 18.7%.

A obesidade está associada a um risco aumentado de mortalidade e morbilidade, sendo exemplos situações de insulinoresistência, doença isquémica, hipertensão arterial, dislipidémias, doença vascular, osteoartrite, acidente vascular cerebral, apneia do sono, e de alguns tipos de cancro (IOTF, 2005).

A desnutrição constitui outro dos problemas que afectam as pessoas com mais de 65 anos. Loureiro (2008) citando "European Nutrition for Health Alliance" diz que a

desnutrição não é exclusiva dos países pobres, referindo também que esta é frequente e atinge 50% dos hospitalizados com mais de 60 anos, e 77% dos que tem mais de 80 anos.

A problemática da alimentação desadequada no idoso torna-se pois um problema de saúde comunitária face ao impacto que tem em custos para os indivíduos e sociedade.

Comer bem significa sobretudo optar por refeições saudáveis, equilibradas tanto quantitativamente como qualitativamente. Esta lógica deve basear-se na noção dos grupos alimentares e garantida com o consumo diário de alimentos dos 7 grupos alimentares da Roda dos alimentos.

Embora necessite de menos calorias, na prática o idoso deve basear-se neste conceito, tendo alguma atenção ao consumo de açúcares simples e ao sal, que devem ser restringidos, e às necessidades de cálcio, vitamina D e vitamina B, que aumentam com a idade.

Idealmente a pessoa deve:

- Repartir os alimentos por 5 a 7 pequenas refeições,
- Fazer uma ingestão diária de pelo menos 1,5 l de água, podendo também ser ingerida sob a forma de infusões de ervas,
- Tomar sempre o pequeno-almoço, e de forma equilibrada, tendo por base leite ou derivados, pão ou cereais e fruta,
- Evitar jejuns prolongados, e durante o dia não fazer intervalos de refeições superiores a 3 horas,
- Não esquecer as proporções diárias recomendadas de cada grupo de alimentos, sendo que cada porção equivale em tamanho a um baralho de cartas ou à palma da mão.

As porções recomendadas para os idosos são as mesmas que para um adulto, e basear-se em valores intermédios:

- Cereais e derivados, tubérculos – 28%
- Hortícolas – 23 % (cerca de 400 grs. /dia)
- Fruta -20 % (2 a 3 peças / dia)
- Lacticínios – 18% (o equivalente a cerca de 750 ml / dia)
- Carne, peixe e ovos – 5% (com preferência por carnes brancas e preferencialmente peixe, ovos 2 a 3 por semana)

- Leguminosas – 4%
- Gorduras e óleos -2% (evitando as gorduras saturadas).
(DGS - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas).

1.3 - Promoção da saúde do idoso

No último século, o homem conquistou um aumento na esperança de vida de mais de 30 anos graças à melhoria de vários determinantes em saúde que vão desde o saneamento, nutrição, descobertas medicamentosas à construção de ambientes mais seguros para a vida humana. Este acréscimo de anos de vida veio trazer mudanças significativas ao nível das pirâmides populacionais, com considerável aumento do número de pessoas com idade superiores a 65 anos.

Tendo em atenção este aumento de número de anos, é importante definir quem são as pessoas idosas, quais os conceitos subjacentes a estas definições e ainda importância de promover a saúde neste grupo populacional que se vai tornando cada vez maior.

São muitas as definições para idoso ou “velhice”. Estas definições têm por detrás de si conceitos sociais ou políticos, ou então conceitos físicos ou psicológicos. A DGS (2004), citando a (Cf. Organização Mundial da Saúde. A life course perspective of maintaining independence in older age. WHO’s Ageing and Health. Genève, 1999) considera:

“Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de factores culturais e individuais”

O mesmo autor, citando também (cf. INE. *As Gerações Mais Idosas. Série de Estudos Nº. 83. Portugal. Lisboa, 1999*), considerou como pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

O envelhecimento é uma experiência única, sendo um processo multifacetado e dependente de um amplo leque de factores que variam individualmente e não ao ocorrem ao mesmo tempo, não estando necessariamente relacionados com o factor cronológico. Também de uma maneira geral não ocorre isoladamente, podendo combinar-se e influenciar o estado de saúde da pessoa idosa (Squire, 2005).

A esperança média de vida em Portugal, à nascença, segundo o INSA (2006-2008), era de 78.70 anos, sendo 75.49 para os homens e 81.74 para as mulheres.

A esperança de vida aos 65 anos (2006-2008) situa-se em mais 18.13 anos, com 16.25 anos para os homens e 19.61 anos para as mulheres.

O envelhecimento demográfico é entendido como o aumento de pessoas idosas relativamente ao total de habitantes. Esta consideração tem em conta a fronteira da idade de reforma, que é de uma maneira geral os 65 anos.

Os principais factores do envelhecimento demográfico estão na manifestação de baixas taxas de fecundidade, sendo actualmente Portugal dos países europeus com maior baixa taxa de natalidade e com acentuado envelhecimento demográfico. O índice de fecundidade registado pelo INE em 2007 foi de 1,33 crianças por mulher, atingindo o envelhecimento o valor de 114 idosos por cada 100 jovens.

Na 2ª Assembleia Mundial sobre o envelhecimento que ocorreu em Madrid em Abril de 2002, o Parlamento Europeu, e segundo dados (Old Age in Europe, Junho de 2001), diz que na União Europeia as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos representavam 21,5% da população, e através das suas previsões até 2020 espera-se um aumento de cerca de 30%, sendo que 40% dessas pessoas terão mais de 80 anos.

Perante estes dados, fica a necessidade de mudanças de atitudes face ao envelhecimento que passam também pelo sector da saúde, fomentando um envelhecimento saudável e com qualidade onde está implicado a alteração de estilos de vida.

As circunstâncias de vida remetem-nos para a modelagem de estilos de vida diferentes, em que se desenvolvem atitudes e comportamentos que nos distinguem enquanto pessoas e grupo. Estas maneiras de viver e estar na vida conduzem-nos para o conceito estilos de vida. Estes vão influenciar os comportamentos e atitudes da pessoa face à sua saúde e à prevenção da doença, onde estão inseridos os comportamentos alimentares (Silva, 2004).

Desde a conferência de Alma-Ata nos anos 70 que se reconhece a necessidade “Saúde para todos”. Na carta de Otawa em 1986, fica patente a necessidade de se adoptarem hábitos de vida saudáveis como forma de promover a saúde (Portal de Saúde Publica, 2005).

Definir a saúde é um conceito lato e visto sobre diferentes ângulos. A citação mais comum é a da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), “A saúde é o completo

bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Este conceito de saúde espelha um conceito holístico, mas pode não ser de todo realista para um idoso, sendo que o conceito de saúde pode querer dizer coisas diferentes para diferentes pessoas. Squire (2005) refere Ewles e Simnett (1999) desenvolveram um conceito mais vasto de saúde, tendo em conta a pessoa idosa com as dimensões:

- *Física*: a eficácia do corpo;
- *Social*: relações com os outros;
- *Mental*: capacidade de pensar com clareza;
- *Emocional*: capacidade de expressar e lidar com as emoções;
- *Espiritual*: ter paz de espírito;
- *Sexual*: ter uma visão positiva de necessidades de saúde sexual.

A promoção da saúde definida na Carta de Ottawa, refere que é um processo que pretende aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades, no controlo da sua saúde, e assim a melhorarem. Para atingirem este completo bem-estar físico, social e mental, tanto os indivíduos como os grupos devem estar aptos a identificarem e a realizarem as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades, e a fazerem modificações ou adaptações ao meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como propósito de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar global (Portal de Saúde Pública, 2005).

Também Nola Pender, no seu modelo de Promoção da Saúde, reforça este conceito partindo do pressuposto que a saúde é um estado positivo e que cada pessoa à sua maneira pretende alcançá-la. Considera a pessoa como o centro do seu modelo, definindo-a como ser único pelo seu padrão cognitivo de percepção e de acordo com os factores de modificação a que é exposta. O modelo compreende factores como estilos de vida saudáveis, capacidade para auto-cuidado e práticas nutricionais, entre outros que promovem comportamentos saudáveis. Ela interliga várias categorias, como as características e experiências individuais, as cognições que podem afectar o comportamento e os resultados do comportamento que no seu todo vão determinar os

comportamentos de saúde pretendido enfatizando o papel activo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde.

Por outro lado Squire (2005) refere que Ewles e Simnett (1999) definiram dois aspectos fundamentais na promoção da saúde: *melhorar a saúde e ter mais controlo sobre ela*, sendo que a partir destas duas premissas podem ser estabelecidas metas para os idosos: melhorar a saúde da pessoa idosa e envolvê-la nas decisões acerca da mesma, levando-a a atingir o seu potencial máximo com um crescente controlo sobre a sua vida, maximizando a sua capacidade funcional, melhorando a sua saúde, adiando ou prevenindo a instalação de doenças e minimizando os efeitos das situações debilitantes.

Uma das principais estratégias de promoção da saúde passa, sem dúvida, pela educação para a saúde. Esta prática é internacionalmente reconhecida pela contribuição que dá na prevenção da doença e na promoção da saúde. A lógica por detrás desta importância, segundo Santos (2010), é a de transformar crenças erradas em crenças correctas, promovendo a possibilidade de as pessoas adoptarem atitudes salutaras, e naturalmente comportamentos e estilos de vida mais saudáveis.

As estratégias de promoção da saúde vão no sentido da capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controlo nos determinantes de saúde (biologia humana, meio ambiente, estilos de vida saudável e sistema de assistência em saúde), sendo que cada cidadão assume assim um papel tanto de educando como de educador. A educação deve ter em conta as capacidades individuais ou grupais, promovendo e influenciando modos de pensar e agir, mudando atitudes e mitos, numa procura de facilitação de competências que promovam mudanças de comportamento e estilos de vida (Rodrigues, 2005).

No Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) fica o sentido de que os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários têm à sua frente um enorme desafio, na implementação de estratégias de intervenção comunitária efectivas que dêem respostas às necessidades deste grupo específico da população. Perante este desafio e através do que dizem Stanhope e Lancaster (2011) a preocupação dos enfermeiros com aprendizagem de saúde prende-se com a necessidade de os indivíduos tomarem decisões conscientes, e assim modificarem os seus comportamentos. Sendo assim, a aprendizagem permite conhecimento e mestria e resulta em mudança de comportamento. Ao formador cabe enviar mensagens claras,

com modelos de aprendizagem adequados e em locais propícios à aprendizagem, propiciando experiências positivas e significativas, envolvendo os formandos de forma participativa, não esquecendo a avaliação como feedback do seu trabalho.

O foco dos enfermeiros comunitários é a prevenção da doença e a promoção e manutenção da saúde. A finalidade é fomentar boas práticas de enfermagem comunitária, onde esteja contemplado um envelhecimento bem sucedido, onde prevaleça o aumento de anos de vida, com qualidade e de forma saudável.

2 - ESTÁGIO

O estágio teve início no dia 4 de Outubro de 2010, com a apresentação do projecto de intervenção aos elementos coordenadores da área de intervenção do idoso e terminou no dia 11 Fevereiro de 2011. Esta apresentação foi seguida de uma reunião com a Técnica de Serviço Social responsável pelo Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota, e com a Técnica de Animação Cultural, para definir a estratégia de desenvolvimento da intervenção. Nesta reunião ficaram definidas as etapas do estágio, locais e horários (de maneira a não interferir muito com actividades programadas dos grupos). Ficou ainda definido que só após o diagnóstico de situação se iria preparar e operacionalizar a intervenção.

2.1 - Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção, teve início com Projecto de Estágio elaborado 2º semestre.

O projecto teve como finalidade servir como guia orientador no trabalho de campo ficando definido como objectivo: Desenvolver conhecimentos sobre escolhas alimentares saudáveis no grupo de pessoas que frequentam o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota, sendo para isso necessário:

- Identificar os hábitos alimentares do grupo de pessoas que frequenta o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota;
- Identificar os conhecimentos desta população sobre o conceito “alimentação saudável”;
- Informar como fazer escolhas alimentares saudáveis.

2.2 - Local de Desenvolvimento do Estágio

O local de desenvolvimento do estágio foi o VI ACES Loures / Sacavém, e decorreu na IPSS Luís Pereira da Mota.

Este ACES desenvolve parcerias com várias IPSS locais. Esta foi sugerida pelo ACES por apresentar vários projectos de intervenção social e comunitária entre eles o bem-estar a pessoa idosa.

A IPSS Luís Pereira da Mota é uma Instituição Particular de Solidariedade Social em actividade desde 1915, no Concelho de Loures. A formação da associação, tal como é referido pela própria na sua história, perde-se no tempo e não é possível ter qualquer certeza relativamente à sua fundação. Sabe-se que é precursora da Ordem Terceira de S. Francisco, ordem que desenvolveu a sua acção na Vila de Loures desde 1754. A Instituição toma este nome a 30 de Dezembro de 1915 com a Implantação da República. A Associação, então reformulada, toma o nome actual em homenagem a um benemérito da Ordem.

A sua acção foi orientada durante 60 anos para a assistência e beneficência às pessoas da Vila ou às que por lá passavam. Desde 1976, e face às mudanças políticas, a associação toma novos estatutos mas mantém a solidariedade social como grande objectivo, no apoio à protecção na infância, juventude e terceira idade. A partir de 1996 desenvolve-se na área sócio comunitária com projectos implementados em parceria com um conjunto de entidades locais, na sequência dos realojamentos efectuados nas freguesias de Loures.

