



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM CENTRO DE DIA –
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**HEALTHY AGEING IN A DAY CENTER – PROJECT FOR
THE DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS
IN COMMUNITY NURSING IN THE FIELD OF COMMUNITY
HEALTH NURSING AND PUBLIC HEALTH**

Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Ana Sofia Narciso Magalhães Campelo

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária
e de Saúde Pública

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM CENTRO
DE DIA – PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

HEALTHY AGEING IN A DAY CENTER –
PROJECT FOR THE DEVELOPMENT OF
SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN COMMUNITY
NURSING IN THE FIELD OF COMMUNITY
HEALTH NURSING AND PUBLIC HEALTH

Estágio orientado pela Professora Doutora
Margarida Abreu e coorientado pela
Professora Doutora Ana Paula Cantante.

Porto, 2025

AGRADECIMENTO

Concluído este processo de elaboração do presente relatório, não poderia deixar de agradecer a quem direta ou indiretamente dele fez parte, fazendo com que esta caminhada fosse mais leve.

À Professora Doutora Margarida Abreu pela orientação, dedicação, disponibilidade e incentivo ao longo desta jornada, e por ser exemplo de compromisso com a excelência. À Professora Doutora Ana Paula Cantante pela motivação, cuidado e pela generosidade de partilha durante todo o percurso.

Ao Professor Carlos pelo ânimo, orientação, confiança e disponibilidade.

Às Enfermeiras orientadoras de estágio, por serem exemplo a seguir, pelos conhecimentos transmitidos, pela motivação diária, e por me terem sempre acolhido em todos os momentos, fazendo-me sentir parte integrante da equipa.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela motivação, por serem exemplo de força, resiliência e inspiração diária. A vós estarei eternamente grata!

À Margarida por ser a melhor irmã, pela sua paciência, escuta e incentivo diário, obrigada por celebrares as minhas conquistas tanto quanto eu.

Ao Fábio pelo apoio e por sempre compreender as minhas ausências.

À Filipa pela amizade, cumplicidade, pela presença constante especialmente nos instantes de desânimo. Obrigado por seres parte essencial desta jornada.

À Alexandra, à Bárbara e à Eva, por serem as melhores companheiras deste percurso, pelo apoio diário, pelas conversas e reuniões, por me mostrarem que a partilha torna o caminho mais leve. Esta caminhada foi bem mais prazerosa convosco do meu lado.

A todos os idosos com quem tive oportunidade de me cruzar, a generosidade, paciência e disponibilidade. Foi um privilégio escutar-vos, vocês foram verdadeiros mestres.

A todos vós, o meu muito obrigada!

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foram realizados os estágios de natureza profissional módulos I e II numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, e destes resultou o presente relatório. Este relatório teve como objetivo descrever o trabalho realizado no decorrer dos estágios, assim como, refletir sobre todo o percurso desenvolvido, no processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

A promoção da saúde ao longo do ciclo de vida é uma das áreas de intervenção dos enfermeiros desta área de especialidade, neste sentido salienta-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção nos idosos em centro de dia, tendo como base a metodologia de planeamento em saúde. O diagnóstico de situação foi realizado com recurso a implementação do EASY-Care Standard Portugal 2010. Por forma a dar resposta às necessidades identificadas nos domínios “Manter-se Saudável”; “Mobilidade” e “Saúde Mental e Bem-Estar” do EASY-Care Standard, procedeu-se à elaboração e implementação do projeto “MOVIMENTidade”. As atividades implementadas tiveram como estratégias de intervenção a educação para a saúde e colaboração.

Após a avaliação do projeto, verificou-se melhorias significativas em todos os domínios que foram alvo de intervenção, destacando-se a prática de atividade física que aumentou de 0% para 38%. Constatou-se ainda que todas as metas definidas foram atingidas e algumas até superadas, realçando assim o êxito do projeto.

Para além do projeto, realizaram-se outras atividades que concorreram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem de Saúde Pública; Promoção da Saúde; Envelhecimento Saudável; Idoso

ABSTRACT

As part of the master's degree in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing, professional placement modules I and II were carried out in a Public Health Unit and in a Community Care Unit, from which this report resulted. This report aimed to describe the work carried out during the internships, as well as to reflect on the entire path developed, in the process of developing common skills of the specialist nurse, as well as the development of specific skills of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing.

Health promotion throughout the life cycle is one of the areas of intervention for nurses in this specialty area. Therefore, the development of an intervention project for the elderly in day centers stands out, based on the health planning methodology. The situation diagnosis was carried out using the implementation of the EASY-Care Standard Portugal 2010. To respond to the needs identified in the domains "Staying Healthy"; "Mobility" and "Mental Health and Well-being" of the EASY-Care Standard, the "MOVIMENTidade" project was developed and implemented. The activities carried out had health education and collaboration as intervention strategies.

After the project evaluation, significant improvements were noted in all the domains targeted, especially the physical activity practice which increased from 0 to 38%. It was also found that all defined goals were achieved and some were even exceeded, thus highlighting the success of the project.

Besides the project, other activities were carried out that concurred with the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing.

Key words: Community Health Nursing; Public Health Nursing; Health Promotion; Healthy Aging; Aged

SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BI- CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEECESCSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

EpS – Educação para a Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDH – Minnesota Department of Health

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

REVIVE - Rede de vigilância de vetores

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1.	<i>INTRODUÇÃO</i>	10
2.	<i>CONTEXTO DE ESTÁGIO CLÍNICO</i>	15
2.1	Enquadramento geográfico	15
2.2.	Caraterização da população do concelho	15
2.3.	Caraterização dos recursos da comunidade e do concelho	18
2.4.	Caraterização da unidade local de saúde	19
2.4.1	Caraterização da unidade de saúde pública	19
2.4.2	Caraterização da unidade de cuidados na comunidade	20
3.	<i>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	21
3.1.	Envelhecimento saudável	22
3.1.1	Envelhecimento saudável e qualidade de vida	25
3.2.	Políticas de saúde em Portugal	29
3.3.	Centro de dia caraterização e regulamentação	30
4.	<i>ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</i>	32
4.1.	Diagnóstico da situação	32
4.1.1.	População alvo	33
4.1.2.	Instrumento de colheita de dados	33
4.1.3.	Pré-Teste	34
4.1.4.	Considerações éticas	34
4.1.5.	Apresentação dos dados obtidos	35
4.1.6.	Apresentação dos problemas identificados	44
4.2.	Determinação de prioridades	45
4.3.	Fixação de objetivos	45
4.4.	Seleção de estratégias	48
4.5	Elaboração de programas e projetos	53
4.6	Preparação da execução	55
4.6.1	Previsão de Recursos	62

4.7 Execução	62
4.8 Avaliação	62
5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	73
6. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	78
7. CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos idosos	36
Tabela 2 - Domínio um - Visão, audição e comunicação	37
Tabela 3 - Domínio dois - Cuidar de si (Autocuidado).....	37
Tabela 4 - Domínio três - Mobilidade	38
Tabela 5 - Domínio quatro - Segurança	39
Tabela 6 - Domínio cinco - Local de residência e finanças	40
Tabela 7 - Domínio seis - Manter-se saudável	40
Tabela 8 - Domínio sete - Saúde mental e bem-estar	41
Tabela 9 - Domínio oito - Administração de medicação	42
Tabela 10 - Apresentação dos problemas.....	44
Tabela 11 - Objetivo Geral, Objetivo Específico, Metas e Indicadores de Resultados e de Atividade.....	47
Tabela 12 – Metas e Estratégias.....	53
Tabela 13 – Atividades do Projeto.....	55
Tabela 14 - Síntese da atividade "Corpo ativo sono tranquilo".....	56
Tabela 15 - Indicadores de avaliação da atividade "Corpo ativo sono tranquilo"	57
Tabela 16 - Síntese da atividade "Movimento e conexão"	58
Tabela 17 - Indicadores de avaliação da atividade "Movimento e conexão"	58
Tabela 18 - Síntese da atividade "Movimento sem dor"	59
Tabela 19 - Indicadores de avaliação da atividade "Movimento sem dor"	60
Tabela 20 - Síntese da atividade "Equilíbrio em movimento"	61
Tabela 21 - Indicadores de avaliação da atividade "Equilíbrio em movimento"	61

Tabela 22- Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade "Corpo ativo sono tranquilo"	63
Tabela 23 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Corpo ativo sono tranquilo"	64
Tabela 24 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade “Corpo ativo sono tranquilo”	64
Tabela 25 - Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade "Movimento e Conexão"	65
Tabela 26 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Movimento e Conexão"	66
Tabela 27 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade “Movimento e Conexão”	66
Tabela 28 - Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade "Movimento sem Dor"	67
Tabela 29 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Movimento sem dor"	67
Tabela 30 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade “Movimento sem dor”	68
Tabela 31 - Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade "Equilíbrio em Movimento"	68
Tabela 32 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Equilíbrio em Movimento"	69
Tabela 33 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade “Equilíbrio em Movimento”	69
Tabela 34 - Resultados da avaliação dos domínios	70
Tabela 35 - Avaliação dos indicadores de resultado	71
Tabela 36 - Avaliação indicador de atividade	71
Tabela 37 - Avaliação das metas	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Logótipo do projeto "MOVIMENTidade"	55
--	----

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades, durante todo o seu ciclo vital, é uma das principais áreas de atenção dos enfermeiros (Base 10 da Lei nº 95/2019; Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECESCSP), segundo o Regulamento n.º 140/2019 tem como competências comuns, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e por fim o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Segundo o Regulamento n.º 428/2018, apresenta como competências específicas a avaliação da saúde da comunidade, tendo como referência a metodologia do planeamento em saúde, a capacitação de grupos e comunidades, incorporar a coordenação de programas de saúde e realizar a vigilância epidemiológica. Assim, o enfermeiro desta área de especialidade tem competências para incutir mudanças nos comportamentos dos indivíduos, grupos e comunidades, promotores da sua saúde, de forma eficiente e efetiva.

Para desenvolver as competências acima mencionadas está preconizado, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a realização das unidades curriculares de “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulos I e II”, que decorram numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Pública (USP) da região norte do país. O desenvolvimento do estágio em dois módulos (módulo I e módulo II), permitiu a implementação da metodologia do planeamento em saúde, neste sentido no módulo I foram desenvolvidas as três primeiras etapas do planeamento em saúde, nomeadamente, o diagnóstico de situação, a definição de prioridades e a fixação de objetivos. No módulo II foram desenvolvidas as restantes etapas, concretamente, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação da execução, a execução e por fim a avaliação.

O estágio de natureza profissional - módulo I decorreu durante o segundo semestre do ano letivo de 2023/2024, teve como objetivos o desenvolvimento de competências para a realização de um projeto de desenvolvimento profissional aplicado ao contexto clínico, promover a responsabilização pessoal e a orientação na construção do projeto profissional, elaborar um projeto de desenvolvimento profissional que integre os conhecimentos bem como as competências clínicas do exercício profissional da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

O estágio de natureza profissional - módulo II decorreu durante o primeiro semestre do ano letivo de 2024/2025 e teve como objetivos consolidar a consciência profissional acerca do papel do EEECESCSP, potenciar as competências que começaram por ser desenvolvidas no módulo I, nomeadamente as competências de gestão, conceção e supervisão de cuidados no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública, aprimorar as competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, com foco na promoção e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais relevantes, conceber a melhoria contínua da qualidade de cuidados como foco do exercício profissional avançado no contexto da enfermagem comunitária, consolidar a importância da melhor evidência científica disponível como suporte da prática clínica e por fim fortalecer as competências clínicas avançadas no contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública.

No que concerne aos objetivos gerais do presente relatório, pretende-se descrever as atividades realizadas durante os dois módulos de estágio, que permitiram desenvolver as competências comuns e específicas do EEECESCSP, e refletir sobre o processo de desenvolvimento destas.

Relativamente aos objetivos específicos, pretende-se descrever o processo de desenvolvimento de competências para realizar um projeto profissional que seja relevante e aplicável ao contexto clínico da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública bem como do local de realização do estágio de natureza profissional; integrar o contexto prático da UCC bem como da USP; potenciar a responsabilidade profissional e pessoal na construção de projetos segundo

princípios, valores e normas deontológicas; promover o desenvolvimento de uma consciência profissional na prática clínica, tendo em vista o desenvolvimento das competências específicas de EEECESCSP. Com o intuito de planejar as etapas inerentes a elaboração do presente relatório procedeu-se à realização de um cronograma.

Quanto aos objetivos pessoais que se almejavam atingir, estes estavam interrelacionados com os objetivos apresentados anteriormente e passam por realizar um projeto tendo por base a metodologia do planeamento em saúde que vá de encontro às necessidades identificadas no local de estágio clínico, integrar, aprofundar e mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, promover a qualidade de vida e, consequentemente, o envelhecimento saudável junto de idosos em centro de dia, e, promover a capacitação dos grupos e comunidades e, por fim, integrar as competências comuns do enfermeiro especialista assim como as competências específicas do EEECESCSP na prática clínica de uma enfermagem significativa para os indivíduos grupos e comunidades. Pretendia-se ainda aprimorar outras competências no âmbito de outras áreas igualmente importantes como a liderança, resiliência, motivação, trabalho em equipa e gestão de emoções.

Para atingir os objetivos acima mencionados, foi abordado o tema envelhecimento saudável em centro de dia – projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tendo como metodologia o planeamento em saúde. A metodologia do planeamento em saúde permitiu o desenvolvimento da maior parte das competências acima mencionadas, exceto a de vigilância epidemiológica que também foi desenvolvida em contexto de estágio, módulos I e II.

Como referido anteriormente, a temática central do estágio, módulos I e II, foi o envelhecimento saudável em centro de dia. O termo envelhecimento saudável pode ser definido como um processo contínuo no tempo, onde se verifica uma melhoria da habilidade funcional, bem como, uma otimização de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, por forma a potenciar a

qualidade de vida e independência (World Health Organization [WHO], 2020a). O centro de dia é caracterizado como uma resposta social da comunidade dirigida para pessoas idosas, onde o objetivo primordial é mantê-las no seu meio sociofamiliar (Costa et al., 2017).

O envelhecimento de uma população é uma das maiores conquistas coletivas da atualidade e reflete avanços no desenvolvimento das sociedades. Este fenómeno, influencia vários aspetos de uma sociedade, incluindo a saúde, os mercados de trabalho e financeiro, a educação, a proteção social, os transportes, informação e comunicação, estruturas familiares, prestação de bens e de serviços. O envelhecimento permite a reflexão, não apenas, sobre o que é em si o ato de envelhecer, mas toda a evolução do indivíduo que culmina no envelhecimento (WHO, 2020a).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS) (DGS, 2020) o envelhecimento é um determinante de saúde demográfico da população. Este irá espelhar-se num aumento da carga bruta de doença e morte, causadas por patologias associadas ao fator idade. Perante este facto, torna-se fundamental a criação de políticas de saúde que promovam o envelhecimento saudável. Face às necessidades identificadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) uma das grandes linhas de orientação estratégica é a promoção da saúde, enquadrando-se dentro desta, a promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade.

Portugal tem exibido um aumento exponencial da população idosa, apresentando-se, como um dos países que apresenta um índice de envelhecimento mais elevado do mundo. Tal facto obriga à redefinição das políticas vigentes face ao envelhecimento saudável. Desta forma deve existir a: “(. . .) definição de uma política de longevidade, que passe pela melhoria das respostas sociais de apoio ao envelhecimento, mas também por novas respostas e estratégias que reforcem a participação cívica e social” (Resolução do Conselho de Ministros nº 14/2024, 2024, p. 31) para que possam ser atendidas as necessidades identificadas.

A promoção do envelhecimento saudável apresenta-se no PNS como uma estratégia de intervenção dirigida aos determinantes de saúde. Face a este facto,

bem como ao que acima foi mencionado, torna-se evidente a necessidade de uma intervenção profunda junto da população idosa. Concomitantemente ao que é apresentado no PNS, a USP da região onde foram realizados os estágios identificou, no seu diagnóstico de situação de saúde, o envelhecimento, como um dos principais determinantes de saúde para a população da sua área de abrangência. Assim, o presente relatório reflete a resposta às necessidades identificadas e associadas ao processo de envelhecimento, de forma a promover um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos em centro de dia, que envolveu também toda a equipa assistencial.

No que diz respeito à estrutura o presente relatório, este encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o contexto de estágio clínico, no segundo é realizado o enquadramento teórico da temática, potenciou a consolidação dos conhecimentos sobre o envelhecimento e fundamentou teoricamente o terceiro capítulo, o enquadramento metodológico. No enquadramento metodológico tal como o nome indica é apresentado todo o enquadramento metodológico da temática em estudo tendo por base a metodologia de planeamento em saúde. No quarto capítulo são apresentadas outras atividades que foram desenvolvidas em contexto de estágio e por fim no quinto e último capítulo é realizada uma análise critico-reflexiva acerca do desenvolvimento de competências.

2. CONTEXTO DE ESTÁGIO CLÍNICO

No presente capítulo será apresentado o contexto de estágio clínico bem como a caracterização da população do concelho, mais concretamente, o seu enquadramento geográfico, os recursos da comunidade, a caracterização da Unidade Local de Saúde (ULS) e por fim a caracterização da USP e da UCC onde foi realizado o estágio clínico, módulo I e II.

2.1 Enquadramento geográfico

Portugal apresenta uma área total de 92.212 Km², e uma população residente de 10467.366 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023a). Geograficamente o local de estágio clínico, insere-se na área Metropolitana do Porto, que integra a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) III (PORDATA, 2013). Na sub-região da área Metropolitana do Porto, estão inseridos os concelhos de Arouca, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Oliveira de Azeméis, Paredes, Porto, Póvoa do Varzim, Santa Maria da Feira, Santo Tirso, São João da Madeira, Trofa, Vale de Cambra, Valongo, Vila do Conde e Vila Nova de Gaia, num total de 173 freguesias, com uma extensão total de 2.040 km², e uma densidade populacional de 869.1 habitantes por km² (INE, 2023b).

O local do estágio insere-se numa ULS da região norte. A ULS abrange na sua área de influência duas regiões de uma área metropolitana do norte de Portugal (Decreto-lei nº102/2023). Uma delas, apresenta uma população residente de 133.273 habitantes (INE, 2022a), tendo a outra uma população residente de 166.288 habitantes (PORDATA, 2022).

2.2. Caracterização da população do concelho

Na caracterização de uma população é importante ter em conta os determinantes de saúde. Conforme o apresentado pela DGS no PNS 2021-2030 estes são classificados em determinantes de saúde demográfico-sociais e económicos,

ambientais, comportamentais, biológicos e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (DGS, 2020).

No que refere aos determinantes biológicos, a população do concelho onde foi realizado o estágio clínico apresentava, no ano de 2022, uma população residente de 166.288 indivíduos, 79.025 do sexo masculino e 87.263 do sexo feminino, destes 20.867 encontravam-se na faixa etária dos 0-14 anos, 108.914 encontram-se entre os 15 e os 64 anos e por fim 36.508 indivíduos apresentam 65 ou mais anos. Verifica-se assim que 12.5% corresponde a população jovem, 63.2% a população em idade ativa e 23.8% a idosos. O índice de envelhecimento (número de população idosa por cada 100 jovens) era de 175%, e tem apresentado um crescimento na última década. No ano de 2011 era cerca de 98%, no entanto este índice no concelho é inferior ao observado na região norte e no continente (PORDATA, 2022). O índice de longevidade (quociente entre a população mais idosa -75 ou mais anos e a população idosa 65 ou mais anos) situava-se nos 44.2% (INE, 2022b). O índice de dependência de idosos, no ano de 2022, era de 34.1%, este índice tem vindo a aumentar nos dois últimos anos censitários, o que revela uma sobrecarga crescente da população idosa sobre a população ativa (INE, 2022b). A esperança média de vida no triénio de 2018-2020 era de 78.7 anos para os Homens e 84.1 anos para as mulheres (Neto et al., 2020), com uma taxa de mortalidade bruta, no ano de 2022, de 10.2%, que se revelou inferior à nacional com 11.9% (PORDATA, 2024a).

