



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Mais Saber para em Consciência Escolher –  
Projeto de Intervenção Comunitária em  
Utentes de Centros Seniores num concelho da  
região do Algarve**

**Helena Isabel Realinho Bragança**

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Dias Grego Sobral  
Canhestro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Mais Saber para em Consciência Escolher –  
Projeto de Intervenção Comunitária em  
Utentes de Centros Seniores num concelho da  
região do Algarve**

**Helena Isabel Realinho Bragança**

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Dias Grego Sobral  
Canhestro

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

**Mais Saber para em Consciência Escolher – Projeto de Intervenção Comunitária em Utentes de Centros Seniores num concelho da região do Algarve**

**Helena Isabel Realinho Bragança**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

**Júri:**

**Presidente: Professor Doutor Adriano Pedro**

**Arguente: Professor Doutor Edgar Canais**

**Orientador: Professora Doutora Ana Sobral Canhestro**

Data: 22 de Julho de 2020

## EPÍGRAFE

*“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”*

*(Florence Nightingale)*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Ana Canhestro, pela orientação, aconselhamento e apoio constantes durante todo este caminho.

À Enfermeira Rita Gomes e Enfermeira Áurea Oliveira, pela orientação, disponibilidade e apoio durante os estágios. Agradeço por toda a confiança que depositaram em mim, por me motivarem a todo o instante e por me orientarem durante este percurso.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade onde foram realizados os estágios, foram para mim mais do que uma equipa, uma família.

Aos representantes e colaboradores dos Centros Seniores, a todos os parceiros do projeto e a todos os Utentes dos Centros Seniores, o meu mais profundo agradecimento por me ensinarem tanto, todos os dias e por permitirem que tudo se tornasse possível.

À Carla Pinho, Fernanda Louro, Patrícia Vitorino, Cristina Pinto, Marlene Silvestre e Sara Nobre por serem grandes companheiras nesta viagem. Grata por todo o ânimo, força e motivação que me proporcionaram.

À minha Família, que foi sempre um porto de abrigo nos melhores e piores momentos. Foi também por todos vós que avancei neste desafio, para vos dizer que me passaram valores fundamentais de trabalho e determinação. Em especial agradeço à tia Rosário, tio Eliseu, primo Alexandre por aceitarem rever os textos e por todo o apoio constante, agradeço ainda a minha mãe e ao meu irmão por tudo...

Ao Alexandre por todo o apoio e dedicação. Muito te agradeço por me acompanhares em todas as aventuras da vida e por me motivares a crescer enquanto pessoa. Sem o teu amor incondicional nada teria sido possível.

O meu mais profundo agradecimento a todos os que participaram neste percurso de crescimento!

**Bem hajam!**

## RESUMO

**Introdução:** Vive-se atualmente durante mais anos, mas com menos qualidade de vida. A adoção de estilos de vida promotores de saúde, previne doenças crónicas não transmissíveis, traduzindo-se em ganhos incalculáveis para a saúde. **Objetivo:** Capacitar para a promoção da alimentação saudável, da saúde oral e da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve. **Método:** Com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, dirigido aos utentes dos Centros Seniores. Foram aplicados questionários aos utentes e realizadas atividades lúdicas e sessões de educação para a saúde. **Resultados:** Verificou-se défice de conhecimentos sobre nutrição, sobre saúde oral e défice na prática de atividade física. A avaliação comprova que após realização de atividades lúdicas e de sessões de educação para a saúde foi possível contribuir para a capacitação e promoção da alimentação saudável, da saúde oral e da atividade física. **Conclusão:** Intervir na população sénior utilizando atividades lúdicas e sessões de educação para a saúde, permite promover de forma eficaz a alimentação saudável, a saúde oral e a prática de atividade física.

Palavras-chave: Sénior, Estilo de vida Saudável, Promoção da saúde, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Currently people live for a longer period of time, however, with less quality of life. The adoption of health promoting lifestyles prevents non-transmissible chronic diseases, translating into immeasurable health gains. **Objective:** Empowerment for the promotion of healthy eating, oral health and physical activity for users of Senior Centers in a municipality in the Algarve region. **Method:** Based on the Health Planning Methodology, a community intervention project was developed, aimed at users of the Senior Centers. Questionnaires were applied to users and recreational activities and health education sessions were held. **Results:** There was a lack of knowledge about nutrition, oral health and a deficit in the practice of physical activity. The evaluation proves that after carrying out recreational activities and health education sessions, it was possible to contribute to the training and promotion of healthy eating, oral health and physical activity. **Conclusion:** Intervening in the senior population using recreational activities and health education sessions, allows the effective promotion of healthy eating, oral health and physical activity.

Keywords: Senior, Healthy Lifestyle, Health Promotion, Community and Public Health Nursing and Nursing.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Fonte: Elaboração própria, adaptado de Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011 .....	33
Figura 2 - Região do Algarve, incluindo os concelhos da área geográfica do Barlavento (Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo). Fonte: ARS Algarve, I.P. (2017).....	37
Figura 3 - Work-Breakdown Structure (WBS) do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.....	77

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Prevalência de excesso de peso padronizada por idade (definida como IMC = 25 kg / m <sup>2</sup> ), idade 18 anos ou mais, estimativas da OMS (%) (2016). Fonte: European Health Information Gateway. Acedido a 04-06-2019, disponível em <a href="https://gateway.euro.who.int/en">https://gateway.euro.who.int/en</a>	41
Gráfico 2 - Pontuação representativa da Avaliação Global do Estilo de Vida Promotor de Saúde no Centro Sénior A.	50
Gráfico 3 – Pontuação representativa da Avaliação Global do Estilo de Vida Promotor de Saúde no Centro Sénior B.	50
Gráfico 4 – Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Atividade Física no Centro Sénior A.	51
Gráfico 5 – Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Atividade Física no Centro Sénior B.	51
Gráfico 6– Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Nutrição no Centro Sénior A.	52
Gráfico 7– Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Gestão do Stress no Centro Sénior A.	53
Gráfico 8– Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Gestão do Stress no Centro Sénior B.	53
Gráfico 9 – Respostas à pergunta “Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?” no Centro Sénior A.	54
Gráfico 10 – Respostas à pergunta “Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?” no Centro Sénior B.	55
Gráfico 11 – Respostas à pergunta “Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?” no Centro Sénior A.	56
Gráfico 12 – Respostas à pergunta “Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?” no Centro Sénior B.	56
Gráfico 13 – Respostas à pergunta “Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?” no Centro Sénior A.	57
Gráfico 14 – Respostas à pergunta “Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?” no Centro Sénior B.	57
Gráfico 15 – Respostas à pergunta “Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?” no Centro Sénior A.	58
Gráfico 16 – Respostas à pergunta “Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?” no Centro Sénior B.	58
Gráfico 17 – Respostas à pergunta “Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra?” no Centro Sénior B.	59
Gráfico 18 – Respostas à pergunta “Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada?” no Centro Sénior A.	59
Gráfico 19 – Respostas à pergunta “Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada?” no Centro Sénior B.	59

Gráfico 20 – Respostas à pergunta “Quantas vezes escova os dentes?” no Centro Sénior A. ....	60
Gráfico 21 – Respostas à pergunta “Quantas vezes escova os dentes?” no Centro Sénior B. ....	61
Gráfico 22 – Respostas à pergunta “Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?” no Centro Sénior A. ....	61
Gráfico 23 – Respostas à pergunta “Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?” no Centro Sénior B. ....	61
Gráfico 24 – Respostas à pergunta “Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral?” no Centro Sénior A. ....	62
Gráfico 25 – Respostas à pergunta “Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral?” no Centro Sénior B. ....	63
Gráfico 26 – Respostas à pergunta “Tem possibilidade de encontrar 1 profissional de saúde oral no máximo a 30 minutos do local onde vive ou local de trabalho?” no Centro Sénior A. ....	63
Gráfico 27 – Respostas à pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?” no Centro Sénior A. ....	64
Gráfico 28 – Respostas à pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?” no Centro Sénior B. ....	64
Gráfico 29 – Respostas à pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?” no Centro Sénior A. ....	65
Gráfico 30 - Percentagem de respostas certas/erradas, dos utentes dos centros seniores de um concelho de uma região do Algarve no QCN antes da intervenção comunitária .....	83
Gráfico 31 - Percentagem de respostas certas/erradas, dos utentes dos centros seniores de um concelho de uma região do Algarve no QCN depois da intervenção comunitária.....	84

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População residente por grandes grupos etários no Município X e na região do Algarve nos anos 2011, 2016 e 2017. Fonte: Adaptado de PORDATA Website (2019). Acedido a 10 de junho de 2019, disponível em <a href="https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambie">https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambie</a> .....	39
Tabela 2 - População residente com 15 ou mais anos por sexo, grupo etário e momento da última consulta com dentista, NUTS II, 2014. Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014 (2016). Acedido a 05-06-2019 em <a href="https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&amp;xpgid=i">https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&amp;xpgid=i</a> .....	42
Tabela 3 - Número de indivíduos que utilizaram Cheques-Dentistas desde 2008 até 2015 em Portugal. Fonte: DGS, (2015b). .....	43
Tabela 4 - População residente na Região do Algarve com 15 ou mais anos por sexo e momento da última consulta com dentista, NUTS II, 2014. Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014 (2016). Acedido a 05-06-2019 em <a href="https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE">https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE</a> .....	44
Tabela 5 - Determinação de Prioridades pelo Método de Hanlon (Elaboração Própria).....	67
Tabela 6 - Determinação de Prioridades pelo Método de Comparação por Pares (Elaboração Própria).....	68
Tabela 7 - Objetivos do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher" (Elaboração própria).....	70
Tabela 8 - Indicadores de estrutura e processo do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher" (Elaboração própria). .....	71
Tabela 9 - Indicadores de resultado do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher" (Elaboração própria). .....	72
Tabela 10 - Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia .....	74
Tabela 11 - Gestor, equipa de gestão e equipa de execução do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher .....	75
Tabela 12 - Parceiros do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher .....	76
Tabela 13 - Avaliação da adequação dos recursos futuros – gestão de risco do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.....	78
Tabela 14 - Revisão das estratégias e dos objetivos do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher. ....	79
Tabela 15- Atividades formativas a desenvolver no Projeto e sua descrição .....	81
Tabela 16 - Avaliação de Indicadores de atividade (Elaboração própria).....	83
Tabela 17 - Avaliação de Indicadores de resultado (Elaboração própria).....	86

## ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

### ANEXOS

Anexo I – Escala Health Promoting Lifestyle Profile II Versão Portuguesa.....	109
Anexo II – HPLP II - Scoring Instructions .....	113
Anexo III – Questionário de conhecimentos nutricionais original.....	115
Anexo IV – Questionário de conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral .....	120

### APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização para utilização do questionário de conhecimentos nutricionais [QCN] versão reduzida 2 de Souza, J (2009) .....	127
Apêndice II – Autorização para utilização da Escala Health Promoting Lifestyle Profile II, Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe (2015) .....	129
Apêndice III – Pedido de Autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre .....	131
Apêndice IV – Pedido de Autorização de Implementação do Projeto e respetivo parecer da Coordenadora dos Centros A e B .....	140
Apêndice V – Parecer do Presidente dos Centros Seniores C e D para colheita de dados e Implementação do Projeto .....	143
Apêndice VI – Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação.....	145
Apêndice VII – Questionário de conhecimentos nutricionais adaptado .....	148
Apêndice VIII – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos com a Aplicação da Escala HPLP II Versão Portuguesa Adaptada.....	152
Apêndice IX – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos com a Aplicação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais Versão Reduzida 2 Adaptado .....	157
Apêndice X – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos com a Aplicação do Questionário de Conhecimentos e Atitudes Relacionadas com a Saúde Oral .....	164
Apêndice XI – Planos das reuniões com parceiros, plano de formação global, planos das atividades e cronograma do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher .....	185
Apêndice XII - Previsão de Recursos Materiais e Humanos e estimativa de custos do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.....	203
Apêndice XIII - Tabela de Monitorização do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher .....	210
Apêndice XIV - Folha de presenças do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher .....	213
Apêndice XV - Questionário de satisfação das atividades do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher. ....	215
Apêndice XVI – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura .....	217

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde  
APA – American Psychological Association  
APN – Associação Portuguesa de Nutrição  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
EAP – Estrutura Analítica de Projetos  
ENPAF – Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde  
HPLP II – Health Promotion Lifestyles Profile II  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
NKQ – Nutritional Knowledge Questionnaire  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
QCN – Questionário de Conhecimentos Nutricionais  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados  
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
USP – Unidade de Saúde Pública  
WBS – Work-Breakdown Structure  
WDF – World Dental Federation  
WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
1.1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....	18
1.1.1. O processo de Envelhecimento e a Alimentação .....	21
1.1.2. O processo de Envelhecimento e a Saúde Oral .....	23
1.1.3. O processo de Envelhecimento e a prática de Atividade Física.....	26
1.2. ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SAÚDE E LITERACIA .....	27
1.3. MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER – PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	31
<b>2. METODOLOGIAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	<b>36</b>
2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE .....	36
2.1.1. Caracterização do contexto .....	37
2.1.2. Estado de saúde .....	40
2.1.3. População-alvo .....	44
2.1.4. Considerações éticas .....	46
2.1.5. Instrumentos, técnicas e procedimentos .....	47
2.1.6. Apresentação e análise de dados.....	50

2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	66
2.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	69
2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	72
2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL, IMPLEMENTAÇÃO E INTERVENÇÃO .....	75
<b>2.5.1. Previsão de recursos.....</b>	<b>81</b>
2.6. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO .....	81
<b>3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>126</b>

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, é elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e relata os acontecimentos ocorrentes durante a elaboração de um projeto de intervenção comunitária, desenvolvido no estágio realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no distrito de Faro, no período entre 20 de maio de 2019 e 31 de janeiro de 2020.

A UCC onde o estágio decorreu é uma unidade funcional, que presta cuidados na comunidade, numa área geográfica de abrangência de 88,25 Km<sup>2</sup>, com uma população residente de 22748 habitantes e uma densidade populacional de 257,8 habitantes/Km<sup>2</sup> (Instituto Nacional de Estatísticas, 2019b). Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, a unidade funcional em questão, tem uma população de 23606 utentes abrangidos pela sua prestação de cuidados na comunidade (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Trata-se de uma população com grande diversidade cultural, étnica e socioeconómica, uma vez que se trata de um destino turístico. Analisando a percentagem de alojamentos familiares, segundo forma de ocupação no ano 2011, no concelho em questão, 46% dos alojamentos eram de residência secundária (Instituto Nacional de Estatística, 2011), o que significa que o número de habitantes, bem como as suas características socioeconómicas, podem variar ao longo do ano.