As suas áreas de áreas de intervenção são várias, passando pela infância e juventude, à terceira idade e vertente sócio comunitária.

Na área da terceira idade funciona o Centro de Convívio, Centro de dia, Apoio Domiciliário, Apoio Domiciliário Alargado, Apoio Domiciliário Integrado e Lar.

O Centro de Convívio contempla várias vertentes: **Pintura, Teatro, Informática, Canto Coral, Tuna e Actividades Manuais**. Os utentes frequentam **uma ou várias destas actividades**. As actividades do Centro de Convívio funcionam no Teatro Municipal ou nos Ateliers do Centro de Dia.

2.3 - População Alvo da Intervenção

O grupo alvo da intervenção é constituído por todos os inscritos (31 pessoas) nas actividades do Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota, cujas idades variam entre os 60 e os 90 anos. Apesar de a intervenção estar direccionada ao grupo de idosos (definido pelo INE como pessoas com mais de 65 anos), optou-se por

trabalhar com todos os utentes tendo também em conta a definição da OMS (60 anos dependendo de vários factores) e não esquecendo aqui, como refere Squirre (2005), que a experiência de envelhecer é única, ocorrendo como um processo multifacetado não sendo igual para todas as pessoas, nem estando necessariamente relacionado com a idade cronológica.

2.4 - Fases do Estágio e Metodologia de Trabalho

O estágio compreendeu duas fases, uma primeira, cujo objectivo foi efectuar o diagnóstico de situação e uma segunda destinada à realização e implementação de um projecto de intervenção assim como e a sua avaliação.

Desde o início do estágio foi adoptada como metodologia de trabalho o Processo de Planeamento em Saúde de Imperatori, Giraldes e Tavares. Este processo mantém-se actual e com adequação à realidade Portuguesa, sendo ainda hoje utilizado para orientar os trabalhos desenvolvidos pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Esta forma de trabalho, segundo Tavares (1990), tem como fim a saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações.

Constituiu preocupação da formanda justificar e fundamentar, dentro do possível, cada passo que trilhou em cada uma das etapas, de forma a desenvolver competências no domínio desta metodologia de trabalho e na sua adequação ao contexto comunitário.

2.5 - Diagnóstico de Situação

Partindo da metodologia de Planeamento em Saúde, fazer o diagnóstico de situação constituiu a primeira fase do estágio. O seu principal objectivo foi avaliar características e experiências individuais onde está o comportamento anterior relacionado com a alimentação. Para contextualizar a população foram também avaliados factores biológicos e sócio culturais.

Desta forma procurou-se conhecer informação orientadora da intervenção, visando a promoção da saúde através da capacitação do grupo de pessoas, para escolhas alimentares mais saudáveis e efectivas.

Para a concretização do objectivo principal, e tendo por base as características e experiências individuais determinantes do comportamento de saúde, foram delineados os objectivos:

- Caracterizar a população inscrita, sócio-demograficamente e culturalmente para fazer a sua contextualização;
- Avaliar peso e altura para caracterização do IMC da população alvo, para calcular desvios do padrão eutrófico;
- Identificar comportamentos anteriores relacionados com necessidade de uma mudança comportamental sobre a prática de uma alimentação saudável.

Tendo em conta os objectivos traçados, foi necessário:

- Reunir com outros Profissionais (Técnica de serviço social, Animadora Cultural do Centro de Convívio);
- Pedir ajuda à instituição em termos de recursos humanos e físicos;

Para operacionalizar a intervenção, houve necessidade de desenvolver algumas actividades. Numa primeira fase, para determinação de factores pessoais, foi feita a Caracterização Sócio-Demográfica e Cultural da população, bem como avaliação de IMC através de uma Ficha de Avaliação, com vista à contextualização e avaliação de factores que pudessem afectar as acções de saúde subsequentes (Anexo I). Estes dados foram recolhidos conjuntamente pela formanda e pela técnica de animação cultural, durante a semana de 25 a 31 Outubro de 2010.

Para avaliação do IMC recorreu-se a balança mecânica de chão, que identifica valores com aproximação à décima, e fita de medição de parede da marca “SECA”.

A avaliação do IMC, ou índice de Quételet é utilizado com frequência como uma das formas de avaliar o estado nutricional das populações. É um método simples e fácil de aplicar, e é obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros, elevado ao quadrado (kg / m^2) (Cervi et al, 2005).

Na avaliação do IMC foram definidos 2 grupos etários: entre os 60 e os 64 anos e o grupo de pessoas com mais de 65 anos.

Os valores definidos para o grupo etário dos 60 aos 64 anos foram os preconizados pela OMS para adultos que são: Desnutrição – ≤ 18.5 ; Normal $\rightarrow 18.5$ a < 25 ; Pré – Obesidade – ≥ 25 a < 30 ; Obesidade – ≥ 30 .

Tendo em conta as mudanças que ocorrem na composição corporal com o envelhecimento, e embora este método seja limitativo em termos de avaliação para

idosos, foi utilizado para a população com idade igual ou superior a 65 anos o IMC definido por Ferry e Alix (2004): Desnutrição – <21 ; Risco de Desnutrição – ≥ 21 a <25 ; Normal – ≥ 25 a <30 ; Pré – Obesidade – ≥ 25 a <30 ; Obesidade – ≥ 30 .

Para análise dos dados recorreu-se ao Programa Excel 2003 usando-se a estatística descritiva. Em relação ao IMC e à Caracterização Sócio-Demográfica e Cultural, foram feitos gráficos de distribuição de frequências, complementado no caso da idade, pela média de idades e pela amplitude. (Anexo III).

Numa segunda fase foi utilizado como instrumento de trabalho, entrevista semi-estruturada. A escolha deste método foi como refere Polit et al (2004) ser um método flexível, adaptativo, holístico, com uma procura de visão do todo e baseada nos pontos de vista das pessoas do grupo alvo. Nesta perspectiva a escolha deste método vem de encontro ao Modelo de Promoção da Saúde Nola Pender.

A sua natureza, foi essencialmente revelar realidades múltiplas e riqueza de informações, por isso se utilizou uma amostra de conveniência, em que o critério inclusão foi as pessoas mostraram-se disponíveis para colaborar. O tamanho da amostra surgiu, tal como diz Polit, em função da necessidade de informações e orientada no sentido da saturação de dados.

A amostra foi composta por sete pessoas às quais foram feitas entrevistas semi-estruturadas. O guião da entrevista (anexo II), foi construído tendo por base o modelo de Nola Pender, relativamente ao factor: comportamento anterior relacionado com alimentação saudável.

As entrevistas foram feitas individualmente pela formanda, recorrendo desde o início a suporte de papel, e foram realizadas durante a semana de 15 a 21 Novembro de 2010. Posteriormente foram transcritas para documento em Word.

Em todas as fases de diagnóstico foram salvaguardados os aspectos éticos inerentes. Para tal foi explicada a natureza do que se pretendia e a sua finalidade. Foi solicitada colaboração e pedido o seu consentimento informado por escrito. Foi ainda efectuado um compromisso de garantia de confidencialidade sobre as respostas dadas.

Todas as actividades para fazer o diagnóstico foram efectuadas dentro do local de estágio.

Para análise dos dados, recorreu-se ao método de análise de conteúdo. Esta permite uma descrição objectiva e sistemática do teor da comunicação, tendo a finalidade de interpretar a própria comunicação. Esta técnica decorreu em três etapas:

numa primeira etapa procedeu-se à organização do material; num segundo momento transcreveu-se o conteúdo das entrevistas para suporte informático; e num terceiro momento os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 1995).

Numa primeira leitura, das entrevistas emergiram os temas e os conceitos globais, essenciais para a análise do assunto que permitiram a elaboração de uma grelha de análise. Depois procedeu-se à construção de um quadro com as áreas temáticas, as unidades de contexto (categorias) e unidades de registo. De seguida, procedeu-se a uma nova leitura das entrevistas procurando encontrar os excertos do discurso mais significativos (unidades de registo), codificando-os e inserindo-os correctamente no quadro construído (Bardin, 1995) (Anexo IV).

Pretendeu-se acima de tudo compreender a natureza das práticas atrás descritas, relatando-as, com inclusão dos comentários dos participantes, reflectindo sobre elas, objectivando já as fases seguintes do Planeamento em Saúde.

Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos, é apresentado em seguida um quadro que sintetiza as áreas temáticas e as respectivas unidades de contexto.

Quadro 1 – Apresentação das Áreas Temáticas e Unidades de Contexto

Área Temática	Unidades de Contexto
Comportamentos anteriores relacionados	Ingestão de água
	Leite e derivados
	Ingestão de carne e peixe
	Ingestão de vegetais e fruta
	Ingestão de gorduras
	Ingestão de cereais e derivados
	Ingestão de alimentos doces
	Nº de refeições diárias
Factores pessoais	Auto motivação

2.5.1- Resultados Obtidos

A partir da caracterização sócio-demográfica e cultural emergiram os seguintes resultados:

A população alvo, como atrás referido, foi um grupo de 31 pessoas, com uma amplitude idades compreendidas entre os 60 e os 90 anos, sendo a média de idades 66,6 anos. O grupo etário mais representativo é o dos [70-74] anos com uma percentagem de 26%, seguida do grupo etário dos [65-69] com 23% e com 19% os grupos etários [60-64] e [75-79] anos, por último com 13%, o grupo [≥80 anos].

Das 31 pessoas, 25 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Sendo que 94% são portuguesas e 6% estrangeiras.

Em relação à escolaridade, o grupo mais representativo é o que completou o 1º ciclo do ensino básico com 46%, seguindo dos que têm o 1º ciclo incompleto com 26% e os que sabem ler e escrever com 13%. Com 6% estava o grupo dos analfabetos e os que completaram o 2º ciclo do ensino básico, sendo que apenas 3% completaram o 3ºciclo.

Relativamente à ex-profissão (uma vez que são todos reformados ou nunca estiveram empregados), o grupo mais representativo foi o dos indiferenciados com 25 ocorrências sendo os restantes quadros médios com 6 ocorrências.

Os resultados relativos ao IMC foram:

No grupo etário dos [60-64] anos, 2 pessoas tinha IMC normal, 2 tinham pré-obesidade e 2 obesidade. Destas, 3 eram do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo que tanto no sexo masculino como feminino havia 1 pessoa por cada correlação.

Nos grupos etários seguintes, 18 pessoas apresentavam IMC normal, 4 obesidade e 3 risco de desnutrição. Nos homens, 2 tinham IMC normal e 1 obesidade. Nas mulheres 17 tinham IMC normal, 2 obesidade e 2 risco de desnutrição.

Para análise de resultados das entrevistas, como já foi dito anteriormente, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, sendo a apresentação por áreas temáticas, seguidas de unidades de contexto, com as respectivas unidades de registo.

As entrevistas foram codificadas de 1 a 7, sendo E1, E2, ...E7. Para uma melhor compreensão recorreu-se ao discurso directo das pessoas, sempre que se justificou ilustrar a ideia registada.

Na primeira área temática, “comportamentos anteriores relacionados”, foram encontradas 9 unidades de contexto que são: comportamentos relacionados com ingestão de água, com ingestão de leite e derivados, com ingestão de carne e peixe, com ingestão de vegetais e fruta, com ingestão de gorduras, com ingestão de cereais, derivados e tubérculos, com a ingestão de alimentos doces, e por último com o número de refeições diárias.

Na unidade de contexto comportamento relacionado com a ingestão de água, 6 dos entrevistados relataram comportamentos relacionados com a ingestão diária de água. Dessas pessoas, 4 referiram beber pouca água, e as outras 2 referiram apenas a quantidade, referindo um ½ litro e outros 2 copos.

E1 – *“Beber, só bebo água... É mais para tomar os medicamentos... A água foi só um bocado de manhã e outro à noite para tomar os remédios.”*

E2 – *“Só bebo para tomar os medicamentos...”*

E5 - *“Água, bebo pouca. Só bebi um copo de água.”*

Na unidade de contexto comportamento relacionado com a ingestão de leite e derivados, 7 dos entrevistados relataram comportamentos relacionados com a ingestão de leite e derivados, sendo que 6 referem beber pouco leite e / ou comer derivados, e 1 refere mesmo que não bebe.

E5 – *“Não bebo leite.”*

E7- *“Mas bebo pouco leite. Às vezes, nem um copo bebo por dia.”*

Na unidade de contexto comportamento relacionado com ingestão de carne e peixe, apenas 1 dos entrevistados relatou comportamentos relacionados com a ingestão de carne e peixe evidenciando também a exagerada quantidade.

E7 – *“Ao almoço, foi uma massada de peixe e comi asinhas de frango assado... O jantar foi igual ao almoço... ao todo, 2 pratos de massada, 6 asinhas de frango”*

Na unidade de contexto comportamento relacionado com ingestão de vegetais e fruta, 3 dos entrevistados relataram comportamentos relacionados com a ingestão de vegetais e fruta ficando evidente que comem pouca.

E3 – *“...só comi fruta ao lanche. Uma peça de fruta.”*

E6 – *“Legumes, não comi, como poucos legumes.”*

Na unidade de contexto comportamento relacionado com ingestão de gorduras, apenas 1 dos entrevistados relatou o comportamento relativo a este grupo alimentar.

E1 – “... sabe uma carcaça com manteiga... almoço foi frango assado com batatas fritas... Ao lanche, comi mais uma carcaça torrada com manteiga ... Há noite só comi sopa e frango do meio-dia.”