Relativamente aos determinantes de saúde demográfico-sociais e económicos, ao nível da educação ocorreu uma diminuição da taxa de analfabetismo na população do concelho, passando de 3.27 % no ano de 2011 para 2.72% no ano de 2021, evidenciando-se o aumento da alfabetização das mulheres, comparativamente ao dos homens (Pascoal et al., 2023). O nível de escolaridade da população, no ano de 2021, era maioritariamente o ensino básico com 52.8%, tendo 16.6% da população o ensino superior e 4.2% nenhum nível de escolaridade (PORDATA, 2024b). O setor terciário é a principal fonte de emprego com 77.2% da população, seguindo-se o secundário com 22.3%, e por fim 0.4% encontram-se empregados no setor primário (PORDATA, 2024c). A população pensionista por velhice aumentou entre 2011 e 2021, de 26.442

indivíduos para 32.213 indivíduos, facto que acompanha o crescente aumento do índice de envelhecimento neste concelho. Observa-se igualmente o aumento de indivíduos com 65 anos ou mais a residirem sozinhos (Pascoal et al., 2023).

No que concerne aos determinantes de saúde ambientais, no ano de 2020, cerca de 96 % dos alojamentos tinham sistemas públicos de abastecimento de água, sendo que 88% eram servidos por sistemas de drenagem de águas residuais e 63,1% da população residente tinha sistemas de aquecimento nos alojamentos (Pascoal et al., 2023). A qualidade do ar do concelho, é fortemente influenciada pela poluição gerada pelo tráfego automóvel, uma vez que esta região possui uma extensa rede rodoviária. Nos anos de 2017 e 2018 o índice de qualidade do ar foi tendencialmente bom (Unidade de Saúde Pública *****, 2017).

Quanto aos determinantes de saúde comportamentais nos indivíduos inscritos, constatou-se uma prevalência elevada dos diagnósticos de abuso de tabaco, abuso crónico de álcool e drogas, bem como, excesso de peso. Esta prevalência revela-se superior no sexo masculino face aos diagnósticos de abuso de álcool drogas e tabaco, no entanto, verificou-se o inverso relativamente ao excesso de peso, onde o sexo feminino apresenta uma prevalência superior. Do conjunto dos determinantes apresentados, destacam-se os diagnósticos de excesso de peso e abuso do tabaco, nos quais a percentagem de indivíduos com o diagnóstico ativo de 26,1% e 17,3%, respetivamente (Pascoal et al., 2023).

No triénio de 2017-2019 as principais causas de morte da população do concelho, foram os tumores malignos, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório. Os principais problemas de saúde identificados foram as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares e doenças isquémicas cardíacas; o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão; o tumor maligno da mama feminina; o tumor maligno do cólon; as alterações músculo-esqueléticas e por fim as perturbações depressivas. Os principais determinantes de saúde identificados corresponderam à literacia em saúde, ao consumo de tabaco, obesidade, acesso aos cuidados de saúde, inatividade física, alimentação e, ainda ao envelhecimento (Pascoal et al., 2023).

2.3. Caraterização dos recursos da comunidade e do concelho

No concelho existem diversos recursos e serviços disponíveis para a população. No que se refere à prestação de cuidados de saúde, tal como aludido anteriormente, o concelho integra uma ULS, um hospital privado, 34 farmácias, três esquadras da Polícia de Segurança Pública, bem como, dois postos territoriais da Guarda Nacional Republicana, cinco corporações de bombeiros, um serviço de proteção civil e ainda sete estabelecimentos da polícia municipal. Relativamente à educação, o concelho dispõe de uma rede de estabelecimentos de ensino público e também de ensino privado. Quanto à rede de ensino público, existe um total de 11 agrupamentos de escolas que englobam 78 estabelecimentos, que vão desde o ensino pré-escolar, primeiro ciclo do ensino básico, segundo ciclo do ensino básico, terceiro ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino profissional. Relativamente à rede de ensino privado e rede solidária ligada à educação, o concelho dispõe de 30 creches, 26 escolas de ensino pré-escolar, seis escolas do 1º. ciclo do ensino básico, três escolas do 2º ciclo do ensino básico, três escolas do 3º ciclo do ensino básico, duas escolas de ensino secundário, duas escolas de ensino profissional e uma escola de ensino artístico (C***** *****, 2023).

Atualmente no concelho, a resposta da comunidade para a população idosa, inclui 15 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI); 10 centros de dia; 21 unidades de serviço de apoio domiciliário; quatro centros de atividade e capacitação para a inclusão; dois centros de atendimento acompanhamento e reabilitação social para pessoas com deficiência e incapacidade; oito centros de convívio; três lares residenciais para portadores de deficiência; uma unidade de convalescença; uma unidade de média duração e reabilitação; uma unidade de longa duração e manutenção e três equipas de cuidados continuados integrados (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2023).

2.4. Caraterização da unidade local de saúde

Face ao crescente aumento das necessidades de saúde da população, bem como da constante promoção do bem-estar, ocorreu uma reorganização dos cuidados de saúde, implementada pelo Decreto-lei nº102/2023 que procedeu à criação de novas ULS. A criação das ULS apresenta como objetivo maior o aumento da eficiência na prestação de cuidados, assim como o aumento do acesso aos cuidados de saúde, fomentando uma perspetiva integrada dos cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, mantendo sempre o foco nos indivíduos. Neste diploma, a ULS é definida como um estabelecimento de saúde com competências para assegurar a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares, agregando várias unidades de saúde, nomeadamente os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), hospitais e centros hospitalares, em uma única unidade (Decreto-lei nº102/2023).

A ULS onde se realizou o estágio clínico surgiu da agregação de um Centro Hospitalar Universitário e dois ACeS (Decreto-lei nº12/2023). Os cuidados de saúde primários desta ULS integram as seguintes unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar, USP; UCC; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados e Centro de Diagnóstico Pneumológico (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP] & Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2025a).

2.4.1 Caraterização da unidade de saúde pública

A USP da ULS é constituída por dois polos, sendo que o polo da USP onde decorreu o estágio, tem como missão o estudo das tendências de saúde/doença, o desenvolvimento de planos no âmbito da saúde pública, promoção da vigilância epidemiológica, gestão de programas comunitários no âmbito da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde e o exercício de funções de autoridade de saúde. Promove e participa na investigação em saúde e na formação de diversos grupos profissionais. É constituída por seis médicos especialistas, dois médicos internos da especialidade em saúde pública, três

enfermeiras, dois secretários clínicos e sete técnicos superiores em saúde ambiental (BI- CSP & SNS, 2025b).

2.4.2 Caraterização da unidade de cuidados na comunidade

A UCC tem como missão a prestação de cuidados de saúde integrados no âmbito domiciliário e comunitário, com especial enfoque nos indivíduos, famílias e grupos vulneráveis, que apresentem uma situação de risco, dependência física e funcional ou doença, assegurando a continuidade de cuidados. Atua igualmente na promoção e educação para a saúde, tendo como objetivo major promover uma vida saudável e contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de influência. Tem como valores a cooperação, autonomia, trabalho em equipa, articulação com outras unidades funcionais e recursos da comunidade, visando a qualidade dos serviços prestados. Esta é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra 17 enfermeiros, quatro médicos, três técnicos superiores de serviço social e um secretário clínico (BI- CSP & SNS, 2025c).

A UCC abrange 55.634 indivíduos, apresentando maior representatividade os indivíduos do sexo feminino com 52.3% comparativamente aos indivíduos do sexo masculino com 47.7%. O índice de dependência total dos utentes abrangidos pela UCC é de 58.09%, sendo 17.29% de população jovem e 40.8% de população idosa (BI- CSP & SNS, 2025c).

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente verifica-se um aumento exponencial do envelhecimento populacional, este aumento, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) acarreta transformações sociais significativas e consequentemente implicações em todos os setores da sociedade (ONU, 2019). O envelhecimento é um processo contínuo e gradual do desenvolvimento normal do ser humano que envolve alterações neurobiológicas, funcionais e químicas (Santos et al., 2009).

Mundialmente a população com mais de 60 anos apresenta uma taxa de crescimento de 3% ao ano, taxa esta que se apresenta substancialmente superior, comparativamente com as taxas de crescimento de todos os grupos etários mais jovens. Prevê-se que o número de idosos, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100. Estima-se que no ano de 2050 possam existir 2,1 mil milhões de idosos e no ano de 2100 3,1 mil milhões (ONU, 2019). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a pessoa idosa, em países desenvolvidos, a que se situa no escalão etário dos 65 ou mais anos de idade (Corselli-Norblad & Strandell, 2020).

Em Portugal o crescimento da população idosa é uma realidade bem presente. Dados apresentados pelo INE, entre os anos de 2017 e 2022 referem que, a percentagem de população idosa em Portugal, aumentou de 21,8% para 24%. Por consequência, o índice de envelhecimento passou de 157,9 para 185,6 pessoas idosas por cada 100 jovens (INE, 2023c).

A DGS (2020) prevê que um dos grandes desafios que Portugal enfrentará até 2030 será a crise demográfica, resultante do envelhecimento populacional. Juntamente com o envelhecimento populacional surgem as transformações sociais profundas que apresentam grande impacto em diversos setores da sociedade, nomeadamente, na saúde, proteção social, no mercado laboral e financeiro. Tais transformações exigem respostas e adaptações por partes dos sistemas de suporte, nomeadamente, os sistemas de segurança social, saúde, justiça e educação.

O envelhecimento, de acordo com Lima et al. (2020), apresenta impacto tanto a nível físico como psicológico, fatores estes, que potenciam o desenvolvimento de novas patologias ou o agravamento das doenças crónicas pré-existentes. Desta forma, torna-se evidente a necessidade urgente da intervenção na população envelhecida e a promoção do envelhecimento saudável. Para o efeito, tem de haver uma tomada de consciência global da sociedade sobre o papel de cada ator neste processo comum, que é o envelhecimento.

Sabe-se que um estilo de vida saudável é mais influente na saúde dos indivíduos do que fatores genéticos. Desta forma o envelhecimento não deve ser encarado como o aumento do risco de doença e incapacidade física, mas antes assumido como uma oportunidade para a promoção da saúde ao longo da vida. Devem ser adotadas medidas que estimulem um envelhecimento ativo e saudável, implementando intervenções que aumentem tanto a capacitação dos indivíduos como a promoção de uma consciência social (Canhestro & Basto, 2016). Assim, nos subcapítulos seguintes serão abordadas as temáticas do envelhecimento saudável, a relação íntima do envelhecimento saudável com a qualidade de vida, as políticas de saúde em Portugal no que se refere ao envelhecimento e por fim, a caracterização e regulamentação do centro de dia.

3.1. Envelhecimento saudável

Para melhor compreender a importância do envelhecimento saudável, torna-se necessário a descrição do processo de envelhecimento numa abordagem holística, ou seja, de todas as suas dimensões, nomeadamente, a dimensão biológica, social e psicológica.

A nível biológico o envelhecimento é explicado como, um processo crescente de deterioração das funções orgânicas, nas quais o indivíduo apresenta diminuição da capacidade física e mental, assim como um aumento do risco de desenvolvimento de patologias num processo irreversível (WHO, 2022).

A nível psicológico este está profundamente relacionado com a forma como cada indivíduo se adapta e reage às novas mudanças inerentes ao processo de

envelhecimento, o que poderá tornar a pessoa idosa mais vulnerável (Carvalho & Duque, 2021).

A nível social o indivíduo idoso é definido segundo o contexto e cultura da população onde está inserido. É considerado como um membro de um grupo que apresenta entre si características semelhantes, distinguindo-se dos demais pela idade cronológica, verificando-se, com o envelhecimento, uma mudança de papéis na estrutura social (Carvalho & Duque, 2021).

O aumento da longevidade foi uma das maiores conquistas das sociedades modernas. Portugal, à semelhança de outros países da Europa, tem registado nas últimas décadas um aumento da longevidade. Face ao supramencionado, torna-se importante, a reflexão sobre os conceitos relacionados com um envelhecimento ativo e saudável (Costa et al., 2017).

O conceito de envelhecimento ativo, ao longo dos anos tem sofrido algumas alterações. Foi proposto pela primeira vez pela OMS no ano de 2002, sendo definido como um processo de melhoria das oportunidades de saúde, participação ativa no processo de envelhecimento e da própria segurança, com o objetivo fundamental de promover a qualidade de vida no envelhecimento natural dos indivíduos. A OMS apresentou igualmente o conceito de qualidade de vida, uma vez que, este está intimamente interligado com o conceito de envelhecimento ativo e estes apresentam-se fulcrais para a promoção da saúde na população idosa e determinantes para o equilíbrio social (WHO, 2002). Posteriormente, no ano de 2015, a OMS alterou o conceito de envelhecimento ativo para envelhecimento saudável, definindo-o como, “(...) o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa” (Costa et al., 2017, p.6).

Atualmente, o conceito mais consensual é o de envelhecimento saudável. A OMS define o envelhecimento saudável como o desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A habilidade funcional é determinada pela combinação de todas as capacidades físicas e mentais do indivíduo, pelo ambiente físico, social e político envolvente e também

pelas interações entre os indivíduos. O envelhecimento saudável abrange todo o ciclo de vida do indivíduo (WHO, 2020a).

A OMS, no ano de 2020, apresentou o plano para uma década de envelhecimento saudável 2021-2030, onde expõe linhas de ação para a promoção de um envelhecimento saudável, consubstanciadas na promoção de políticas públicas e alianças para o envelhecimento saudável; no apoio ao desenvolvimento de ambientes favoráveis e adaptados a todos os idosos; no alinhamento dos sistemas de saúde que atendam às necessidades específicas dos idosos; no desenvolvimento de sistemas sustentáveis equitativos de prestação de cuidados de longo prazo; na melhoria da pesquisa sobre o envelhecimento; e finalmente na monitorização da evolução do envelhecimento a nível mundial (WHO, 2020a).

Este plano foi criado para responder às metas de desenvolvimento sustentável. Centra-se nos indivíduos idosos e pretende reunir governos, a sociedade civil, agências internacionais, profissionais de saúde, e meios de comunicação social, onde o objetivo capital é a promoção da melhoria da vida dos idosos, das suas famílias e comunidades (WHO, 2020a).

O aumento da longevidade dos indivíduos depende fortemente do envelhecimento saudável, pois usufruem de um melhor estado geral de saúde e são mais participativos nas suas comunidades. Em contrapartida os indivíduos que não apresentem um envelhecimento saudável, tem uma maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde, apresentam maior risco de isolamento social e maior probabilidade de desenvolver dependência de cuidados de saúde (WHO, 2020a).

No processo de envelhecimento saudável a pessoa idosa contribui para a sociedade durante mais tempo, aproveitando as oportunidades para manter a sua saúde ao longo de todo o ciclo vital, num contexto de sistemas de saúde integrados na pessoa e não apenas na patologia. Integra aprendizagens contínuas, que fomentam a capacidade de tomada de decisão da pessoa idosa. No entanto, tal, exige a adoção de políticas de saúde e de segurança social

centradas no idoso prevenindo assim, possíveis situações de dependência. (WHO, 2020a).

O processo de envelhecimento saudável é influenciado por diversos fatores que englobam o indivíduo, a família e o ambiente. Nestes, incluem-se o género; a cultura; fatores genéticos, psicológicos e comportamentais; o ambiente social como a alfabetização, a rede de apoio social e a violência; o ambiente físico, como o local onde residem os idosos; as políticas e programas vigentes; a segurança do ambiente físico sentida; os sistemas de saúde e serviço social, concretamente, os serviços que integram políticas de cuidados promotoras da saúde; a natureza económica, que permite prever o impacto do estatuto socioeconómico no processo de envelhecimento, e por último, a qualidade de vida como determinante de um envelhecimento saudável (Azevedo, et al., 2022).

3.1.1 Envelhecimento saudável e qualidade de vida

Concomitantemente com o aumento da população idosa, aumenta igualmente a preocupação, a nível mundial, com as consequências que o envelhecimento apresenta ao nível da saúde e ao nível social. Tal facto, potencia a criação de uma perspetiva positiva face ao processo de envelhecimento, na qual os indivíduos idosos tornam-se os principais agentes na promoção da sua própria qualidade de vida através da manutenção da sua independência (WHO, 2020a).

Em Portugal, o notório aumento da esperança de vida não se faz acompanhar pelo aumento da qualidade de vida após os 65 anos. Torna-se assim fundamental identificar as causas e agir em conformidade preparando “(. . .) uma sociedade em constante mutação e progressiva evolução no seu envelhecimento” (Resolução do Conselho de Ministros nº 14/2024, p. 33).

Importa definir a qualidade de vida e compreender as suas dimensões. Esta pode ser entendida como a perceção do indivíduo sobre a sua vida no contexto onde habita e em relação às suas expectativas, objetivos e preocupações. Este é um conceito multidimensional que engloba aspetos ambientais, sociais, estruturais e relacionados com a saúde (Costa et al., 2017).

A qualidade de vida está associada a variados determinantes, nomeadamente, os apoios sociais, recursos económicos, o grau de dependência e o isolamento. Esta está intimamente relacionada com o envelhecimento saudável, é percecionada e apresenta estreita relação com o balanço entre os anos vividos e as capacidades que a pessoa idosa mantém e que lhe permitem ser independente na satisfação das suas necessidades (São José, 2019).

Os determinantes do envelhecimento saudável que mais potenciam a qualidade de vida são os bons recursos económicos, uma boa rede de suporte social e familiar e a adoção de comportamentos saudáveis (Azevedo, et al., 2022).

Importa ressaltar a importância dos aspetos comportamentais como fatores determinantes de um envelhecimento saudável. Nestes, incluem-se a atividade física, a alimentação saudável, o consumo de tabaco e álcool, a saúde oral, e a gestão do regime medicamentoso (Silva et al., 2020).

A qualidade de vida dos idosos está intimamente relacionada com a prática de atividade física uma vez que, a prática de atividade física para além de todos os seus benefícios vai atuar significativamente na diminuição da mortalidade por doença cardiovascular, diminuir a progressão da doença, melhorar a função física e consequentemente potenciar a qualidade de vida (Camargo & Añez, 2020).

A atividade física é considerada um importante determinante de saúde e de um envelhecimento saudável, uma vez que apresenta contributos significativos para um aumento da longevidade e redução da carga de doença. Esta é definida como, “Todo o movimento do corpo humano desencadeado pela contração voluntária de músculos esqueléticos e que resulta num aumento do dispêndio energético, acima do repouso” (Silva et al., 2020, p.13).

Em Portugal o relatório do perfil de saúde exhibe uma taxa de prevalência de inatividade física elevada apresentando-se entre as piores da união europeia (Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Dados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, demonstram que a prevalência da prática de atividade física pelo menos uma vez por semana da população residente em Portugal em 2015 e com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos, era de 34,2%, valor que em 2019 reduziu para 32,6%, face a este facto torna-se imperativo a implementação de intervenções que promovam a atividade física na população (DGS, 2020).

Existem diferentes contextos e oportunidades para a prática de atividade física. Esta pode adotar diversas formas, sendo umas mais informais e inseridas nas atividades de vida diárias e outras mais planeadas como é o caso do desporto. Uma vez que a prática de atividade física pode ser adaptada a qualquer contexto, torna-se fundamental a sua promoção junto dos idosos, adotando uma abordagem sistémica e holística (Silva et al., 2020).

A atividade física apresenta uma enorme influência quer ao nível individual, promovendo a saúde mental e física, quer ao nível global da comunidade e na forma como esta se organiza. Desta forma pode-se afirmar que a prática de atividade física irá contribuir para uma sociedade e planeta mais sustentável, promovendo assim um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas (Silva et al., 2020).

A estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 evidência a promoção da atividade física como uma importante intervenção na promoção de estilos de vida saudáveis, desta forma vai contribuir para um envelhecimento saudável (Costa et al., 2017).

Em 2020, a OMS apresentou um novo documento com recomendações para a atividade física e comportamento sedentário, neste expunha ainda um conjunto de seis princípios importantes sobre a prática de atividade física. O primeiro princípio refere a atividade física é boa para o coração, corpo e mente, uma vez que ajuda a prevenir e a controlar doenças crónicas, reduz sintomas de ansiedade e depressão, promovendo o bem-estar geral. O segundo refere que qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma. O terceiro refere que toda a atividade física conta, esta pode ser realizada como parte integrante das atividades diárias. O quarto princípio salienta o fortalecimento

muscular como atividade benéfica para todos, incluindo os idosos. O quinto princípio apresenta a aumento de comportamentos sedentários com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças. Por fim o sexto e último princípio refere que todos beneficiam com o aumento da atividade física e a redução do comportamento sedentário (Camargo & Añez, 2020).

No que diz respeito a prática de atividade física na população idosa a OMS alude que esta está intimamente relacionada com a diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, melhoria significativa da saúde mental, cognitiva e sono. Apresentando-se ainda benéfica na prevenção de quedas e lesões consequentes e prevenção do declínio da capacidade funcional (WHO, 2020b).

Os idosos devem realizar atividades físicas que promovam a coordenação, o equilíbrio e o fortalecimento muscular (WHO, 2020b). O recomendado é de pelo menos, “(. . .) 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou, pelo menos, 75-150 minutos por semana de intensidade vigorosa, ou combinação equivalente de ambas as intensidades ao longo da semana” (Silva et al., 2020, p.21). Recomenda-se igualmente a realização de atividades de fortalecimento muscular dos principais grupos musculares com intensidade moderadas, pelo menos duas vezes por semana. Aconselha-se ainda a limitação do tempo despendido com comportamentos sedentários substituindo-os com atividade física de qualquer tipo de intensidade (Silva et al., 2020).

No estudo realizado por Dumith et al. (2019), evidência que a prática de atividade física de intensidade moderada irá constituir-se como um protetor para o stress enquanto, a prática de atividade física vigorosa apresenta-se com um efeito protetor em algumas doenças crónicas nomeadamente, a diabetes, a obesidade e a hipertensão arterial.

O estudo transversal realizado por Barbosa & Sousa (2021), relaciona a prática de atividade física com a autopercepção da qualidade de vida de idosos, estes constataram que os idosos que praticam atividade física de forma regular

apresentam melhor autopercepção da qualidade de vida e um melhor desempenho funcional comparativamente aos que não praticam.

3.2. Políticas de saúde em Portugal

A necessidade de um envelhecimento saudável encontra-se prevista e explanada no PNS 2030 no objetivo estratégico da promoção da longevidade e o envelhecimento ativo e saudável. Portugal tem realizado esforços para o desenvolvimento de planos que vão de encontro à concretização do objetivo estratégico, acima mencionado, alinhando-se com a estratégia e plano de ação global para o envelhecimento saudável da OMS 2020 (DGS, 2020).

O desenvolvimento de políticas transversais e estratégias de atuação flexíveis próximas da pessoa idosa, torna-se um imperativo ético. No ano de 2017, foi publicado por Costa e colaboradores, a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, onde o principal objetivo é a promoção da saúde e bem-estar da pessoa idosa, através do aumento da capacidade funcional, da autonomia e consequentemente da qualidade de vida. Este documento, apresenta quatro eixos estratégicos, sendo eles, a saúde, a participação, a segurança e a medicação, monitorização e investigação. Cada um dos eixos estratégicos apresenta objetivos e áreas de atenção bem definidos (Costa et al., 2017).

Recentemente, foi apresentado pela presidência de conselho de ministros, o plano de ação do envelhecimento ativo e saudável 2023-2026, com o intuito principal de promover uma cidadania sénior dinâmica e dedicada. Este plano integra a necessidade de fomentar as oportunidades de aprendizagem ao longo do ciclo vital do indivíduo, promove a participação no mercado de trabalho e o aumento da produtividade, encontrando-se neste plano identificadas diversas medidas de promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida. Assenta em seis pilares de atuação fundamental, sendo eles, a saúde e bem-estar; a autonomia e vida independente; o desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida; a vida laboral saudável ao longo do ciclo de vida; os rendimentos e economia do envelhecimento, e a participação na sociedade. Os pilares

definidos constituem instrumentos fundamentais para a preparação do envelhecimento saudável da população em Portugal (Resolução do Conselho de Ministros nº 14/2024).

3.3. Centro de dia caracterização e regulamentação

Atualmente, na comunidade existem diversas respostas sociais dirigidas à pessoa idosa, sendo uma delas o centro de dia. O centro de dia é definido como uma:” (. . .) resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.” (Costa et al., 2017, p.48). Apresenta como objetivos proporcionar serviços que vão de encontro às necessidades dos utentes; contribuir para o retardamento das consequências do envelhecimento; promover um envelhecimento saudável; promover relações interpessoais e intergeracionais; privilegiar a permanência das pessoas idosa no seu seio familiar e promover a autonomia favorecendo assim a prevenção de situações de dependência (Costa et al., 2017).

Face às constantes mudanças sentidas atualmente ao nível da organização, função e composição do grupo familiar; respostas sociais lotadas e sem capacidade para dar resposta em tempo útil, os centros de dia pretendem ser uma reposta de proximidade que visam colmatar necessidades sentidas pela pessoa idosa bem como pelo seu agregado familiar e devem funcionar em articulação estreita com os serviços da comunidade. O centro de dia em termos de organização pode apresentar-se como uma estrutura autónoma com espaço próprio e funcionamento independente ou pode estar integrado numa estrutura polivalente (Instituto da Segurança Social, 2010).

O centro de dia assegura diversos serviços nomeadamente, prestação de cuidados de higiene, serviços de refeições, tratamento de roupas e fêrias organizadas. Podem ainda ser integrados, o serviço de refeições ao domicílio, acolhimento temporário e serviço de apoio domiciliário. Em termos de instalações este deve apresentar como áreas funcionais, a área administrativa e técnica, a área de refeição, área de higiene, área de tratamento de roupas. A

admissão do utente torna-se prioritária sempre que este se encontre em situação de risco. O centro de dia deve possuir um regulamento interno, onde constem as regras de funcionamento, direitos e deveres dos seus utilizadores bem como os direitos e deveres dos profissionais (Bonfim & Saraiva, 1996).

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Uma das competências específicas do EEECESCSP é a capacidade de proceder à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, por meio da utilização da metodologia do planeamento em saúde (Regulamento n.º 428/2018).

Face ao descrito anteriormente no presente capítulo será realizado o enquadramento metodológico da temática em estudo tendo por base o planeamento em saúde.

O planeamento em saúde é composto, de acordo Imperatori e Giraldes (1993), por oito etapas. Na primeira etapa é realizado um diagnóstico de situação, na segunda são definidas as prioridades, de seguida são traçados os objetivos, posteriormente selecionam-se as estratégias, elaboram-se os programas e projetos, prepara-se a execução dos mesmos, operacionalizam-se e, por fim, executa-se a avaliação. Este processo dinâmico permite que as intervenções realizadas, sejam adequadas às prioridades identificadas, para assim obter ganhos em saúde. O planeamento em saúde promove mudanças perspetivadas no futuro. Ao planejar em saúde é possível contribuir para a evolução desta área através da análise de políticas e objetivos de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

4.1. Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação é primeiro passo do planeamento em saúde, caracteriza-se pela identificação, relação e evolução prognóstica dos principais problemas de saúde identificados, cujo conhecimento se torna fulcral para o início da atuação em saúde. Esta primeira etapa influencia diretamente as etapas seguintes, assim, a concordância entre o diagnóstico da situação e as necessidades vai fundamentar a pertinência do programa, plano ou atividade. É fundamental a realização de um projeto rigoroso nesta fase que irá determinar a escolha das prioridades das etapas consecutivas (Imperatori & Giraldes, 1993).

4.1.1. População alvo

A população alvo, de acordo com a temática em estudo, é constituída pelos indivíduos que frequentam um centro de dia da região norte e que cumprem os seguintes critérios de inclusão, idade igual ou superior a 65 anos, frequentem o centro de dia, apresentem capacidade mental para compreensão das questões, apresentem o consentimento livre e informado, bem como, vontade e disponibilidade para participar. Participaram 26 idosos.

4.1.2. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada através da aplicação da versão portuguesa do EASY-Care Standard Portugal 2010 (Sousa et al., 2010).

O EASY-Care avalia de forma rápida diversas dimensões da qualidade de vida da pessoa idosa, nomeadamente, o bem-estar físico, mental e social, dimensões estas que apresentam um forte impacto na funcionalidade, saúde e bem-estar da pessoa idosa. Este avalia a perceção que a pessoa idosa tem sobre as dimensões acima mencionadas, identifica as necessidades de saúde, as limitações percecionadas bem como, a perceção que os idosos têm sobre o seu estado geral de saúde (Sousa et al., 2002).

O EASY-Care Standard Portugal 2010 numa primeira parte apresenta questões relacionadas com os dados sociodemográficos, numa segunda parte encontra-se organizado em oito domínios: (i) visão, audição e comunicação; (ii) cuidar de si (auto-cuidado); (iii) mobilidade; (iv) segurança; (v) local de residência e finanças; (vi) manter-se saudável; (vii) saúde mental e bem-estar e (viii) administração de medicação. Partindo das respostas dadas pelos idosos nos domínios apresentados anteriormente, o instrumento permite avaliar o grau de (in)dependência onde são ponderadas as necessidades de cuidados e de apoio nas atividades de vida diária, os valores obtidos podem variar entre 0 e 100, pontuações elevadas indicam um maior grau de dependência. O risco de falha na prestação de autocuidado onde são consideradas as questões que podem ser preditoras do aumento do risco de admissão hospitalar, as pontuações

variam entre zero e doze pontos, pontuações mais elevadas predizem um aumento do risco. Por fim o instrumento permite ainda avaliar o risco de quedas, onde são ponderadas as questões que predizem um aumento do risco de queda, três ou mais itens positivos indicam um risco de queda elevado (Sousa et al., 2010).

O instrumento foi transposto para Office 365 e foi aplicado como formulário, em que a enfermeira lia as questões e anotava as respostas dadas pelos idosos com objetivo de minimizar potenciais vieses. De ressaltar que no domínio (vi) manter-se saudável na questão (vi.i) pratica exercício regularmente, foi entendido como a prática de atividade física regular. A colheita de dados foi realizada num centro de dia da região norte de forma individual e em local confortável, inicialmente era realizada uma explicação do trabalho. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de aproximadamente 30 minutos.

4.1.3. Pré-Teste

A concretização do pré-teste é uma etapa fundamental e indispensável, que tem como objetivo a identificação de possíveis dificuldades de compreensão das questões do formulário, bem como validar a sua clareza (Fortin, 2009). O pré-teste foi realizado com 10 indivíduos que apresentavam características semelhantes à população alvo. Não foram identificadas dificuldades de compreensão das questões do instrumento.

4.1.4. Considerações éticas

A Ordem do Enfermeiros (2015), no código deontológico evidencia a obrigação dos enfermeiros em assegurar os direitos humanos em todo o momento e em todas as situações. Devem ser assegurados alguns princípios éticos, nomeadamente, o princípio da não maleficência, beneficência, fidelidade, justiça, confidencialidade e veracidade (Nunes, 2020).

Face ao descrito anteriormente, durante todo o processo de execução do presente trabalho foram integrados princípios éticos, primeiramente foram

realizados diversos pedidos de autorização, nomeadamente, à responsável pela versão portuguesa do EASY-Care Standard Portugal 2010, à diretora do centro de dia onde o instrumento foi aplicado. Durante a colheita de dados e a implementação das intervenções foram integrados os seguintes princípios éticos: autonomia, onde os idosos respondiam aos formulários de forma informada e voluntária, na implementação das intervenções os idosos podiam abandonar a qualquer momento se assim o desejassem. O princípio da não maleficência uma vez que estas não apresentavam qualquer tipo de danos para os idosos, podendo estes abandonar o projeto em qualquer momento caso assim o desejassem, o princípio da beneficência uma vez que os idosos estão a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, foi ainda cumprido o princípio da justiça uma vez que, foi assegurado que todos os idosos tiveram a mesma oportunidade em participar no projeto.

Relativamente ao tratamento e proteção de dados, foi cumprindo o estipulado no Decreto-Lei n.º 58/2019 - artigo 10.º de 8 de agosto, tendo sido assegurados o anonimado e a confidencialidade em todo o processo.

4.1.5. Apresentação dos dados obtidos

No presente subcapítulo, apresentam-se os dados obtidos pela aplicação EASY-Care Standard Portugal 2010. Dos 31 idosos que integravam o centro de dia, 26 respondiam a todos os critérios de inclusão, sendo a sua média de idades de 82,7 anos. Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos 26 idosos. Dos resultados obtidos, salienta-se uma maior percentagem de indivíduos do sexo feminino (85%), o estado civil predominante é viúvo (65%), a escolaridade predominante é de quatro ou menos anos (96%), de salientar também que nenhum dos idosos presta cuidados a outra pessoa (100%).

Tabela 1 *Caraterização sociodemográfica dos idosos*

Caraterização Sociodemográfica dos idosos		
	N	%
<u>Sexo</u>		
Feminino	22	85
Masculino	4	15
<u>Estado Civil</u>		
Viúvo(a)	17	65
Casados/ união de facto	7	27
Solteiro(a)	1	4
Divorciado(a)/ Separado(a)	1	4
<u>Área de Residência</u>		
Área rural	19	73
Área urbana	7	27
<u>Com quem vive</u>		
Sozinho/a	11	42
Família alargada	10	39
Cônjuge	5	19
<u>Escolaridade</u>		
Quatro ou menos anos	25	96
Entre cinco e doze anos	1	4
<u>Situação profissional</u>		
Reformados	20	77
Pensionistas	6	23
<u>Rendimento do agregado familiar</u>		
Rendimento auferido é apenas suficiente para cobrir as necessidades	23	88
Sobra algum dinheiro	3	12
<u>Cuidar de alguém</u>		
Não cuida de ninguém	26	100
<u>Prestação de cuidados</u>		
Não tem ninguém a prestar-lhe cuidados	20	77
Um familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados	6	23

Relativamente ao primeiro domínio, este apresenta questões relativas à capacidade dos idosos em ver, ouvir e comunicar. Na Tabela 2 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Salienta-se que a maioria dos idosos consegue ver (65%) e ouvir (73%) sem dificuldade. Todos os idosos não apresentam nenhuma dificuldade em fazer-se entender (100%).

Tabela 2 - Domínio um - Visão, audição e comunicação

Domínio um – Visão, audição e comunicação		
	N	%
<u>Consegue ver</u>		
Sem problemas de visão	17	65
Vê com dificuldade	9	35
<u>Consegue ouvir</u>		
Sem dificuldades de audição	19	73
Dificuldade de audição	7	27
<u>Dificuldades em fazer-se entender</u>		
Não ter dificuldades em se fazer entender	26	100
<u>Utilização do telefone</u>		
Consegue utilizar o telefone sem ajuda	22	85
Necessita de alguma ajuda	4	15

No que concerne ao segundo domínio, este remete para questões relacionadas com o autocuidado. Na Tabela 3 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Salienta-se que todos os idosos (100%) conseguem cuidar da sua aparência pessoal, lavar as mãos e a cara, alimentar-se, não apresentam dificuldades de mastigação, nem problemas com a boca.

Tabela 3 - Domínio dois - Cuidar de si (Autocuidado)

Domínio dois – Cuidar de si (Autocuidado)		
	N	%
<u>Aparência pessoal</u>		
Cuidam da sua aparência pessoal sem ajuda	26	100
<u>Vestir-se</u>		
Sem ajuda	21	81
Necessita de alguma ajuda	5	19
<u>Lavar as mãos e a cara</u>		
Sem ajuda	26	100
<u>Utilizar banheira ou duche</u>		
Sem ajuda	15	58
Com alguma ajuda	11	42
<u>Utilizar a sanita</u>		
Sem ajuda	21	81
Com alguma ajuda	5	19
<u>Alimentar-se</u>		
Sem ajuda	26	100
<u>Dificuldades de mastigação</u>		
Sem dificuldades	26	100

<u>Problemas com boca ou dentes</u> Não tem problemas	26	100
<u>Já teve algum problema com a pele</u> Não	24	92
Sim	2	8
<u>Tomar os medicamentos</u> Sem ajuda	19	73
Com alguma ajuda	7	27
<u>Incontinência urinária</u> Não tem	13	50
Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia)	13	50
<u>Incontinência fecal</u> Não tem	26	100
<u>Realização de tarefas domésticas</u> Com alguma ajuda	14	54
Não consegue	7	27
Sem ajuda	5	19
<u>Preparação de Refeições</u> Sem ajuda	10	38
Com alguma ajuda	8	31
Não consegue	8	31

Relativamente ao terceiro domínio, este remete para questões relacionadas com a mobilidade. Na Tabela 4 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Destes, salienta-se que a maioria dos idosos consegue deslocar-se dentro e fora de casa sem ajuda (92%), subir/descer escadas sem ajuda (62%), bem como a maioria não apresentou quedas nos últimos doze meses (58%).

Tabela 4 - Domínio três - Mobilidade

Domínio três – Mobilidade		
	N	%
<u>Deslocar-se da cama para a cadeira</u> Sem ajuda	25	96
Com alguma ajuda	1	4
<u>Deslocar-se dentro de casa</u> Sem ajuda	24	92
Com alguma ajuda	2	8
<u>Problemas com os pés</u> Sem problemas	26	100
<u>Subir/descer escadas</u> Sem ajuda	16	62
Com alguma ajuda	10	38

<u>Quedas nos últimos doze meses</u>		
Sem quedas	15	58
Uma queda	7	27
Duas ou mais quedas	4	15
<u>Deslocações ao exterior</u>		
Sem ajuda	21	81
Com alguma ajuda	5	19
<u>Ir às compras</u>		
Com alguma ajuda	14	53
Não consegue	9	35
Sem ajuda	3	12
<u>Deslocar-se a serviços públicos</u>		
Com alguma ajuda	23	88
Sem ajuda	3	12

Relativamente ao quarto domínio, este remete para questões relacionadas com a segurança sentida pelos idosos. Na Tabela 5 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Destes, salienta-se que todos os idosos (100%) se sentem seguros dentro e fora de casa, nunca se sentiram ameaçados e todos tem alguém a quem recorrer em caso de emergência.

Tabela 5 - Domínio quatro - Segurança

Domínio quatro – Segurança		
	N	%
<u>Sente-se seguro dentro e fora de casa</u>		
Sim	26	100
<u>Alguma vez sentiram ameaçados/ assediados ou discriminados</u>		
Não	26	100
<u>Tem alguém a quem recorrer em caso de emergência</u>		
Sim	26	100

No que concerne ao quinto domínio, este apresenta questões sobre a satisfação dos idosos com o seu local de residência e sobre as suas finanças. Na Tabela 6 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Salienta-se que todos os idosos (100%) estão satisfeitos com o seu local de residência, a maioria considera a sua habitação boa ou razoável (92%) e metade dos idosos gere o seu dinheiro autonomamente (50%).

Tabela 6 - Domínio cinco - Local de residência e finanças

Domínio cinco – Local de residência e finanças		
	N	%
<u>Satisfação com o local de residência</u>		
Sim	26	100
<u>Habitação</u>		
Boa	12	46
Razoável	12	46
Muito boa	1	4
Fraca	1	4
<u>Consegue gerir o seu dinheiro e os assuntos financeiros</u>		
Sim	13	50
Não	13	50
<u>Quer aconselhamento sobre subsídios ou benefícios</u>		
Não	26	100

Relativamente ao sexto domínio, este apresenta questões referentes ao estilo de vida adotado. Na Tabela 7 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Salienta-se o facto de nenhum idoso praticar atividade física regularmente (100%), nem beber bebidas alcoólicas (100%), a maioria não fuma (92%), bem como, avalia regularmente a sua tensão arterial (96%).