Aquando da primeira reunião de trabalho realizada com a equipa de peritos da UCC, foi possível verificar uma preocupação pela intervenção comunitária na área da Saúde Oral e da Alimentação Saudável, na população idosa em particular. A equipa de saúde sentia que havia défice de saúde oral e de realização de uma alimentação saudável, por parte da população idosa, o que se traduzia num impacto negativo na qualidade de vida destes seniores. Neste sentido, e avaliando os dados epidemiológicos referentes às duas áreas mencionadas, é possível verificar que houve a necessidade de internamento na Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. em 2016, quer por diagnóstico de obesidade, quer por doenças dos dentes e das gengivas. No Plano Local de Saúde foram identificadas como principais necessidades/determinantes de saúde da população da área do ACeS Barlavento a diminuição da morbilidade e mortalidade associada às doenças dos dentes e gengivas e à diminuição do excesso peso/obesidade. O aumento da atividade física regular enquanto determinante de saúde, também foi um dos objetivos planeados para a promoção da saúde da população do ACES em questão (Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P., 2017).

Documentos como a Carta de Ottawa para Promoção da Saúde de 1986, salientam a importância de promover os estilos de vida saudáveis de forma a prevenir doenças e promover a saúde. A adoção de estilos de vida saudáveis, influencia de forma positiva a saúde, particularmente na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, traduzindo-se deste modo em ganhos incalculáveis para a saúde. A adoção destes estilos de vida, deve ser realizada pelo indivíduo, famílias e toda a comunidade, demonstrando uma atitude proativa de cada pessoa para com a sua saúde. Para que a adoção de estilos de vida saudáveis aconteça, é essencial aumentar a literacia em saúde, de forma a capacitar e ativar as comunidades para que estas possam tomar decisões críticas e conscientes face às suas opções de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Dos países europeus, Portugal é onde se vive, em média, até mais tarde, contudo, “é um dos países onde se vive com pior saúde durante mais anos. Os estilos de vida e comportamentos de saúde continuam a ser os principais fatores de risco para a perda de anos de vida saudável” (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018, p. 12). Entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), referem que é essencial desenvolver projetos e estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis, de forma a obter ganhos em saúde, promover o bem-estar social e económico da população e reduzir as desigualdades (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018).

Posto isto, e com base na metodologia do planeamento em saúde, foi elaborado o projeto de intervenção comunitária com o nome “Mais Saber para em Consciência Escolher”, com o objetivo geral de capacitar para a promoção da alimentação saudável, da saúde oral e da prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve. Como objetivos específicos espera-se aumentar os conhecimentos sobre nutrição, promover a saúde oral e promover a prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.

A população alvo deste projeto foram todos os utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve, que para além de estarem inscritos e atenderem aos critérios de inclusão e exclusão previamente elaborados, participassem ativamente e regularmente nas atividades desenvolvidas pelos vários Centros Seniores. Para verificar a existência de necessidade de intervenção nesta população, foram aplicados instrumentos de colheita de dados com o intuito de avaliar os seus conhecimentos nutricionais, os seus conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral e se os seus estilos de vida eram ou não promotores de saúde na sua globalidade nas diversas dimensões que este abrange.

Com a aplicação destes instrumentos, foi possível identificar e comprovar a existência de necessidade de intervenção sugerida pelos peritos da UCC, quer na área a alimentação, quer na área da saúde oral, uma vez que se verificou défice nos conhecimentos nutricionais e de saúde oral. Para além destes diagnósticos, é possível verificar défice acentuado na prática de atividade física. Perante estes diagnósticos foram determinadas estratégias de intervenção com base na promoção da saúde e educação para a saúde, de forma a alcançar os objetivos previamente traçados de aumentar os conhecimentos sobre nutrição, promover a saúde oral e promover a prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.

Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido visou ajudar os utentes a alcançarem o seu potencial de saúde máximo, procurando aumentar a excelência no exercício profissional. Neste sentido, o projeto é imperativo para criar oportunidades para a promoção de estilos de vida saudáveis e para o “fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp. 14-15).

No decurso dos estágios realizados na UCC, um conjunto de atividades foram planeadas, executadas e avaliadas, sendo que o presente relatório de estágio relata e descreve todo esse processo, tendo por base o objetivo de alcançar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros, onde o enfermeiro tem de avaliar o estado de saúde de uma comunidade, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, contribuir para “o processo de capacitação de grupos e comunidades”, coordenar “Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, e realizar e cooperar “na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 8667).

O presente documento encontra-se dividido em três grandes capítulos. O primeiro capítulo irá contemplar o enquadramento teórico, onde se aborda o processo de envelhecimento, os estilos de vida promotores de saúde e a sua importância no processo de saúde/doença, nomeadamente na área da alimentação, da saúde oral e da prática de atividade física. A literacia e a promoção da saúde também serão abordadas ao longo deste capítulo, realçando a importância da promoção da saúde para o aumento da literacia em saúde, para a autoconsciencialização de cada indivíduo relativamente às suas atitudes de saúde e para a importância da tomada de decisão por parte do indivíduo enquanto responsável pela sua saúde e pela saúde coletiva. O modelo teórico que está na base da seleção das várias estratégias de intervenção comunitária do projeto desenvolvido, é a teoria da Promoção da saúde de Nola Pender, que finalizará o capítulo do enquadramento teórico sustentando a importância da promoção da

saúde para a adoção de comportamentos saudáveis, que estão na base da adoção de estilos de vida promotores de saúde.

O segundo grande capítulo descreve sucintamente o local de estágio e relata como o projeto de intervenção comunitária passou pelas várias etapas da metodologia de planeamento em saúde, nomeadamente o diagnóstico da situação, determinação de prioridades, definição de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, monitorização e avaliação. O terceiro e último capítulo, apresenta uma autorreflexão crítica sobre as ações desenvolvidas durante os estágios, nomeadamente sobre os benefícios da formação académica, quer a nível prático, quer a nível teórico, para a aquisição das mais variadas competências de grau de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Durante a elaboração do relatório de estágio, foram respeitadas as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, tendo-se em consideração as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde (2.<sup>a</sup> Versão) e a norma de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA) - 6.<sup>a</sup> edição.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Basear as intervenções de enfermagem em evidências científicas e bibliografia atual é imprescindível para a qualidade dos cuidados prestados às comunidades e pessoas. Por esta razão, e com o intuito de contextualizar a temática central do projeto de intervenção comunitária, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, sobre os estilos de vida promotores de saúde, nomeadamente a alimentação, a higiene oral e a prática de atividade física nos idosos, abordamos ainda a literacia em saúde e a teoria da promoção da saúde de Nola Pender, que será o modelo teórico de base do projeto desenvolvido.

### 1.1. PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é progressivo e está presente ao longo de todo o ciclo vital do ser humano, razão pela qual, não é possível impor limites ao início deste processo, como se o mesmo se iniciasse a partir de uma determinada idade concreta. O conceito de envelhecimento para a sociedade portuguesa está intimamente relacionado com uma fase específica do ciclo de vida do ser humano, a fase da velhice, que surge com o início da reforma, habitualmente aos 65 anos de idade (Ferreira., 2015). Também o Instituto Nacional de Estatística [INE] considera idoso em Portugal, a pessoa com 65 anos ou mais.

O termo idoso na generalidade contempla três grupos etários: os jovens-idosos com idades entre os 65 anos e os 74 anos, os meio-idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos e os idosos com 85 anos ou mais (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010).

Envelhecer varia de pessoa para pessoa, e o seu processo “não pode ser definido como algo homogêneo, linear ou reduzido a certo ‘economismo” (Silva & Silva, 2017, p. 118), ele está correlacionado com diversos fatores como é o caso do contexto social, variando no espaço e no tempo (Silva & Silva, 2017).

O envelhecimento pode ser cronológico e biopsicológico. O envelhecimento cronológico refere-se ao aumento da idade do indivíduo, sendo este processo “universal, inevitável e progressivo” (Coelho, 2016, p. 17) e está associado ao desenvolvimento natural do ser humano e às inúmeras alterações orgânicas que lhe estão associadas. O envelhecimento biopsicológico é de difícil definição por variar de pessoa para pessoa, no entanto pode dizer-se que depende de inúmeros fatores como a genética, o género, os estilos de vida que a pessoa adotou durante a sua vida, as vivências e hábitos, e até mesmo da sociedade em que o

indivíduo se insere. É por isso difícil referir com exatidão quando se inicia este processo de envelhecimento, quem são as pessoas idosas e quando é que se é considerado idoso (Coelho, 2016).

O envelhecimento não é então apenas um processo progressivo, natural, fisiológico, dinâmico e irreversível, que se inicia desde o momento do nascimento do ser humano até a sua morte. Apesar de o envelhecimento ser transversal a todos os seres humanos especificamente, este processo é individual, variando de pessoa para pessoa, sendo um acontecimento pessoal e individual (Ferreira., 2015). Envelhecer varia também de acordo com vários fatores, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, económicos, políticos, sociais, demográficos e culturais (Silva & Silva, 2017).

De acordo com a OMS, encontramos-nos numa era onde o local também é global e surgem constantemente novos desafios muitas vezes inesperados. Um desses novos desafios é o envelhecimento da população, que está a ocorrer de forma acelerada. O facto de a esperança média de vida estar a aumentar, tem consequências profundas para os sistemas de saúde, para os seus orçamentos e para todos os trabalhadores de saúde. Refere ainda que o processo de envelhecimento está muitas vezes associado à existência de múltiplas comorbidades, no entanto atualmente ser idoso não implica ser dependente (Organização Mundial de Saúde, 2015)

A resposta aos desafios que o envelhecimento e a longevidade populacional nos trouxeram, encontra-se na promoção de um envelhecimento ativo e saudável, ao longo de todas as fases do ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, 2017b). Envelhecimento ativo, é quando o idoso participa de forma continua na sua vida social, cívica, económica, cultural e espiritual, não querendo apenas representar atividade física ou profissional. Envelhecer ativamente passa por otimizar as oportunidades para a promoção da saúde, participação e segurança, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população que envelhece (Organização Mundial de Saúde, 2015).

O conceito de envelhecimento ativo procura ser mais abrangente do que envelhecimento saudável, tendo como finalidade reconhecer que para existir um envelhecimento ativo é primordial ter em consideração um grande leque de fatores que vão influenciar e determinar a forma como cada indivíduo/população envelhece, nomeadamente a nível individual, coletivo, familiar, social, ambiental, climático, de desenvolvimento ou conflito (Quintela, 2019)

O envelhecimento ativo assenta então em três grandes bases, a saúde, a participação e a segurança. A saúde porque sem esta, torna-se difícil de haver participação e a falta desta participação, envolvimento e reconhecimento social afeta negativamente a saúde, podendo levar a quadros de depressão, isolamento e outras doenças. A segurança é a última base e

previne acidentes, quedas, abusos, violência, maus-tratos, desconsideração, abandono e discriminação que quando ocorrem, afetam a autoestima e a autorrealização da pessoa devastando gravemente a sua saúde (Quintela, 2019)

A qualidade de vida está intimamente ligada ao envelhecimento ativo e o seu conceito varia de pessoa para pessoa, uma vez que este representa a percepção que um indivíduo possui sobre a sua posição face a vida, num contexto cultural e de valores em que está inserido. Reflete a percepção face aos seus objetivos, expectativas e preocupações (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A qualidade de vida da população pode ser melhorada através da intervenção em fatores de risco passíveis de serem alterados, como por exemplo os hábitos tabágicos, hábitos alimentares, estilo de vida sedentário e que estão relacionados com os nossos comportamentos. Os estilos de vida sendo eles considerados saudáveis ou não, variam de pessoa para pessoa e dependem muitas vezes das características globais não apenas da pessoa que o adota, mas também do meio onde esta se insere. Os estilos de vida são um conjunto de comportamentos que adotamos e esses comportamentos são influenciados pelos valores, cultura, crenças, religião, fatores socioeconómicos, sociais e geográficos, entre outros (Figueiredo, 2015).

O grande desafio associado ao processo de envelhecimento é que, no decorrer do mesmo, existe uma relação estreita entre aquilo que é fisiológico e aquilo que é patológico (Stott & Quinn, 2013). Sabe-se que esta fase do ciclo de vida está associada a padrões básicos característicos, como, as alterações na composição química do organismo, nomeadamente a diminuição da percentagem de massa corporal, o aumento da percentagem de gordura e da rede de tecidos de colagénio, existindo um processo degenerativo contínuo. Existe menor capacidade de adaptação as mudanças ambientais e são mais vulneráveis a variadas doenças, levando assim a um aumento da mortalidade nesta população (Monahan et al., 2010).

É essencial que o profissional de saúde esteja desperto para as alterações fisiológicas recorrentes do processo de envelhecimento para que adapte a sua intervenção, neste caso no âmbito da implementação de um projeto de intervenção comunitária, tendo em conta as características da população alvo. Neste contexto, todas as alterações fisiológicas por envelhecimento vão influenciar a participação do indivíduo no projeto, no entanto aquelas que mais devem ser foco de atenção centram-se no sistema orgânico músculo-esquelético, sistema nervoso, sistema cardiorrespiratório, visão e audição (Monahan et al., 2010).

Tendo em conta as alterações que ocorrem no sistema orgânico músculo-esquelético, é essencial compreender que o idoso pode apresentar diminuição da força e agilidade, diminuição da mobilidade e limitações na amplitude de movimentos. Perante isto, é essencial adaptar

as atividades no âmbito do projeto para que todos possam realizar as mesmas com sucesso, optando por atividades que não necessitem de uma grande performance neste sistema orgânico.