Na unidade de contexto comportamento relacionado com ingestão cereais e derivados, 4 pessoas manifestam comportamentos no que se refere ao pão, mas apenas uma aparenta ingerir quantidades desadequadas.

E1 – “As carcaças foram três e meia.”

Na unidade de contexto comportamento relacionado com ingestão de alimentos doces, encontramos 3 pessoas que referem comer doces, havendo a sugestão num caso que o faz frequentemente.

E7- “...e um chocolate de culinária. Não engorda tanto! ... Gosto é de coisas doces. Sempre comi muitas guloseimas. Trago sempre comigo algumas na mala.”

Na unidade de contexto comportamento relacionado com o número de refeições diárias, todos entrevistados manifestaram comportamentos relacionados com o número de refeições diárias, sendo que a maioria apenas faz três refeições diárias aparentemente com porções maiores que as aconselhadas. Algumas referem também um lanche intermédio.

E6 – “De manhã, comi... Ao almoço, foi... Lanche é coisa que não faço. ... O jantar foi igual...”

E7 – “Ao almoço, foi uma massada de peixe e comi asinhas de frango assado... O jantar foi igual ao almoço... ao todo, 2 pratos de massada, 6 asinhas de frango”

Na segunda área temática, “factores pessoais”, foi encontrada 1 unidade de contexto: “a auto-motivação”, que se caracteriza sobretudo pelo estado de saúde percebido como factor de mudança na adopção de outros hábitos alimentares.

E2- “...evito as coisas gordas porque tenho o colesterol alto.”

E7- “A osteoporose é que dá cabo de mim! Tenho muitas dores! Mas bebo pouco leite. ... Mas quando levo a comida do Centro penso que é melhor. Lá fazem tudo sem sal. “

2.5.2 - Análise e Discussão dos Problemas da População

No diagnóstico de situação foi realizada sobretudo a identificação dos principais problemas relacionados com comportamentos alimentares, que podem levar a desvios do padrão eutrófico e conduzir ou a aumentar problemas crónicos relacionados com a alimentação.

Ainda que a maioria das pessoas se encontrem dentro do padrão eutrófico, através das entrevistas (ainda que não se possa extrapolar para a restante população), são referidos padrões alimentares que não se encontram dentro do que está atrás preconizado pela DGS, através do Plano Nacional de Saúde do Idoso (2004). No entanto, estes dados, não pelo seu valor estatístico mas sim pelo seu valor qualitativo, vêm ao encontro de um estudo realizado pela DECO citado pelo Jornal de Negócios online (2009), a 3400 idosos portugueses com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos, durante Fevereiro e Março de 2009, em que se verificou que 76% dos inquiridos tinha hábitos alimentares pouco saudáveis e com tendência a agravar-se com a idade, sendo vários os factores concomitantes para este processo.

Tendo em conta esses padrões alimentares, a maioria dos entrevistados bebe menos água do que é aconselhável, podendo levar a problemas graves de saúde. Ferry e Alix (2004) referem que no idoso, e com os problemas decorrentes da idade, o risco de desidratação é mais importante, sendo as necessidades mínimas de água em bebidas diárias, de 1,5 litros.

Outro aspecto que ficou claramente marcado foi a manifesta insuficiência da ingestão de leite e derivados. Este grupo alimentar está directamente relacionado com a má nutrição óssea pelos valores cálcicos a ele ligados. Segundo Ferry e Alix, com o aumento da idade há perda da densidade mineral óssea. Esta fica a dever-se a vários factores, entre eles a diminuição da absorção cálcica, relacionada com o défice de vitamina D. A absorção passiva de cálcio mantém-se, podendo esta perda mineral ser parcialmente compensada pelo aumento dos valores cálcicos. Referem ainda que o cálcio de origem láctea é melhor absorvido que o de origem vegetal.

Segundo o Plano Nacional de Saúde do Idoso (2004), a ingestão de leite ou derivados diários deve ser de cerca de 750 ml. Fica também referido que o idoso embora necessite de menos calorias que um jovem, necessita sempre do mesmo número de nutrientes excepto no caso do cálcio e vitamina D, cujas necessidades aumentam com a idade.

Outro padrão alimentar desadequado foi o do número de refeições diárias que os idosos fazem. O número de refeições referidas, de uma maneira geral foi 3, com poucos ou nenhuns lanches intermédios, sendo aparentemente essas refeições demasiado volumosas.

As recomendações alimentares para as pessoas idosas, no Plano Nacional de Saúde do Idoso, são iguais às dos outros grupos etários, pelo que o consumo diário de alimentos deve basear-se no conceito da Roda dos Alimentos, não havendo intervalos entre as refeições, durante o dia, superiores a 3 horas, comendo regularmente entre 5 a 7 pequenas refeições diárias, fazendo uma alimentação variada em qualidade e quantidade evitando comer demais por refeição.

Os outros padrões alimentares foram menos referidos.

2.6- Determinação de Prioridades

Coube nesta fase fazer a priorização dos problemas encontrados. Esta fase é como refere Tavares (1990), um processo de tomada de decisão visando a etapa seguinte. Pode em si, ser bastante subjectiva, estando aqui implícitas as preferências e a experiência do planificador. Nela, estimou-se e compararam-se os problemas encontrados que permitiram definir aquele em que seria prioritário intervir.

Para fazer a comparação dos três problemas mais mencionados, recorreu-se à Grelha de Análise apresentada por Tavares (2004). Esta técnica determinou as prioridades partindo dos critérios:

- Importância do problema;
- Relação entre os problemas e os factores de risco;
- Capacidade técnica para o resolver;
- Exequibilidade do projecto ou da intervenção.

Utilizando a grelha de análise, avaliou-se cada problema, atribuindo a cada critério a classificação (+) ou (-) de forma sequencial e obtiveram-se os valores que definiram o problema prioritário.

Dada a subjectividade, sobre qual problema seria mais importante, considerou-se que todos os comportamentos eram igualmente importantes, pois todos eles podem ser conducentes a problemas de saúde. Sendo assim, atribui-se a classificação (+) aos três problemas.

No critério “relação entre o problema e os factores de risco”, considerou-se que tanto o número baixo de refeições como o défice de ingestão de água, têm uma relação mais directa com os problemas de saúde, sendo-lhes por isso atribuída a classificação (+). Na pessoa idosa, tal como referem Ferry e Alix (2004), é preferível o

fraccionamento e o espaçamento das refeições do que um aumento das doses, para uma boa qualidade nutricional. Também com o envelhecimento há uma diminuição da sensação de sede e diminuição da quantidade de água corporal, o que leva ao aumento do risco de desidratação.

Considerou-se a classificação (-) para o défice de ingestão de leite e derivados, uma vez que estão implicados outros problemas na nutrição óssea e que esta pode ser retardada, como refere o autor atrás, pela ingestão de 1g diário cálcio, preferencialmente sob a forma de lacticínios, mas não necessariamente.

Para o critério capacidade técnica de resolver o problema, atribui-se a classificação (+) ao número baixo de refeições e ao défice de ingestão de água, pelo facto de tanto um como outro, através da Educação para a Saúde que permite influenciar o modo de pensar e agir informadamente, poderem ser facilmente resolvidos, bastando para tal ingerir mais água e repartir o número de refeições. Considerou-se a classificação (-) para o défice de ingestão de leite e derivados uma vez que algumas das pessoas referem não gostar de leite, e também ser mais oneroso.

Para o critério exequibilidade do projecto ou da intervenção, atribui-se a classificação (+) ao défice de ingestão de água porque é facilmente exequível mudar este comportamento, desde que a pessoa perceba os benefícios e pretenda mudar este comportamento. Considerou-se a classificação (-) nos outros dois comportamentos, porque se tiveram em conta factores financeiros e a aceitabilidade para fraccionar as refeições, assim como gostar ou comprar mais leite.

Depois da atribuição das classificações, ficaram priorizados os comportamentos. Como prioritário, ficou o défice de ingestão de água com o resultado (1). A seguir, o défice do número de refeições diárias com o resultado (2) e por último o défice de ingestão de leite e derivados com o resultado (8).

Para facilitar a compreensão dos resultados obtidos, é apresentado em seguida a Grelha de análise.

Quadro 2- Grelha de Análise

	Comportamento relacionado deficit ingestão de água	Comportamento relacionado com ingestão deficit de leite e derivados	Comportamento relacionado com baixo nº de refeições diárias
Importância do problema	+	+	+
Relação problema factor de risco	+	-	+
Capacidade técnica para o resolver	+	-	+
Exequibilidade do Projecto	+	-	-
Pontuação	1	8	2

2.6.1- Selecção dos Problemas para Intervenção

Considerou-se que todos os comportamentos eram passíveis de intervenção, pelo que se resolveu intervir em todos, dando especial importância às necessidades de um bom aporte diário de água e ao número de refeições diárias.

Os problemas encontrados foram transformados em diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA (2008):

1. Risco de défice de volume de líquidos, por relato de ingestão insuficiente de água e deficiência de conhecimentos relacionadas com as necessidades de volume de líquidos;

2. Ingestão maior que as necessidades corporais por refeição, por relato de número de refeições diárias incorrecto, relacionado com disfunção dos padrões alimentares;
3. Ingestão menor que as necessidades corporais, por relato de ingestão insuficiente de alimentos, ingestão de leite diário, relacionado com défice de informação sobre alimentação adequada e conceitos errados sobre a prática alimentar.

2.7 - Fixação dos Objectivos de Intervenção

Nesta terceira etapa do processo de Planeamento em Saúde foram fixados os objectivos que correspondem, tal como refere Tavares (2004), aos resultados de saúde ou de comportamentos visados.

Como todos os diagnósticos estão inter-relacionados com a prática de uma alimentação saudável, e ainda que dando maior atenção aos diagnósticos de enfermagem, estabeleceram-se como objectivos:

- Promover hábitos alimentares saudáveis em 40% das pessoas que frequentam o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota.
- Informar sobre a necessidade da mudança de hábitos alimentares em 90% da população alvo com vista a manter ou aumentar a sua saúde;
- Dar a conhecer a importância hábitos e alimentares saudáveis como forma de promover e manter a saúde em 90% da população alvo visando um envelhecimento positivo.

2.8 - Selecção de Estratégias

Tendo em vista os objectivos da fase anterior foi delineada a seguinte estratégia: Fazer Educação para a Saúde”.

Squire (2005) citando Tones et al 1990 definem:

“Educação para a saúde é qualquer actividade intencional concebida com vista a conseguir aprendizagem de saúde ou relacionada com a doença, i.e. alguma mudança relativamente permanente na capacidade ou disposição de um individuo”

A Educação para a Saúde como estratégia de Promoção da Saúde, aqui direccionada às pessoas idosas, teve como intuito, como o que preconiza Squire para estes grupos de pessoas, ajudá-las viverem de forma mais saudável, fomentando a sua capacidade de fazerem escolhas informadas e mudar o seu comportamento para terem um maior controlo sobre a sua saúde e sobre a sua vida.

2.9 - Operacionalização das Estratégias

A estratégia de “Educação para a Saúde” foi coincidente com a Classificação da Intervenção de Enfermagem (NIC) que tem como definição: “Desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiência de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamentos que promova a saúde dos indivíduos, famílias grupos ou comunidades”.

A intervenção de enfermagem, com base no trabalho já realizado nas fases anteriores do planeamento em saúde, desenvolveu as seguintes actividades: 2 momentos formativos com apresentação em grupo, 3 actividades de aprendizagem com o desenvolvimento de materiais educativos e 1 material educativo.

As ferramentas utilizadas procuraram ser eficazes na comunicação com as pessoas idosas e facilitadoras da sua compreensão e aprendizagem.

As actividades de aprendizagem envolvem o processo de comunicação que é, como menciona Squire (2005), um processo bidireccional relacionando-se com o dar e receber informação. O falar e transmitir às pessoas idosas subentende a capacidade de ouvir o que a pessoa idosa pretende dizer, a capacidade de ver as coisas a partir do seu ponto de vista e ser sensível às suas necessidades. Foi tido em conta este processo nas actividades utilizadas, que procuraram o entendimento da necessidade de uma alimentação saudável e como a fazer, para que haja um envelhecimento saudável e positivo.

O envelhecimento saudável e positivo pressupõe que a pessoa idosa tenha uma atitude positiva relativamente à sua saúde e ao processo de envelhecimento. Squire (2005), comenta o quanto é importante mudarmos as nossas atitudes estereotipadas face ao envelhecimento, e aceitarmos que as pessoas idosas podem mudar ao terem aconselhamento sobre a saúde, apesar de poderem não ter tido uma vida saudável na sua juventude.

Para operacionalização da estratégia Educação para a Saúde e actividades de aprendizagem, a formanda, reuniu com a Técnica de Serviço Social e com a Animadora Cultural no dia 2 de Janeiro, pedindo a sua colaboração e ajuda. Foi combinada a utilização de materiais audiovisuais da Instituição, locais de trabalho e formação. Combinou com as técnicas, os melhores dias e horários de maneira a ter o maior número possível de pessoas.

O primeiro momento formativo foi a Sessão de Educação para a Saúde, realizado a 5 Janeiro de 2011 com o tema “ Envelhecimento e Alimentação” (Anexos V e VI). Esta actividade foi feita pela formanda e contou com apoio da revisão de conteúdos, da Nutricionista, na altura a trabalhar na Câmara Municipal de Loures, a quem foi pedida colaboração informal.

Nesta sessão, foram focadas as alterações fisiológicas no organismo que se processam com o envelhecimento e enfatizadas a importância e os benefícios de um padrão alimentar adequado e saudável, como forma de manter ou aumentar a saúde.