Tabela 7 - Domínio seis - Manter-se saudável

Domínio seis – Manter-se saudável		
	N	%
<u>Pratica atividade física regularmente</u>		
Não	26	100
<u>Fica com falta de ar durante as atividades normais</u>		
Não	20	77
Falta de ar quando sobe/desce escadas	5	19
Falta de ar à noite	1	4
<u>Consumo de tabaco</u>		
Não	24	92
Sim	2	8
<u>Consumo de bebidas alcoólicas</u>		
Não	26	100
<u>Avaliação da tensão arterial regularmente</u>		
Sim	25	96
Não	1	4
<u>Plano de vacinação atualizado</u>		
Sim	26	100

<u>Preocupação com o peso</u>		
Excesso de peso	25	96
Sem preocupação	1	4

Relativamente ao sétimo domínio, apresentam-se na Tabela 8 os resultados obtidos neste domínio. Destes, concluiu-se que 54% dos idosos fazem referência a sentimentos de solidão e que 62% faz referência a algum tipo de dor.

Tabela 8 - Domínio sete - Saúde mental e bem-estar

Domínio sete – Saúde mental e bem-estar

	N	%
<u>Consegue realizar atividades de lazer</u>		
Sim	14	54
Não	12	46
<u>Classificação da saúde</u>		
Razoável	20	77
Fraca	4	15
Boa	2	8
<u>Sente-se sozinho</u>		
Nunca	12	46
Por vezes	7	27
Raramente	5	19
Frequentemente	2	8
<u>Recentemente sofreu perda ou luto recente</u>		
Não	26	100
<u>Problemas em dormir no último mês</u>		
Não	14	54
Sim	12	46
<u>Dores corporais no último mês</u>		
Dor suave	12	46
Sem dor	10	38
Dor muito suave	3	12
Dor moderada	1	4
<u>Sentimentos de depressão ou desespero no último mês</u>		
Não	21	81
Sim	5	19
<u>Pouco interesse ou prazer em realizar atividades no último mês</u>		
Não	23	88
Sim	3	12
<u>Preocupação com perda/ falha de memória</u>		
Não	23	88
Sim	3	12

No que concerne ao oitavo e último domínio, este relaciona-se com a administração de medicação. Na Tabela 9 apresentam-se os resultados obtidos neste domínio. Constata-se que todos os idosos cumprem as recomendações médicas e consideram a terapêutica eficaz (100%), a maioria necessita de ajuda para obter os medicamentos (77%).

Tabela 9 - Domínio oito - Administração de medicação

Domínio oito – Administração de medicação		
	N	%
<u>Ajuda para obter os medicamentos</u>		
Sim	20	77
Não	6	23
<u>Cumprir as recomendações médicas</u>		
Sim	26	100
<u>Consegue remover os medicamentos das embalagens</u>		
Sim	24	92
Não	2	8
<u>Considera a terapêutica eficaz</u>		
Sim	26	100

A média do grau de (in)dependência dos idosos é de 19,3 pontos, de salientar que os valores obtidos podem variar entre 0 e 100, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior grau de dependência. Dois idosos obtiveram o valor de zero em todas as questões, podendo-se afirmar que são totalmente independentes. O valor máximo de 100 pontos não foi atingido, sendo que o valor máximo atingido foi de 53 pontos. Verifica-se que nas questões relacionadas com o utilizar o telefone; manter aspeto cuidado; utilizar a banheira ou duche; vestir; alimentar-se; acidentes com os intestinos; usar a sanita; deslocar-se da cama para a cadeira, deslocar-se dentro de casa bem como no exterior, subir e descer escadas, tomar a medicação, mais de 50% dos idosos refere não ter problemas. Contrastando com a atividade de deslocar-se a serviços públicos e ir às compras em que 88% dos idosos refere dependência. No que concerne às atividades, tais como, a realização de tarefas domésticas, 81% refere dependência e a preparação de refeições, 61% refere dependência.

Relativamente ao grau de risco de falha do cuidado, verifica-se que a média é de 3,2 pontos, de salientar que pontuações mais elevadas predizem um aumento

do risco, estas, podem variar entre zero e doze pontos. O valor zero foi atingido por um idoso, o score máximo atingido foi de 7, valor considerável para o risco de falha no cuidado. As questões onde existe um maior risco de falha de cuidado são: 92% dos idosos considera a saúde razoável ou fraca, segue-se 68% que refere a presença de dores, variando estas entre suaves, muito suaves e moderadas. Os fatores apresentados são preditivos para o risco de falha de cuidado. Metade dos idosos refere a presença de acidentes com a bexiga. As questões que menos contribuíram para aumentar risco de falha de cuidado foram, o alimentar-se, uma vez que, 100% dos idosos são autônomos e a preocupação com a perda de peso, em que nenhum idoso refere ter. Quanto à preocupação com a perda de memória, 77% dos idosos refere não ter preocupação e em relação à preocupação com o pouco interesse e prazer em fazer as coisas, 88% refere também não ter essa preocupação.

Relativamente ao grau de risco de quedas, a média foi de 0.96 pontos, o que indica que os idosos apresentam um baixo risco de queda. É considerado ausência de risco de queda quando atingido o valor de zero, este foi atingido por 42% dos idosos. O score máximo que foi atingido foi quatro. Um idoso atingiu o valor de quatro e um idoso atingiu o valor de três, assim, 8% dos idosos apresentam elevado risco de queda. Importa destacar que os fatores mais preditores para o aumento do risco de queda foram: a dificuldade em ver, referida por 35% dos idosos e a ocorrência de uma ou mais quedas nos últimos doze meses, que se verificou em 42% dos idosos. Os fatores menos preditores para o aumento do risco de queda foram a segurança sentida pelos idosos dentro e fora de casa, uma vez que 100% referem sentirem-se seguros, a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas que foi negada por 100% dos idosos, as deslocações da cama para a cadeira onde 96% dos idosos referem realizar esta tarefa sem ajuda e as deslocações dentro e fora de casa, onde, 92% e 81% respetivamente, referem realizar sem ajuda.

4.1.6. Apresentação dos problemas identificados

Face aos resultados apresentados anteriormente, procede-se à identificação dos problemas presentes em cada domínio, estes serão apresentados por ordem decrescente na Tabela 10. Analisando esta tabela, salienta-se que o único domínio onde não foi identificado nenhum problema foi o quarto domínio, segurança. Ressalva-se, o domínio seis, onde 100% dos idosos não pratica atividade física regularmente, bem como o domínio sete, onde a maioria refere sentir sentimentos de solidão e algum tipo de dor.

Tabela 10 - Apresentação dos problemas

Apresentação dos problemas	
Domínios	%
<u>Domínio 1 - Visão audição e comunicação</u>	
• Vê com dificuldade	35
• Dificuldade de audição	27
• Necessita de alguma ajuda para utilizar o telefone	15
<u>Domínio 2 - Cuidar de si (autocuidado)</u>	
• Acidentes ocasionais com a bexiga	50
• Precisa de alguma ajuda para utilizar a banheira /duche	42
• Não consegue preparar uma refeição	31
• Precisa de ajuda para tomar a medicação	27
• Não consegue realizar tarefas domésticas	27
• Utiliza a sanita com ajuda	19
• Precisa de alguma ajuda para vestir-se	19
<u>Domínio 3 – Mobilidade</u>	
• Necessita de ajuda para se descolar a serviços públicos	88
• Apresentou 1 ou mais quedas no último ano	42
• Precisa de ajuda para subir e descer escadas	38
• Não consegue ir as compras sozinho	35
• Precisa de ajuda para se descolar ao exterior	19
• Desloca-se dentro de casa com alguma ajuda	8
• Não consegue ir sozinho da cama para a cadeira	4
<u>Domínio 5 - Local de residência e finanças</u>	
• Não gere o seu dinheiro	50
• Considera a habitação fraca	4
<u>Domínio 6 - Manter-se saudável</u>	
• Não pratica atividade física	100
• Apresenta-se preocupado com o excesso de peso	96
• Refere falta de ar aquando da realização das atividades normais	23
• Fuma	8
• Não verifica regularmente a sua tensão arterial	4

<u>Domínio 7 - Saúde mental e bem-estar</u>	
• Referem algum tipo de dor	62
• Referem sentirem-se sós	54
• Não conseguem realizar atividades de lazer	46
• Referem problemas em dormir	46
• Refere sentir-se incomodado por estar deprimido/desesperado	19
• Classifica a sua saúde como fraca	15
• Apresenta pouco interesse ou prazer em realizar qualquer atividade	12
• Refere preocupação com as falhas/perdas de memória	12
<u>Domínio 8 - Administração de medicação</u>	
• Necessita de ajuda para obter os medicamentos	77
• Não consegue retirar os medicamentos das embalagens	8

4.2. Determinação de prioridades

Após a identificação dos problemas, procede-se à determinação das prioridades. Esta foi realizada através do método de Hanlon. Este método é caracterizado como uma ferramenta que permite categorizar as necessidades em saúde identificadas mediante quatro componentes, através da fórmula “Prioridade = (A+B) C x D”. A letra “A” refere-se à magnitude do problema, a letra “B” à severidade, a letra “C” à eficácia da resposta e a letra “D” refere-se à pertinência, exequibilidade económica, aceitação, recursos e legalidade (PEARL) (Tavares, 1990).

A aplicação do método foi realizada por um grupo de peritos, constituído pela mestranda, pela enfermeira coordenadora da UCC e por uma enfermeira especialista em saúde comunitária e aplicado a todos os domínios. Obtendo-se como problemas prioritários os domínios “Manter-se Saudável”; “Mobilidade” e “Saúde Mental e Bem-Estar”.

4.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é uma das etapas integrantes do processo de planeamento em saúde, esta procede a determinação das prioridades e deve ir ao encontro ao diagnóstico realizado previamente (Melo, 2020).

É através da fixação de objetivos que é delineada a orientação das estratégias de intervenção. Esta vai permitir organizar as intervenções de forma eficaz, bem

como a alocação de recursos, tendo sempre como fim a obtenção de ganhos em saúde (Melo, 2020).

Imperatori e Giraldes (1993) aludem que é através de uma correta identificação de objetivos que permitirá posteriormente proceder a uma avaliação dos resultados obtidos.

Tavares (1990), define um objetivo como o estado final que se pretende atingir para a população alvo, seja ele saúde, alteração de comportamento, entre outros. Os objetivos devem ser concretos, passíveis de serem atingidos, devem igualmente fornecer normas e critérios às atividades consequentes, quer ao nível da gestão de projetos bem como ao nível do planeamento.

Na formulação de objetivos Tavares (1990), indica que estes devem ser mensuráveis, precisos, pertinentes e exequíveis, para que posteriormente possam ser avaliados.

Após a determinação do objetivo geral o autor apresenta a necessidade de definir objetivos específicos, referindo que estes detalham aspetos da situação que se pretende atingir no objetivo geral e que contribuem para que este seja atingido. Apresenta ainda a necessidade de definir as metas. As metas apresentam-se “como uma consequência dos objetivos anteriormente definidos” (Tavares, 1990, p. 113) e traduzem-se nos resultados desejados.

Imperatori & Giraldes (1993), referem que na etapa de fixação de objetivos é importante considerar a seleção de indicadores, a determinação de tendências dos problemas identificados como prioritários, a fixação dos objetivos e por fim a fixação das metas a atingir tendo por base os objetivos definidos.

Os mesmos autores apresentam a seleção de indicadores como uma fase fundamental para a concretização da fixação de objetivos. Um indicador pode ser definido como a relação entre uma situação e a população em risco dessa determinada situação. Assim, classificam dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacto, que medem a mudança verificada num determinado problema de saúde, medindo assim o impacto que o projeto

teve nos problemas identificados na população (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990);

- Indicadores de atividade ou execução, que medem o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante o projeto com vista a atingir os indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Assim, pode afirmar-se que os indicadores de resultado permitem quantificar os problemas de acordo com os objetivos específicos definidos, contrariamente aos indicadores de atividade que permitem quantificar as atividades, de acordo com as metas estipuladas, contribuindo desta forma para que os objetivos sejam alcançados (Tavares, 1990).

Tendo em conta as necessidades de saúde identificadas e face às características da população definiu-se, em primeiro lugar, o objetivo geral. Seguidamente definiram-se os objetivos específicos, as metas e os respetivos indicadores de resultado. Por fim procedeu-se à definição do indicador de atividade. Desta forma, definiu-se um objetivo geral e vários objetivos específicos referentes a cada domínio identificado como prioritário, bem como as respetivas metas. Foram escolhidos indicadores de atividade e indicadores de resultados, para avaliar e quantificar a consecução dos objetivos. Apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 - Objetivo Geral, Objetivo Específico, Metas e Indicadores de Resultados e de Atividade

Objetivo Geral: Promover o envelhecimento saudável dos idosos de um centro de dia da região Norte.

Objetivos Específicos	Metas	Indicadores de Resultado
<u>Domínio da Mobilidade</u> - Melhorar a % de idosos que sobe e desce escadas sem ajuda.	1 -Aumentar de 62% para 70% os idosos que sobem e descem escadas sem ajuda até janeiro de 2025.	% de idosos que sobe e desce escadas sem ajuda = (Nº de idosos que sobe e desce escadas sem ajuda/ Nº de idosos avaliados) x 100
<u>Domínio manter-se saudável</u> - Melhorar a % de idosos que pratica atividade física regularmente.	2 -Aumentar de 0% para 10% os idosos praticam atividade física regularmente até janeiro de 2025.	% de idosos que pratica atividade física regularmente = (Nº de idosos que pratica atividade física / Nº de idosos avaliados) x 100

<u>Domínio manter-se saudável</u> -Melhorar % de idosos que não referem preocupação com o excesso de peso.	3 -Aumentar de 4% para 10% os idosos que não referem preocupação com o excesso de peso até janeiro de 2025.	% de idosos que não refere preocupação com o excesso de peso = (Nº de idosos que não refere preocupação com o excesso de peso / Nº de idosos avaliados) x 100
<u>Domínio saúde mental e bem-estar</u> -Melhorar a % de idosos que refere conseguir realizar atividades de lazer.	4- Aumentar de 54% para 59% os idosos que referem conseguir realizar atividades de lazer até janeiro de 2025.	% de idosos que refere conseguir realizar atividades de lazer = (Nº de idosos que refere conseguir realizar atividades de lazer/ Nº de idosos avaliados) x100
<u>Domínio saúde mental e bem-estar</u> - Melhorar a % de idosos que classifica a sua saúde como boa.	5 -Aumentar de 8% para 12% os idosos que classificam a sua saúde como boa até janeiro de 2025.	% de idosos que classifica a sua saúde como boa = (Nº de idosos que classifica a sua saúde como boa / Nº de idosos avaliados) x100
<u>Domínio saúde mental e bem-estar</u> - Melhorar a % de idosos que não referem solidão.	6 -Aumentar de 46% para 50% os idosos que não referem solidão até janeiro de 2025.	% de idosos que não referem solidão = (Nº de idosos que não referem solidão / Nº de idosos avaliados) x100
<u>Domínio saúde mental e bem-estar</u> - Melhorar a % de idosos que refere não ter problemas em dormir.	7 -Aumentar de 54% para 58% os idosos que referem não ter problemas em dormir até janeiro de 2025.	% de idosos que não referem solidão = (Nº de idosos que não referem solidão / Nº de idosos avaliados) x100
<u>Domínio saúde mental e bem-estar</u> - Melhorar a % de idosos que refere não ter dores corporais.	8 -Aumentar de 38% para 42% os idosos que referem não ter dores corporais até janeiro de 2025.	% de idosos que refere não ter dores corporais = Nº de idosos que refere não ter dores corporais/ Nº de idosos avaliados) x100

Indicador de Atividade: taxa de execução de atividades, através da % de atividades executadas =

$$(N^{\circ} \text{ de atividades executadas} / N^{\circ} \text{ de atividades planeadas}) \times 100$$

A meta estabelecida é a realização de pelo menos 90% das atividades planeadas até janeiro de 2025.

4.4. Seleção de estratégias

A etapa seleção das estratégias é uma das etapas fundamentais no planeamento em saúde. Esta pode ser definida como conjunto criativo, inovador, organizado, específico e coerente de técnicas que visam alcançar os objetivos fixados. O seu grande objetivo é gerar o meio mais eficaz para a redução dos problemas de

saúde identificados como prioritários anteriormente (Imperator & Giraldes, 1993).

Nesta etapa o EEECESCSP apresenta enorme relevo pois decide qual o melhor trilho a adotar para atingir os objetivos estabelecidos, tendo sempre em conta as orientações estratégias das políticas de saúde vigentes (Regulamento n.º 428/2018; Tavares, 1990).

A forma como são delineadas e planeadas as estratégias é um ponto chave para o sucesso do alcance das metas definidas e o almejar dos indicadores de resultado (Melo, 2020). Aquando da seleção das estratégias de intervenção estas devem ser escolhidas tendo conta algumas características nomeadamente, serem coerentes, articuladas e exequíveis. Devem igualmente ser considerado o custo da intervenção, os possíveis obstáculos à sua aplicação, a pertinência, os custos, o tempo, as vantagens, os recursos humanos necessários, os recursos logísticos e por fim devem ser considerados aspetos inerentes à própria comunidade (Melo, 2020; Tavares, 1990).

Para a concretização desta etapa recorreu-se à análise da roda de intervenção em Saúde Pública (Minnesota Department of Health [MDH], 2019). A roda de intervenção é uma ferramenta que orienta a prática dos enfermeiros na área de saúde pública, esta está dividida por domínios e em cada domínio são apresentadas diversas estratégias. Tendo por base a análise da roda de intervenção, os recursos disponíveis, as características da população, os objetivos estabelecidos e respetivos indicadores, selecionaram-se como estratégias de intervenção a Educação para a Saúde (EpS) e a colaboração.

A EpS é definida pela WHO (2012) como a fusão de experiências de aprendizagem, apresenta como objetivo apoiar as comunidades e os indivíduos a melhorarem a sua saúde, através da mudança de comportamentos e do aumento dos conhecimentos. Apresenta-se como um processo de capacitação por intermédio de técnicas motivacionais, educacionais, de consciencialização que promovem o desenvolvimento de competências. Tornando-se assim, fundamental para a melhoria dos resultados de saúde quer a nível individual quer a nível comunitário.

O paradigma da estratégia de intervenção EpS sofreu alterações ao longo dos anos, na primeira geração esta apresentava-se numa perspetiva informativa baseada apenas na aquisição de conhecimento, a segunda geração baseava-se na aquisição de habilidade, a terceira geração da EpS já incluía as teorias comportamentais (Hayes et al., 2019).

Atualmente estamos perante a quarta geração da educação para a saúde, esta apresenta-se numa perspetiva ativa onde é usado um conjunto de teorias aliadas ao uso de tecnologia como fator facilitador para a mudança de comportamentos de saúde. Esta perspetiva inclui três grandes construtos, o diálogo participativo, a promoção da motivação para alterar o comportamento e por fim a mudança do ambiente físico que irá potenciar a alteração do comportamento. Assim a EpS tem um grande papel na discussão em grupo, empoderamento de comunidades e na promoção da mudança de comportamentos (Hayes et al., 2019).

O MDH (2019) refere que a estratégia EpS se centra na partilha de experiências e de informação por intermédio de atividades educativas com o objetivo de influenciar atitudes, comportamentos, conhecimentos e habilidades em saúde dos indivíduos, famílias, comunidades ou sistemas.