No que diz respeito as alterações que ocorrem ao nível do sistema nervoso, o idoso apresenta diminuição do tempo de resposta e reação, necessitando de mais tempo para a realização dos processos cognitivos, sendo, portanto essencial adaptar o tempo necessário a realização de atividades no geral. No âmbito do sistema cardiorrespiratório, o envelhecimento tem como consequência muitas vezes a presença de dispneia aquando da realização de esforços físicos e existe um aumento na pressão arterial sistólica. A nível da visão e audição, a pessoa idosa apresenta na maioria das vezes diminuição da acuidade auditiva e visual, bem como maior dificuldade em ver no escuro, em distinguir diferentes cores e o aumento do tempo de reação auditiva (Monahan et al., 2010).

É então essencial, que o enfermeiro especialista tenha todas estas características específicas da pessoa idosa presentes, durante a elaboração de um projeto de intervenção comunitária, para que este seja adaptado as características e necessidades desta população tão específica. Caso o profissional de saúde não adeque todo o planeamento do projeto às características da sua população alvo, pode pôr em causa o sucesso do mesmo, uma vez que a população poderá ter dificuldade em participar nas atividades planeadas.

### **1.1.1. O processo de Envelhecimento e a Alimentação**

A realização de uma dieta não saudável, é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis. A presença cada vez maior de substâncias como o açúcar, o sal, e os ácidos gordos transaturados na alimentação das populações, são alguns dos constituintes dietéticos que se relacionam com o aparecimento de doenças cardiovasculares, cancro e diabetes (World Health Organization, 2018).

O aumento do teor de açúcar, sal e gorduras transaturados na alimentação diária dos indivíduos, está relacionada com o aumento cada vez maior da globalização e urbanização da indústria alimentar, trazendo consigo alterações significativas para a Europa e consequentemente para Portugal. Atualmente o consumo de alimentos processados encontra-se muito elevado e verifica-se uma diminuição acentuada no consumo de fibras (World Health Organization, 2018). Empoderar as populações, neste caso a população idosa com conhecimentos sobre como realizar uma alimentação equilibrada, com consumo de sal, açúcar e gorduras transaturados reduzido ou até mesmo ausente é muito importante para que se possa

diminuir o risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis e consequentemente aumentar a qualidade de vida.

O ser humano, durante o processo de envelhecimento sofre um conjunto de alterações morfológicas, psicológicas, bioquímicas e funcionais que vão influenciar a alimentação e consequentemente o estado nutricional da pessoa. Um estado nutricional desajustado num indivíduo idoso, contribui consideravelmente para que ocorra o aumento da incapacidade física e psicológica, bem como para o aumento da morbilidade e mortalidade, levando consequentemente a um défice de qualidade de vida (Barbosa., 2013).

A população idosa depara-se com um conjunto de fatores dificultadores da realização de uma alimentação adequada. O facto de a população idosa na sua maioria contactar com a solidão, com o isolamento social e com dificuldades na preparação de refeições, muitas vezes traduz-se numa diminuição da ingestão alimentar. O idoso por vezes encontra-se só, isolado da sociedade, traduzindo-se num sentimento de tristeza levando a diminuição da vontade de se alimentar. Também as alterações a nível músculo-esquelético podem comprometer a sua capacidade para cozinhar, levando a que consumam alimentos pré feitos ou mesmo levando a que não consumam qualquer alimento cozinhado (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019).

A má absorção de alimentos, dificuldades na deglutição, diminuição da capacidade dos sentidos olfato e paladar e o défice de peças dentárias, são fatores que também contribuem para o desenvolvimento de graves carências nutricionais no idoso, contribuindo deste modo para o aumento da sua incapacidade física, aumentando a mortalidade e morbilidade e diminuindo a sua qualidade de vida (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019).

Durante o processo de envelhecimento, é frequente o desenvolvimento de patologias (diabetes mellitus, a hipertensão arterial, patologias renais e hepáticas e dislipidemia), que necessitam de uma alimentação específica para que permaneçam controladas. Neste caso, o acompanhamento por parte de um nutricionista e dietista, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários é essencial, uma vez que muitos idosos não têm conhecimentos sobre quais os alimentos mais indicados para consumirem de acordo com a patologia (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019). O enfermeiro deve então cooperar com estes especialistas e promover o conhecimento desta população relativamente às escolhas alimentares mais adequadas à sua situação clínica.

Como já foi descrito anteriormente no processo de envelhecimento, este está repleto de alterações fisiopatológicas, fazendo com que a população idosa seja mais vulnerável a alterações no estado nutricional. É essencial ajustar particularmente o consumo de ácidos gordos

essenciais, cálcio e vitaminas, uma vez que a ingestão, absorção e excreção dos alimentos e nutrientes se encontra comprometida (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019).

A alimentação do idoso deve então seguir as recomendações para uma alimentação saudável, nomeadamente (Ferreira, Gregório, Santos, & Graça, 2017):

- Promoção do consumo adequado de hortofrutícolas;
- Restrição do consumo energético total, adequando este às necessidades reais;
- Promoção do consumo de cozidos e grelhados, evitando os fritos e os refogados;
- Promoção da realização de 5 a 6 refeições/dia, distribuindo de forma equilibrada o valor energético pelas refeições;
- Promoção da ingestão de líquidos, preferencialmente de água;
- Promoção do equilíbrio no consumo de hidratos de carbono e proteínas de origem vegetal e animal;
- Restrição no consumo de gorduras de origem animal, preferindo as gorduras de origem vegetal;
- Restrição do consumo de sal, açúcar, condimentos fortes e bebidas alcoólicas;
- Reforço da importância do consumo do pequeno-almoço e das refeições intercalares como o lanche da manhã e tarde.

### **1.1.2. O processo de Envelhecimento e a Saúde Oral**

A saúde oral é parte integrante da saúde global do ser humano e possuir um elevado índice de saúde oral é um direito fundamental. O enfermeiro deve prestar cuidados de saúde em complementaridade com os profissionais de medicina dentária, para que a intervenção dirigida à população nesta área específica seja de máxima qualidade. É essencial destacar a importância da saúde oral, para que as políticas de saúde sejam direcionadas também para este nível de cuidados (Glick, et al., 2012).

Em Portugal, ainda existem muitas e pesadas desigualdades entre os cidadãos, comprometendo assim as oportunidades de melhorar a saúde oral dos mesmos. As desigualdades verificam-se consideravelmente no acesso a cuidados de saúde oral, muitas vezes inexistentes para grande parte da população. O facto de os tratamentos dentários apresentarem um custo elevado em muitos locais, faz com que a população com menos recursos económicos não seja capaz de recorrer a tratamentos ou vigilância da saúde oral (Glick, et al., 2012).

A saúde oral em Portugal tem ainda um longo caminho por percorrer, no entanto já se iniciaram os primeiros passos, com a integração de médicos dentistas e higienistas orais nos centros de saúde e hospitais. É necessário estabelecer um acordo entre o Estado e o privado

para que seja possível o financiamento de consultas de saúde oral principalmente na população mais vulnerável. As necessidades da população portuguesa vão muito além daquilo que atualmente se encontra disponível no que diz respeito aos cuidados de saúde oral, uma vez que a população mais vulnerável é apenas uma parcela da totalidade da população, havendo um grande número de pessoas que não é abrangida (Silva, 2019)

Centrar os cuidados na prevenção da doença e na promoção da saúde oral é essencial para dar resposta à crescente procura por parte das organizações não governamentais, para que se reduzam as desigualdades sociais nesta área da saúde, e para assistir a comunidade a alcançar o estado de saúde global através do contributo da saúde oral (Glick, et al., 2012).

A World Dental Federation [WDF], define cinco áreas prioritárias para concretizar a sua visão até ao ano 2020, sendo que dar resposta à crescente necessidade e procura de cuidados de saúde oral e atenuar o impacto das desigualdades socioeconómicas são das mais relevantes (World Dental Federation, 2019).

Existem dois grupos de população com comportamentos distintos face à saúde oral, os que têm recursos económicos e possibilidade para aceder às consultas de saúde oral, conseguindo desta forma possuir uma saúde oral satisfatória, e os que por falta de recursos económicos ou informação colocam a saúde oral em segundo plano, atribuindo menos importância do que às restantes áreas da saúde. Devido a este défice de cuidados com a saúde oral, 11% da população portuguesa não possui seis dentes ou mais, o que prejudica bastante a saúde não só oral, mas também a sua saúde global. O facto de estes indivíduos possuírem menos peças dentárias do que aquilo que seria considerado saudável e anatómico, faz com que haja défice na capacidade de mastigação, comprometendo assim a ingestão, digestão e absorção dos alimentos e nutrientes (Silva, 2019).

O peso global das doenças crónicas não transmissíveis é alto, com 40 milhões de mortes por ano a nível mundial, incluindo 15 milhões de mortes em indivíduos com menos de 70 anos de idade, no entanto apenas 1% do financiamento global para a área da saúde se destina a prevenção destas doenças (Tangcharoensathien, et al., 2018)

A evidência científica estabelece uma associação entre a doença oral e as principais doenças não transmissíveis, uma vez que os fatores de risco para o desenvolvimento destas são comuns. Existem indicadores que apontam para o facto de a existência de doença oral ser por si só, um fator de risco para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis. Há uma relação entre mais de 100 doenças sistémicas e manifestações orais, nomeadamente no caso da diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, cancro ou défices nutricionais (Glick, et al., 2012).

Esta relação que se encontra estabelecida entre as doenças orais e as doenças não transmissíveis tem vindo a preocupar as organizações mundiais e nacionais de saúde, havendo a construção de Programas e projetos direcionados para a promoção e prevenção na saúde oral. As doenças orais representam um encargo relevante para muitos países e partilham fatores de risco comuns com as doenças não transmissíveis, beneficiando, portanto, de abordagens semelhantes às que realizam para o controlo e prevenção destas doenças (Organização das Nações Unidas, 2011).

O idoso, devido a todas as suas características fisiológicas específicas possui menor capacidade para renovar o epitélio bucal, fazendo com que estes fiquem mais facilmente expostos a fatores de agressão como é o caso do álcool, consumo medicamentoso, défice nutricional, entre outros (Silva, et al., 2018). O idoso fica então mais suscetível a desenvolver doenças dos dentes e gengivas, havendo por isso uma necessidade emergente de intervenção comunitária por parte de equipas multidisciplinares da área da saúde.

Desde o ano 2008 que, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, se preconiza a realização da promoção, prevenção e tratamentos básicos em grupos de risco, nomeadamente aos Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, identificados como grupo específico de baixos rendimentos, Mulheres grávidas, Crianças e Adolescentes dos 3 aos 16 anos, Utentes do SNS portadores do Vírus de Imunodeficiência Humana e Indivíduos com o diagnóstico precoce do cancro oral.

A estes grupos descritos anteriormente é atribuído um cheque-dentista para que possam beneficiar dos cuidados de saúde oral. Os dentistas atendem os utentes nas suas clínicas ou consultórios privados e cada grupo vulnerável selecionado tem um programa específico para ser cumprido pelo utente e pelo dentista (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

Segundo o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, foram identificados um conjunto de problemas relacionados com a saúde oral nos idosos, o que pressupõe a adoção de soluções de médio/longo prazo. A intervenção deve passar pela implementação de programas de prevenção da doença periodontal direcionados para adultos, e deve ter início o mais precocemente possível. Neste âmbito devem também ser desenvolvidas estratégias que facilitem o acesso aos cuidados e reabilitação da saúde oral de um número crescente de idosos e que assentem em rigorosos critérios de equidade e de utilização dos recursos disponíveis (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

### **1.1.3. O processo de Envelhecimento e a prática de Atividade Física**

Praticar atividade física é muito importante para a promoção da saúde e bem-estar das comunidades e previne o desenvolvimento de várias doenças crónicas não transmissíveis. Atualmente a maioria das sociedades europeias apresentam estilos de vida sedentários. A evidência científica comprova que praticar atividade física “reduz as taxas de doença coronária, hipertensão arterial, acidente vascular-cerebral, síndrome metabólico, diabetes tipo II, cancro da mama, cancro colorretal, depressão e queda” (Direção-Geral da Saúde, 2017b, p. 5).

Os custos de saúde e de produtividade são muito mais altos, em sociedades com níveis de atividade física mais baixos, quer seja devido à procura de cuidados de saúde por doenças potenciadas pelo sedentarismo, quer devido ao absentismo ou défice de produtividade devido a estas patologias (Direção-Geral da Saúde, 2017b). Estima-se que os custos anuais da inatividade física em Portugal, sejam de 900 milhões de euros (World Health Organization, 2015).

O processo de envelhecimento acarreta um conjunto de alterações, sendo que a nível físico, o idoso possui maior probabilidade de apresentar défice de massa muscular. A atrofia muscular no idoso tem implicações diárias na qualidade de vida do mesmo, dificulta a marcha, aumenta o risco de queda e conseqüentemente de fraturas. A prática regular de atividade física é muito importante, para que se previna e reduza a perda degenerativa da massa muscular (Oliveira, Oliveira, Bonilha, Souza, & Barbosa., 2019).

Praticar de forma regular atividade física de intensidade moderada, pode aumentar a esperança média de vida até 5 anos. Existem inúmeros benefícios para a população idosa na sua prática, como a prevenção de doenças crónicas, melhora a coordenação motora, a flexibilidade e a resistência. Para a saúde mental, também se observam muitos benefícios, bem como para as funções cognitivas, promovendo a independência na realização das mais variadas atividades diárias, melhorando na generalidade a qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Analisando a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar (ENPAF), um dos eixos estratégicos foca a adoção de medidas que reduzam o sedentarismo e que aumentem a prática de atividade física ao longo de todas as fases do ciclo vital. Como objetivo número um, deve ser promovida a prática de atividade física, através da potencialização de oportunidades de redução do sedentarismo, promovendo a prática de atividade física através da “promoção, comunicação e educação para a saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2017b, p. 20).

A prática de atividade física no idoso deve ser realizada de forma progressiva, quer em relação à duração, quer em relação à intensidade dos exercícios. É importante que o idoso não suspenda a respiração durante a realização dos exercícios a fim de prevenir o aumento da tensão arterial. O aquecimento dos músculos previamente à realização da atividade concreta deve sempre existir. De acordo com a atividade, é necessário ter em atenção a utilização de equipamento de proteção individual, como capacete, joelheiras, calçado adequado, de acordo com a necessidade. A hidratação durante a prática de exercício físico deve ser promovida. Os idosos devem realizar atividades que promovam a sua resistência, que aumentem o ritmo respiratório e cardíaco, que aumentem a força muscular, a flexibilidade e o equilíbrio, como a realização de caminhadas por exemplo. O período de tempo total que deve ser despendido diariamente é de 30 minutos, podendo dividir-se em períodos mais curtos de 10 minutos (Direção-Geral da Saúde, 2019).