A sessão, teve 1/2 hora de prelecção complementada com projecção de slides, pela formanda, com recurso a computador e data show. No final houve tempo para dúvidas e esclarecimentos. Foram ainda ouvidos os problemas relacionados com o tema e apreciados os saberes relacionados com as trajectórias de vida do grupo de pessoas reunido.

Foi pedido para responderem a um questionário de Verdadeiro e Falso que tal como diz Redman (2003), é utilizado para avaliar conhecimento ou compreensão. Este teste, foi respondido no início e final da intervenção, pretendendo avaliar os conhecimentos que existiam antes e os que ficaram a seguir, como parte da avaliação de resultados enfermagem (Anexo VII).

O objectivo da sessão foi: Sensibilizar o Grupo Pessoas que frequentam o Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota, para as alterações decorrentes do envelhecimento e os benefícios de uma alimentação saudável e adequada, em pelo menos 90% das pessoas abrangidas pelo projecto.

No desenvolvimento da sessão, houve o apoio da Técnica de Animação Cultural e do Estagiário de Animação Cultural para o preenchimento do questionário.

O segundo momento formativo foi a Sessão de Educação para a Saúde realizada a 19 de Janeiro de 2011 com o tema “ Alimentação Saudável no Idoso” (Anexos VIII e IX). Esta actividade, à semelhança da primeira, foi feita pela formanda e contou com apoio da revisão de conteúdos da Nutricionista.

Na sessão, foram focados os hábitos de uma alimentação saudável e como fazer uma alimentação saudável e equilibrada visando uma boa saúde.

A sessão, à semelhança da anterior foi feita pela formanda com 1/2 hora de prelecção complementada pela projecção de slides esclarecedores e ilustrativos, com recurso a computador e data show. Também no final, houve tempo para dúvidas e esclarecimentos, e também à semelhança da formação anterior houve discussão e debate do grupo e apreciação de outros saberes adquiridos ao longo da vida.

À semelhança da sessão anterior, foi pedido para responderem a um questionário de Verdadeiro e Falso, no início e final da intervenção visando o mesmos objectivos da sessão anterior. Também aqui, houve o apoio da Técnica de Animação Cultural e do Estagiário de Animação Cultural (Anexo X).

O objectivo da sessão foi: Sensibilizar o Grupo Pessoas que frequentam o Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota para hábitos e alimentação saudável, em pelo menos 90% das pessoas abrangidas pelo projecto.

A primeira actividade de aprendizagem desenvolvida foi a criação dos Grupos Alimentares da Roda dos Alimentos, em pasta de papel e pintura, pelo Grupo de Actividades Manuais do Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota, durante o mês de Janeiro de 2011. Esta actividade, pretendeu a aprendizagem durante o seu desenvolvimento e apresentação na “Feira Inter-geracional”, aos outros idosos que não participaram na sua elaboração sendo também extensiva a outros grupos geracionais (Anexo XI).

A actividade envolveu a formanda com a definição do que se pretendia e a sua presença durante as horas de estágio, reforçando o ensino sobre a alimentação saudável e a dinamização por parte da Técnica de Animação Cultural e do Estagiário de Animação Cultural na concepção dos materiais e ensino da elaboração dos trabalhos.

O objectivo desta actividade de aprendizagem foi: Sensibilizar o Grupo Pessoas inscritas nas Actividades Manuais, para hábitos alimentar saudáveis.

A segunda actividade de aprendizagem foi a criação e ensaio da “Canção da alimentação saudável” durante o mês de Janeiro de 2011 pelo grupo pessoas que frequentam Canto Coral e a Tuna. Esta actividade, também pretendeu a aprendizagem durante o seu desenvolvimento e a apresentação na “Feira Inter-geracional”, aos outros idosos que não participaram e aos outros grupos geracionais (Anexo XII).

Na sua concepção e elaboração, estiveram a formanda com a definição do que se pretendia, e a dinamização por parte da Técnica de Animação Cultural no desenho e ensaio da canção.

O objectivo desta actividade de aprendizagem foi: Sensibilizar o Grupo Pessoas do Canto Tuna e da para hábitos e alimentares saudáveis.

A terceira actividade de aprendizagem foi a “Feira Inter-geracional - Saberes e Sabores”. Esta feira, foi extensa a toda a população alvo, estando presentes também os idosos do Centro de Dia e outros grupos geracionais (Anexo XIII).

Decorreu na sede da Associação Luís Pereira da Mota, no dia 2 de Fevereiro de 2011. A sua preparação decorreu durante todo o mês de Janeiro de 2011, sendo desenvolvida pela formanda, com a colaboração das técnicas de serviço social responsáveis pelas várias áreas em que a Instituição dá apoio. A Instituição, também colaborou dando uma parte do material logístico e contribuindo na organização conjunta com as formandas. Houve também pessoas idosas que se mostraram disponíveis para colaborar nas bancas.

Na feira, foram criadas bancas por cada grupo da Roda dos Alimentos, onde apareceram as criações dos grupos geracionais, provas de alimentos e bebidas saudáveis. Houve explicação dos técnicos sobre cada banca e a forma saudável de comer de cada grupo. Houve também a apresentação da canção pela Tuna e Canto Coral sempre que foram passando grupos diferentes.

A visita, decorreu organizada por grupos dada a dimensão do espaço que não comportava toda a população da Instituição em simultâneo, e também porque a aprendizagem poderia ser mais eficaz e benéfica se feita em grupos mais reduzidos e homogéneos.

O objectivo pretendido para esta actividade de aprendizagem foi: Consolidar conhecimentos aprendidos com as actividades anteriores.

A criação do material educativo decorreu durante o mês de Janeiro de 2011. O material educativo consta do Livro “A Alimentação Saudável com o Avançar da Idade” (Anexo XIV e XV). Esta actividade foi elaborada pela formanda com base nas sessões formativas iniciais. O livro foi entregue a todas as pessoas alvo da intervenção na última fase do estágio, pretendendo também ela a consolidação dos conhecimentos adquiridos anteriormente.

Squire (2005), refere que para as pessoas idosas quando se presta uma informação verbal, é útil que se complemente com informação escrita, pois permite-lhes

tempo para pensarem no que foi debatido e para interiorizarem a informação calmamente e no seu próprio ritmo.

2.10 - Avaliação dos Resultados: Ganhos em Saúde

Cada actividade foi alvo de avaliação processual ou formativa e de Avaliação dos Resultados de Enfermagem. A avaliação processual, como entende Squire, significa sobretudo olhar para que acontece durante o processo de implementação das actividades e fazer juízos acerca disso.

De acordo com Avaliação das Intervenção de Enfermagem (NOC), os resultados descrevem os estados dos utentes / grupo após a intervenção, com a expectativa da sua influência. Os indicadores de resultados de enfermagem, visam medir a reacção à intervenção.

Perante os diagnósticos de enfermagem e face à intervenção de enfermagem, a avaliação de enfermagem relaciona-se com “Conhecimento: Dieta”, cuja definição é “Extensão da compreensão transmitida sobre a dieta”. Para a avaliação foram utilizados os indicadores “Descrição da dieta recomendada”, “Explicação das razões para a dieta recomendada” e “Seleção dos alimentos recomendados na dieta”.

O primeiro momento formativo, “Envelhecimento e Alimentação”, contou com 83.87 % das pessoas abrangidas pelo projecto. Apesar de não estarem a totalidade que se objectivava para a sessão, as que estavam demonstraram interesse e vontade de adquirir conhecimentos como forma de melhoram a sua saúde. A sessão decorreu de forma interactiva, procurando responder às questões colocadas pelas pessoas presentes, ouvindo a suas experiências de vida sobre a alimentação e saúde e procurando corrigir os seus saberes quando menos adequados.

O questionário aplicado no início da sessão teve alguma dificuldade em ser compreendido e respondido, sendo referido que não sabiam as respostas e nalguns casos que era complicado o que se pedia.

Redman (2003) refere que a avaliação escrita exige algumas competências de leitura e de capacidade para responder a testes, competências essas que alguns dos formandos não evidenciavam, pelo foram ajudados no seu preenchimento.

A formanda reconhece uma grande limitação nesta avaliação, uma vez que os questionários deveriam ser elaborados por peritos da área do idoso e da alimentação.

No entanto por limitações de tempo, tal não foi possível. Da avaliação, não é possível portanto tirar conclusões devidamente validadas sobre os conhecimentos adquiridos, servindo apenas para ter uma noção elementar.

Depois de explicado o que se pretendia, apenas 65,38% dos presentes se disponibilizou para responder. No início, não houve nenhuma pessoa que respondesse correctamente a todas as perguntas. Já no final da sessão, todas as pessoas quiseram responder ao questionário ainda que alguns, devido ao seu grau de instrução o tivessem feito com a ajuda da leitura e preenchimento dos técnicos.

Devido aos constrangimentos encontrados não foi possível avaliar correctamente a qualidade do *input* e do *output*, no entanto 76,92% das pessoas responderam correctamente a todas as questões, no final. Sendo que o indicador “Descrição da dieta recomendada” e “Explicação das razões para a dieta recomendada” obteve o resultado 4 (substancial).

Considera, que apesar do objectivo não ser totalmente atingido, pois não estiveram presentes o número de pessoas pretendido, houve no entanto uma grande adesão. Os presentes, ainda que em diferentes graus, ficaram com conhecimentos sobre as alterações que ocorrem com o envelhecimento e sensibilizados para os benefícios de uma alimentação saudável como forma de promoverem a sua saúde e minimizarem esses problemas.

No segundo momento formativo, a Sessão de Educação para a Saúde, com o tema “ Alimentação Saudável no Idoso”, estiveram presentes 90,32% das pessoas abrangidas pelo projecto. Esta actividade contou com um número sensivelmente igual ao que se objectivava para a sessão. Os presentes estiveram mais comunicativos e colocaram mais questões que na sessão anterior.

O questionário aplicado no início da sessão, não levantou dificuldades na adesão ao preenchimento. À semelhança da formação anterior, não houve questionários com todas as respostas correctas, sendo variáveis os conhecimentos. No final da sessão, apenas 75% das pessoas responderam correctamente a todas as questões. Pelo que o indicador “Descrição da dieta recomendada” obteve o resultado 4 (substancial).

A formanda considera que o objectivo foi atingido parcialmente uma vez que houve melhoria de conhecimentos, entre o inicio e o final da sessão. As pessoas ficaram sensibilizadas para fazerem uma nutrição adequada, mas, apesar dos

conhecimentos pretendidos serem simples, nem todas as pessoas adquiriram os conhecimentos desejados.

A primeira actividade de aprendizagem, os Grupos Alimentares da Roda dos Alimentos, contou com todas as pessoas que frequentam esta actividade (grupo de pessoas que fazem parte das actividades manuais). Foi um momento de aprendizagem muito motivador para os envolvidos, pois no final, queriam saber quando é que poderiam voltar a aprender com actividades semelhantes. Foi também significativa a maneira como quiseram colaborar. No final, todos sabiam a que grupo pertencia cada alimento construído, sendo que 100% dos presentes mostraram quais os alimentos que deviam ser preferencialmente consumidos. O indicador “Seleção dos alimentos recomendados na dieta” obteve o resultado 5 (Extensivo).

A segunda actividade de aprendizagem, “Canção da alimentação saudável”, contou com todas as pessoas que frequentam a actividade Tuna e do Canto Coral. Também este foi um momento motivador e divertido. A letra inicialmente construída pela Técnica de Animação Cultural com base na alimentação saudável foi sofrendo modificações, ajustadas pelo próprio grupo. No final esta letra era já devidamente conhecida e cantada diversas vezes por todos os elementos.

Na terceira actividade de aprendizagem a “Feira Inter-geracional - Saberes e Sabores”, não foi possível fazer uma avaliação de todas as pessoas do grupo alvo presentes, assim como não foi possível perceber até que ponto foram consolidados conhecimentos. Não houve possibilidade de fazer esta avaliação. Este grupo esteve em simultâneo com o restante grupo de idosos do Centro de Dia. Percebeu-se no entanto o seu entusiasmo manifestado na vontade de mostrar o que construíram e na sua canção. Referiram também com frequência o que se devia ou não comer. Estas manifestações demonstraram a sua consolidação de conhecimentos.

Houve grande animação e no final, muitos eram os que cantavam a canção em conjunto com o grupo que ensaiou.

No material educativo, Livro “A Alimentação Saudável com o Avançar da Idade”, apenas foi possível avaliar a da entrega do material a todo o grupo, sabendo de antemão que 6% da população é analfabeta e que alguns, apesar de saberem ler e escrever, fazem-no com dificuldade havendo por isso a possibilidade de o objectivo pretendido, não ter sido totalmente atingido.

A avaliação de impacto significa olhar para as consequências dos esforços decorrentes da intervenção, significa, tal como menciona Squire, avaliar se o trabalho de Educação para a Saúde foi positivo para todos, avaliar se houve consequências positivas ou negativas com a actividade e ainda saber o que pensam as pessoas acerca da intervenção.

Para fazer uma correcta avaliação dos resultados de enfermagem, seria útil daqui 6 meses fazer uma nova avaliação do “Conhecimento: Dieta”, com o mesmos indicadores de avaliação e fazer novas entrevistas para avaliar “Comportamentos de Promoção da Saúde”, cuja definição é “Acções para manter ou aumentar o bem-estar” relacionados com a alimentação, através do indicador “usa comportamentos para evitar riscos.