A OMS (2012) defende que o planeamento de uma EpS deve ter em atenção seis etapas fundamentais, sendo elas, a avaliação das necessidades da população, a compreensão e o envolvimento da população, a definição de objetivos, o planeamento da intervenção educativa, a sua implementação e por fim a sua avaliação. Apresenta ainda princípios da EpS, pois estes são fundamentais para assegurar a sustentabilidade das intervenções bem como, a sua eficácia. Estes princípios englobam a participação ativa, que se concretiza através do envolvimento dos indivíduos e comunidades no processo de aprendizagem; a equidade, certificando o acesso de todos à EpS; o empoderamento e por fim a sustentabilidade com o desenvolvimento de programas que promovam mudanças de comportamentos em saúde e que apresentem impacto na comunidade (WHO, 2012).

Os principais objetivos da EpS centram-se na promoção da literacia em saúde, na capacitação, na promoção da saúde comunitária, participação comunitária na

criação de ambientes saudáveis (WHO, 2012). O MDH reforça os ideais apresentados pela OMS em 2012, referindo que o objetivo da EpS é capacitar os indivíduos e comunidades a tomarem o controlo das suas vidas e do ambiente, com enfoque nas suas próprias perceções e experiências (MDH, 2019).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, faz referência à educação dos clientes e dos seus pares. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica especializada na mais recente evidência científica, tornando-se responsável por ser um condutor de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019).

A EpS é vista como um meio para a tomada de decisão e consequentemente mudança de comportamento, desta forma o EEECESCSP apresenta um papel preponderante no desenvolvimento de intervenções que fomentem a capacitação dos indivíduos para que este realize escolhas informadas acerca dos comportamentos que promovam saúde, contribuindo assim para uma melhoria da saúde individual e comunitária (Regulamento n.º 428/2018).

Na área da saúde a utilização de uma metodologia mais ativa com o uso estratégias inovadoras vai promover a motivação dos indivíduos que participem, facilitar a aprendizagem, o envolvimento, e consequentemente a mudança de comportamentos (Gauthier et al., 2019; Ono et al., 2022). Neste sentido decidiu-se recorrer a metodologia ativa nas sessões de Eps incorporando a técnica do jogo em cada uma das sessões desenvolvidas.

O jogo é uma abordagem lúdica eficaz, na medida em que se apresenta como uma ferramenta facilitadora do processo de aprendizagem. Segundo Silva e Bianco (2020), o uso de técnicas alternativas como o jogo, possibilita o envolvimento do individuo, promove a aquisição de habilidades e estimula a criatividade. O uso do jogo enquanto técnica no presente trabalho permite que os idosos tenham um papel ativo no desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Outra estratégia essencial e amplamente utilizada em programas de intervenção comunitária é a colaboração. Uma colaboração envolve um alto nível de compromisso bem como, a troca de informações atividades e recursos. Pretende aumentar a capacidade de promover e proteger a saúde para benefício mútuo e um objetivo comum (MDH, 2019).

A criação de colaborações vai fortalecer as relações e criar cooperação entre os indivíduos, esta implica o desenvolvimento de um compromisso de partilha onde existem metas comuns a atingir e onde, são usados diversos processos de tomada de decisão (Melo, 2020). Pode afirmar-se que a colaboração visa influenciar a mudança de comportamentos.

Nas colaborações é desenvolvido um sentido de responsabilidade e de identidade comum, num processo interativo que promove o uso de diferentes sinergias para atingir os objetivos comuns. Existe ainda a interação, a comunicação, a liderança e o desenvolvimento de confiança mútua para que a parceria se desenvolva de forma positiva e crie ganhos em saúde para a comunidade (Melo, 2020).

As colaborações comunitárias potenciam recursos, partilham informação, potenciam os resultados desejados e contribuem para a promoção de uma mudança efetiva e duradoura na comunidade (Vargas-Moniz & Morgado, 2010).

O MDH (2019) apresenta algumas etapas que devem ser cumpridas aquando do estabelecimento de colaborações. Numa primeira fase determina-se a necessidade da colaboração, nesta fase reflete-se acerca dos objetivos e de que forma a parceria contribuirá para atingir as metas definidas bem como são considerados os custos e benefícios da parceria. Numa segunda fase, devem ser avaliados os potenciais parceiros, onde são avaliados recursos habilidades e conhecimentos. Seguidamente estabelece-se a parceria numa abordagem prática e concreta com a contribuição de cada parceiro. Posteriormente a parceria é formalizada e mantida e sustentada. Por último e após implementada a estratégia é realizada uma reunião com o parceiro e verifica-se a necessidade de manter a parceria ou por outro lado suspender a parceria (MDH, 2019).

Desta forma, as atividades que serão implementadas em cada uma das estratégias previamente selecionadas, foram planeadas de forma a atingir os objetivos e respetivas metas, e consequentemente promover o envelhecimento saudável dos idosos em centro de dia (Tabela 12).

Tabela 12 – Metas e Estratégias

Metas	Estratégias
1,2,3,4,5,6,7,8	Educação para a saúde
1,2,3,4,5,6,7,8	Colaboração

A identificação e definição dos possíveis obstáculos devem ser considerados aquando da realização de um projeto, esta identificação vai permitir uma antecipação tanto do problema como da respetiva resolução. Imperatori & Giraldes (1993), referem que devem ser examinados possíveis obstáculos à concretização do projeto e consequentemente da mesma forma, devem ser equacionadas as medidas necessárias para minimizá-los. Os obstáculos podem ser relativos a recursos de ordem legal, financeira, a nível organizacional, relacionados com os recursos humanos, extrínsecos ou intrínsecos aos profissionais envolvidos e podem ser de ordem quantitativa ou qualitativa (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

4.5 Elaboração de programas e projetos

Uma das unidades de competências do EEECESCSP é o estabelecimento de “(...) programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Regulamento n.º 428/2018, p. 19355). Para concretizar esta unidade de competência o enfermeiro deve criar, planear e implementar intervenções que deem resposta aos problemas de saúde pública identificados, tendo em consideração os programas de saúde vigentes bem como, as orientações estratégicas (Regulamento n.º 428/2018).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), após a realização da etapa de seleção das estratégias, a etapa seguinte é a elaboração de programas e projetos. O programa pode ser definido como um conjunto de diversas atividades que são

necessárias para a concretização de uma determinada estratégia, este pode ser estruturado para dar resposta a vários problemas de saúde identificados. Um projeto pode ser definido como uma “atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico (...)” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129).

A característica principal que distingue os programas dos projetos é a janela temporal, “enquanto o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129).

Face ao exposto anteriormente, tendo em conta que o tempo é limitado e por forma a atingir os objetivos através das estratégias delineadas, foi desenvolvido um projeto direcionado a idosos em centro de dia denominado “MOVIMENTidade”. Este projeto pretende dar resposta às necessidades identificadas nos domínios prioritários nomeadamente, mobilidade, manter-se saudável e saúde e bem-estar e assim, promover o envelhecimento saudável dos idosos em centro de dia. O nome definido tem como finalidade transmitir ao público-alvo, os idosos, a importância do movimento para o envelhecimento saudável. O presente projeto tem como base o plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 nomeadamente o pilar I Saúde e bem-estar, a estratégia nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 e o plano para uma década de Envelhecimento Saudável 2021-2030 da OMS. Simultaneamente vai de encontro aos determinantes de saúde referidos no PNS 2030.

De forma a dar destaque ao projeto foi desenvolvido um logótipo. Com a sua criação pretende-se que o projeto seja identificado facilmente, a sensibilização do público-alvo, bem como fornecer uma noção geral do conteúdo.

Através da plataforma *Canva* foi criado o logótipo apresentado na Figura 1. Este representa de forma concisa os objetivos do projeto. Por meio da composição textual e gráfica pretende-se transmitir equilíbrio e harmonia. Exibe ainda o nome do projeto “MOVIMENTidade” como ideia principal e concomitantemente como

objetivo a alcançar. O logótipo apresentado repercute a valorização da pessoa idosa.



Figura 1 - Logótipo do projeto "MOVIMENTidade"

4.6 Preparação da execução

Após a etapa de elaboração de programas e projetos segue-se a etapa da preparação da execução. Esta é uma das etapas do planeamento em saúde que apresenta uma maior relação com todas as fases que lhe antecedem e procedem. A preparação de execução pretende ser um facilitador no processo de realização das atividades. Apresenta como finalidade demonstrar as relações entre as diversas atividades implementadas, a identificação rápida de possíveis entraves na fase de execução, a previsão de recursos e por fim mitigar a acumulação de tarefas. Nesta etapa, devem ser apresentadas de forma minuciosa todas as atividades que integram o projeto, sendo estas desenvolvidas com a finalidade de dar resposta aos objetivos definidos anteriormente (Imperator & Giraldes, 1993). Para o projeto “MOVIMENTidade” definiu-se o desenvolvimento de quatro atividades. Estas são apresentadas na Tabela 13, e integram as estratégias seleccionadas, a EpS e a colaboração. As atividades foram realizadas entre os meses de dezembro de 2024 e janeiro de 2025.

Tabela 13 – Atividades do Projeto

Atividades do Projeto	
1	“Corpo ativo sono tranquilo”
2	“Movimento e Conexão”
3	“Movimento sem dor”
4	“Equilíbrio em movimento”

Na primeira atividade “Corpo ativo sono tranquilo”, foi utilizada a estratégia de EpS para a sua implementação. Por forma a delinear a atividade, foi realizado o plano de sessão da mesma. Na Tabela 14 apresenta-se de forma sucinta o plano da atividade.

Durante a exposição dos conteúdos com recurso a uma apresentação *PowerPoint* foram realizados dois jogos, nomeadamente, o jogo “Atira a bola e acerta” e o jogo “Caminhada estática”. Ambos pretendem ser um momento de interação entre os idosos e demonstrar que a atividade física pode ser realizada de diversas formas em qualquer hora e lugar, caracterizando-se assim os jogos como estratégias para aumentar a prática de atividade física. No final da sessão foi novamente realizado o mesmo *quiz*, implementado na parte inicial da sessão, com o intuito de verificar se existiram diferenças nos conhecimentos adquiridos pelos idosos.

Tabela 14 - Síntese da atividade “Corpo ativo sono tranquilo”

Atividade “Corpo ativo sono tranquilo”			
Data	04/12/2024	Local	Centro de dia da região Norte de Portugal
Hora	10h	Duração	1 hora
Dinamizador	Aluna de mestrado		
População alvo	Idosos de um centro de dia da região Norte de Portugal		
Objetivos	Aumentar a % de idosos do centro de dia que pratica atividade física regularmente; Aumentar a % de idosos do centro de dia que não referem preocupação com o excesso de peso; Aumentar a % de idosos do centro de dia que classifica a sua saúde como boa; Aumentar a % de idosos do centro de dia que refere não ter problemas em dormir.		
Conteúdos	Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação Apresentação do projeto “MOVIMENTidade” Avaliação de conhecimentos prévios Apresentação e discussão dos conteúdos da sessão Síntese e avaliação dos conteúdos da sessão		

A avaliação da atividade foi realizada através dos indicadores apresentados na Tabela 15. Considerando os indicadores apresentados, fixou-se como meta a atingir 90%. Para estimar os indicadores apresentados foi desenvolvido um questionário de avaliação da atividade, este apresenta questões referentes aos

conteúdos abordados, à dinamizadora e à satisfação global da atividade. A avaliação da adesão foi estimada através da presença dos idosos na atividade.

Tabela 15 - Indicadores de avaliação da atividade “Corpo ativo sono tranquilo”

Indicadores de avaliação da atividade “Corpo ativo sono tranquilo”		
Processo	<u>% de idosos que aderiram à atividade</u>	Nº idosos presentes na atividade / Nº de idosos da população alvo x 100
	<u>% de atividades executadas</u>	Nº atividades executadas / Nº atividades planeadas x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades</u>	Nº idosos que avaliam a adequação dos conteúdos com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora</u>	Nº idosos que avaliam a clareza da dinamizadora com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
Resultado	<u>% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade</u>	Nº idosos que avaliam globalmente a atividade com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100

A segunda atividade executada, integrada no projeto “MOVIMENTidade” denominou-se “Movimento e conexão”. Foi utilizada a estratégia de EpS para a sua implementação. Para estruturar atividade foi elaborado o plano de sessão correspondente. Apresenta-se na Tabela 16 uma síntese da atividade “Movimento e conexão”.

Ao longo da exposição dos conteúdos, com recurso a uma apresentação *PowerPoint*, foram realizados dois jogos “Ideias coloridas” e “Dado da socialização”. O jogo “Ideias coloridas” foi desenvolvido para ser um momento agradável de prática de atividade física, tornando-se assim uma estratégia para incentivar a prática regular de atividade física. O jogo “Dado da socialização” foi concebida para ser um momento intimista de partilha de emoções entre os idosos, esta engloba um dado com três cores diferentes, verde, azul e laranja. O idoso lança o dado e o lado que ficar voltado para cima corresponde a várias frases que os idosos terão de completar. As frases foram divididas pelas cores. A cor verde apresenta três frases possíveis, concretamente, “O lugar que me acalma é...”; “Sorrio quando...”; “A ação que me deixa feliz é...”. As frases correspondentes a cor azul são, “A comida que me deixa mais feliz é...”; “A

música que me acalma é...”; “Se estou feliz prefiro...”. Por fim as frases que representam a cor laranja são, “A palavra que me deixa feliz é...”; “Amo quando...” “O que me deixa mais alegre é...”. No final da sessão foi realizado novamente o mesmo *quiz* implementado na parte inicial, com o intuito de verificar se existiram diferenças nos conhecimentos adquiridos pelos idosos.

Tabela 16 - Síntese da atividade "Movimento e conexão"

Atividade “Movimento e conexão”			
Data	12/12/2024	Local	Centro de dia da região Norte de Portugal
Hora	10h	Duração	1 hora
Dinamizador	Aluna de mestrado		
População alvo	Idosos de um centro de dia da região Norte de Portugal		
Objetivos	Aumentar a % de idosos que não referem solidão. Aumentar a % de idosos que classifica a sua saúde como boa. Aumentar a % de idosos que pratica atividade física regularmente.		
Conteúdo	Avaliação de conhecimentos prévios Apresentação e discussão dos conteúdos da sessão Síntese e avaliação dos conteúdos da sessão		

Esta atividade foi monitorizada por meio dos indicadores apresentados na Tabela 17. Para avaliar os indicadores, foi realizado um questionário, este inclui questões referentes aos conteúdos abordados, à dinamizadora e à satisfação global da atividade. A avaliação da adesão foi avaliada através da presença dos idosos na atividade. Considerando os indicadores apresentados, definiu-se como meta 90%.

Tabela 17 - Indicadores de avaliação da atividade "Movimento e conexão"

Indicadores de avaliação da atividade “Movimento e conexão”		
Processo	<u>% de idosos que aderiram à atividade</u>	Nº idosos presentes na atividade / Nº de idosos da população alvo x 100
	<u>% de atividades executadas</u>	Nº atividades executadas / Nº atividades planeadas x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades</u>	Nº idosos que avalia a adequação dos conteúdos com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora</u>	Nº idosos que avalia a clareza da dinamizadora com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100

Resultado	<u>% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade</u>	Nº idosos que avalia globalmente a atividade com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
------------------	--	--

A terceira atividade integrada no projeto foi a atividade “Movimento sem dor”, nesta foi usada a estratégia EpS. Foi elaborado o plano de sessão da atividade “Movimento sem dor”, apresenta-se na Tabela 18 a sua síntese.

Aquando da exposição dos conteúdos, com recurso a uma apresentação *PowerPoint* foi realizado o jogo “Saltar a tampa” e a dinâmica “Inspirando e relaxando”. O jogo “Saltar a tampa” foi realizado para incentivar a prática de atividade física e demonstrar que esta pode ser realizada em qualquer lugar, pretende proporcionar uma experiência agradável, funcionando assim, como estratégia para a prática regular de atividade física. A dinâmica “Inspirando e relaxando” centra-se na demonstração de uma estratégia não farmacológica de alívio da dor, esta inclui exercícios de respiração e de relaxamento.

Tabela 18 - Síntese da atividade “Movimento sem dor”

Atividade “Movimento sem dor”			
Data	09/01/2025	Local	Centro de dia da região Norte de Portugal
Hora	10h	Duração	1 hora
Dinamizador	Aluna de mestrado		
População alvo	Idosos de um centro de dia da região Norte de Portugal		
Objetivos	Aumentar a % de idosos que referem não ter dores corporais. Aumentar a % de idosos que classifica a sua saúde como boa. Aumentar a % de idosos que pratica atividade física regularmente.		
Conteúdo	Avaliação de conhecimentos prévios Apresentação e discussão dos conteúdos da sessão Síntese e avaliação dos conteúdos da sessão		

A atividade foi monitorizada por meio dos indicadores de monitorização apresentado na Tabela 19. Para avaliar os indicadores, foi realizado um questionário, inclui questões referentes aos conteúdos abordados, à dinamizadora e à satisfação global da atividade. A avaliação da adesão foi avaliada através da presença dos idosos na atividade. Tendo em conta os indicadores apresentados, definiu-se como meta 90%.

Tabela 19 - Indicadores de avaliação da atividade "Movimento sem dor"

Indicadores de avaliação da atividade "Movimento sem dor"		
Processo	<u>% de idosos que aderiram à atividade</u>	Nº idosos presentes na atividade / Nº de idosos da população alvo x 100
	<u>% de atividades executadas</u>	Nº atividades executadas / Nº atividades planeadas x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades</u>	Nº idosos que avaliam a adequação dos conteúdos com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora</u>	Nº idosos que avaliam a clareza da dinamizadora com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
Resultado	<u>% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade</u>	Nº idosos que avaliam globalmente a atividade com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100

A última atividade integrada no projeto foi a atividade "Equilíbrio em movimento". Para a sua implementação foram utilizadas as estratégias de EpS e a de colaboração, sendo esta última realizada com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que exerce funções na UCC. Este trouxe contributos diferenciadores para o sucesso da atividade, na medida em que, possui conhecimentos específicos sobre os conteúdos da atividade bem como, as suas competências específicas são uma mais-valia importante. Foi elaborado o plano de sessão correspondente à atividade. Apresenta-se na Tabela 20 o resumo da atividade "Equilíbrio em movimento".

Aquando da exposição dos conteúdos, com recurso a uma apresentação *PowerPoint* foram executados dois jogos, sendo eles, a "Mímica do equilíbrio" e o "Espelho". A "Mímica do equilíbrio" consiste num jogo de mímica que envolve a realização de movimentos suaves e controlados onde os cartões disponíveis apresentam a representação de quatro temas possíveis, animais, atividades de vida diária, profissões e desporto. Cada idoso retira um cartão e tem de reproduzir o que vê na imagem. O jogo "Espelho" consiste na apresentação de quatro vídeos, nomeadamente, realização de passos laterais, passos cruzados, execução de marcha em tandem e marcha estática onde os idosos têm de reproduzir de forma igual, o objetivo com a execução deste jogo é o treino do

equilíbrio, durante a sua realização os idosos foram auxiliados na execução dos movimentos solicitados.

Tabela 20 - Síntese da atividade "Equilíbrio em movimento"

Atividade "Equilíbrio em movimento"			
Data	16/01/2025	Local	Centro de dia da região Norte de Portugal
Hora	10h	Duração	1 hora
Dinamizador	Aluna de mestrado e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de reabilitação da UCC		
População alvo	Idosos de um centro de dia da região Norte de Portugal		
Objetivos	Aumentar a % de idosos que sobem e descem escadas sem ajuda. Aumentar a % de idosos que referem manter a capacidade para realizar atividades de lazer. Aumentar a % de idosos que pratica atividade física regularmente.		
Conteúdo	Apresentação e discussão dos conteúdos da sessão Realização dos jogos "Mímica do equilíbrio" e "Espelho" Síntese dos conteúdos da sessão Avaliação dos conteúdos e da sessão		

À semelhança das restantes atividades, esta foi avaliada através dos indicadores apresentados na Tabela 21. Para avaliar os indicadores, foi realizado um questionário, que inclui questões referentes aos conteúdos abordados, à dinamizadora e à satisfação global da atividade. A avaliação da adesão foi avaliada através da presença dos idosos na atividade. Definiu-se como meta 90%.