## 1.2. ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SAÚDE E LITERACIA

Os estilos de vida ditos saudáveis, assentam em comportamentos promotores de saúde, que são comportamentos que um determinado indivíduo adota e que visam promover, proteger e manter a sua saúde, de forma ativa, maximizando a sua capacidade de autonomia nas mais variadas áreas do autocuidado, traduzindo-se deste modo num sentimento de satisfação e realização, melhorando a sua saúde e a capacidade funcional ao longo de todo o ciclo vital (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). A OMS diz-nos que um comportamento de saúde, é quando um indivíduo desenvolve uma atividade, com o objetivo de manter, zelar ou promover a sua saúde, independentemente da eficácia real dessa atitude, não havendo uma relação direta entre a vontade de realizar a atividade e o seu estado de saúde naquele momento (Nutbeam, 1998). Do lado oposto aos comportamentos de saúde, encontram-se os comportamentos de risco, que são comprovadamente comportamentos que aumentam a suscetibilidade do indivíduo que os pratica de desenvolver doenças, como é o caso do consumo de álcool e tabaco (Canhestro, 2018).

Promover estilos de vida saudáveis é importante, não só com o objetivo de melhorar o estado de saúde de uma determinada população, mas também para que esta alcance um estado pleno de satisfação com a vida em múltiplas dimensões. O “envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença”, é possível definir o envelhecimento saudável “como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (Organização Mundial de Saúde, 2015, p. 4).

Não existe apenas um único estilo de vida saudável, mas sim vários estilos de vida que podem ser tidos como saudáveis, desde que os comportamentos no dia-a-dia, sejam promotores de saúde. Pode considerar-se um estilo de vida promotor de saúde, como um conjunto de atitudes e perceções em várias dimensões, nomeadamente a responsabilidade em saúde, a atividade física, a nutrição, as relações interpessoais, o crescimento espiritual e a gestão do stress, que de certa forma vão potenciar ou manter o grau de autorrealização e bem-estar do indivíduo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O estilo de vida adotado por um determinado indivíduo, é caracterizado pelos seus comportamentos diários, que vão ter uma repercussão no seu estado de saúde/doença, tendo em conta se os comportamentos são promotores de saúde ou se são comportamentos de risco. Sabe-se também que os comportamentos de um determinado indivíduo não são fixos, são variáveis ao longo do tempo, modificando-se devido à presença de múltiplos fatores, como as experiências vivenciadas em determinada situação, ou a alteração do contexto social onde o indivíduo se encontra inserido em determinado momento (Nutbeam, 1998).

Os nossos comportamentos diários, encontram-se intimamente ligados aos nossos valores, crenças, às nossas preferências, e variam de acordo com as mais variadas realidades e contextos culturais, sociais e económicos (Canhestro, 2018). Por exemplo, cada pessoa desempenha vários papéis dentro de uma comunidade, nomeadamente pode desempenhar o papel de esposa e mãe, quando se encontra em casa, junto do seu núcleo familiar, pode desempenhar o papel de trabalhadora, quando se encontra no seu local de trabalho, sendo que os seus comportamentos podem variar de acordo com a sua função em determinado contexto, sempre com base nos seus valores e crenças.

A motivação de cada pessoa, está interligada à adoção de estilos de vida saudáveis. No caso da população sénior, que possui uma idade mais avançada, a motivação para adotar comportamentos promotores de saúde e consequentemente estilos de vida saudáveis, baseia-se na vontade de promover a sua saúde, como por exemplo realizar uma alimentação rica em vitaminas, para ter mais energia e vitalidade, a fim de conseguir desempenhar todas as suas tarefas diárias, mas também na vontade de prevenir as doenças, adotando uma alimentação pobre em sal e gorduras, prevenindo o aparecimento de doenças cardiovasculares (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O estilo de vida é um determinante de saúde muito importante, uma vez que está intimamente ligado ao estado de saúde/doença, de acordo com o estilo de vida que um determinado indivíduo manifeste. Se um indivíduo adotar no seu dia-a-dia um estilo de vida promotor em saúde, terá menos probabilidade de desenvolver um conjunto vasto de doenças, como por exemplo as doenças crónicas não transmissíveis. Já se um indivíduo adotar um estilo de vida

não considerado saudável, sendo sedentário, realizando uma alimentação rica em gordura, sal e açúcar, manifestando comportamentos de risco como o tabagismo ou alcoolismo, com défice de saúde oral por exemplo, pode condicionar o seu estado de saúde, aumentando a probabilidade de desenvolver inúmeras doenças (Direção-Geral da Saúde, 2020).

“A adoção de um Estilo de Vida Saudável deve ser vista como uma oportunidade e um desafio da pessoa, da família e da comunidade, pela possibilidade de ter uma atitude preventiva no que diz respeito à saúde. Importa então promover o aumento da literacia em saúde, ter pessoas e comunidades ativas e capacitadas por forma a criar condições que favoreçam a tomada de decisões críticas face às suas opções” (Direção-Geral da Saúde, 2020).

No que diz respeito à Europa, o European Health Report 2018, também foca vários indicadores relacionados com os estilos de vida não saudáveis, como o consumo de álcool, tabaco, sobrepeso e obesidade, como sendo um dos principais fatores para o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis e conseqüentemente para o défice de saúde. Neste relatório é possível verificar, que em alguns países da Europa como a Islândia, houve o desenvolvimento de programas promotores de saúde das comunidades, nomeadamente através da criação de ambientes saudáveis que dão suporte à adoção de estilos de vida saudáveis e conseqüentemente se refletem no bem-estar e saúde da população (World Health Organization, 2018).

Analisando as metas do Plano Nacional de Saúde a alcançar até ao ano 2020, é possível verificar que as quatro metas de saúde se encontram ligadas com a adoção de estilos de vida promotores de saúde. A meta “A. Reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos), para um valor inferior a 20%”, baseia-se na prevenção da doença, uma vez que a mortalidade prematura em Portugal está relacionada com as doenças crónicas não transmissíveis, que estão associadas aos estilos de vida considerados não saudáveis. A meta “B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%” está intimamente ligada a promoção da saúde, e a adoção de estilos de saudáveis vão traduzir-se em mais saúde e autonomia nas atividades diárias, elevando assim a qualidade de vida e conseqüentemente aumentando a esperança de vida saudável (Direção-Geral da Saúde, 2015a, pp. 10-11). O projeto de intervenção comunitária desenvolvido, vai de encontro a estas metas do Plano Nacional de Saúde, uma vez que promove a saúde e os estilos de vida saudáveis na população sénior, através das várias atividades planeadas (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Para estimular a adoção de estilos de vida considerados saudáveis por parte das pessoas e comunidades, é necessário aplicar estratégias de educação e promoção da saúde,

aumentando o leque de informação disponível á população, para que desta forma, tenham a possibilidade de optar conscientemente, e por escolha própria, pela adoção ou não de um estilo de vida saudável. Por outro lado, é muito importante criar um ambiente (físico e socio-económico) favorável à promoção de estilos de vida saudáveis (Carvalho & Carvalho, 2006).

Para que a promoção dos estilos de vida saudáveis seja realizada com sucesso, é necessário criar condições ambientais favoráveis à adoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente, potenciando fatores externos que influenciam o indivíduo favoravelmente, e reduzindo fatores que promovam comportamentos de risco e que consequentemente levam ao aumento do risco de desenvolvimento de patologias (Canhestro, 2018). Segundo a Comissão para o Estudo dos Determinantes Sociais da saúde, as condições socioeconómicas influenciam a vida e os estilos de vida dos indivíduos e comunidades, interferindo no risco de doença associado às desigualdades sociais. Somente com a aplicação de políticas de saúde (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, 2010).

O Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, que se encontra alinhado com a Estratégia *Health 2020*, elaborado pela OMS (documento de referência para as políticas de saúde europeias), está centrado na redução das desigualdades em saúde, “através do reforço da liderança e governança para a saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2015a, p. 6), promovendo deste modo ambientes mais propícios à adoção de estilos de vida saudáveis.

É então fundamental a aplicação de políticas de saúde que criem ambientes favoráveis à adoção de estilos de vida promotores de saúde e concomitantemente a aplicação de estratégias de promoção da saúde e da educação, para que a intervenção comunitária possa ter sucesso.

Empoderar a comunidade de conhecimentos atuais, nomeadamente através do desenvolvimento da Literacia em Saúde, é um passo importante, para que cada indivíduo possa tomar decisões conscientes e informadas, sobre as atitudes que influenciam a sua saúde, tornando-se deste modo um sujeito ativo no seu processo de saúde/doença (Carvalho & Carvalho, 2006). A literacia para a saúde trata-se de um conjunto de competências cognitivas e sociais, desenvolvidas por um determinado indivíduo, que vão ter implicações positivas no seu acesso, utilização e compreensão de informações, que promovam e mantenham o seu estado de saúde (Nutbeam, 1998). A literacia em saúde é a capacidade para, de forma autónoma, um indivíduo tomar decisões conscientes e fundamentadas em conhecimentos válidos, ao longo do seu ciclo vital, e em vários contextos sociais (trabalho, casa, comunidade, em contexto político ou de saúde), aumentando a sua capacidade de assumir a responsabilidade pela sua vida e pelo seu estado de saúde ou doença (Carvalho & Carvalho, 2006).

Realizar educação para a saúde é muito importante para aumentar a literacia em saúde, e conseqüentemente ter impacto na tomada de decisão de cada indivíduo e comunidade, influenciando favoravelmente deste modo, os seus comportamentos de saúde, que se traduzem no fundo, no seu estilo de vida (Nutbeam, 1998).

Promover a literacia em saúde é importante, para que o indivíduo se sinta capacitado para adotar o papel principal no seu processo de saúde/doença, sentindo-se responsável pelas suas atitudes e decisões. Desta forma, os cuidados de enfermagem prestados com qualidade devem ter como principal foco a pessoa, como ser humano individual, único e holístico, inserido no seu ambiente e com necessidades específicas de saúde. O enfermeiro deve então capacitar o indivíduo para a tomada de decisão, auxiliando-o desta forma na resolução de problemas quando estes surgem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem uma posição privilegiada para promover a saúde, a literacia, a educação e os estilos de vida saudáveis, uma vez que presta cuidados no seio da comunidade, em contexto de grande proximidade com a população, conhecendo ativamente as suas realidades (Canhestro, 2018). Uma vez que possui conhecimentos especializados, o enfermeiro é uma peça fundamental na promoção da saúde, contribuindo para o empoderamento da população, nomeadamente de conhecimentos que vão estar na base das suas atitudes e decisões relacionadas com a saúde. O enfermeiro especialista deve prestar cuidados de enfermagem de excelência ao indivíduo e comunidade nos mais variados contextos, promovendo a autonomia, a autoconsciência e a autorreflexão por parte dos indivíduos, maximizando assim a adoção de estilos de vida saudáveis, com o objetivo principal de potenciar a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital.

### 1.3. MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER – PROMOÇÃO DA SAÚDE

É de grande importância para a prática dos cuidados de enfermagem aprofundar conhecimentos no âmbito da promoção da saúde, como é o caso do modelo teórico da promoção da saúde. A utilização de um modelo teórico na prática de enfermagem auxilia o enfermeiro a entender mais facilmente a origem de um determinado problema de saúde, facilita no processo de resolução do problema, dando resposta às necessidades e interesses da pessoa ou comunidade que é alvo de cuidados. Basear os cuidados prestados num modelo conceptual, contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e para a reflexão pré, intra e pós ação, melhorando desta forma a qualidade dos cuidados prestados.

O modelo da promoção da saúde, foi publicado inicialmente em 1990 por Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg, tendo sido revisto e publicado em 1996, sendo que a sexta

edição, foi publicada em 2011 por Pender, Murdaugh e Parsons. Trata-se de um modelo simples e claro, que pode ser aplicado na prestação de cuidados individuais ou de grupo, auxiliando no processo de planeamento, intervenção e avaliação de ações de promoção da saúde. Este modelo pode ser aplicado à população adulta na sua generalidade e ao longo de todo o ciclo vital. O modelo de enfermagem de promoção da saúde visa descrever a interação entre várias dimensões físicas e interpessoais da pessoa, durante o processo de procura de saúde (McCullagh, 2013).

Com a aplicação do modelo de promoção da saúde, é possível avaliar numa primeira instância os comportamentos promotores de saúde, de um determinado indivíduo ou comunidade, nomeadamente avaliando se o indivíduo percebe quais são os benefícios associados a um determinado comportamento, se percebe quais os sentimentos que estão associados ao comportamento, se percebe a sua autoeficácia, se identifica as barreiras para pôr um determinado comportamento em ação, e quais são as influências interpessoais e situacionais que são importantes para o comportamento de saúde em questão. Numa segunda instância, o modelo propõe identificar um conjunto de características do indivíduo, como as suas características demográficas, qual é a perceção do seu próprio estado de saúde, e quais os seus comportamentos anteriores, de forma a individualizar o plano de cuidados. Por fim, as intervenções de enfermagem devem ser planeadas, com o intuito de modificar a perceção dos utentes, quando estes assumem um comportamento de risco, e caso haja sucesso nestas intervenções, o utente irá adotar comportamentos promotores de saúde com mais regularidade, promovendo deste modo a sua qualidade de vida e bem-estar multidimensional (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Para clarificar o entendimento do modelo de promoção da saúde, apresentamos de seguida um diagrama representativo do mesmo, ilustrado na figura 1.