Esta avaliação, feita *a posteriori*, deveria fazer-se com um novo levantamento de necessidades de saúde neste campo.

No entanto, informalmente e através de conversas com os idosos, estes mostraram que foi importante esta intervenção. Houve aspectos que foram observados, tais como virem ter com a formanda e referirem “*sabe agora já trago a garrafinha de água comigo*” ou “*já trago uma peça de fruta para o lanche*”. No entanto, outros idosos continuaram a referir que é difícil fazer mais refeições porque não estão habituados. O que não significa que não ficaram sensibilizados, mas continuam a necessitar de reforços para mudar comportamentos alimentares.

3 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E LIMITAÇÕES

Após uma análise detalhada do desenvolvimento do estágio em Enfermagem Comunitária na Associação Luís Pereira da Mota, permite-lhe concluir que este lhe proporcionou a oportunidade de mobilizar os conhecimentos que adquiriu ao longo de todo o curso e que a vem dotar de competências para assumir o seu papel como Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária.

Considera como principais competências adquiridas, fazer o diagnóstico de saúde do grupo de Pessoas que frequentam o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota relativamente ao problema concreto da sua alimentação e fazer a sua capacitação para escolhas alimentares mais saudáveis. Para tal foi capaz de seguir a metodologia de planeamento em saúde e mobilizar o Modelo de Promoção da saúde de Nola Pender.

Na fase inicial do estágio para o diagnóstico de saúde foi capaz de mobilizar metodologias com base na investigação que foram adequadas para a determinação do perfil de saúde do grupo relativamente ao problema concreto da alimentação. No entanto não pode deixar de referir como limitação ter recorrido à entrevista, sendo esta feita a uma amostra de conveniência e não à totalidade da população. Apesar desta limitação, estas por serem significativas permitiram orientações para a intervenção. A partir desta fase estabeleceu as prioridades de saúde do grupo face ao problema, utilizando critérios que lhe permitiram identificar as principais prioridades, tomando decisões na definição de objectivos e estratégias de intervenção.

A partir desta etapa, estabeleceu um projecto de intervenção concebendo e planeando intervenções, visando a resolução dos problemas encontrados. Para tal solicitou aos responsáveis da instituição a sua ajuda e colaboração. Os seus conhecimentos sobre as dinâmicas e formas de estar do grupo foram de extrema importância para uma maior eficácia da intervenção. Os recursos disponibilizados ajudaram a concretizar o projecto e a manter o grupo motivado. Assim, as suas capacidades de liderança foram desenvolvidas resultando em trabalho de parceria pela sua capacidade de envolver outros profissionais no projecto e de conseguir a sua motivação e trabalho em equipa.

Apesar de o grupo de pessoas intervencionado não ser homogéneo devido à sua amplitude etária, estabeleceu um projecto de intervenção indo ao encontro das

necessidades de educação para a saúde sobre hábitos alimentares saudáveis, sendo um processo positivo para todo o grupo. As iniciativas desenvolvidas foram várias e possibilitaram a criatividade e aprendizagem, bem como a interação entre todos. Esta etapa de trabalho possibilitou que desenvolvesse a sua capacidade de comunicação pondo à prova as suas habilidades de educar para a saúde, demonstrando sua capacidade para a arte.

A motivação demonstrada pelo grupo e a empatia que se estabeleceu desde o início, permitiu que houvesse sensibilização para as questões da alimentação saudável como forma de promover a saúde e bem-estar levando-a a concluir que as estratégias utilizadas foram motivadoras e adequadas.

Apesar desta motivação e empatia que se estabeleceu considera que o espaço temporal do estágio se revelou insuficiente para projecto de intervenção e a sua avaliação. A avaliação do projecto, pretendendo a quantificação dos ganhos em saúde do utente/grupo, revelou-se como uma limitação de trabalho não só pelo espaço temporal que se revelou insuficiente, como pelos próprios métodos utilizados que em si não permitiram fazer uma avaliação de mudança de comportamentos. Fica portanto a necessidade de se proceder, dentro de 6 meses a nova avaliação utilizando os mesmos instrumentos de diagnóstico e ai sim avaliar se houve ganhos em saúde.

Considera que ganhou consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionada com os clientes comunitários através da sua capacidade de planear em saúde, reflectindo e avaliando a prática de Enfermagem Comunitária. Esta consciência crítica foi possibilitada sobretudo pelo contexto em que se desenvolveu o estágio que lhe permitiu sair para fora do contexto da instituição de saúde e experienciar esta outra forma de trabalhar.

A aquisição de competências adquiridas, com a metodologia de trabalho que utilizou e a evidência científica consultada, permitiram-lhe incorporar esse proveito na sua prática profissional sendo o próximo passo estabelecê-la aos seus pares sob a sua supervisão e influência.

5 - CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Fazendo uma análise global sobre o estágio de Enfermagem Comunitária, pode-se salientar como aspecto mais positivo o ter sido realizado em contexto comunitário. Esta situação permitiu uma visão diferente, com a saída da organização de saúde, vindo para o campo de trabalho que é inerente à própria especialização.

O estágio, feito de acordo com a metodologia de trabalho preconizada, veio ao encontro às necessidades de consolidação de aprendizagem.

O seu início, com o diagnóstico de situação, veio de encontro à problemática escolhida, verificando-se que a população alvo nem sempre faz uma alimentação correcta e adequada. Ainda que a maioria das pessoas não apresentem desvios do padrão eutrófico, não deixou de ser uma constatação que existem, havendo a possibilidade de co-morbilidade com alterações no *continuum* de saúde.

Sendo a alimentação saudável um comportamento de saúde ligado com alterações de estilos de vida, fez-se uma identificação dos principais comportamentos alimentares desadequados na população que se traduziram em três diagnósticos de enfermagem relacionados com hábitos má hidratação, frequências alimentares baixas e excessivas em quantidade, e ainda deficiência de ingestão de leite e derivados. Estes comportamentos alimentares, depois de priorizados, verteram como principal problema de enfermagem o défice de ingestão de água.

Perante os diagnósticos de enfermagem, ficou bem patente a pertinência da elaboração e implementação do projecto de intervenção destinado àquele grupo de pessoas, e que se designou “Capacitação de um Grupo de Idosos para Hábitos Alimentares Saudáveis” e serviu como guia estratégico da Intervenção.

O segundo momento do estágio foi o da selecção e operacionalização da estratégia de Intervenção de Enfermagem - Educação para a Saúde.

Esta estratégia, sustentada na prevenção primária foi dirigida a todo o grupo de pessoas que frequentam o Centro de Convívio da Associação Luís Pereira da Mota.

Com este projecto pretendeu-se capacitar a população alvo para fazer uma alimentação mais saudável e equilibrada, obtendo um *continuum* de saúde e ganhos em saúde, prevenindo co-morbilidades relacionadas com hábitos alimentares pouco saudáveis.

As actividades desenvolvidas constituíram uma mais-valia pessoal na forma como foram implementadas, uma vez que permitiram a criatividade e a interacção muito próxima com grupo alvo e com profissionais da instituição.

De referir que os objectivos preconizados no projecto de estágio inicial foram na sua globalidade atingidos e que os objectivos da intervenção, de acordo com as necessidades sentidas, foram atingidos até determinado ponto, pois os ganhos em saúde não foram possíveis de avaliar. No entanto, ficou a sensibilização de praticamente todo o grupo para fazerem uma alimentação mais adequada e equilibrada.

Relativamente à aprendizagem proporcionada pelo estágio é de referir que objectivo inicial foi totalmente atingido, uma vez que desenvolveu competências de intervenção transversais à enfermagem comunitária e específicas para a população alvo, utilizando para isso as estratégias adequadas.

De referir que através da consecução dos objectivos houve aquisição de conhecimentos, sobretudo ao nível da temática da alimentação saudável promotora de envelhecimento saudável.

Estas aquisições traduziram-se em ganhos de competências e ganhos de capacidade profissional, reflectindo-se na qualidade dos cuidados enfermagem prestados sobretudo em situações de âmbito comunitário.

As dificuldades e limitações do trabalho não foram impeditivas da concretização dos objectivos do estágio, no qual foi seguida a metodologia de trabalho e a aplicação do modelo de enfermagem da forma mais criteriosa possível e que ficam patentes neste relatório de estágio.

Como principais sugestões de futuro, fica a necessidade de a Unidade de Cuidados na Comunidade se apropriar deste Projecto e de lhe dar continuidade, e a partir dele serem desenvolvidos outros projectos no âmbito da promoção da saúde do idoso em contexto comunitário.

Fica ainda a reflexão, devido às suas responsabilidades acrescidas que o trabalho com idoso deve incidir cada vez na promoção da saúde, como forma de melhorar a sua qualidade de vida promovendo o seu *empowerment* de forma a consciencializa-lo da sua saúde e das suas opções saúde.

Como nota conclusiva julga que a declaração de intenções do projecto e do estágio foi totalmente conseguida, ficando o obrigado a todos os que para eles contribuíra.

6 – REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) - **Pessoas Idosas - Uma abordagem global**. Lisboa : Lusodidacta, ISBN 972-95399-8-7.

CAMPOS, Maria Teresa [et al.] (2000) - Factores que afectam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**. Campinas. Vol. 13, Nº3. (Stembro/Dezembro, 2000). Disponível em: www.scielo.br.

CERVI, Adriane [et al] (2005) - Análise crítica do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**. Campinas. Vol. 18, Nº6. (Novembro/Dezembro, 2005). Disponível em: www.scielo.br.

CORBEAU, J.P (2004) - **Preferências e simbolos alimentares no individuo idoso**. - In: FERRY, M.; ALIX, E. - **A Nutrição da Pessoa Idosa**. Loures : Lusociência, ISBN: 972-8383-73-8.

DECO, Proteste (2009) - **Quarenta mil idosos em Portugal passam fome**. Jornal de Negocios online. Disponível em: [www.jornaldenegocios .pt](http://www.jornaldenegocios.pt) . Acedido em 20 de Fevereiro de 2011.

DGS (2004) - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Disponível em: www.dgs.pt . Acedido em 15 Fevereiro de 2011.

DGS - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. *Envelhecer com Sabedoria - Alimente-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência*. s.l. : Disponível em: www.dgs.pt. Acedido 7 Janeiro de 2011.

DOCHTERMAN, Joanne McClosKey e BULECHEK, Gloria M. (2008) - **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4ª edição. Porto Alegre: Artemed. ISBN:978-85-363-0994-1.

ESPS - Grupo de Education Sanitária y Promocion de la Salud (2001)- **Guias de educação e promoção da saúde**. Lisboa : Direcção Geral da saúde. ISBN: 972-9425-92-2.

FERRY, M. e ALIX, E.(2004)- **A Nutrição da Pessoa Idosa**. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-73-8.

IMPERATORI, Emilio e GIRALDES, Maria R. (1986) - **Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso dos serviços centrais, regionais e locais**. 2ª Edição. Lisboa: Edições de Saúde.

INSA- www.insa.pt/sites. Acedido em 17 Fevereiro de 2011.

IOTF- **About Obesity**. Disponível em: [www.obesidade .info](http://www.obesidade.info) - Acedido 12 Junho 2010.

JOHNSON, Marion Maas e MERIDEAN, Sue Moorhead (2004) - **Classificação dos Resultados de enfermagem (NOC)**. São Paulo: artmed. ISBN85-7307-820-0.

LAURENCE, Bardin (2004) - **Análise de conteúdo**. 3ª edição. Lisboa: Edições 70. ISBN: 972-44-1214-8.

LEUECKENOTTE, A.G (2002) - **Avaliação em Gerontologia**. Rio de Janeiro : Reichmann & Affoson.

LOUREIRO, Maria Helena (2008) - **Validação do "Mini-Nutricional Assesement" em Idosos** . Coimbra: Faculdade de Medicina, 2008. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica.

MISCHLICH, D. e ARVEUX, I(2004)- **Saúde Pública** - In: *FERRY, M.; ALIX,E. A Nutrição da Pessoa Idosa*. Loures : Lusociência. ISBN: 972-8383-73-8.

MOORHEAD, Sue; JOHNSON, Meridean L. Maas; SWANSON, Elizabeth (2010) - **NOC, Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN:978-85-352-344-5

North American Nursing Diagnosis Association (2006)- Tradução Cristina Correia. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2005-2006**. Porto Alegre : Artmed. ISBN85-363-0676-9.

PARLAMENTO EUROPEU (2002) - **Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento**. Madrid. Disponível em : www.europarl.europa.eu. Acedido em: 11 de Fevereiro de 2011

PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Mary Ann Parsons (2006) - **Health Promotion in nursing practice**. 5th edition. New Jersey: Pearson. ISBN:0-13-119436-4

POLIT, Denise F. [et al] (2004) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª edição. Porto Alegre : Artmed. ISBN:85-7307-984-3.

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA (2005) - Carta de Otawa. Disponível em: www.saudepublica.web.pt . Acedido em 3 Março de 2011.

REDMAN, Barbara Klug (2003) - **A Prática da educação para a Saúde**. 9ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-39-8

RODRIGUES, Victor (2005) - **Educar para a Saúde: Uma estratégia de Promoção da Saúde. Sinais Vitais**. Coimbra. Vol. nº 59. (Março, 2005).

SAKRAIDA, Teresa J (2002) - **Modelo de Promoção da Saúde**. In: *A. M. Tomey & M. R. Alligood - Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. Loures : Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

SANTOS, Osvaldo (2010) - **O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal.** Disponível em: biblioteca.universia.net/. Acedido 13 Fevereiro de 2011.