Tabela 21 - Indicadores de avaliação da atividade "Equilíbrio em movimento"

Indicadores de avaliação da atividade "Equilíbrio em movimento"		
Processo	<u>% de idosos que aderiram à atividade</u>	Nº idosos presentes na atividade / Nº de idosos da população alvo x 100
	<u>% de atividades executadas</u>	Nº atividades executadas / Nº atividades planeadas x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades</u>	Nº idosos que avaliam a adequação dos conteúdos com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
	<u>% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora</u>	Nº idosos que avaliam a clareza da dinamizadora com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100
Resultado	<u>% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade</u>	Nº idosos que avaliam globalmente a atividade com uma pontuação ≥ 4 / Nº de idosos que avaliaram a atividade x 100

4.6.1 Previsão de Recursos

Para concretização do projeto de intervenção é essencial a análise e gestão dos recursos associados (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, no presente projeto foram necessários vários tipos de recursos, nomeadamente, recursos materiais, humanos, físicos e financeiros. No que concerne o valor total de todos os recursos inerentes ao projeto, estes totalizaram os 140€, valor que ficou totalmente ao encargo da mestrandia.

4.7 Execução

Todas as atividades planeadas foram executadas e decorreram conforme o previsto, sem necessidade de alterações. As atividades foram executadas dentro do tempo estipulado. A colaboração de todos os envolvidos foi determinante para a execução das mesmas.

4.8 Avaliação

A avaliação constitui-se a etapa final do processo dinâmico do planeamento em saúde. Avaliar engloba a comparação de algo a um modelo/padrão, tendo em conta uma referência, esta implica um fim operativo, nomeadamente, corrigir ou melhorar. Na metodologia do planeamento em saúde para se proceder à avaliação tem-se como referência o diagnóstico de situação inicial e os objetivos e metas fixados. Assim a avaliação pretende utilizar de forma sistemática a experiência para potenciar uma atividade e planear mais eficazmente, tendo por base dados precisos, sensíveis, pertinentes e fáceis de obter (Imperatori & Giraldes, 1993).

Na medida em que o planeamento em saúde é um processo dinâmico e não estático, esta etapa do mesmo apresenta uma relação íntima com uma das fases iniciais, o diagnóstico de situação. Por sua vez, a avaliação tem como finalidade a melhoria dos programas implementados, tendo por base a informação recolhida pela implementação das atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tavares (1990) defende que a avaliação deve ser precisa e pertinente, tem como função primordial a determinação do grau de sucesso de um projeto através da confrontação entre os resultados obtidos, com os objetivos previamente definidos, as estratégias selecionadas e as necessidades identificadas. Esta etapa possibilita a comparação entre o estado inicial e final do processo de planeamento em saúde.

A avaliação dos programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados é umas das competências específicas do EEECESCSP. O Regulamento n.º 428/2018 alude que o Enfermeiro “monitoriza a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade (. . .) procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política (. . .) procede à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida” (pp. 19355–19356).

Na primeira atividade “Corpo ativo sono tranquilo”, foi possível verificar através da aplicação do *quiz*, o conhecimento prévio dos idosos acerca dos conteúdos que foram ministrados. Na Tabela 22 apresentam-se os resultados obtidos. Salienta-se que todos os idosos responderam corretamente à maioria das questões. No que se refere à relação da prática de atividade física com o sono, alguns idosos consideraram que não existe relação (23%), bem como, alguns idosos consideram que é normal dormir mal (31%).

Tabela 22- Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade “Corpo ativo sono tranquilo”

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
A atividade física promove o aumento da força muscular e do equilíbrio	26	100	-	-
É normal dormir mal	8	31	18	69
A prática de atividade física não ajuda a dormir melhor.	6	23	20	77
Deve dormir entre 7 a 8 horas por noite.	26	100	-	-
A prática de atividade física ajuda no controlo do peso corporal.	26	100	-	-

Para dormir melhor, o quarto deve ser confortável, sem barulho e com temperatura adequada.	26	100	-	-
--	----	-----	---	---

No fim da atividade foi realizado novamente o mesmo *quiz* implementado no início da sessão, na Tabela 23 apresentam-se os resultados obtidos. Foi possível verificar que todos os idosos responderam corretamente a todas as questões, o que demonstra um impacto positivo da atividade no conhecimento dos idosos.

Tabela 23 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Corpo ativo sono tranquilo"

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
A atividade física promove o aumento da força muscular e do equilíbrio	26	100	-	-
É normal dormir mal	26	100	-	-
A prática de atividade física não ajuda a dormir melhor.	26	100	-	-
Deve dormir entre 7 a 8 horas por noite.	26	100	-	-
A prática de atividade física ajuda no controlo do peso corporal.	26	100	-	-
Para dormir melhor, o quarto deve ser confortável, sem barulho e com temperatura adequada.	26	100	-	-

Relativamente aos indicadores de avaliação, a meta definida foi de 90%, na Tabela 24 apresentam-se os resultados obtidos. Verifica-se que foi superada a meta definida para todos indicadores.

Tabela 24 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade "Corpo ativo sono tranquilo"

Resultados dos indicadores de avaliação da atividade "Corpo ativo sono tranquilo"		
Processo	% de idosos que aderiram à atividade	26/26 x 100 = 100%
	% de atividades executadas	4/4 x 100 = 100%
	% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades	25/26 x 100 = 96%
	% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora	25/26 x 100 = 96%

Resultado	% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade	24/26 x 100 = 92%
------------------	---	-------------------

Na atividade “Movimento e Conexão” à semelhança da atividade anterior, foi realizado um *quiz* sobre o conhecimento prévio dos idosos acerca dos conteúdos ministrados, sendo que, se apresenta na Tabela 25 os resultados obtidos. Da análise de resultados salienta-se que alguns idosos (23%) não percecionam a realização de atividades do quotidiano como prática de atividade física, como também a maioria (77%) considera que apenas as pessoas idosas sentem solidão.

Tabela 25 - Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade “Movimento e Conexão”

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
1 -A prática de atividade física engloba atividades do dia a dia como: ir levar o lixo, brincar com os netos, subir escadas em vez de usar o elevador.	20	77	6	23
2 -A prática de atividade física melhora o humor e diminui o stress.	22	85	4	15
3 -A solidão afeta a qualidade de vida.	26	100	-	-
4- Só as pessoas mais velhas sentem solidão.	20	77	6	23
5-Uma das estratégias para a prevenção da solidão é prática de atividade física em grupo.	26	100	-	-

No fim da atividade “Movimento e Conexão” foi realizado o mesmo *quiz* implementado anteriormente. Na Tabela 26 apresentam-se os resultados obtidos. Foi possível verificar alterações significativas na perceção que os idosos têm sobre os sentimentos de solidão, uma vez que a maioria (96%) respondeu corretamente à questão número quatro, assim como se verificaram melhorias significativas no conhecimento dos idosos sobre aquilo que é considerado atividade física.

Tabela 26 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Movimento e Conexão"

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
1 - A prática de atividade física engloba atividades do dia a dia como: ir levar o lixo, brincar com os netos, subir escadas em vez de usar o elevador.	26	100	-	-
2 - A prática de atividade física melhora o humor e diminui o stress.	25	96	1	4
3 - A solidão afeta a qualidade de vida.	26	100		
4 - Só as pessoas mais velhas sentem solidão.	1	4	25	96
5 - Uma das estratégias para a prevenção da solidão é prática de atividade física em grupo.	26	100		

Relativamente aos indicadores de monitorização, a meta definida foi de 90%. Pela observação da Tabela 27 verifica-se que foi superada a meta definida em todos os indicadores de avaliação.

Tabela 27 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade "Movimento e Conexão"

Resultados dos indicadores de avaliação da atividade "Movimento e Conexão"		
Processo	% de idosos que aderiram à atividade	26/26 x 100 = 100%
	% de atividades executadas	4/4 x 100 = 100%
	% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades	26/26 x 100 = 100%
	% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora	26/26 x 100 = 100%
Resultado	% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade	26/26 x 100 = 100%

Na terceira atividade "Movimento sem dor" foi igualmente realizado um *quiz* sobre o conhecimento prévio dos idosos acerca dos conteúdos ministrados. Com a análise de resultados, Tabela 28, verifica-se que a maioria dos idosos (54%) associa a prática de atividade física ao aumento das dores corporais e também que a maioria (77%) reconhece que a prática de atividade física liberta substâncias analgésicas.

Tabela 28 - Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade "Movimento sem Dor"

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
1 -A prática de atividade física vai aumentar as dores corporais.	14	54	12	46
2 -Uma das estratégias para a prevenção da dor aquando da prática de atividade física é o uso de roupa e calçado confortável.	26	100	-	-
3 -A prática de atividade física liberta substâncias analgésicas	20	77	6	23
4- Uma das estratégias para lidar com a dor é a prática de exercícios de respiração.	10	38	16	62
5- A dor não influencia a qualidade de vida.	-	-	26	100

No fim da atividade “Movimento sem dor” foi realizado o mesmo *quiz* implementado no início da atividade. Constata-se na Tabela 29 que todos os idosos (100%) responderam corretamente a todas as questões, o que demonstra um impacto bastante positivo da atividade no conhecimento dos idosos.

Tabela 29 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Movimento sem dor"

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
1 -A prática de atividade física vai aumentar as dores corporais.	-	-	26	100
2 -Uma das estratégias para a prevenção da dor aquando da prática de atividade física é o uso de roupa e calçado confortável.	26	100	-	-
3 -A prática de atividade física liberta substâncias analgésicas	26	100	-	-
4- Uma das estratégias para lidar com a dor é a prática de exercícios de respiração.	26	100	-	-
5- A dor não influencia a qualidade de vida.	-	-	26	100

Relativamente aos indicadores de avaliação da atividade, a meta definida foi de 90%. Verifica-se que foi superada a meta definida em todos os indicadores (Tabela 30).

Tabela 30 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade “Movimento sem dor”

Resultados dos indicadores de avaliação da atividade “Movimento sem dor”		
Processo	% de idosos que aderiram à atividade	26/26 x 100 = 100%
	% de atividades executadas	4/4 x 100 = 100%
	% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades	25/26 x 100 = 96%
	% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora	25/26 x 100 = 96%
Resultado	% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade	25/26 x 100 = 96%

Quanto à quarta e última atividade “Equilíbrio em Movimento”, à semelhança das atividades anteriores, foi realizado um quiz inicial, com a análise de resultados observados na Tabela 31, verifica-se que o conhecimento prévio dos idosos sobre as temáticas ministradas já era bastante significativo.

Tabela 31 - Resultados da avaliação inicial de conhecimento atividade “Equilíbrio em Movimento”

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
1 - Com o envelhecimento existe uma diminuição da força muscular e do equilíbrio.	26	100	-	-
2 - A prática de atividade física vai melhorar o equilíbrio.	20	77	6	23
3 - A Visão não interfere com o equilíbrio.	2	8	24	92
4- Para subir e descer escadas em segurança devo usar calçado adequado, antiderrapante e bem ajustado ao pé	26	100	-	-
5- Antes de subir ou descer escadas devo certificar-me que os degraus estão limpos e sem objetos.	26	100	-	-

No fim da atividade “Equilíbrio em Movimento” realizou-se o mesmo quiz implementado no início da atividade, na Tabela 32 apresentam-se os resultados obtidos. Verifica-se que todos os idosos (100%) responderam corretamente a maioria das questões, o que demonstra um impacto positivo da atividade no conhecimento dos idosos.

Tabela 32 - Resultados da avaliação final de conhecimento atividade "Equilíbrio em Movimento"

Questão	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
1 - Com o envelhecimento existe uma diminuição da força muscular e do equilíbrio.	26	100	-	-
2 - A prática de atividade física vai melhorar o equilíbrio.	20	77	6	23
3 - A Visão não interfere com o equilíbrio.	2	8	24	92
4- Para subir e descer escadas em segurança devo usar calçado adequado, antiderrapante e bem ajustado ao pé	26	100	-	-
5- Antes de subir ou descer escadas devo certificar-me que os degraus estão limpos e sem objetos.	26	100	-	-

Relativamente aos indicadores de avaliação, a meta definida foi de 90%. Verifica-se na Tabela 33 que foi superada a meta definida em todos os indicadores.

Tabela 33 - Resultados dos indicadores de avaliação da atividade "Equilíbrio em Movimento"

Resultados dos indicadores de avaliação da atividade "Equilíbrio em Movimento"

Processo	% de idosos que aderiram à atividade	26/26 x 100 = 100%
	% de atividades executadas	4/4 x 100 = 100%
	% de idosos satisfeitos com a adequação dos conteúdos às necessidades	26/26 x 100 = 100%
	% de idosos satisfeitos com a clareza da dinamizadora	25/26 x 100 = 96%
Resultado	% de idosos satisfeitos globalmente com a atividade	26/26 x 100 = 100%

Com o intuito de avaliar o projeto e verificar se as metas definidas no sub- capítulo fixação de objetivos, foram ou não atingidas, procedeu-se novamente à aplicação do EASY-Care Standard Portugal 2010, de ressaltar que apenas foram aplicadas questões dos domínios que foram alvo de intervenção, concretamente, o domínio três (mobilidade), domínio seis (manter-se saudável) e o domínio sete (saúde mental e bem-estar). Na Tabela 34 apresentam-se os resultados obtidos.

Tabela 34 - Resultados da avaliação dos domínios

Avaliação dos domínios		
Domínios	N	%
<u>Domínio Mobilidade</u> <u>Questão: Subir/descer escadas</u>		
Sem ajuda	19	73
Com alguma ajuda	7	27
<u>Domínio: Manter-se saudável</u> <u>Questão: Pratica atividade física regularmente</u>		
Não	16	62
Sim	10	38
<u>Domínio: Manter-se saudável</u> <u>Questão: Preocupação com o excesso de peso</u>		
Sim	21	81
Não	5	19
<u>Domínio: Saúde mental e bem-estar</u> <u>Questão: Consegue realizar atividades de lazer</u>		
Sim	16	62
Não	10	38
<u>Domínio: Saúde mental e bem-estar</u> <u>Questão: classificação da saúde</u>		
Razoável	21	81
Fraca	1	4
Boa	4	15
<u>Domínio: Saúde mental e bem-estar</u> <u>Questão: Sente-se sozinho</u>		
Nunca	14	54
Raramente	6	23
Por vezes	6	23
<u>Domínio: Saúde mental e bem-estar</u> <u>Questão: Problemas em dormir no último mês</u>		
Não	16	62
Sim	10	38
<u>Domínio: Saúde mental e bem-estar</u> <u>Questão: Dores corporais no último mês</u>		
Sem dor	11	42
Dor muito suave	11	42
Dor suave	3	12
Dor moderada	1	4

Verificaram-se melhorias significativas em todos os domínios que foram alvo de intervenção. A prática de atividade física aumentou significativamente passando de 0% para 38%, um fator que contribuiu para este aumento foi o facto de o centro de dia ter incluído nas suas rotinas matinais a prática de atividade física durante 60 minutos, todos os dias da semana.

Quando à avaliação dos indicadores de resultados definidos, Tabela 35, verifica-se que todos os indicadores foram atingidos.

Tabela 35 - Avaliação dos indicadores de resultado

Avaliação dos Indicadores de Resultado		
Indicadores de resultado	%	
<u>% de idosos que sobe e desce escadas sem ajuda</u>	19/26	$\times 100 = 73\%$
<u>% de idosos que pratica atividade física regularmente</u>	10/26	$\times 100 = 38\%$
<u>% de idosos que não refere preocupação com o excesso de peso</u>	5/26	$\times 100 = 19\%$
<u>% de idosos que refere conseguir realizar atividades de lazer</u>	16/26	$\times 100 = 62\%$
<u>% de idosos que classifica a sua saúde como boa</u>	4/26	$\times 100 = 15\%$
<u>% de idosos que não referem solidão</u>	14/26	$\times 100 = 54\%$
<u>% de idosos que refere não ter problemas em dormir</u>	16/26	$\times 100 = 62\%$
<u>% de idosos que refere não ter dores corporais</u>	11/26	$\times 100 = 42\%$

No que diz respeito à avaliação do indicador de atividade, verifica-se que este foi atingido em 100% (Tabela 36).

Tabela 36 - Avaliação indicador de atividade

Avaliação Indicador de atividade	
% atividades executadas	$4/4 \times 100 = 100\%$

Com base na análise dos resultados apresentados, apresenta-se na Tabela 37 a avaliação das metas definidas. Verifica-se que todas foram atingidas e algumas até superadas, demonstrando assim a eficácia das atividades implementadas.

Tabela 37 - Avaliação das metas

Metas	Ganhos em Saúde	Resultado
Aumentar de 62% para 70% os idosos que sobem e descem escadas sem ajuda até janeiro de 2025	Aumentou para 73%	Atingida
Aumentar de 0% para 10% os idosos praticam atividade física regularmente até janeiro de 2025	Aumentou para 38%	Superada
Aumentar de 4% para 10% os idosos que não referem preocupação com o excesso de peso até janeiro de 2025	Aumentou para 19%	Superada
Aumentar de 54% para 59% os idosos que referem conseguir realizar atividades de lazer até janeiro de 2025	Aumentou para 62%	Atingida
Aumentar de 8% para 12% os idosos que classificam a sua saúde como boa até janeiro de 2025	Aumentou para 15%	Atingida
Aumentar de 46% para 50% os idosos que não referem solidão até janeiro de 2025	Aumentou para 54%	Atingida
Aumentar de 54% para 58% os idosos que referem não ter problemas em dormir até janeiro de 2025	Aumentou para 62%	Atingida
Aumentar de 38% para 42% os idosos que referem não ter dores corporais até janeiro de 2025	Aumentou para 42%	Atingida
Realização de pelo menos 90% das atividades planeadas até janeiro de 2025	Foram realizadas 100%	Atingida

No que diz respeito às estratégias utilizadas, considera-se que foram apropriadas aos objetivos estabelecidos, potenciando a obtenção de ganhos em saúde e melhoria contínua de cuidados.

5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Durante o estágio de natureza profissional realizado na UCC e na USP, tanto no módulo I como no módulo II, para além da utilização da metodologia do planeamento em saúde, no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável num centro de dia, foram propostas e desenvolvidas outras atividades, relacionadas com a prática do EEECESCSP.

Atividades desenvolvidas na USP

Na USP foram desenvolvidas as seguintes atividades: a participação numa visita a uma piscina, da sua área de abrangência, para a realização de vigilância sanitária. A visita foi realizada em conjunto com os técnicos de saúde ambiental. O seu objetivo foi monitorizar a qualidade da água, relativamente aos seus parâmetros químicos, microbiológicos e físicos, para assim assegurar que os padrões de qualidade desta sejam cumpridos, prevenindo desta forma, potenciais riscos associados à contaminação da água e à propagação de doenças de origem hídrica. Ainda relativamente à vigilância sanitária, foi possível integrar uma visita a uma zona balnear, a visita foi realizada juntamente com os técnicos de saúde ambiental. O seu objetivo foi realizar uma avaliação das condições de segurança e funcionamento das instalações envolventes da zona bem como avaliação da qualidade das águas balneares, estas atividades avaliaram potenciais riscos para a saúde associados às zonas balneares. O Programa de Vigilância Sanitária das Zonas Balneares Costeiras e de Transição de acordo com Nogueira et al (2022) realça a importância da realização destas ações de vigilância sanitária pela USP para identificar, anular ou corrigir risco para a saúde humana.