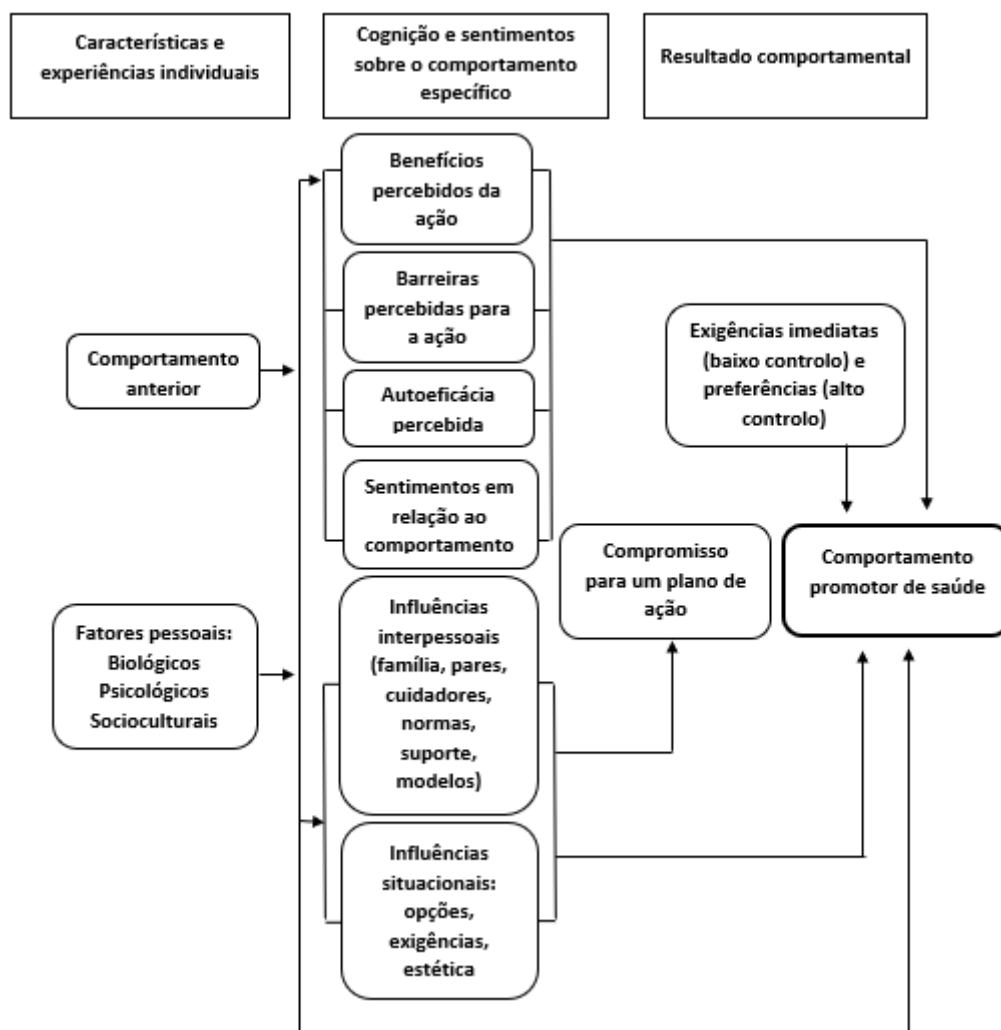


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Fonte: Elaboração própria, adaptado de Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011

Este modelo permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, nomeadamente através da apreciação de três domínios fundamentais, as características e experiências individuais, as cognições e sentimentos sobre um comportamento específico e o resultado comportamental (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

As **características e experiências individuais**, estão na base de um comportamento anterior, que pode ser um comportamento de risco, que deve ser alterado para um comportamento promotor de saúde. Os comportamentos que adotamos estão intimamente relacionados com as vivências, valores e crenças de cada um, sendo por isso importante ter em consideração **fatores biológicos** (idade, género e outros fatores ligados a componente física da pessoa), **psicológicos** (motivação, autoestima, perceção do seu estado de saúde e outros fatores ligados a componente psicológica da pessoa) e **socioculturais** (educação, estado socioeconómico, trabalho, entre outros fatores ligados a componente social e cultural da pessoa) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

No domínio das **cognições e sentimentos sobre um comportamento específico** que se deseja alcançar, é no centro do diagrama que se encontram os componentes principais a avaliar e que são passíveis de modificação, nomeadamente através de intervenções de enfermagem. A motivação é o fator que está na base da modificação destes componentes e que posteriormente origina a mudança comportamental a fim de que haja promoção da saúde. É essencial para a mudança de comportamento, que o indivíduo /comunidade seja capaz de perceber quais são os **benefícios da ação** associados ao novo comportamento promotor de saúde. Saber identificar quais as **barreiras percebidas para a ação**, nomeadamente quais os obstáculos que impedem ou dificultam a prática do comportamento de saúde, também é outro componente muito importante, uma vez que é a partir desse conhecimento que se pode quebrar essas barreiras e avançar na ação (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A **autoeficácia percebida**, é quando o indivíduo /comunidade tem a convicção de que é capaz de realizar uma tarefa específica, nomeadamente realizando uma autoavaliação das suas competências pessoais para organizar e realizar uma determinada ação, alcançando um determinado nível de desempenho. A autoeficácia percebida é fundamental para alcançar autoconfiança, uma vez que se a pessoa está confiante na sua capacidade de agir, e é presumível que sinta muito mais confiança em si própria e nas suas atitudes. Adotar um compromisso para com um determinado comportamento promotor de saúde, é muito mais fácil quando existe autoeficácia percebida, uma vez que as barreiras existentes à adoção do comportamento serão muito mais facilmente dissipadas. Os **sentimentos em relação ao comportamento**, focam a ligação que existe entre a adoção de um determinado comportamento e a existência de uma determinada reação emocional. Cada comportamento adotado, gera sentimentos que podem ser positivos ou negativos, sendo que os comportamentos que são geradores de sentimentos agradáveis, e são mais suscetíveis de serem realizados com mais frequência do que os comportamentos que geram sentimentos negativos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

As **influências interpessoais**, representam tal como o nome indica, as influências que as relações entre o indivíduo e as outras pessoas/comunidades têm no seu comportamento. A família, os pares e os cuidadores são as principais relações interpessoais que mais peso têm na influência para a adoção de um determinado comportamento promotor de saúde. Os nossos comportamentos e atitudes são diariamente influenciados pelas aprendizagens, que cada pessoa adquiriu ao observar determinado comportamento adotado por outra pessoa e quanto mais forte é a relação entre eles, maior é o impacto dessa aprendizagem. Quando uma pessoa é significativa para nós, e se ela espera que adotemos determinado comportamento, também isso é um fator que contribui para o nosso compromisso em realizar

determinada ação, de forma a agradar e não desapontar essa pessoa importante na nossa vida (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

As **influências situacionais**, estas representam todas as situações, que podem estar ligadas ao ambiente onde o comportamento será realizado, influenciando de forma positiva ou negativa a adoção do comportamento específico. É nestes fatores que se encontram associados às cognições e sentimentos sobre um comportamento específico que o enfermeiro, neste caso o enfermeiro especialista deve atuar. Estes fatores são modificáveis caso estejam a impedir que a pessoa/comunidade ponha em prática comportamentos promotores de saúde, e é a partir do seu conhecimento e da sua avaliação que o enfermeiro deve intervir com o objetivo de promover a saúde e os estilos de vida saudáveis da população (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A última coluna do modelo, está relacionada com o **resultado comportamental**, e contempla o compromisso para um plano de ação, as exigências imediatas e preferências e o comportamento promotor da saúde. A pessoa quando assume um compromisso para com o plano de ação, está já a alterar o seu comportamento, sendo que é mais provável que a pessoa mantenha a execução do comportamento promotor de saúde, caso o compromisso para com o plano de ação seja forte. Os fatores associados às **exigências imediatas e preferências**, vão influenciar o compromisso da pessoa para com o plano de ação. As exigências imediatas estão relacionadas com fatores como o trabalho e a família, nomeadamente com a responsabilidade do indivíduo para com estas unidades, já no caso das preferências, estas dependem unicamente do indivíduo e da sua capacidade de autorregular as suas preferências, nomeadamente preferindo realizar uma ação que promova a sua saúde em vez se uma que não seja saudável. O **comportamento promotor de saúde**, é o objetivo final do modelo, que visa promover a saúde do indivíduo /comunidade, potenciando sempre a sua saúde, o seu bem-estar, a sua autorrealização, autoestima, a sua qualidade de vida (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Para avaliar os estilos de vida promotores de saúde com base no modelo de promoção da saúde de Nola Pender, no projeto de intervenção comunitário desenvolvido, foi escolhida a Escala HPLP II (Health Promotion Lifestyles Profile II).

## 2. METODOLOGIAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia do planeamento em saúde, foi a metodologia adotada para a elaboração do projeto de intervenção comunitária, sendo que esta contempla seis grandes etapas: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação e monitorização (Tavares, 1990).

Planear em saúde é racionalizar os escassos recursos materiais e humanos que se encontram disponíveis, de forma a atingir um conjunto de metas previamente traçadas e deste modo conduzir à resolução de problemas de saúde diagnosticados e priorizados. Esta metodologia exige envolvimento e coordenação de todos os intervenientes que nela participem (Imperatori & Giraldes, 1993).

O planeamento em saúde é um processo dinâmico e flexível, que se vai moldando à realidade e às necessidades encontradas, de forma a alcançar “(...) um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...)” (Tavares, 1990, p. 37).

Segundo Tavares (1990), as várias etapas da metodologia do planeamento em saúde não são estanques e separáveis, todo o processo é contínuo, sendo fundamental realizar o diagnóstico de saúde com precisão, para que sejam apuradas as necessidades reais e prioritárias de uma determinada população, e assim ser possível elaborar objetivos reais e concretos, que sejam capazes de na prática resolverem o problema identificado. A avaliação e monitorização deve ser constante ao longo do planeamento, para que este possa ser continuamente melhorado e adaptado à realidade vivida.

### 2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O Diagnóstico de Situação tem como objetivo principal “traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Esta é uma etapa que deverá ser em simultâneo rápida e aprofundada para permitir a ação em tempo útil, bem como determinar necessidades e fatores de risco. A metodologia de planeamento em saúde atua sobre a realidade socioeconómica e suas múltiplas vertentes (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com a realização do diagnóstico de situação, neste caso num concelho da região do Algarve, prendeu-se traçar o perfil de saúde duma determinada franja da população desta

área geográfica, de forma a identificar os problemas de saúde da mesma e posteriormente priorizar as necessidades encontradas, de forma a planear intervenções que conduzissem à obtenção de ganhos em saúde. É considerado um problema de saúde, todo o estado de saúde que seja considerado deficitário pelo profissional de saúde, pelo próprio indivíduo ou pela comunidade (Pineault & Daveluy, 1989). Uma necessidade de saúde é o estado atual de saúde de uma determinada comunidade ou indivíduo e o estado de saúde desejado pelos mesmos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com o diagnóstico de saúde pretendeu-se também adquirir conhecimento sobre a área geográfica a intervir, sobre a população geral e população alvo, bem como conhecer os recursos existentes e disponíveis nesta área para potenciar a intervenção comunitária.

### 2.1.1. Caracterização do contexto

A UCC onde o estágio decorreu encontra-se na área geográfica de abrangência da Administração Regional de Saúde [ARS] do Algarve, que contempla três Agrupamentos de Centros de Saúde [ACeS], o ACeS Algarve I – Central, ACeS Algarve II – Barlavento, onde a UCC se insere e o ACeS Algarve III – Sotavento (Figura 1).

A área de influência do ACeS Algarve II – Barlavento, corresponde aos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo, sendo que no total existe neste ACeS quatro Unidades de Saúde Familiar [USF], sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], sete UCC's, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], uma Unidade de Saúde Pública [USP] e uma Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos [ECSCP]. No mesmo edifício onde se encontra fisicamente sediada a UCC, onde decorreu o estágio, existe também uma UCSP, a ECSCP e encontram-se permanentemente membros da equipa da URAP e da USP, também neste edifício.



Figura 2 - Região do Algarve, incluindo os concelhos da área geográfica do Barlavento (Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo). Fonte: ARS Algarve, I.P. (2017)

A UCC é uma das unidades funcionais dos ACeS (Ministério da Saúde, 2008), e tal como o estipulado no Despacho n.º 10143/2009, desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, cooperando com as restantes unidades funcionais do ACES Algarve, intervindo na comunidade numa lógica de base populacional.

A UCC segue as diretrizes estipuladas após reforma dos cuidados de saúde primários com a publicação de 22 de fevereiro de 2008 em Diário da República no Decreto-Lei nº 28/2008. É a partir desta reforma que são criadas as UCC's. Segundo este Decreto-Lei, a UCC “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2008, p. 1184).

No que diz respeito à missão, a UCC vai de encontro àquela que está estipulada no ACeS Algarve Barlavento, visando a obtenção de ganhos em saúde, com a prestação de “cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes da área geográfica onde se insere, contribuindo assim para a melhoria do estado de saúde da população do concelho (...)” (Ministério da Saúde, 2017, p. 1). Como visão, deverá ser uma unidade de referência em todas as suas áreas de atuação, não só através da efetividade da prestação de cuidados de saúde, mas também no relacionamento com os utentes, procurando salientar-se pela excelência na prestação de serviços. A unidade funcional pretende também focar-se na satisfação de todos os elementos que constituem a sua equipa de trabalho e utentes e no seu desenvolvimento profissional, encontrando-se acessível a todos os cidadãos que da sua cooperação necessitem e que possuam os critérios de inclusão no âmbito da sua intervenção. Esta unidade funcional estabelece um compromisso assistencial com as demais unidades funcionais (Ministério da Saúde, 2017).

Para que seja possível a UCC desempenhar as funções que lhe são conferidas e dar resposta as necessidades específicas de cuidados de saúde da população onde se encontra inserida, terá de possuir um conjunto de recursos materiais, humanos, financeiros e técnicos (Ministério da Saúde, 2009).

Relativamente aos recursos humanos, a unidade dispõe de uma equipa que desenvolve a sua atividade em regime de exclusividade que é constituída por oito enfermeiros, um médico, uma assistente técnica e duas assistentes operacionais. A unidade funcional conta também com o apoio de profissionais da URAP, nomeadamente uma psicóloga clínica, um higienista oral, uma fisioterapeuta, uma assistente social e uma terapeuta da fala que dão apoio a tempo parcial em algumas áreas de intervenção.