SILVA, Luisa Ferreira (2008) - **Saber Prático da Saúde: As lógicas do saudável no quotidiano.** s.l. : Afrontamentos. ISBN:978-972-36-0911-0.

SILVA, Luisa Ferreira (2004) - **Sócio-Antropologia da Saúde: Sociedade, cultura e saúde/ doença.** s.l: Universidade Aberta. ISBN: 972-674-428-8.

SQUIRE, Anne (2005) - **Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas - fundamentos Básicos para a prática.** Loures : Lusociência. ISBN:972-8383-87-8.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) - **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.** Loures : Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075--29-1.

TAVARES, António (1990) - **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE** . Lisboa : Ministério da Saúde; Departamento de Recursos Humanos da saúde; Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Cadernos de Formação nº2.

TOMEY, Ann M. e ALLIGOOD, Marta R (2002) - **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra. 5ª edição.** Loures : Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

7 – ANEXOS

Anexo 1 - Ficha de Caracterização Sócio – Demográfica e Cultural

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E CULTURAL

1-Idade —

-Feminino—

Sexo

-Masculino—

Peso-----

Altura-----

IMC-----

Naturalidade: -----

Nível de instrução: -----

Antiga profissão: -----

Muito Obrigada Pela sua colaboração!

Anexo 2 - Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevistadora – Descreva-me como era a sua alimentação na sua infância e juventude?

Entrevistadora – Como é a sua alimentação hoje comparada com a dessa altura?

Entrevistadora – O que é que mudou na sua alimentação?

Entrevistadora – Segue algum tipo de dieta alimentar?

Entrevistadora – É capaz de descrever o que comeu e bebeu durante o dia de ontem?

Entrevistadora – Descreva as quantidades que comeu de cada coisa.

Entrevistadora – Descreva-me como é que prepara as suas refeições?

Entrevistadora – Acha que faz uma alimentação saudável?

Entrevistadora – Acha que deveria mudar alguma coisa na sua alimentação?

Entrevistadora – Acha que deveria mudar alguma coisa do que come ou bebe?

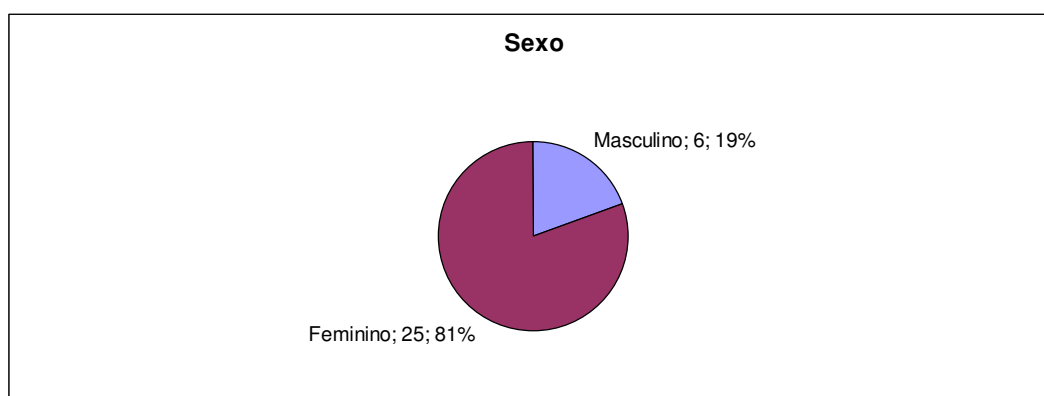
Entrevistadora – Muito Obrigada!

Anexo 3 - Resultados da Caracterização Sócio Demográfica e Cultural

Resultados da Caracterização Sócio – Demográfica e Cultural

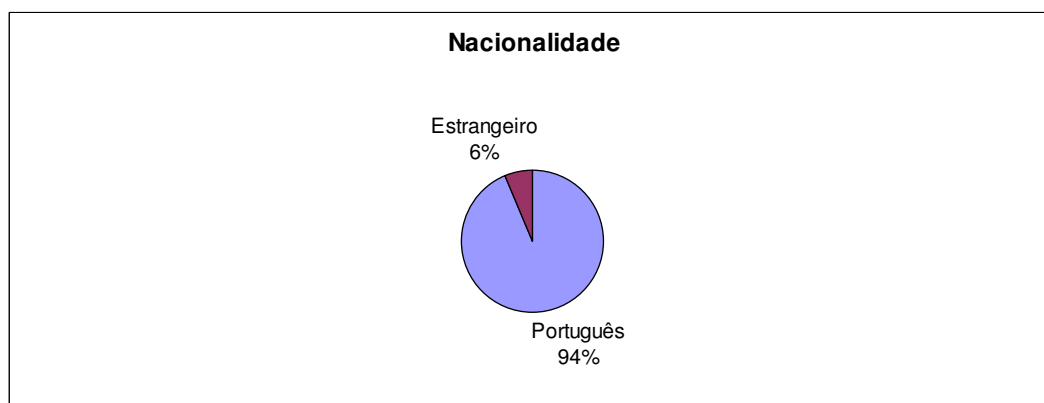
Média de idades: **66.6 anos**

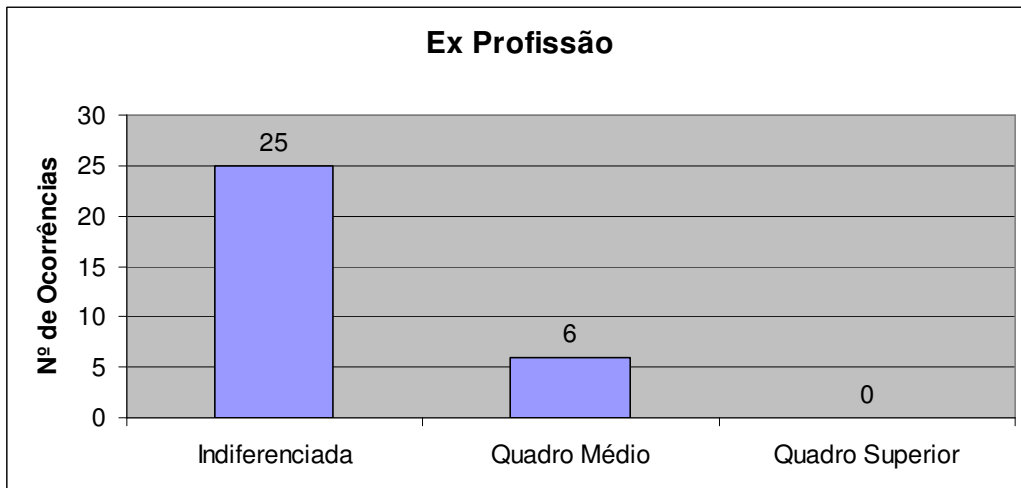
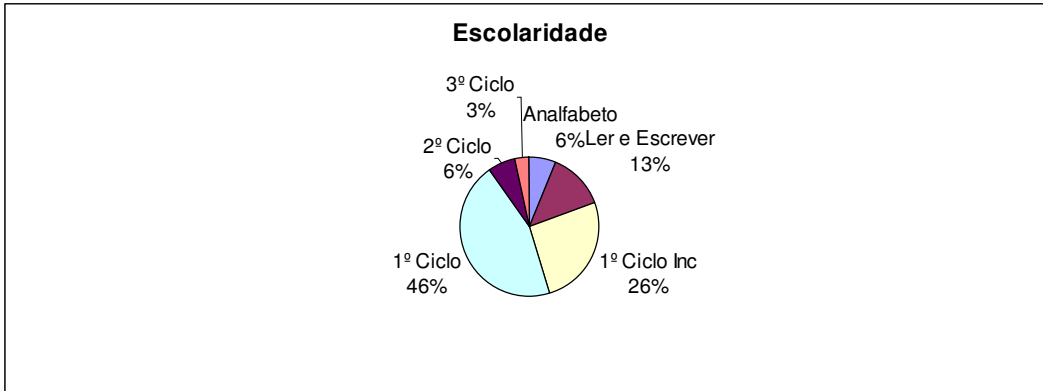
Amplitude: [**60 ; 90**]



Sexo Masculino =6

Sexo Feminino =25





O IMC foi calculado para 2 grupos de pessoas que frequentam o Centro de Convívio, as que tem idade inferior a 65 anos e as com idade superior a 65 anos

Com Base no IMC da OMS para adultos e na formula (Peso/Altura ao Quadrado). Neste grupo ficaram inseridas as pessoas com idade compreendida entre os 60 e os 64 anos.

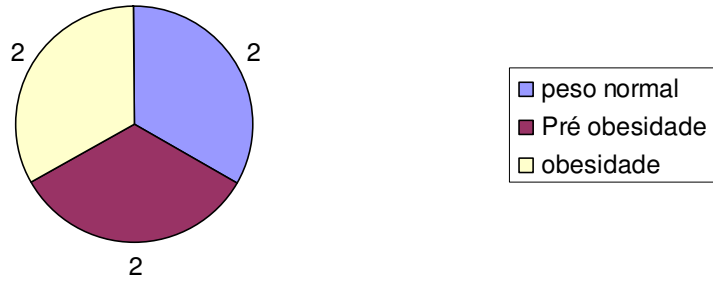
Desnutrição – <18.5

Normal → 18.5 <25

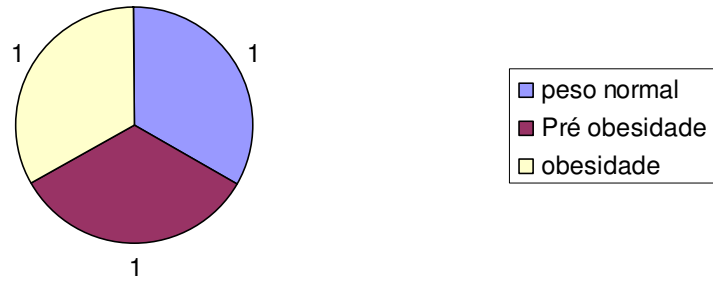
Pré – Obesidade – ≥ 25 <30

Obesidade – ≥ 30

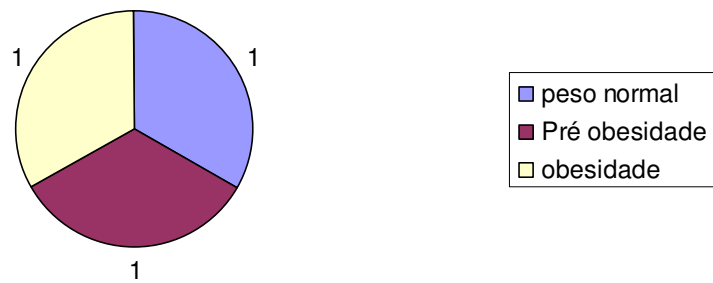
IMC do grupo etário [60; 64] anos



IMC do grupo etário [60; 64 anos] feminino



IMC do grupo etário[60; 64] masculino



Com Base no IMC de *Ferry e Alix* - e com a formula (Peso/Altura ao Quadrado). Neste grupo ficaram inseridas as pessoas com idade \geq a 65 anos e com os seguintes parâmetros:

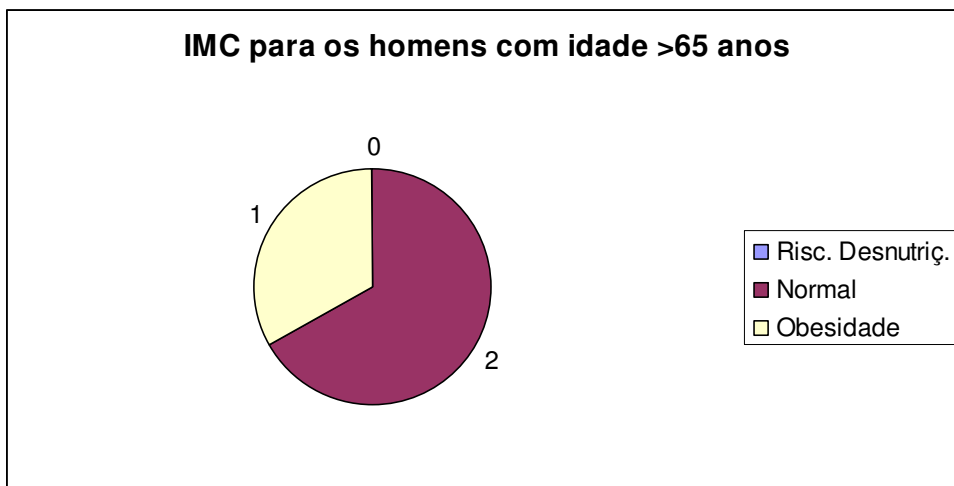
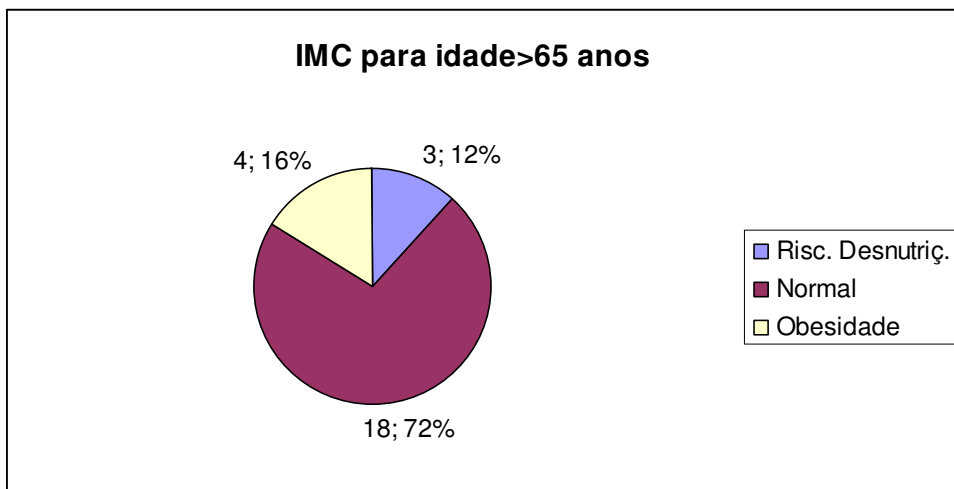
Desnutrição – <21