Outra atividade realizada, foi uma visita a uma escola do primeiro ciclo de ensino básico. A visita foi realizada em conjunto com os técnicos de saúde ambiental. O seu objetivo foi verificar as condições de segurança ambientais existentes, concretamente “Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos”. Nesta constatou-se que existiam alguns pontos a serem corrigidos concretamente, a exposição de fios junto às mesas dos estudantes, zonas da área comum com

chão estragado, acondicionamento dos alimentos de forma incorreta, foi também verificada a mala de primeiros socorros onde esta se apresentava sem nenhuma não conformidade. Torna-se importante a realização destas visitas aos estabelecimentos de ensino uma vez que no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015, de acordo com Amann et al. (2015), um dos objetivos é a melhoria da qualidade do ambiente escolar e consequentemente a minimização de riscos para a saúde.

Outras atividades desenvolvidas inerentes às competências do EEECESCSP na USP, foram duas visitas a ERPI. As visitas tiveram como objetivo avaliar as condições ambientais com a identificação de potenciais riscos para os idosos, o controlo de infeção, a prevenção da doença, a promoção do envelhecimento saudável bem como, o cumprimento da legislação existente para estas instituições.

Ainda na USP houve oportunidade de integrar as áreas da vigilância epidemiológica e do controlo de infeção. Relativamente à área da vigilância epidemiológica foi possível familiarizar com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, bem como, aprofundar os conhecimentos sobre doenças de notificação obrigatória uma vez que se contactou com uma notificação de um caso de Giardíase de uma criança de cinco anos, onde se procedeu à análise das informações e em colaboração com a equipa médica e os técnicos de saúde ambiental foi realizada uma visita ao jardim de infância qua a criança frequenta a fim de verificar possíveis foco de contaminação, assegurar a adoção de medidas corretivas e sensibilizar as educadoras e auxiliares para a implementação das medidas de prevenção.

Relativamente à área do controlo de infeção, participou-se na vacinação contra o vírus *Monkeypox*, onde numa primeira fase era realizado uma identificação e avaliação de grupos de risco assim como a educação e sensibilização da comunidade. Participou-se também, na Campanha de Vacinação Sazonal contra a Gripe e a Covid-19 nas ERPI, dos residentes e dos profissionais das ERPI na época vacinal Outono- Inverno 2024/2025, onde foi integrado todo o processo, desde o planeamento da intervenção com a verificação da elegibilidade dos

utentes, a preparação e a administração das vacinas e por fim o seu registo em sistema próprio.

Ainda no âmbito da vigilância epidemiológica e controlo de infeção, foi possível explorar a Rede de vigilância de vetores (REVIVE), por aparecimento de um vetor nomeadamente, o mosquito *Aedes albopictus* na área de abrangência da USP. A REVIVE é um programa nacional que resulta da cooperação interinstitucional entre a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e as ULS. Este programa tem como objetivo monitorizar, controlar e prevenir a presença de doenças transmitidas por vetores, que emergem como consequência das constantes alterações climáticas, genéticas, demográficas e sociais. O REVIVE apresenta-se assim como uma mais-valia para a saúde pública (Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infeciosas Doutor Francisco Cambournac, 2024). Face ao aparecimento deste vetor foi realizado uma sessão de esclarecimento e sensibilização à comunidade. O papel do EEECESCSP nesta área centra-se na monitorização e notificação, na intervenção rápida para implementação de medidas de controle, na mitigação, educação e sensibilização da comunidade e por fim a colaboração interinstitucional com outras entidades.

Adicionalmente, no âmbito da rede de frio, realizou-se uma verificação desta numa unidade funcional. A rede de frio é um sistema que garante a conservação, distribuição e transporte seguro de vacinas ou outros produtos biológicos, têm como objetivo assegurar as condições de qualidade, eficácia, e segurança ao longo das distintas etapas, até à sua administração. Nesta inspeção foi possível recolher e analisar a documentação, foi realizada uma entrevista com os responsáveis pela rede de frio daquela unidade funcional e por fim foram observados diretamente os equipamentos da rede de frio e se estes seguiam as normas. As USP desempenham um papel fundamental na monitorização e gestão desta rede, assegurando o cumprimento das normas estabelecidas pela DGS e pela OMS (Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, 2021).

Atividades desenvolvidas na UCC

Na UCC, foi possível participar em diferentes projetos todos eles integrados no PNSE, concretamente, o projeto de saúde oral e higiene corporal, projeto da educação para os afetos e sexualidade, projeto no âmbito da saúde mental e competências sócio emocionais.

Assim, no âmbito da saúde escolar, foi possível acompanhar a enfermeira responsável pela saúde escolar a diversas sessões para a promoção da saúde nas áreas da saúde oral e higiene corporal, dignidade menstrual e comportamentos aditivos sem substância. Foram realizadas sessões de EpS em jardins de infância, para as crianças do ensino pré-escolar, no ensino básico, aos estudantes do terceiro ciclo e no ensino secundário. As sessões tinham em vista a promoção da saúde, ou seja, a capacitação dos estudantes nas áreas da saúde oral e higiene corporal para as crianças do jardim de infância, comportamentos aditivos sem substância para os estudantes do terceiro ciclo e educação para os afetos e sexualidade para os estudantes do ensino secundário.

Das áreas de intervenção acima referidas, nas sessões de EpS realizadas para os estudantes do ensino secundário, foram abordados os temas da sexualidade bem como da dignidade menstrual. Nas sessões de EpS realizadas para crianças do ensino pré-escolar foram integradas as áreas da higiene corporal e oral, em colaboração com a professora de educação para a saúde, onde através de estratégias adaptadas ao desenvolvimento da criança foi ensinado a escovar os dentes e, posteriormente, foram supervisionadas as crianças no processo de escovagem dos dentes. Nas sessões de EpS realizadas para os estudantes do terceiro ciclo integrou-se a temática dos comportamentos aditivos sem substância, as suas consequências para a saúde e para o desempenho escolar.

A promoção da saúde através da EpS em meio escolar caracteriza-se por ser uma estratégia fundamental para promover o bem-estar físico mental e social das crianças e jovens, promovendo a capacitação destes para a adoção de um estilo de vida saudável, que em Portugal é sustentada pelo PNSE (Amann et al.,2015). O PNSE apresenta diversos eixos estratégicos dos quais se ressalva o eixo da capacitação. Este eixo engloba diferentes áreas de intervenção, concretamente,

a saúde mental, a higiene corporal e a saúde oral, os hábitos de sono e repouso, a alimentação saudável, os afetos e sexualidade, a atividade física, os comportamentos aditivos sem substância e o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas (Amann et al.,2015).

Ainda no âmbito da saúde escolar, participou-se no II Encontro de Saúde Escolar, um evento científico dinamizado pela equipa de saúde escolar de uma ULS. Este evento apresentou-se numa abordagem integrada e multidisciplinar de cooperação, com uma visão holística, de destacar a interconexão entre a saúde e o ambiente enfatizando a abordagem “One Health”. Foram discutidas as práticas e políticas para a saúde e bem-estar das comunidades educativas. Este encontro permitiu a interação entre profissionais da saúde, da educação bem como de outras áreas, promovendo a partilha de experiências e fomentando a criação de redes de colaboração.

Ainda na UCC foi possível acompanhar a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, mais concretamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a duas visitas domiciliárias, com o objetivo observar o trabalho desenvolvido nestas equipas e refletir acerca da complementaridade de funções e os diferentes papéis dos Enfermeiros Especialistas nas diferentes áreas da Enfermagem.

6. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na especialidade de Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na promoção da melhoria contínua, bem como, na inovação dentro da sua área de atuação. Neste capítulo será apresentada uma análise e reflexão acerca das competências comuns e específicas do EEECESCSP definidas pela Ordem dos Enfermeiros, fazendo uma articulação com as experiências vivenciadas em contexto de estágio.

Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista são entendidas como as competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da capacidade de aplicação destas na prática clínica, que são suportadas por meio da investigação e formação, que são essenciais para que o enfermeiro desempenhe um papel diferenciado no exercício da sua prática profissional. Estas competências estão divididas em quatro domínios, concretamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e por fim, desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em cada domínio são apresentadas unidades de competência assim como os respetivos critérios de avaliação. Um domínio de competências é caracterizado por ser um campo de atuação que engloba um conjunto de competências interligadas, constituídas por elementos complementares e orientadas pelo mesmo princípio comum. (Regulamento n.º 140/2019).

- **Responsabilidade profissional ética e legal**

Este domínio de competência engloba o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, deontologia profissional como também os princípios éticos. Engloba igualmente a prática de

cuidados que garantem o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Com o objetivo de desenvolver este domínio de competência gerais, ao longo do estágio, em todas as situações foi assegurado a defesa dos direitos humanos, o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, mais concretamente em todas as etapas do processo de planeamento em saúde apresentado foi garantido a confidencialidade, a segurança da informação escrita e oral, foi igualmente assegurado a possibilidade dos idosos à escolha de participar ou não no projeto, assim como à sua autodeterminação, promovendo desta forma a sua autonomia. Foi também pedida autorização para implementação do projeto à direção do centro de dia. Em todas as informações recolhidas e ministradas foram mantidas a dimensão ética e deontológica.

Nas diversas atividades desenvolvidas enquanto mestranda foi sempre implementada uma conduta tendo em vista a privacidade, segurança e dignidade do cliente/comunidade, assim como foram cumpridas as considerações legais e éticas. Foi mantida uma conduta profissional ajustada aos diferentes contextos, tanto nas relações com todos os profissionais de saúde, como com, todos os elementos da comunidade onde foram realizadas atividades. O respeito pelas crenças e valores dos clientes/comunidade foi igualmente uma máxima seguida. Em todas as situações que foram reconhecidos potenciais riscos associados às práticas, foram implementadas medidas preventivas, assegurando os princípios acima mencionados.

Tendo em vista uma tomada de decisão em equipa e reconhecendo os limites do papel do enfermeiro, toda a vez que necessário recorreu-se a profissionais de outras áreas, denotando desta forma, a relevância da criação de parcerias interinstitucionais fortes, por forma a garantir o sucesso dos projetos implementados.

- **Melhoria contínua da qualidade**

O domínio de competência da melhoria contínua da qualidade compreende três competências, nomeadamente, a garantia de um papel potenciador no

desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica enquanto abordagem sistemática para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Compreende o desenvolvimento de práticas de qualidade, mais concretamente na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua. Por último integra a competência da garantia de um ambiente terapêutico e seguro para o cliente/comunidade (Regulamento n.º 140/2019). Todas as competências apresentadas concorrem para a excelência dos cuidados prestados.

Durante os estágios, módulo I e II, e com o objetivo de desenvolver as competências acima mencionadas, o projeto desenvolvido pretendeu fomentar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no âmbito da promoção do envelhecimento saudável, toda a pesquisa realizada sobre o envelhecimento saudável, bem como, todas as intervenções implementadas foram baseadas na mais recente evidência científica tendo como base um compromisso de atualização permanente e formação contínua.

Em todo o processo de planeamento e implementação do projeto, foram adotadas boas práticas, concretamente, na abordagem inicial que foi realizada aos idosos do centro de dia, na realização do diagnóstico de situação onde foi utilizado um instrumento de colheita de dados adequado aos idosos, no estabelecimento de prioridades tendo em conta os dados recolhidos na etapa anterior, na fixação de objetivos realistas e passíveis de serem alcançados. Na preparação da execução do projeto tendo em conta as características e necessidades dos idosos e ainda na execução onde no fim da implementação de cada intervenção era realizada uma análise crítica desta e se verificava algum ponto que poderia ser melhorado para a próxima intervenção. Por fim, também na avaliação do projeto foram adotadas boas práticas, como a utilização de instrumentos adequados, assim como, a divulgação dos resultados. Em todas as etapas descritas foi reconhecido o papel que cada um dos elementos integrantes do projeto têm neste contexto de melhoria contínua na qualidade dos cuidados.

Todas as intervenções implementadas que deram resposta a problemas específicos identificados da comunidade, foram executadas de forma segura

integrando as competências e capacidades para a obtenção da prestação dos melhores cuidados, atendendo também à sustentabilidade e proteção do ambiente na implementação das intervenções, atendendo assim ao PNS 2030 um modelo de planeamento em saúde sustentável que apresenta como elementos-chave as pessoas/comunidades a participação e o compromisso (DGS, 2020).

Enquanto mestranda procurei criar um compromisso de atualização permanente e formação contínua e, adotar boas práticas em todas as intervenções.

A avaliação da qualidade foi um processo contínuo ao longo de todo o estágio, tendo em vista a promoção de boas práticas. As intervenções implementadas tiveram em conta o respeito pela identidade cultural bem como as necessidades espirituais do grupo promovendo assim um ambiente físico, psicossocial cultural e espiritual que fosse fomentar o sentimento de segurança e proteção do grupo.

As intervenções foram avaliadas pela equipa e divulgadas à comunidade, sempre que foi detetado alguma oportunidade de melhoria foram estabelecidas prioridades, selecionadas estratégias e implementadas soluções eficazes e eficientes, desta forma a oportunidade de melhoria foi integrada como uma mais-valia para a qualidade dos cuidados.

- **Gestão dos cuidados**

O domínio de competência da gestão dos cuidados compreende diversas competências, nomeadamente, a gestão dos cuidados de enfermagem por forma a otimizar a resposta da equipa assim como a articulação na equipa de saúde e compreende a competência da adaptação da liderança e gestão dos diversos recursos às situações e contexto tendo em vista a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Durante os estágios, módulos I e II, e enquanto gestora do projeto “MOVIMENTidade”, foi necessário numa primeira fase e aquando do diagnóstico de situação identificar as necessidades dos idosos, na fase da definição de prioridades foi otimizado o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Em todas as fases do processo de planeamento em saúde foram otimizadas as

respostas e promoveu-se uma estreita articulação entre os vários elementos, nomeadamente, os idosos, toda a equipa de profissionais do centro de dia, a equipa da USP e a equipa da UCC. Foram geridos os recursos disponíveis com vista a obter os melhores resultados. Foram desenvolvidas intervenções criativas e diferenciadas tendo em conta a comunidade.

Foram também desenvolvidas competências ao nível da comunicação intra e interdisciplinar, nomeadamente, nas reuniões de equipa tanto da UCC como na USP, bem como nas reuniões com outros profissionais, concretamente, a equipa do centro de dia onde foi desenvolvido o projeto “MOVIMENTidade”, os professores de promoção e educação para a saúde das escolas onde foram realizadas intervenções referentes a projetos no âmbito da saúde escolar. Para a implementação das intervenções do projeto “MOVIMENTidade” foram mobilizados recursos materiais de outros projetos já existentes por forma a rentabilizar meios e recursos. Procurei liderar de forma motivada todas as intervenções autónomas que desenvolvi, ressaltando igualmente o desenvolvimento profissional e a garantia do trabalho em equipa multidisciplinar.

Enquanto mestranda foi possível acompanhar outros enfermeiros especialistas, das equipas da UCC e da USP, o que promoveu a reflexão e o reconhecimento da complementaridade de funções e os diferentes papéis de cada um para uma prestação de cuidados de excelência.

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O domínio de competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais compreende duas competências, concretamente, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e basear a prática clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Este domínio de competência foi alcançado através do envolvimento profissional e pessoal que fomentou os conhecimentos teóricos no âmbito do envelhecimento saudável, da promoção da saúde, das políticas de saúde em Portugal no âmbito do envelhecimento saudável, do processo de planeamento em saúde, entre outros.

O envolvimento profissional potenciou o desenvolvimento enquanto futura EEECESCSP, a busca incessante da mais recente evidência científica para basear a prática clínica especializada, tendo em conta a responsabilidade por ser um facilitador na aprendizagem em contexto de trabalho. Ao longo do estágio foram reconhecidos os recursos e limitações, foi trabalhada a capacidade de adaptação às diversas situações, bem como a resiliência e flexibilidade, todos estes fatores permitiram o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.

Competências específicas do EEECESCSP

O EEECESCSP apresenta um conjunto de competências específicas que lhe permitem intervir tanto de forma autónoma como colaborativa, tendo como foco a promoção da saúde das comunidades, garantir respostas adaptadas e eficazes às necessidades da população.

As competências específicas do EEECESCSP são quatro, concretamente, o estabelecimento da avaliação do estado de saúde de uma comunidade tendo por base a metodologia de planeamento em saúde, contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integra a coordenação dos programas de saúde no âmbito comunitário e fomenta a consecução dos objetivos do PNS, por último, executa e participa na vigilância epidemiologia de âmbito demográfico. Cada competência descrita apresenta as respetivas unidades de competência assim como, critérios de avaliação próprios (Regulamento n.º 428/2018).

Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

Tendo em conta as características únicas de cada comunidade, bem como a complexidade das dinâmicas e interações entre o grupo, é reconhecido a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, o EEECESCSP possui um papel essencial na realização do planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas, o que lhe permite avaliar o estado de saúde de uma

comunidade e assim implementar intervenções que visam a promoção da saúde desta (Regulamento n.º 428/2018).

Para promover o envelhecimento ativo da população idosa abrangida pela USP e UCC, tal como preconizado pelo PNS, foi desenvolvido o projeto “MOVIMENTidade”. Numa primeira fase procedeu-se à realização do diagnóstico de situação da comunidade, integrou-se nesta fase o conhecimento sobre os determinantes da saúde e a forma como estes influenciam a saúde da comunidade para identificar os determinantes dos problemas em saúde identificados no grupo e consequentemente identificar as necessidades em saúde. Nos idosos do centro de dia onde foi implementado o projeto verificou-se que os determinantes que mais influência tinham sobre os problemas identificados nos idosos eram os determinantes comportamentais, biológicos e demográficos- sociais e económicos. A integração dos determinantes de saúde na realização do diagnóstico de situação da comunidade vai potenciar os cuidados de saúde sustentáveis revelando-se, assim, a sua importância.

Após a identificação dos principais determinantes, foi estabelecida uma rede de causalidade entre os determinantes e os problemas, e assim, foram identificadas as necessidades dos idosos, foram definidos os problemas e priorizados, definindo assim as prioridades em saúde da comunidade.

Posteriormente à identificação das necessidades, foram formulados objetivos mensuráveis e tangíveis que dão resposta aos problemas dos idosos identificados como prioritário. Foram definidas as estratégias mais adequadas à consecução dos objetivos, considerando as características socioculturais dos idosos. Foi igualmente definido de forma clara e objetiva as metas a atingir e os ganhos em saúde esperados. Destaca-se o papel da estratégia, educação para a saúde, na mudança de comportamentos dos idosos.

Após a definição dos objetivos e das estratégias mais adequadas à consecução dos mesmos, foi elaborado o projeto “MOVIMENTidade”, posteriormente procedeu-se à preparação da execução, nesta etapa foram delineadas as atividades a serem implementadas, foi também tido em consideração os recursos disponíveis, sendo que em todas as atividades os recursos foram

otimizados. Teve ainda em atenção as orientações estratégicas das políticas de saúde mais concretamente preparar e antecipar o futuro através da promoção e proteção da saúde (DGS, 2020).

Na etapa de execução do projeto “MOVIMENTidade” alguns dos procedimentos adotados foram revistos e ajustados às características da comunidade, nomeadamente, na primeira atividade com a dinâmica “bola interativa” percebeu-se que após a apresentação de cada idoso a questão aberta acerca do tema da sessão deveria ser para todos e não realizada de forma individual, uma vez que a maioria das respostas era semelhante, nas atividades seguintes a questão acerca do nome da atividade já foi colocada dirigida ao grupo. Ressalva-se a importância da mobilização e participação dos responsáveis pelo centro de dia nas intervenções implementadas, demonstrando assim o envolvimento destes no projeto implementado. Em diversos momentos da realização do projeto de intervenção foi necessário envolver e negociar com os funcionários do centro de dia no sentido de promover a participação ativa destes, mas também, para não interferir nas atividades já planeadas pelo centro dia.