A unidade funcional onde o estágio se desenvolveu, segundo o bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários [CSP], presente na página da internet do Serviço Nacional de Saúde [SNS], tinha um total de 23.163 utentes inscritos no dia 25 de maio de 2019, sendo que 35,77% são idosos (Ministério da Saúde, 2017). É importante referir que este número de utentes não engloba a totalidade da população abrangida e alvo de cuidados prestados pela UCC em questão, uma vez que na comunidade existe população que é alvo de intervenção comunitária, mesmo que nela não esteja inscrita.

É importante analisar determinados indicadores demográficos, para conhecer as características da população da área geográfica onde se vai realizar o diagnóstico situacional. O ACeS Algarve II – Barlavento contava com uma população residente em 2018 de 160,814 habitantes (Instituto Nacional de Estatísticas, 2019a). A **população residente** no município de abrangência de prestação de cuidados da UCC onde o estágio decorreu, tem uma população maioritariamente com idades compreendidas entre os 14 e os 64 anos, no entanto, o número de idosos encontra-se a aumentar, e o número de pessoas com idades entre os 14 e os 64 anos encontra-se a diminuir, como é possível verificar na tabela 1. O número de idosos é superior ao número de pessoas entre os 0 e os 14 anos de idade.

	2011		2016		2017	
	Algarve	Município X	Algarve	Município X	Algarve	Município X
<b>0-14</b>	70.180	3.762	66.598	3.374	66.357	3.336
<b>15-64</b>	292.053	15.072	282.357	14.821	280.504	14.756
<b>65 ou mais</b>	86.490	4.058	92.744	4.599	93.683	4.685

Tabela 1 - População residente por grandes grupos etários no Município X e na região do Algarve nos anos 2011, 2016 e 2017. Fonte: Adaptado de PORDATA Website (2019). Acedido a 10 de junho de 2019, disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambie>

O **índice de envelhecimento** – (Número de pessoas com 65 ou mais anos / Número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos ) x 100 – da população no concelho de abrangência da UCC, encontra-se tal como o panorama nacional, a aumentar, ao contrário do **índice de dependência de jovens** – (Número de pessoas com menos de 15 anos/Número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos ) x 100, que diminuiu de 25,0% para 22,5% do ano 2011 para o ano de 2018. Já o **índice de dependência dos idosos** – (Número de pessoas com 65 ou mais anos / Número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) x 100, aumentou de 26,9% para 32,2% no ano de 2011 para 2018, acompanhando também a evolução a nível nacional.

### 2.1.2. Estado de saúde

É primordial analisar o estado de saúde da população que será alvo de intervenção comunitária, para que a resposta às necessidades sentidas quer pela equipa de saúde da UCC, quer pela própria população seja melhor dirigida e ajustada às suas características.

No concelho de abrangência de cuidados na UCC, existem 4,737 habitantes idosos, isto é, 20,8% da totalidade da população residente. Como principais causas de **morbilidade** na área do ACeS Barlavento referentes aos registos dos CSP em 2015, constam a hipertensão arterial, alterações do metabolismo dos lípidos, perturbações depressivas, diabetes mellitus, doenças dos dentes e das gengivas (aos 7 anos de idade) e excesso de peso (Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P., 2017). No que diz respeito a **mortalidade**, são as doenças do aparelho circulatório, seguido de tumores malignos que mais mataram no concelho de abrangência de cuidados na UCC no ano de 2017 (Instituto Nacional de Estatísticas, 2019b).

Relativamente a proporção de inscritos nos CSP (%) por diagnóstico ativo na área de abrangência do ACeS Barlavento no ano de 2015, destaca-se a percentagem de inscritos com diagnóstico de obesidade (2,8%) e por excesso de peso com (1,5%).

Uma vez que este projeto de intervenção comunitária tem como principais temas a alimentação saudável, a saúde oral e a atividade física, é importante verificar o estado de saúde da população relativamente a problemas como alterações do estado nutricional, problemas de saúde oral e sedentarismo.

No que diz respeito às **alterações do estado nutricional**, ao analisar os dados estatísticos apresentados pelo *European Health Information Gateway* relativos a Prevalência de excesso de peso padronizada (definida como  $IMC = 25 \text{ kg} / \text{m}^2$ ), com 18 anos de idade ou mais, no ano 2016 é possível verificar que Portugal possui uma prevalência de 57,5% (Gráfico 1), valor este que em comparação com o ano de 2015 aumentou em 0,5% uma vez que se situava nos 57% em 2015 (World Health Organization, 2018).

Uma vez que é conhecida a relação entre o excesso de peso e o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis e visto que o excesso de peso está a aumentar a nível internacional e nacional, promover a saúde capacitando a população para a realização de uma alimentação saudável é essencial. Analisando os dados obtidos no Projeto Nutrition UP 65, que avaliou o estado nutricional dos idosos em Portugal com mais de 65 anos de idade nos anos 2015/2016, é possível verificar que 16,1% desta população encontrava-se desnutrida ou em risco de desnutrição. A proporção de população idosa com

obesidade era de 31,9% e 44,3% encontrava-se com excesso de peso. No caso do estado de hidratação dos idosos, 11,6% encontravam-se hipohidratados, sugerindo que a ingestão hídrica não é suficiente para as necessidades orgânicas do corpo do idoso. Este estudo permite ainda identificar que mais de 85% da população consome mais quantidade de sal do que aquela que está recomendada, sendo que os homens consomem mais sal que as mulheres. A maioria da população idosa apresentada défice de vitamina D (sete em cada 10 idosos) e 43,5% dos idosos institucionalizados encontram-se desnutridos ou em risco de desnutrição (Ferreira, Gregório, Santos, & Graça, 2017).

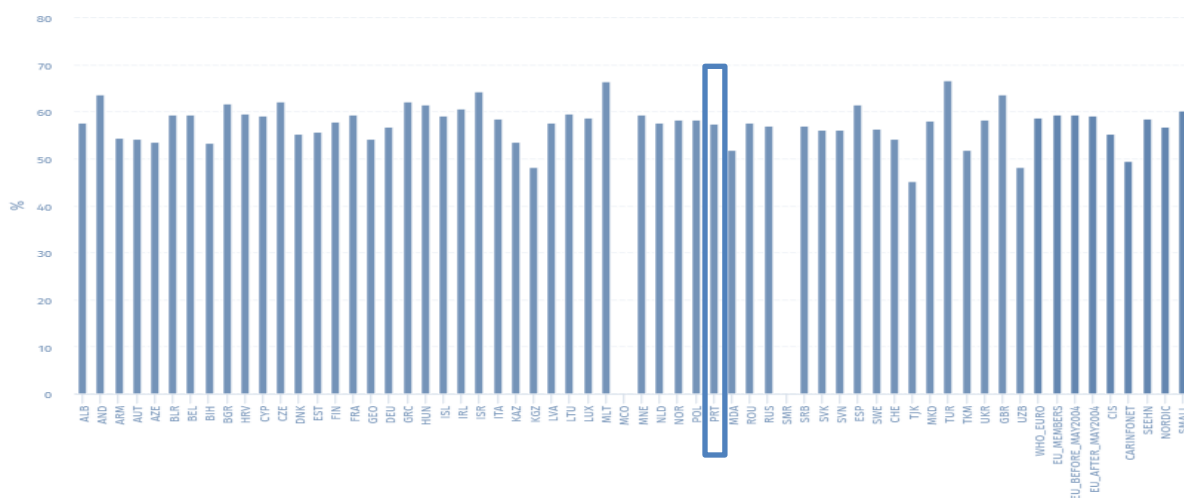


Gráfico 1- Prevalência de excesso de peso padronizada por idade (definida como IMC = 25 kg / m2), idade 18 anos ou mais, estimativas da OMS (%) (2016). Fonte: European Health Information Gateway. Acedido a 04-06-2019, disponível em <https://gateway.euro.who.int/en>

Segundo o Estudo Global Burden of Disease realizado em 2016, o facto de os portugueses realizarem habitualmente uma alimentação inadequada, foi o segundo fator de risco que mais contribuiu para a mortalidade em idade precoce, sendo que as doenças cardiovasculares foram as que mais mataram, seguidas das doenças oncológicas. É possível concluir que mais de 237.000 anos de vida poderiam ser poupados em Portugal, se a sua população adotasse uma alimentação saudável. Tal como os hábitos alimentares inadequados, também a presença de hipertensão e elevado índice de massa corporal contribuem significativamente para o aumento do risco de mortalidade precoce (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Na região do Barlavento Algarvio, verificou-se que em 2016, houve registo de 753 episódios de internamento hospitalar por Obesidade, verificando-se um total de 5.918 dias de internamento (Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P., 2017). Num estudo realizado num concelho de abrangência do ACeS Barlavento, foi possível identificar entre outros problemas, a prevalência de obesidade e de sedentarismo na população idosa (Anica, 2018).

Num concelho da região do Algarve, a média do índice de massa corporal encontrada foi 29, sendo que no total 73,4% da população idosa estudada tinha excesso de peso ou obesidade, com 31% destes a possuir excesso de peso, 29% com obesidade I, 9% com obesidade II e 4% atingindo a obesidade III. Neste estudo foi ainda possível verificar que 52% destes idosos com excesso de peso ou obesidade não tinham a perceção de que realmente tinham mais peso do que o recomendado (Anica, 2018).

Analisando o estado de **saúde oral**, nomeadamente através dos dados apresentados no Inquérito Nacional de Saúde 2014, é possível verificar que a nível Continental em Portugal (Tabela 2), nos idosos entre os 65 e os 84 anos de idade, 59303 de 1778813 nunca foram a uma consulta com o dentista (Instituto Nacional de Estatísticas, 2016).

Sexo Grupo etário	Continente				
	População residente	Há menos de 6 meses	6 a menos de 12 meses	Há 12 meses ou mais	Nunca
<b>Total</b>	<b>8 460 301</b>	<b>2 684 713</b>	<b>1 443 548</b>	<b>4 113 416</b>	<b>216 472</b>
15-24 anos	1 038 753	429 364	242 792	348 683	x
25-34 anos	1 164 291	460 161	234 456	442 600	x
35-44 anos	1 502 678	560 427	300 502	617 622	x
45-54 anos	1 437 671	451 894	259 062	693 151	33 564
55-64 anos	1 283 569	377 434	204 574	663 882	36 165
65-74 anos	1 032 773	262 020	127 160	618 841	24 752
75-84 anos	746 040	116 609	60 559	533 683	34 551
85 + anos	254 526	26 804	x	194 954	x

Tabela 2 - População residente com 15 ou mais anos por sexo, grupo etário e momento da última consulta com dentista, NUTS II, 2014. Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014 (2016). Acedido a 05-06-2019 em <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=i>

Mais de 1/5 da população com 65 ou mais anos referiu no Inquérito Nacional de Saúde 2014, que a sua última consulta com um dentista teve como motivo a necessidade de extração de um dente e cerca de 17% referiu ter necessidade de fazer uma prótese dentária. Comparando os anos de 2005/06 e o ano de 2016 é possível verificar um aumento na percentagem de pessoas cujo o principal motivo da última consulta foi realizar uma visita anual ao dentista, e na percentagem de pessoas que foram para conhecer o estado de saúde da sua boca e para realizar higienização da boca o que revela que a população já se encontra a realizar mais consultas no âmbito da prevenção em 2016 do que realizavam em 2005/06 (Instituto Nacional de Estatísticas, 2016). O número de consultas de saúde oral realizadas nos CSP em Portugal, aumentaram exponencialmente de 2016 para 2017 mais especificamente de 4.751 consultas para 68.910 respetivamente, o que demonstra sucesso na implementação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo o Barómetro da Saúde Oral referente a 2018, mais de 30% da população portuguesa nunca foi ao médico dentista ou apenas recorre a este serviço de saúde em caso de urgência e 41% da população não recorre a uma consulta no dentista há mais de um ano, sendo que o número de pessoas que não vai ao médico dentista há mais de dois anos se encontra a aumentar ao longo das várias edições do Barómetro da Saúde Oral (Organização dos Médicos Dentistas, 2019).

Subiu de 2017 para 2018 a percentagem de portugueses que referem não ter necessidade de ir a uma consulta de medicina dentária, numa percentagem de 53,6% dos inquiridos em 2018 e de 44,5% em 2017 sendo que 11,6% dos participantes referem não possuir qualquer problema nos dentes, valores que contrastam com os 70% dos portugueses que têm falta de dentes naturais. Verifica-se também que 8,2% dos portugueses não possuem qualquer dente natural e que quase 30% dos inquiridos nunca realizou a marcação de uma consulta no médico dentista para avaliar de forma preventiva a sua saúde oral (Organização dos Médicos Dentistas, 2019).

No que diz respeito à utilização dos cheques-dentistas pela população Portuguesa, a população portuguesa aumentou a sua utilização desde o ano 2008 até ao ano de 2012, sendo que a partir desse ano e até ao ano 2015, o número de indivíduos que utilizam o cheque-dentista tem vindo a diminuir como demonstra a Tabela 3.

TOTAL	População	Cheques emitidos	Cheques utilizados	Ratio
2008	24.092	37.898	26.966	71%
2009	342.548	483.605	262.869	54%
2010	361.651	577.927	398.029	69%
2011	321.109	543.836	411.189	76%
2012	217.121	440.722	414.373	94%
2013	413.747	633.965	408.464	64%
2014	334.327	549.528	405.553	74%
2015	226.866	430.945	398.165	92%
Total	2.241.461	3.699.958	2.728.283	74%

Tabela 3 - Número de indivíduos que utilizaram Cheques-Dentistas desde 2008 até 2015 em Portugal. Fonte: DGS, (2015b).

No que diz respeito à população da região do Algarve, nos idosos com 65 anos ou mais, 63831 de 91103 indivíduos foram pela última vez a uma consulta com o dentista há doze meses ou mais, significando que mais de metade desta população não realiza uma consulta com o dentista durante um ano ou mais (Tabela 4) (Instituto Nacional de Estatísticas, 2016).

Na região do Barlavento Algarvio, verificou-se que em 2016, devido a doenças dos dentes e das gengivas, ocorreram 47 episódios de internamento hospitalar, verificando-se um total de 360 dias de internamento (Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P., 2017).