Risco de Desnutrição – $\geq 21 < 25$

Normal – $\geq 25 < 30$

Pré – Obesidade – $\geq 25 < 30$

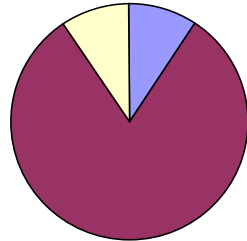
Obesidade – ≥ 30



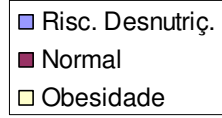
IMC para mulheres com idade >65 anos

2; 10%

2; 10%



17; 80%



Anexo 4 - Análise do Conteúdo das Entrevistas

Área Temática	Unidades de Contexto	Unidades de registo
Comportamentos anteriores relacionados	Ingestão de água	<p>E1 – <i>Beber, só bebo água.... É mais para tomar os medicamentos...</i></p> <p><i>A água foi só um bocadinho de manhã e outro á noite para tomar os remédios.</i></p> <p>E2 – <i>Só bebo para tomar os medicamentos...</i></p> <p>E3 – <i>Beber, só bebi água. ...2 copos de água.</i></p> <p>E5 – <i>Água, bebo pouca. Só bebi um copo de água.</i></p> <p>E6 – <i>...e bebi ½ litro de água...</i></p> <p>E7 – <i>... água talvez 2 copos...</i></p>
	Leite e derivados	<p>E1 – <i>Ao pequeno-almoço por volta das 10 horas... uma chávena de café com leite sem açúcar. ... Foram 2 chávenas de café com leite, tudo sem açúcar.</i></p> <p>E2 – <i>Ao pequeno-almoço foi uma torrada com mel e queijo e café com leite... e depois bebi um copo de leite com umas bolachinhas ao deitar.</i></p> <p>E3 – <i>Ao pequeno-almoço foi uma caneca de leite meio gordo... 2 copos de leite ao todo...</i></p> <p>E4 – <i>Ao pequeno-almoço, foi café com leite mais pão com manteiga. ... Ao lanche 1 pão com manteiga e café com leite.</i></p> <p>E5 – <i>Não bebo leite. Não fui habituado e não gosto.</i></p> <p>E6 – <i>De manhã... uma caneca de leite com café e açúcar. ...1 caneca de leite.</i></p> <p>E7- <i>Mas bebo pouco leite. Às vezes, nem um copo bebo por dia.</i></p>
	Ingestão de carne e peixe	<p>E7 - <i>Ao almoço, foi uma massada de peixe e comi asinhas de frango assado... O jantar foi igual ao almoço... ao todo, 2 prato de massada, 6 asinhas de frango</i></p>
	Ingestão de vegetais e fruta	<p>E2 – <i>As castanhas, ai umas 6. Não comi mais fruta. ... Consumo hortaliças mas não todos os dias...</i></p> <p>E3 – <i>...só comi fruta ao lanche. Uma peça de fruta.</i></p> <p>E6 – <i>Legumes não comi, como poucos legumes. Não gosto muito!</i></p>
	Ingestão de gorduras	<p>E1 – <i>... sabe uma carcaça com manteiga... almoço foi frango assado com batatas fritas... Ao lanche, comi mais uma carcaça torrada com manteiga ... Há noite só comi sopa e frango do meio-dia.</i></p>
	Ingestão de cereais e derivados	<p>E1 – <i>As carcaças foram três e meia. Sabe gosto muito de pão!</i></p> <p>E2 – <i>Gosto mais de açorda e ovos. ... Ao pequeno-almoço foi uma torrada...1 pão, 1 batata-doce... Foram 2 torradas de pão de forma ... Como muito grão, feijão e pão.</i></p> <p>E4 – <i>Ao almoço foi o prato cheio de arroz...</i></p> <p>E6 – <i>Comi 2 pratos de massa com 2 pernas de frango... Como muitas massas. Sempre gostei muito de massa. ... A sopa é com bastante batata, ...</i></p> <p>E7 – <i>...2 prato de massada...1 pacote de batatas fritas...2 carcaças....</i></p>

	Ingestão de alimentos doces	<p>E2 – <i>Continuo a comer muito mel.</i></p> <p>E5 – <i>Hoje como mais doces... como alguns, mas como... apesar de ser diabético! ...Mas como muito mel. Gosto muito de mel. É doce!</i></p> <p>E7- <i>...e um chocolate de culinária. Não engorda tanto! ... Gosto é de coisas doces. Sempre comi muitas guloseimas. Trago sempre comigo algumas na mala.</i></p>
	Nº de refeições diárias	<p>E1 – <i>pequeno-almoço por volta das 10 horas. ... Depois ao almoço foi... Ao lanche comi... Há noite só comi ...</i></p> <p>E2 – <i>Ao pequeno-almoço foi... Ao almoço, ... Ao jantar foi igual porque sobrou do jantar e depois bebi um copo de leite...</i></p> <p>E3 – <i>Ao pequeno-almoço... ao almoço, foi... ao lanche. Ao jantar...</i></p> <p>E4 - <i>Ao pequeno-almoço... Ao pequeno-almoço... Ao almoço... Ao lanche... Há noite...</i></p> <p>E5 – <i>Ao pequeno-almoço foi... Ao almoço foi... Ao lanche só comi... Ao jantar, ... antes de me deitar um chá</i></p> <p>E6 – <i>De manhã, comi... Ao almoço, foi... Lanchar é coisa que não faço. ... O jantar foi igual</i></p> <p>E7- <i>De manhã, ... Ao almoço, foi... O jantar foi igual...</i></p>

Área Temática	Unidades de Contexto	Unidades de registo
Factores pessoais	Auto motivação	<p>E1 - <i>Como de tudo sem sal por causa da tensão...</i></p> <p>E2- <i>...evito as coisas gordas porque tenho o colesterol alto.</i></p> <p>E3 - <i>Não gosto muito de peixe, mas como. Faz melhor não é?</i></p> <p>E5 - <i>Acho que sigo tudo bem por causa dos diabetes.</i></p> <p>E6 – <i>Agora também bebo mais água porque faz bem!</i></p>

Anexo 5 - Sessão de Educação para a Saúde: “Envelhecimento e Alimentação”

IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- O Idoso é uma pessoa com mais de 65 anos independente do sexo ou do seu estado de saúde (OMS).
- Idoso jovem – entre os 65 e os 75 anos de idade
- Idoso velho – mais de 75 (Krause, 1994)



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

ENVELHECIMENTO

- Processo progressivo e irreversível que começa à nascença, de perda de capacidades orgânicas e psicológicas não decorrente de acidente ou doença e que decorre inevitavelmente com o decorrer do tempo



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

SÃO MULTIPLAS AS CAUSAS DO ENVELHECIMENTO

- Factor cronológico
- Factores hereditários
- Cuidados de saúde
- Desenvolvimento de tecnologias
- Condições de vida
- Cuidados alimentares



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- ALTERAÇÕES ORGÂNICAS PROVOCADAS PELO ENVELHECIMENTO

- **Diminuição de:** Água
Musculo
Osso
Vísceras

- **Aumento de:** Gordura (sobretudo gordura abdominal)



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- **Consequências:**

- Aumento de risco de diabetes
- Aumento de risco de doenças cardiovasculares
- Aumento de risco de alguns tipos de cancro
- Problemas osteoarticulares
- Outros



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- **O que podemos fazer para mantermos a capacidade funcional, independência e qualidade de vida?**



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- Mantermo-nos fisicamente activos praticando algum exercício físico regularmente
- Mantermo-nos intelectualmente activos
- Fazer uma alimentação saudável



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- **Alimentação adequada é essencial para:**
- Diminuir o risco de obesidade
- Diminuir o risco de falta alguns nutrientes
- Diminuir o risco de desnutrição



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- **Causas de má nutrição:**
- Ignorância nutricional
- Dificuldades na confecção e ingestão
- Dificuldades na mastigação
- Hábitos alimentares desadequados
- Saltar refeições
- Medicamentos



IDOSO E ALIMENTAÇÃO

- **Alimentação deve ser:**

- Variada
- Energeticamente suficiente
- Equilibrada naquilo que comemos
- Adaptada ao gosto e às limitações que possam haver



IDOSO E ALIMENTAÇÃO



REGRAS DE UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

- **Boa distribuição de refeições**
 - Três principais (pequeno-almoço, almoço e jantar)
 - Três Lanches (meio da manhã, meio da tarde e ceia)
 - **Intervalos de refeições não superiores a 3.30- 4 horas**
- **Jejum nocturno não superior a 10 horas**
- **Refeições pouco volumosas**
- **Fáceis de digerir**
- **Servidas de forma agradável e á temperatura adequada**

Anexo 6 - Especificação Detalhada da Actividade “Envelhecimento e Alimentação”

Actividade 1- “Envelhecimento e a Alimentação”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
Realização de sessão de educação para a saúde sobre alterações fisiológicas face envelhecimento e alimentação adequada, dirigida às pessoas que frequentam o Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota	Enfermeira; Técnica de Animação cultural	No dia 5 de Janeiro de 2011	Sala de Convívio do Centro de dia da Associação Luís Pereira da Mota	½ hora de prelecção com projecção de slides e tempo final para duvidas e esclarecimentos	Sensibilizar o grupo pessoas que frequentam o Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota para as alterações decorrentes do envelhecimento e os benefícios de uma alimentação saudável em pelo menos 90% das pessoas abrangidas pelo projecto	1-Realização efectiva da sessão 2- Percentagem de pessoas abrangidos pelo projecto presentes 3- Percentagem de idosos que souberam responder no final da sessão ao questionário colocado no inicio

Anexo 7 - Ficha de Avaliação de Conhecimentos 1

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

(Sessão I)

Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes questões:

O Envelhecimento provoca:

Aumento de água no organismo -----

Diminui a secura da pele -----

Aumento de Gordura no organismo-----

Diminui o Risco de Diabetes -----

Aumenta a possibilidade de fracturas-----

Uma Alimentação adequada:

Diminui o risco de obesidade -----

Inclui saltar refeições -----

Fazer 6 refeições ao dia -----

Passar mais de 6 horas sem comer durante o dia-----

Obrigada!

Anexo 8 - Sessão de Educação para a Saúde: “ Alimentação Saudável no Idoso”

REGRAS GERAIS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO IDOSO

- Pequeno almoço completo, variado, equilibrado e ajustado
- Distribuição repartida da comida por várias refeições
- Hortaliças, legumes e frutos
- Pão e cereais
- Leite e derivados
- Restringir óleos, gorduras e alimentos gordos
- Eliminar o sal
- Reduzir o açúcar
- Bebidas alcoólicas com regras
- Quantidade necessária de comida
- Água



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO IDOSO

o que comer?

2

COMO COMER ?



- **Pouca gordura**
- Cozidos, grelhados sem gordura, assado na brasa, ou assado no forno em marinada, caldeiradas, jardineiras, ensopados sem gordura
- **Evitar**
- Fritos, assado no forno, estrugidos, estufados
- Aparar e retirar gorduras visíveis
- Menos óleo / gorduras sólidas p/ temperar / barrar
- Leite meio gordo

3

COMO COMER ?

- Pouco ou nenhum sal
- Preferir alimentos frescos ou congelados em vez dos processados e conservados (fumeiro e conservas)
- Ervas aromáticas, especiarias



FRUTOS E PRODUTOS HORTICULAS

- **Muito ricos em água, minerais, vitaminas e fibra**
- **São pobres em gorduras**
Excepto azeitonas, pêra abacate, nozes, avelãs, sementes
- **Pobres em Proteínas**
Excepto sementes, leguminosas frescas
- **Pobres em Hidratos de Carbono**
Excepto banana, figo, uva, dióspiro
(engordam pouco e são saciantes)



5

QUAIS E COMO?

- **Todos os produtos hortícolas (couve, alface, nabo, alho francês...)**
- Sopa de azeite ou caldo de carne desengordurado
- com bastantes produtos hortícolas
- Arroz de espigos
- Ensopados e jardineiras com legumes
- Esparregados ou empadões com puré de vegetais
- Saladas cruas e produtos hortícolas mal cozidos

Mal tolerados



6

QUAIS E COMO?

- **Fruta.**
- A que gostar mas tendo em atenção que os frutos secos são ricos em gordura e açúcares. A banana, dióspiro, uva e figo são extremamente ricos em açúcar.

300g / dia (2 peças)

Merendas

Crua, triturada ou batida com leite ou iogurte



CEREAIS DERIVADOS LEGUMINOSAS E TUBERCULOS

- **Ricos em amidos** – dão energia
- **Algumas vitaminas e minerais**
- **Proteínas** - sobretudo as leguminosas secas como o feijão e grão
- **Pobres em gordura**



QUAIS E COMO?