No que diz respeito à avaliação do projeto de intervenção, com foco na resolução dos problemas identificados, realizou-se a monitorização da eficácia deste, foram constatados e quantificados os ganhos em saúde, mais concretamente, verificou-se que todas as metas definidas foram atingidas e algumas superadas, a mudança mais notória foi a de comportamento no que concerne à prática de atividade física pelos idosos passando de 0% para 38%.

Durante o planeamento, implementação e avaliação do projeto tornou-se evidente a importância da metodologia de planeamento em saúde para a tomada de decisão.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Outra das competências específicas do EEECESCSP é a capacitação de grupos e comunidades. Para desenvolver esta competência durante os estágios, módulo I e II, além da realização das sessões de EpS aos idosos alvo do projeto “MOVIMENTidade”, também foi possível realizar sessões de EpS dirigidas aos

estudantes do 3º ciclo do ensino básico, do ensino secundário e das crianças do jardim de infância, participando assim na liderança de processos comunitários que têm como objetivo a capacitação dos estudantes assim como, fomentar a cidadania destes.

Em todas as intervenções foram mobilizados os conhecimentos de diferentes disciplinas, mais concertadamente, na área da comunicação, a fim de assegurar a equidade para todos os grupos, tendo em atenção as necessidades de cada um dos grupos. Foi igualmente tido em consideração as especificidades culturais de cada grupo onde foram realizadas intervenções.

Foi constatada a importância da gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade através da avaliação dos diferentes projetos em que foi possível participar, assim como, a importância da adaptação das técnicas de comunicação por forma a potenciar o alcance da informação e promover o envolvimento e a participação das comunidades. A aplicação de estratégias e abordagens ativas aquando da realização das sessões de EpS fomentou a adesão e a procura de informação pela comunidade. Todas as intervenções realizadas foram documentadas, foi ainda disponibilizado a cada grupo toda a informação sintetizada e adequada. Em todas as intervenções implementadas procurou-se desenvolver materiais inovadores e adequados a cada grupo.

Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

A coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário tendo em vista a consecução dos objetivos do PNS é outra das competências específicas do EEECESCSP, esta salienta a relevância dos vários programas de saúde assim como os distintos objetivos estratégicos do PNS, salienta ainda o papel que o EEECESCSP desempenha na realização de atividades que fomentam a obtenção de ganhos em saúde da comunidade (Regulamento n.º 428/2018).

A realização do projeto “MOVIMENTidade” potenciou o desenvolvimento desta competência uma vez que, integrou tanto estratégias a nível nacional nomeadamente, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

2017-2025 e o Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023-2026) como estratégias a nível internacional mais concretamente a estratégia da OMS para uma Década de Envelhecimento Saudável (WHO, 2020a). Concomitantemente, a participação em diferentes programas, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar, permitiu participar no processo de tomada de decisão, cooperar na coordenação deste programa, o que permitiu monitorizar, analisar e interpretar os resultados obtidos, verificando assim o impacto que cada intervenção teve na consecução dos distintos Programas de Saúde.

A participação em diferentes projetos, desde a saúde escolar, à saúde do adulto e do idoso, permitiu, analisar, interpretar e esclarecer qual o impacto das intervenções de promoção da saúde em distintos contextos na execução dos programas de saúde.

Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica deve ser encarada como uma ferramenta para a compreensão, análise e interpretação de todos os fenómenos relacionados com a saúde – doença. Esta vai permitir a identificação precoce de padrões epidemiológicos e a implementação de estratégias de intervenção eficazes.

Compete à USP, entre outras, a realização da vigilância epidemiológica na sua área de abrangência. Neste âmbito a USP determinou o envelhecimento, a inatividade física e a literacia em saúde como determinantes de saúde para a população. Assim, considerou-se pertinente desenvolver um projeto no âmbito do envelhecimento saudável.

A fim de desenvolver a competência acima designada, foram várias as atividades que concorreram, i) o desenvolvimento do projeto “MOVIMENTidade”, onde foi necessário proceder à recolha de informação à interpretação de indicadores de saúde para caracterização dos idosos, realizando uma análise rigorosa e fundamentada; ii) a participação na vigilância de um vetor, o mosquito *Aedes albopictus*, onde foi promovida a sensibilização da população, reforçada a sua

literacia em saúde através da realização de uma sessão de esclarecimento sobre o mosquito, colaborou-se também na articulação com outras entidades locais nomeadamente a câmara municipal, a polícia e os bombeiros locais; iii) a participação na cobertura vacinal da população, onde foi possível identificar grupos vulneráveis bem como potenciar a adesão à vacinação; iv) participação no processo de intervenção de uma doença de notificação obrigatória após notificação de Giardíase em contexto escolar, colaborou-se no rastreio dos contactos e na implementação de medidas preventivas .

Ainda no âmbito da vigilância epidemiológica, a implementação do projeto “MOVIMENTidade” permitiu a atualização do perfil de saúde dos idosos do centro de dia.

Todas as atividades acima descritas, refletem a importância que a vigilância epidemiológica tem na promoção da saúde e na prevenção da doença assim como, a importância da resposta dos serviços de saúde face aos desafios emergentes. A adequada resposta dos serviços de saúde vai potenciar a equidade no acesso aos cuidados e assegurar uma abordagem integrada e sustentada da saúde pública. Destaca-se o papel do EEECESCSP na vigilância, acompanhamento e prevenção de surtos de doença.

Todas as atividades mencionadas no presente capítulo potenciaram o desenvolvimento de uma visão integrada e holística do papel do EEECESCSP, permitiram alargar e aprofundar a visão e os conhecimentos nas diferentes áreas de intervenção do EEECESCSP. Em ambas as unidades funcionais, foi crucial o trabalho em equipa evidenciando a importância da colaboração interdisciplinar, uma comunicação eficaz, e a prática baseada na evidência O rigor e a qualidade dos cuidados prestados foram fundamentais para o desenvolvimento das competências.

Considera-se que foram desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista bem como as competências específicas do EEECESCSP, foi evidenciada a complementaridade entre todas as competências apresentadas, assim como, a forma como estas se relacionam e influenciam.

7. CONCLUSÃO

O presente relatório, apresenta todo o percurso desenvolvido durante o estágio de natureza profissional -módulo I e II, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Contextualizando o aumento exponencial do envelhecimento populacional como uma exigência demográfica atual, e considerando, o impacto significativo que este apresenta em diversos setores da sociedade, torna-se fulcral abordar o envelhecimento populacional sob a perspetiva da promoção de um envelhecimento saudável.

A temática central abordada neste relatório centrou-se na promoção do envelhecimento saudável em centro de dia, uma vez que, no diagnóstico de situação de saúde realizado pela USP da região onde foram realizados os estágios, o envelhecimento, foi identificado como um dos principais determinantes de saúde para a população da sua área de abrangência. Para o desenvolvimento da temática foi utilizado a metodologia de planeamento em saúde. Procurou-se responder às necessidades identificadas na população idosa, contribuir para um envelhecimento saudável e consequentemente potenciar a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Fundamentado na metodologia de planeamento em saúde e articulando-a com a prática profissional, desenvolveu-se o projeto “MOVIMENTidade”. As diferentes etapas desta metodologia, fomentaram uma abordagem sistemática, conferindo ao projeto um carácter dinâmico, tendo como fim a promoção de um envelhecimento saudável dos idosos em centro de dia.

No que diz respeito aos resultados encontrados do projeto “MOVIMENTidade”, na etapa de avaliação da metodologia do planeamento em saúde, salienta-se, os resultados do domínio manter-se saudável, mais concretamente, na superação da meta “Aumentar de 0% para 10% os idosos que praticam atividade física regularmente” onde se verificou um aumento da prática de atividade física por parte dos idosos de 0% para 38%. Nos restantes domínios, a saúde mental e bem-estar e a mobilidade, revelaram igualmente resultados positivos. Todas

as metas definidas foram atingidas e algumas superadas, verificando-se assim ganhos em saúde nos domínios que sofreram intervenção.

Os resultados apresentados demonstram que as intervenções implementadas na etapa da execução da metodologia de planeamento em saúde, foram eficazes, e revelam a importância da promoção do envelhecimento saudável, bem como, a pertinência da intervenção junto da população idosa para fomentar a autonomia, prevenir doenças e promover um envelhecimento saudável. A eficiência do projeto revelou-se positiva, dado que os recursos utilizados foram adequados e maximizados para a concretização dos objetivos.

Quanto aos objetivos pessoais assim como aos objetivos de estágio, esses foram atingidos, de forma robusta e sustentada.

O estágio de natureza profissional, realizado em duas unidades funcionais distintas, permitiu não só o desenvolvimento de competências clínicas comuns e especializadas, mas também a aquisição de conhecimentos práticos fundamentais para a intervenção em saúde comunitária.

Este percurso permitiu um crescimento pessoal e profissional significativo, consolidando não só as competências técnicas e científicas, mas também as competências interpessoais, como a liderança, a resiliência e o trabalho em equipa. A reflexão crítica em todas as etapas de desenvolvimento do relatório, evidenciou a importância da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública como pilar essencial na promoção da saúde e bem-estar da população.

Esta jornada pautou-se por alguns desafios, concretamente o limite temporal do estágio o que limitou a implementação das intervenções. Considera-se que existiram alguns fatores que contribuíram para tornar este percurso mais facilitador, nomeadamente, a comunicação e a articulação entre toda a equipa envolvida, as parcerias desenvolvidas, bem como a qualidade de toda a equipa pedagógica que acompanhou o estágio. Todas as intervenções realizadas permitiram reforçar a importância do trabalho multidisciplinar e da articulação entre diferentes profissionais de saúde, de modo a garantir uma abordagem holística e integrada dos cuidados prestados.

Recomendam-se futuras intervenções na área do envelhecimento saudável, reforçando a importância da avaliação do impacto das intervenções em saúde comunitária dirigidas à população idosa, mas também o envolvimento das suas famílias e cuidadores no processo de promoção da saúde. Sugere-se igualmente um maior investimento na formação dos profissionais de saúde nesta área, por forma a fomentar o desenvolvimento de projetos semelhantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann, G. P. von, Monteiro, H., Leal, P., Brito, A. S. de, André, C., Pinto, F. Alves, G. C., & Guarda, L. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-escolar-2/>
- Azevedo, L., Riscado, P., & Maia, C. (2022). A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura. *HIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 7(1), 17-27. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/8072/1/02_A%20INFLUeNCIA%20DO%20ENVELHECIMENTO%20ATIVO%20NA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DA%20PESSOA%20IDOSA%20%e2%80%93%20REVISaO%20INTEGRATIVA%20DA%20LITERATURA.pdf
- Barbosa, R. da C., & Sousa, A. L. L. (2021). Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210141>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários & Serviço Nacional de Saúde. (2025a). *Unidade Local de Saúde ******. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/815/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários & Serviço Nacional de Saúde. (2025b). *USP ******. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/815/10039/1130122/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários & Serviço Nacional de Saúde. (2025c). *UCC ******. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/815/10039/1131256/Pages/default.aspx>
- Bonfim, C., & Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia (condições de localização, instalação e funcionamento)*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc
- Câmara Municipal ** *****. (2023). *Rede escolar – Portal da educação de ******. Câmara Municipal ** *****. <https://educacao.cm-gondomar.pt/rede-escolar>
- Camargo, E. M. de, & Añez, C. R. R. (2020). *Diretrizes da OMS para Atividade Física e Comportamento num Piscar de Olhos*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>

- Canhestro, A. & Basto, M. (2016). Envelhecer com saúde: promoção de estilos de vida saudáveis no Alentejo. *Pensar Enfermagem*, 20 (1), 27-51. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23743/1/Artigo3_27_51.pdf
- Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infecciosas Doutor Francisco Cambournac. (2024). *REVIVE 2023 - Culicídeos, Ixodídeos e Flebótomos: Rede de vigilância de vetores*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP). <http://hdl.handle.net/10400.18/9172>
- Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Regateiro, F., Elias, I., Porfírio, A., Miguel, J. P., Lopes, M., Oliveira, M., Festas, N., & Ferreira, P.S. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 – Proposta do grupo de trabalho interministerial*. Direção- Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Corselli-Norblad, L. & Strandell, H. (2020). *Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU: 2020 edition*. Eurostat. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105>
- Carvalho, N., & Duque, E. (2021). *A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo*. In E. Duque (Ed. 2021), *Diferentes abordagens do envelhecimento* (pp. 159-190). Editorial Cáritas. <https://hdl.handle.net/1822/73724>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Plano nacional de saúde 2021-2030 - Saúde sustentável: De tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf
- Decreto-Lei n.º 102/2023. (2023). *Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. Diário da República: I série (nº 215 de 2023-11-07). 4-20. Presidência do Conselho de Ministros.
- Dumith, S. C., Maciel, F. V., Borchardt, J. L., Alam, V. S., Silveira, F. C., & Paulitsch, R. G. (2019). Preditores e condições de saúde associados à prática de atividade física moderada e vigorosa em adultos e idosos no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190023>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2023). *Carta social da rede de serviços e equipamentos sociais*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. <https://www.cartasocial.pt/resultados-da-pesquisa?vt=21&tp=2107&l=13-04-00>
- Gauthier, A., Kato, P. M., Bul, K. C. M., Dunwell, I., Walker-Clarke, A., & Lamer, P. (2019). Board games for health: A systematic literature review and meta-analysis. *Games for Health Journal*, 8(2), 85–100. <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0017>

- Hayes, T., Sharma, M., Shahbazi, M., Sung, J. H., Bennett, R., & Reese-Smith, J. (2019). The evaluation of a fourth-generation multi-theory model (MTM) based intervention to initiate and sustain physical activity. *Health promotion perspectives*, 9(1), 13–23. <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.02>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. (2021). *Guião da inspeção à rede de frio dos centros de vacinação COVID-19 (CVC)*. Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/Guiao_-Inspecao_-Rede_Frio_Centros_de-Vacinacao_COVID_19.pdf
- Instituto da Segurança Social. (2010). *Manual de processos-chave centro de dia. Instituto da Segurança Social 2ª edição*. Instituto da Segurança Social. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_centro_dia_processos-chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719
- Instituto Nacional de Estatística. (2022a). *População residente (N.º) por local de residência à data dos censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. Instituto Nacional de Estatística. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022b). *Índice de dependência de jovens (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); índice de longevidade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); índice de potencialidade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013); índice de renovação da população em idade activa (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013)*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2023a). *População residente (Série longa, início 1991 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Idade; Anual*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tab0
- Instituto Nacional de Estatística. (2023b). *Indicadores de ordenamento do território*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9956&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatística. (2023c). *Estatísticas demográficas - 2022*. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=637357865&PUBLICACOESmodo=2
- Lima, S., Esteves, R., Teixeira, L., Ribeiro, F., & Magalhães, C. (2020). *Perfil de saúde dos idosos: Importância do suporte social e da funcionalidade*. In H. Pereira, S. Monteiro, G. Esgalhado, & I. Leal (Orgs.2020). 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas (pp. 609-617). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/7583>
- Lei n.º 95/2019. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da Assembleia da República: (2019). I série, (n.º 169 de 2019-09-04)
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e da saúde pública*. (1ª Edição). Lidel-Edições Técnicas.
- Minnesota Department of Health (2019). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice* (Minnesota Department of Health, Ed.; 2ª Edição). Minnesota Department of Health.
- Neto, M., Pimentel, J. P., Silva, A. C., Murjal, L., & Guerreiro, A. C. (2020). *Perfil local de saúde 2020 ACeS ******. Administração Regional de Saúde do Norte. https://dspn-observatorio.github.io/2020/A13_Gondomar/
- Nogueira, J. M. R., Cintra, M. C. V., Silva, A. R. L., Rodrigues A. L. N. (2022). *Programa de Vigilância Sanitária das Zonas Balneares Costeiras e de Transição*. Unidades de Saúde Pública dos ACES e ULS da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/10/Orientacoes-Programa-de-Vigilancia-Sanitaria-das-Zonas-Balneares-Costeiras-e-de-Transicao-Ano-2023.pdf>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Ono, S. Y. A., Rezende, M. L. B., Gomes, V. C. da S., Silva, A. C. M. da, Ferreira, A. dos S., & Ferreira, S. C. (2022). Jogo de tabuleiro sobre tuberculose como estratégia para educação em saúde. *Anais Estendidos do XXI Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital*, 1351–1355. https://doi.org/10.5753/sbgames_estendido.2022.225994
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development & European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Portugal: Perfil de

- saúde do país 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Organização das Nações Unidas. (2019). *Envelhecimento*. Organização das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal*. Organização Pan-Americana da Saúde. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52238/9789275722190_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pascoal, C., Borges, G. T., Guimarães, C., Campos, A., Padilha, A., Fonseca, G., Godinho, L., Mata, S. G., & Takara, T. M. (2023). *Diagnóstico de situação de saúde do aces de ***** 2023*. Administração Regional de Saúde do Norte. https://drive.google.com/file/d/1JGIWuEiKg8FDhps2EeiQ4vJaLFvu_d-i/view
- PORDATA. (2013). *NUTS2013*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://www.pordata.pt/Site_Static/PORDATA_NUTS2013_PT.pdf
- PORDATA. (2022). *O seu município em números! g ******. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/municipios/quadro+resumo/gondomar-823968>
- PORDATA. (2024a). *Taxa bruta de mortalidade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- PORDATA. (2024b). *População por nível de escolaridade segundo os censos (%)*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- PORDATA. (2024c). *População empregada segundo os censos: Total e por setor de atividade económica*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/db/municipios/ambiente+de+consulta/tabela>
- Portaria nº 310/2012. (2012). Reorganiza vários agrupamentos de centros de saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. Diário da República: I Série,(nº 196 de 2012-10-10).
- Regulamento nº 428/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. Diário da República: II série (n.º 135/2018 de 2018-07-16). 19354-19359. Ordem dos Enfermeiros.

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série (n.º 26/2019 de 2019-02-06). 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. (2024). Aprova o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. Diário da República: I Série (nº 9/2024 de 2024-01-12).
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10. <https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/abstract/?lang=pt>
- São José, M. J. C (2019). *Envelhecimento ativo: Um desafio para o idoso institucionalizado*. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28857>
- Silva, M. N., Godinho, C., Mendes, R., Santos, R., Silva, C. S., Marques, A., Rosa, B. A., Rodrigues, B., Encantado, J., Salavisa, M., Franco, S. (2020). *Programa nacional para a promoção da atividade física 2020*. Direção-Geral da Saúde <https://noticias.ecosaude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Rel-Exerc-Fisic-SNS-2020.pdf>
- Silva, J. C. S. da, & Bianco, G. (2020). Jogos didáticos: A formação educativa através de uma aprendizagem significativa e um currículo adaptado por projetos. *Research, Society and Development*, 9(9), e820997969–e820997969. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7969>
- Sousa L, Galante H, & Figueiredo D. (2002). EASYcare: Um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 1, 10-25.
- Sousa, L., Brandão, P., Figueiredo, D., & Cardoso, M. (2010). *EASY-Care standard Portugal 2010: Sistema de avaliação de pessoas idosas preenchimento por profissional*. Universidade de Aveiro
- Tavares, A. (1990) *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde.
- Unidade de Saúde Pública *****. (2017). *Plano local de saúde – Extensão 2020*. Administração Regional de Saúde do Norte. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2020/02/PLS_Gondomar_-extensao-2020.pdf
- Vargas-Moniz, M., & Morgado, J. (2010). Parcerias e coligações comunitárias: Potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas. *Análise Psicológica*, XXVIII, 395–409. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/267/1/AP%2028%283%29%20395-409.pdf>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy frameworks*. World Health Organization.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/%20WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1

World Health Organization (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies: A foundation document to guide capacity development of health educators*. World Health Organization <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119953>

World Health Organization. (2020a). *UN decade of healthy ageing: Plan of action 2021-2030*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true

World Health Organization. (2020b). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>