Sexo Grupo etário	Algarve				
	População residente	Há menos de 6 meses	6 a menos de 12 meses	Há 12 meses ou mais	Nunca
<b>Total</b>	<b>374 299</b>	<b>96 600</b>	<b>60 357</b>	<b>207 140</b>	<b>10 201</b>
15-24 anos	44 823	13 261	8 380	21 566	x
25-34 anos	52 102	17 908	8 659	24 574	x
35-44 anos	69 134	21 388	13 725	32 948	x
45-54 anos	61 851	17 120	10 910	33 028	x
55-64 anos	55 286	13 553	8 911	31 194	x
65-74 anos	45 261	8 964	6 618	27 872	x
75-84 anos	33 748	4 331	x	25 729	x
85 + anos	12 094	x	x	10 230	x

Tabela 4 - População residente na Região do Algarve com 15 ou mais anos por sexo e momento da última consulta com dentista, NUTS II, 2014. Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014 (2016). Acedido a 05-06-2019 em <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE>

No que diz respeito ao **sedentarismo**, segundo o Eurobarómetro Desporto e Atividade Física 2018, 74% dos portugueses nunca ou raramente fazem exercício físico, ou praticam desporto, sendo que Portugal, marca o quinto lugar na lista de países da União Europeia com maior percentagem de inquiridos a revelarem sedentarismo. Para além de não realizarem exercício físico, quase 80% dos portugueses também referem não praticar outro tipo de atividade física, sem intuito desportivo, como andar de bicicleta ou dançar (European Commission, 2018).

No Algarve, o sedentarismo também é um problema de saúde que se verifica. Num estudo realizado num concelho de abrangência do ACeS Barlavento, foi possível identificar entre outros problemas, a prevalência de obesidade e de sedentarismo na população idosa. O mesmo estudo revela que 79% dos idosos referiram ter conhecimento da importância da prática de exercício físico regular, no entanto apenas 34% destes idosos revelam ter o hábito de o praticar (Anica, 2018).

### 2.1.3. População-alvo

A população-alvo do projeto de intervenção comunitária, foi uma escolha realizada em conjunto com os vários profissionais da UCC onde o estágio decorria. Trata-se de um projeto-piloto, em que numa fase inicial será implementado numa parte da população idosa, sendo

que o objetivo a longo prazo é aplicar este projeto ao maior número de idosos possível, que residem no concelho de abrangência de prestação de cuidados da UCC em questão.

A população-alvo do projeto inicialmente estabelecida, eram todos os idosos inscritos nos Centros Seniores do concelho onde a UCC opera. É de salientar que não se encontra determinada a terminologia que deve ser utilizada neste contexto, existindo diferentes opiniões sobre qual será a designação mais adequada, Centro, Universidade ou Associação, no entanto em Portugal, utilizam-se diversas denominações. No concelho onde os estágios ocorreram e o projeto de intervenção foi desenvolvido o Centro Senior é considerado um espaço que funciona como um ponto de encontro entre os cidadãos com 50 anos ou mais. Trata-se de um local público, onde a população residente pode recorrer para participar em atividade que neste caso específico são dinamizadas pela coordenadora dos centros que se encontra interligada com os Serviços Sociais dos Trabalhadores da Câmara Municipal desse Concelho. Os Centros Seniores onde o projeto piloto se desenvolveu têm como principal finalidade o combate à solidão que está muitas vezes inerente ao processo de envelhecimento e pretendem promover o envelhecimento ativo e saudável auxiliando na inclusão dos Seniores na sociedade e promovendo o convívio entre os próprios seniores e entre a população do concelho em geral. Os centros seniores promovem a ocupação de tempos livres dos seniores com inúmeras atividades desenvolvidas na área da cultura, da prática de atividade física, da expressão plástica, traduzindo-se em inúmeros benefícios para os seus participantes como o aumento da autoestima, troca e aquisição de novas competências e conhecimentos, crescimento das relações interpessoais, entre outras. Os centros seniores dinamizam também bailes, festas e outras atividades lúdicas de acordo com a disponibilidade dos seus participantes.

Existem quatro centros seniores nesta área geográfica, que daqui em diante serão referidos como Centro Sénior A, B C e D, no entanto por questões burocráticas, apenas dois (os Centros Seniores A e B) dos quatro centros seniores existentes, foram considerados população-alvo do projeto piloto.

No Centro Sénior A, encontram-se inscritos 73 utentes, sendo a maioria do sexo feminino, isto é, 64 utentes e 9 do sexo masculino. As idades dos inscritos variam entre os 57 e os 98 anos de idade. No Centro Sénior B, estão 30 utentes inscritos, e também aqui as mulheres estão em maioria, sendo que dos 30 utentes, 24 são do sexo feminino e apenas 6 são do sexo masculino. O intervalo de idades neste Centro varia entre os 58 e os 93 anos. Assim, foram contabilizados 103 utentes no total. Apesar de existirem 103 inscritos, a coordenadora destes dois Centros Seniores referiu que assiduamente frequentam as atividades desenvolvidas pelos dois Centros cerca de 30 idosos. Os motivos referidos para esta taxa de participação centram-se na capacidade das instalações (com dimensões pequenas), na falta de

disponibilidade dos restantes inscritos (por vezes encontram-se noutra local do país com os filhos ou netos) e por alterações no estado de saúde/falecimento.

A totalidade da população alvo, muitas vezes é inacessível ao investigador, sendo por esse motivo necessário estabelecer uma amostra. A população alvo contempla elementos que dão resposta aos critérios de seleção, permitindo deste modo que o investigador possa realizar generalizações. A amostra é então uma representação de dimensões mais reduzidas da nossa população alvo, e representa a totalidade desta população (Fortin, 2009).

Posto isto, estabeleceu-se um conjunto de critérios de inclusão e exclusão para formar a amostra. Os indivíduos devem estar inscritos num dos Centros Seniores, não devem possuir défice neurológico elevado, devem frequentar assiduamente as atividades desenvolvidas pelos centros seniores e darem o seu consentimento para participarem no estudo. Todos os indivíduos que não se encontrem formalmente inscritos num dos Centros Seniores, que possuam défice cognitivo elevado, que não frequentem assiduamente as atividades desenvolvidas pelos centros seniores e que não consintam a sua participação no estudo, serão excluídos da amostra.

Os instrumentos de colheita de dados foram então aplicados a todos os indivíduos dos Centros Seniores A e B, que respeitavam critérios de inclusão. A amostra final foi de 31 utentes, com idades compreendidas entre os 64 e os 90 anos.

Apesar de a amostra ser de 31 utentes, é de salientar, que todos os inscritos nos Centros Seniores A e B poderiam comparecer nas atividades planeadas. Os Centros Seniores C e D, também tiveram a oportunidade de realizar determinadas atividades planeadas para a população-alvo, uma vez que mais tarde foram ultrapassados alguns entraves burocráticos, e o diagnóstico de saúde foi validado pelos utentes destes dois Centros Seniores, que referiram sentir de igual modo a necessidade de intervenção em duas das três áreas de saúde diagnosticadas com os questionários aplicados a amostra.

#### **2.1.4. Considerações éticas**

Durante todas as fases do processo do planeamento em saúde, é necessário ter em consideração um conjunto de aspetos éticos e legais.

Previamente a fase de colheita de dados, foram assegurados integralmente os aspetos ético-deontológicos, tendo sido efetuado as seguintes diligências:

- Pedido de autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos Nutricionais [QCN] versão reduzida 2 (Souza, 2009) (apêndice I), com parecer positivo;

- Pedido de autorização para utilização da Escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* (Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga, & Dixe, 2015), adaptada culturalmente por Canhestro em 2018 (apêndice II), com parecer positivo;

- Pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre sobre o projeto de intervenção comunitário em questão (apêndice III), que deu parecer positivo;

- Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e posterior desenvolvimento do projeto de intervenção comunitário à Coordenadora dos Centros Seniores A e B, que deu o seu parecer positivo (apêndice IV);

- Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e posterior desenvolvimento do projeto de intervenção comunitário ao Presidente dos Centros Seniores C e D (apêndice V), que deu o seu parecer positivo fora dos períodos de tempo estabelecidos;

Durante o processo de colheita, tratamento e apresentação dos dados e resultados, foram efetuadas as seguintes diligências:

- Para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, cada participante assinou previamente o consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice VI), após ter sido explicada a consistência do mesmo e lido em voz alta o documento, garantido o esclarecimento de todas as dúvidas e reforçando a verdade de que o preenchimento dos questionários era de participação voluntária, sendo um ato totalmente livre e não havendo qualquer prejuízo para o indivíduo se não quisesse participar, podendo desistir a qualquer momento do preenchimento do mesmo. Foi ainda referido que todas as respostas eram confidenciais e anónimas servindo apenas para tratamento estatístico. Alertou-se os participantes que os instrumentos de colheita de dados que integrem elementos possíveis da sua identificação, seriam considerados não válidos.

- A colheita e tratamento de dados foi anónima.

- Manteve-se o consentimento informado separado dos instrumentos de recolha de dados a fim de não haver qualquer possibilidade de identificação da pessoa.

- Os dados foram analisados e tratados por meio de códigos com recurso a programa informático de análise de dados de forma a nunca identificar a pessoa. Os resultados obtidos apenas foram apresentados em contexto académico e sob a forma de publicação devidamente autorizada.

### **2.1.5. Instrumentos, técnicas e procedimentos**

A fim de ser realizado o diagnóstico de saúde desta população, foram aplicados três instrumentos de colheita de dados à amostra da população previamente referida.

Avaliar as características da população alvo do projeto, bem como analisar as suas perceções é essencial para que as intervenções planeadas no âmbito do projeto sejam ajustadas às necessidades e expectativas da população. Os cuidados de saúde prestados devem assentar num diagnóstico de situação de saúde, sendo que as intervenções voltadas para a educação da população, para a manutenção das habilidades funcionais que ainda possuem e voltadas para a prevenção da incapacidade, são essenciais para a promoção da qualidade de vida da população idosa e da sua família (Cardoso, Martins, & Monteiro, 2017).

Os três instrumentos de colheita de dados que foram aplicados à amostra, tiveram como objetivo avaliar os conhecimentos e atitudes da população face à adoção de estilos de vida promotores de saúde, alimentação e saúde oral.

A **Escala *Health Promoting Lifestyle Profile II***, foi originalmente elaborada por Walker, Sechrist & Pender em 1987 e foi revista em 1995, pelos mesmos autores (Walker, Sechrist, & Pender, *Health Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II] (Adult Version)*, 1995a), tendo sido validada e traduzida para português por Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe em 2015 (Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga, & Dixe, 2015). A versão utilizada (Anexo I) foi adaptada culturalmente por Canhestro em 2018 (Canhestro, 2018), que aplicou a mesma na população de meia-idade. Esta escala tem na sua base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e permite adquirir informação relevante para o posterior desenvolvimento de intervenções promotoras de saúde.

A escala *Health Promoting Lifestyle Profile II* é constituída por 52 itens e visa medir os estilos de vida promotores de saúde na sua globalidade nas diversas dimensões que este abrange. A escala possui na sua constituição seis subescalas que medem cada uma das dimensões principais da adoção de um estilo de vida promotor de saúde, nomeadamente Responsabilidade em Saúde, Atividade Física, Nutrição, Relações Interpessoais, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress.

As respostas podem variar entre Nunca (1), Algumas Vezes (2), Frequentemente (3) e sempre (4), avaliando deste modo a frequência com que realizam determinado comportamento promotor de saúde.

Para se obter a pontuação representativa da avaliação global do Estilo de Vida Promotor de Saúde, é necessário calcular a média das respostas de cada indivíduo aos 52 itens, entre 1 e 4, seguindo as instruções das autoras como se encontra descrito no Anexo II, (Walker, Sechrist, & Pender, *Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version) - Scoring Instructions*, 1995b) Caso a pontuação seja igual ou superior a 2,5, o resultado pode ser considerado positivo (Zhang, Tao, Ueda, Wei, & Fang, 2013). Se a pontuação obtida for em média superior

a 3, representa uma elevada adoção de estilo de vida promotor de saúde, caso a pontuação se situe entre 2,5 e 3, considera-se que é moderada a adoção deste estilo de vida e se a pontuação for inferior a 2,5, representa que existe uma baixa adoção do estilo de vida promotor de saúde (Al-Khawaldeh, 2014), quer para avaliar a globalidade do mesmo, quer para avaliar a suas subescalas.

O **Nutritional Knowledge Questionnaire [NKQ]** foi elaborado por Parmenter & Wardle (1999), para ser utilizado na população geral, com 18 anos ou mais, tendo sido traduzido e validado para a população portuguesa por Souza, J (2009), tendo dado origem ao Questionário de Conhecimentos Nutricionais [QCN] (Souza, 2009). Para além do QCN completo, existe uma versão reduzida, neste caso a versão reduzida 2, que foi também aprovada, sendo formada por duas das quatro Secções, a Secção II, que contempla questões sobre as fontes dos nutrientes e a Secção IV que questiona sobre a relação dieta-doença, não englobando a Secção I e III sobre recomendações diatélicas e escolhas alimentares respetivamente. A autora comprovou que a secção II e IV poderão ser utilizadas separadamente e de forma isolada em estudos, sendo que a Secção II (Anexo III) apresentou uma Boa Consistência Interna (alfa de Cronbach de 0,88) e a Secção IV apresenta uma Razoável Consistência Interna.

Para realizar a avaliação dos conhecimentos nutricionais na população dos Centros Seniores A e B, foi então aplicada a Versão Reduzida 2 do QCN adaptada (Apêndice VII), nomeadamente a Secção II, sobre as fontes dos nutrientes. Esta secção contém 8 questões, sendo que todas elas incluem a opção “Não tenho a certeza”, que reduz o viés por tentar adivinhar a resposta e vai avaliar o conhecimento da população sobre a fonte dos nutrientes.

O terceiro e último instrumento de colheita de dados aplicado à amostra, é o **Questionário de Conhecimentos e Atitudes relacionados com a Saúde Oral** (Anexo IV), desenvolvido pela DGS em 2015. Este questionário foi aplicado à população entre os 35 e os 74 anos de idade em Portugal no ano de 2015, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Este questionário original contempla 38 questões. O questionário original foi adaptado a esta realidade específica e foram retiradas as questões 1, 2, 3 e 7 que questionavam quanto a Região de Saúde, Identificação do Centro de Saúde/ Extensão, local de residência e Atividade laboral nos últimos 12 meses, uma vez que toda a população inscrita nos Centros Seniores já referidos reside no mesmo concelho e são todos reformados. O questionário final adaptado contempla então 34 questões.