- **“Farináceos”** (pão, massa, flocos, farinha)
- **Leguminosas secas** (feijão, grão, lentilhas)
- **Tubérculos** ricos em hidratos de carbono (batata, batata-doce, mandioca, inhame)



QUAIS E COMO?

- Pão bem torrado ou tostado; tostas
- Massa, arroz, farinha e puré de batata
Melhor digeríveis



- Batata, pequenas porções de feijão, grão, lentilhas, ervilhas ou favas
Se tolerados



10

LEITE E DERIVADOS

→ **Leite**

Rico em proteínas

Cálcio

Algumas vitaminas (no gordo e meio gordo)

Preço económico



11

QUANTIDADES DIÁRIAS E COMO?

→ **Cerca de 400 ml a 500 ml diários**



- Um copo de leite pode se substituído por um iogurte líquido ou 2 normais
- Também pode ser substituído por queijo fresco ou por outro queijo (preferencialmente meio gordo)

**(leite e derivados são essenciais devido às quantidades de cálcio que tem na sua composição –
Necessário para manter os ossos saudáveis)**

12

OVOS CARNE E PEIXE

- Ricos em proteínas
- Ricos em água
- Variáveis em quantidade de gordura
- Peixes tem menos quantidade de gorduras que as carnes
- As aves e o coelho são das carnes menos gordas
- A vitela o porco e o carneiro são alimentos muito gordos

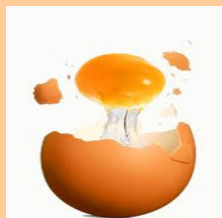


13

OVOS CARNE E PEIXE

→ **Ovo**

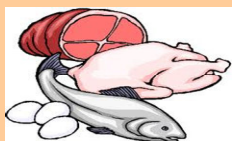
- Proteínas de muito boa qualidade Clara e Gema
- Gordura (equilibrada) Gema
- Algumas vitaminas
- Minerais



14

QUANTIDADES DIÁRIAS E COMO?

- 100 g limpos de peixe ou carne
- 6 dl leite
- Necessidades diárias 1/2 ovo ou 1 ovo



15

OLEOS E GORDURAS ALIMENTARES

- Para temperar - **Azeite**
- Para barrar no pão – **Manteiga ou margarina vegetal**
- Para cozinhar - **Gorduras que aguentem melhor o sobreaquecimento**
(Azeite, óleo de amendoim, banha de porco)



ÁGUA

- **Cerca de 70% do nosso corpo é constituído por água**
- Desempenha um papel essencial em quase todas as funções do nosso organismo
 - Digestão
 - Absorção
 - Transporte de nutrientes
 - Desintoxicação
 - Processos de excreção
 - Regulação da temperatura corporal
 - Ajuda a no combate de doenças tais como cancro, infecções e controlo de diabetes



17

BEBER ÁGUA

- Fazer diariamente uma boa hidratação
- Beber entre 1L e 1,5L de água diários
- Estes podem ser água simples ou infusão de ervas
- As infusões podem ser no final ou a acompanhar as refeições



18

Anexo 9 - Especificação Detalhada da Actividade “ Alimentação Saudável no Idoso”

Actividade 2- “ Alimentação Saudável no Idoso”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
Realização de sessão de educação para a saúde sobre Hábitos e alimentação saudáveis no idoso dirigida às pessoas que frequentam o Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota	Enfermeira; Técnica de Animação cultural	No dia 19 de Janeiro de 2011	Sala de Convívio do Centro de dia da Associação Luís Pereira da Mota	½ hora de prelecção com projecção de slides e tempo final para duvidas e esclarecimentos	Sensibilizar o grupo pessoas que frequentam o Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota para hábitos e alimentação saudável no idoso em pelo menos 90% das pessoas abrangidas pelo projecto	1-Realização efectiva da sessão 2- Percentagem de pessoas abrangidos pelo projecto presentes 3- Percentagem de idosos que souberam responder no final da sessão ao questionário colocado no início

Anexo 10 - Ficha de avaliação de conhecimentos 2

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

(Sessão II)

Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) ás seguintes questões:

Quantas refeições deve-mos fazer diariamente?

-3

- 6

-10

Como devemos comer?

Com muito sal

Com pouco sal

Não faz diferença

Podemos substituir o sal por?

Ervas aromáticas

Por açúcar

Por vinagre

Devemos beber leite porque?

Tem cálcio e é necessário para os ossos

Ajuda a memória

Faz bem ao coração

Devemos preferir peixe em vez de carne porque?

É mais gordo

É menos gordo

É mais barato

É necessário beber 1L a 1.5L de água diários porque?

É muito importante para o funcionamento do organismo

Porque engorda

Porque alimenta

Muito Obrigada!

Anexo 11 - Especificação Detalhada da Actividade “Grupos Alimentares da Roda dos Alimentos, em pasta de papel e pintura”

Actividade 3- Criação dos Grupos Alimentares da roda dos alimentos, em pasta de papel e pintura

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
Realização em pasta de papel e pintura de cada um dos grupos da roda dos alimentos pelo grupo de actividades manuais do Centro de convívio da Associação Luís Pereira da Mota	Enfermeira; Técnica de Animação cultural; Estagiário de animação cultural	Durante o mês de Janeiro de 2011	Sala de Convívio do Centro de dia da Associação Luís Pereira da Mota	Com a definição do que se pretendia pela enfermeira; Com a dinamização da Técnica de Animação cultural e Estagiário de animação cultural	Sensibilizar o Grupo Pessoas inscritas nas Actividades Manuais, para hábitos alimentar saudáveis.	Nº de participantes na actividade Nº de pessoas que souberam distribuir os alimentos pelos diversos grupos alimentares Avaliação qualitativa informal

Anexo 12 - Especificação Detalhada da Actividade “Canção da Alimentação Saudável”

Actividade 4- Canção sobre hábitos alimentares e roda dos alimentos

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
Criação da letra da canção sobre hábitos alimentares e roda dos alimentos e ensaio da mesma	Enfermeira; Técnica de Animação cultural; Estagiário de animação cultural	Durante o mês de Janeiro de 2011	Sala de Convívio do Centro de dia da Associação Luís Pereira da Mota e Teatro de Loures	Com a definição do que se pretendia pela enfermeira; Com a dinamização da Técnica de Animação cultural e Estagiário de animação cultural	Sensibilizar o Grupo Pessoas do Canto Tuna e da para hábitos e alimentares saudáveis.	Nº de participantes na actividade Avaliação qualitativa informal

Anexo 13 - Especificação Detalhada da Actividade “Feira Inter-geracional - Saberes e Sabores”

Actividade 6- Feira Inter-geracional “Saberes e sabores”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
<p>Criação de bancas para cada um dos grupos alimentares com cestos com os alimentos em pasta de papel e alimentos fornecidos pela instituição e enfermeiras</p> <p>Distribuição de um ou 2 idosos por cada banca e dinamização da mesma com apoio das enfermeiras,</p> <p>Passagem de idosos e por cada banca e prova dos alimentos</p> <p>Canção pelos idosos para as crianças</p>	<p>Enfermeiras;</p> <p>Técnica de Animação cultural;</p> <p>Técnicas de serviço social;</p> <p>Educadoras de Infância;</p> <p>auxiliares de apoio educativo;</p> <p>idosos</p>	<p>2 de Fevereiro de 2011 (9.30-12 horas)</p>	<p>Sede da Associação Luís Pereira da Mota</p>	<p>Dinamização de actividades por todos os envolvidos.</p> <p>Passagem dos idosos e crianças por cada uma das bancas com breves explicações e provas dos alimentos</p> <p>Jogos interactivos,</p> <p>Distribuição de folhetos de pintura as crianças</p>	<p>Consolidar conhecimentos aprendidos com as actividades anteriores.</p>	<p>Realização efectiva da feira</p> <p>Nº de pessoas presentes</p> <p>Avaliação qualitativa informal</p>

Anexo 14 - Livro “A Alimentação Saudável com o Avançar da Idade”

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COM O AVANÇAR DA IDADE



Elaborado por:

Enfermeira: Idalina Madeira

ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo progressivo e irreversível que começa à nascença. Através deste processo, vamos perdendo capacidades orgânicas e psicológicas.

Decorre inevitavelmente com o decorrer do tempo.

Segundo a OMS a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos, no entanto estas datas são cronológicas, pois o envelhecimento pode ser retardadas ou acelerado mediante os estilos de vida que se adoptem.

São múltiplas as causas do envelhecimento entre elas estão:

- Factor cronológico
- Factores hereditários
- Cuidados de saúde
- Desenvolvimento de novas tecnologias
- Condições de vida

- Cuidados alimentares

PROBLEMAS RELACIONADOS COM ALIMENTAÇÃO DESADEQUADA

- ❖ Risco de obesidade
- ❖ Risco de falta alguns nutrientes
- ❖ Risco de desnutrição
- ❖ Aumento de risco de diabetes
- ❖ Aumento de risco de doenças cardiovasculares
- ❖ Aumento de risco de alguns tipos de cancro
- ❖ Problemas osteoarticulares
- ❖ Outros.

O QUE FAZER PARA DIMINUIR O RISCO DE DESENVOLVER ESTES PROBLEMAS

- ❖ Mantermo-nos fisicamente activos praticando algum exercício físico regularmente
- ❖ Mantermo-nos intelectualmente activos
- ❖ Fazer uma alimentação saudável.

REGRAS GERAIS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO IDOSO

- ❖ Boa distribuição de refeições
 - Três principais (pequeno-almoço, almoço e jantar)

 - Três Lanches (meio da manhã, meio da tarde e ceia)
- ❖ Distribuição repartida da comida pelas várias refeições
- ❖ Intervalos de refeições não superiores a 3.30 – 4 horas
- ❖ Jejum nocturno não superior a 10 horas
- ❖ Refeições pouco volumosas
- ❖ Fáceis de digerir
- ❖ Servidas de forma agradável e à temperatura adequada
- ❖ Pequeno-almoço completo, variado, equilibrado e ajustado.



COMO COMER, TENDO EM ATENÇÃO A DIGESTIBILIDADE E A MASTIGAÇÃO

- ❖ Restringir óleos, gorduras e alimentos gordos
- ❖ Eliminar o sal (substituir por ervas aromáticas, especiarias)
- ❖ Reduzir o açúcar
- ❖ Preferir alimentos frescos ou congelados em vez dos processados e conservados (fumeiro e conservas)
- ❖ Bebidas alcoólicas com regras
- ❖ Água em quantidade adequada

COMO COZINHAR?

Usando pouca gordura

Fazer cozidos, grelhados sem gordura, assado na brasa, ou assado no forno em marinada, caldeiradas, jardineiras com legumes, arroz com legumes, ensopados com legumes e sem gordura, esparregados ou empadões com vegetais.

Sopa de azeite ou caldo de carne desengordurado e com bastantes produtos hortícolas.

Evitando

Fritos, assado no forno, estrugidos, estufados

Óleos e gorduras sólidas para temperar e barrar

Saladas cruas e produtos hortícolas mal cozidos (problemas de digestibilidade).

RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES NO IDOSO

Utilizar bastantes legumes cozinhados das diferentes maneiras.



Comer a fruta que gostar mas tendo em atenção que os frutos secos são ricos em gordura e açúcares. A banana, dióspiro, uva e figo são extremamente ricos em açúcar.

Comer 300g / dia (2 peças)

Comer a fruta às merendas

Comer crua, triturada ou batida com leite ou iogurte.

Beber cerca de 500 ml de leite diários

Beber leite meio gordo se não houver problemas de digestibilidade (em alternativa leite magro)

Em termos de equivalências de cálcio e proteínas 500 ml de leite são iguais a:

60 g de queijo, ou 100 g de queijo fresco, ou 200 g de requeijão, ou 4 iogurtes.

Comer pão preferencialmente tostado (melhor digestibilidade) e utiliza-lo preferencialmente aos lanches

Cerca de 40 g de pão diários

Em alternativa usar flocos de cereais

Comer diariamente arroz, ou batata, ou massa cozinhados das maneiras adequadas e em quantidades moderadas

Diariamente 2 batatas pequenas, ou 8 colheres de arroz ou massa mal cheias

Se forem tolerados substituir em algumas refeições por pequenas porções de feijão, ou ervilhas, ou favas, ou lentilhas bem cozinhados.

Comer diariamente cerca de 100g de carne ou peixe magros

Substituir a carne ou peixe por ovo algumas vezes na semana

Beber cerca de 1,5 l de água diariamente

A água pode ser bebida em infusões digestivas como tília, funcho, hipericão ou lúcia-lima e estas preferencialmente a acompanhar ou a finalizar as refeições.

Bibliografia:



MAILLOUX-POIRIER, Danielle - **Pessoas Idosas: Uma abordagem Global**. Lisboa:

Lusodidacta. ISBN: 972-95399-8-7

FERRY, M.; ALIX, E. – A Nutrição da pessoa idosa. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-73-8

ANEXO XV - Especificação Detalhada da Actividade Livro “A Alimentação Saudável com o Avançar da Idade”

Actividade 7- Livro “A Alimentação com o Avançar da Idade”

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
Criação de livro sobre a alimentação depois dos 65 anos; distribuição e esclarecimento de dúvidas	Enfermeira	Criação do livro durante o mês de Janeiro Distribuição e esclarecimentos no dia 4 Fevereiro de 2011	Sala de Convívio do Centro de dia da Associação Luís Pereira da Mota e Teatro de Loures	Distribuição e esclarecimentos sobre dúvidas suscitadas	Consolidar conhecimentos	Nº total de pessoas a quem foi distribuído o livro Avaliação qualitativa informal