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados a totalidade da amostra selecionada, nomeadamente a 32 utentes dos Centros Seniores A e B, no entanto verificou-se a

existência de um questionário que não se encontrava preenchido na totalidade, tendo sido considerado não válido.

### 2.1.6. Apresentação e análise de dados

Nos Centros Seniores A e B, após a aplicação da **Escala HPLP II** adaptada, e realizando a média das respostas de cada indivíduo aos 52 itens, entre 1 e 4, seguindo as instruções das autoras, foi possível verificar que no centro sénior A, 40% da amostra não adota um e estilo de vida promotor de saúde (Gráfico 2).

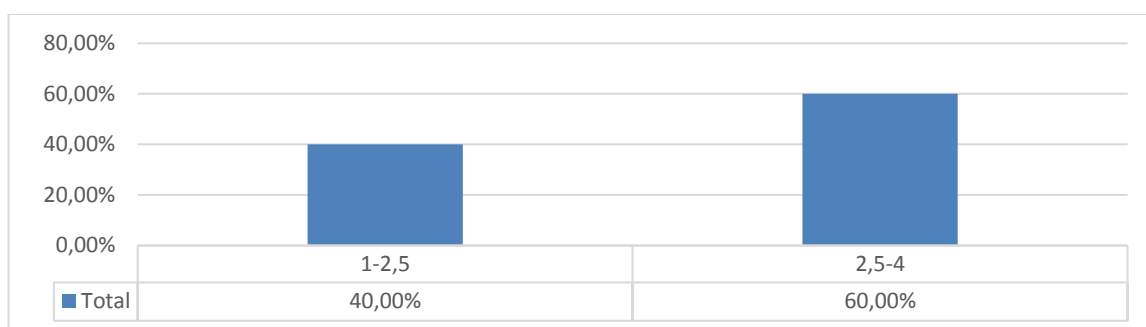


Gráfico 2 - Pontuação representativa da Avaliação Global do Estilo de Vida Promotor de Saúde no Centro Sénior A.

Também no Centro Sénior B, é possível verificar que uma percentagem de 37,50, não adota um estilo de vida promotor de saúde (Gráfico 3).

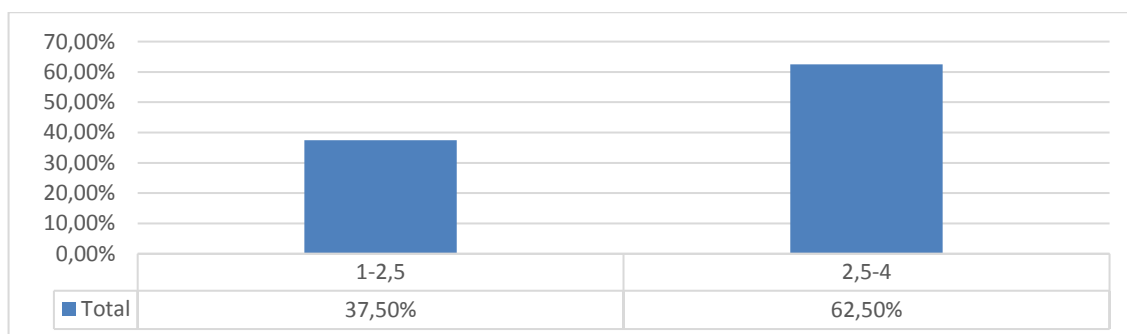


Gráfico 3 – Pontuação representativa da Avaliação Global do Estilo de Vida Promotor de Saúde no Centro Sénior B.

Podemos concluir que, nos dois Centros Seniores, existem indivíduos que não adotam um estilo de vida promotor de saúde, havendo então a necessidade de intervenção junto desta população, de forma a promover a adoção de estilos de vida ditos saudáveis.

A evidência científica já relacionou anteriormente a adoção de estilos de vida não saudáveis, com o desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, sendo por isso considerada muito importante a intervenção na promoção de estilos de vida promotores de saúde.

Para além da avaliação global do estilo de vida promotor de saúde, foram também avaliadas as sub-dimensões que incorporam estes estilos de vida, nomeadamente a dimensão Responsabilidade em Saúde, Atividade Física, Nutrição, Relações Interpessoais, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress.

Após a análise dos dados obtidos de acordo com as diferentes dimensões já referidas, no Centro Sénior A, a maioria da amostra apresentou défice nas dimensões de Atividade Física, Nutrição e Gestão do Stress.

No caso da atividade física, no centro sénior já referido, a percentagem da amostra que apresenta um resultado negativo face a esta dimensão é de 75%, existindo apenas 25% da amostra com um resultado positivo face a mesma, como demonstra o gráfico 4.

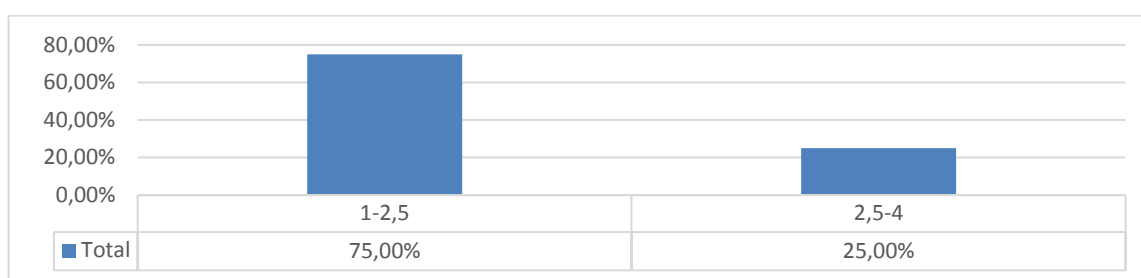


Gráfico 4 – Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Atividade Física no Centro Sénior A.

No caso da atividade física, no Centro Sénior B, a percentagem da amostra que apresenta um resultado negativo face a esta dimensão é de 62,50%, existindo apenas 37,50% da amostra com um resultado positivo face a esta dimensão, como demonstra o gráfico 5.

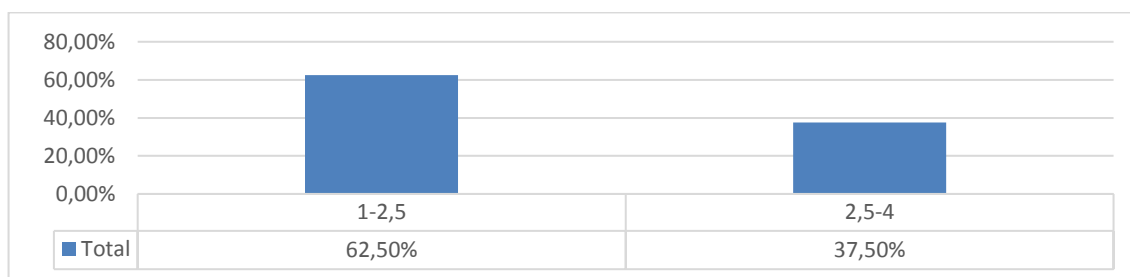


Gráfico 5 – Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Atividade Física no Centro Sénior B.

Podemos concluir com este resultado que uma grande parcela da amostra em ambos os centros seniores não adotam um comportamento promotor de saúde na área da atividade física. A inatividade física e o sedentarismo aumentam o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e obesidade, sendo gravemente prejudicial para a saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

De acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, estima-se que, em Portugal, a inatividade física seja responsável por 8% dos casos de doença das coronárias, 11% dos casos da diabetes do tipo II, 14% dos casos de cancro da mama e 15% de

cancro colorretal (Direção-Geral da Saúde, 2017a), sendo por este motivo de extrema importância, intervir junto desta comunidade de forma a promover a prática de atividade física.

Avaliando os resultados obtidos para a dimensão na Nutrição, é possível verificar que 60% dos inquiridos no centro sénior A, apresentam um resultado negativo, na adoção de comportamentos ditos saudáveis nesta dimensão dos estilos de vida promotores de saúde. É de 40% o valor da amostra com um resultado positivo na dimensão Nutrição, tal como evidencia o gráfico 6.

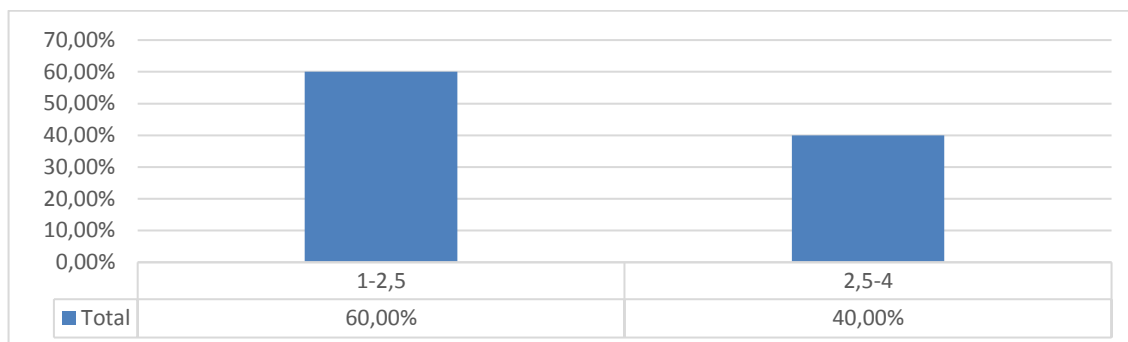


Gráfico 6– Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Nutrição no Centro Sénior A.

Já no Centro Sénior B, a maioria dos inquiridos obteve um resultado positivo face a esta dimensão dos estilos de vida promotores de saúde, no entanto reforçar a ideia de que a alimentação equilibrada é essencial para a manutenção da saúde e prevenção da doença é sempre uma mais valia.

O facto de a população não adotar uma alimentação considerada saudável pelos peritos, contribui em muitos casos para o aumento do risco de desenvolvimento de doenças metabólicas como é o caso da diabetes mellitus (Direção-Geral da Saúde, 2017c). Intervir junto da população incentivando a mesma a comer de forma mais saudável torna-se por isso muito importante.

No Centro Sénior A, a dimensão da Gestão do Stress, apresentou também um resultado negativo na maioria da amostra com 55% e apenas 40% alcançaram um resultado positivo nesta dimensão dos estilos de vida promotores de Saúde como é possível verificar no gráfico 7.

No Centro Sénior B e analisando também os resultados obtidos sobre a dimensão da Gestão do Stress, 50% da amostra apresenta um resultado negativo, sugerindo que metade dos inquiridos apresenta défice na Gestão do Stress e ou outros 50% alcançaram um resultado positivo nesta dimensão dos estilos de vida promotores de Saúde, como demonstra o gráfico 8.

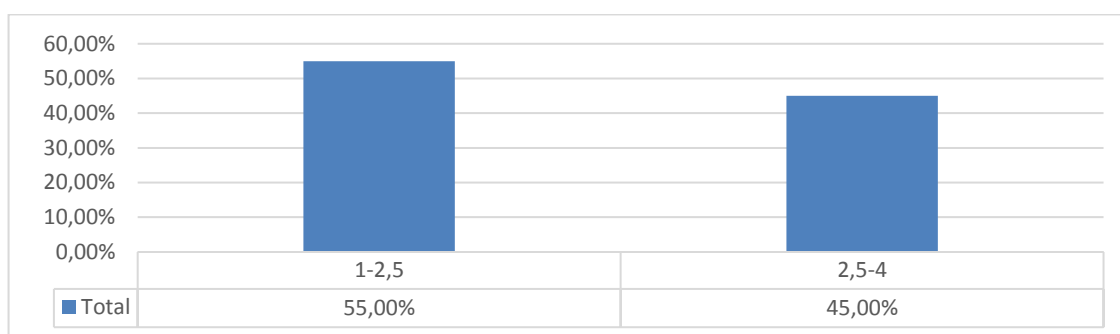


Gráfico 7– Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Gestão do Stress no Centro Sénior A.

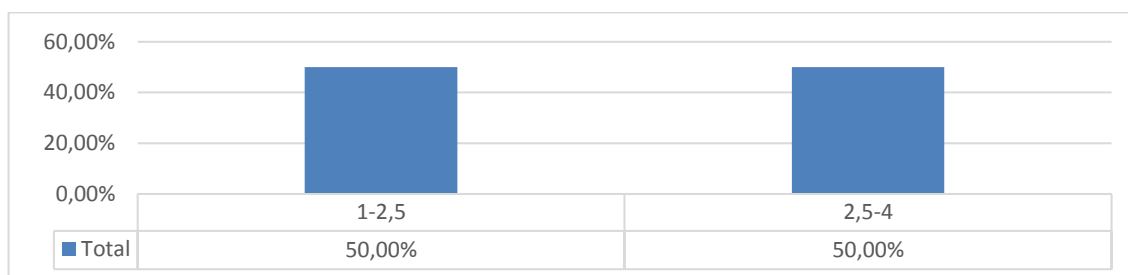


Gráfico 8– Pontuação representativa da Avaliação da dimensão Gestão do Stress no Centro Sénior B.

A evidência científica relaciona o stress com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016), podendo levar a casos de Enfarte Agudo de Miocárdio e Acidentes Vasculares Cerebrais por exemplo. As doenças cardiovasculares são uma das mais importantes causas de morte não apenas em Portugal, mas no mundo, sendo por esse motivo importante intervir na promoção da gestão do stress, com o intuito de diminuir este fator de risco.

No que diz respeito aos resultados representativos das restantes dimensões, no Centro Sénior A, nomeadamente na Responsabilidade em Saúde, Relações Interpessoais e Crescimento Espiritual, foram maioritariamente resultados positivos, no entanto ainda existem inquiridos com pontuação inferior a 2,5, sugerindo necessidade de intervenção.

Na dimensão da Responsabilidade em Saúde, ainda 45% da amostra A apresentou resultado negativo, já nas dimensões das Relações Interpessoais e do Crescimento Espiritual, foi onde a percentagem de inquiridos com uma pontuação negativa foi menor, com apenas 20% da amostra a necessitar de intervenção a fim de melhorar a adoção de comportamentos promotores de saúde nestas duas vertentes.

Analisando os resultados representativos das restantes dimensões no Centro Sénior B, nomeadamente na Responsabilidade em Saúde, Nutrição, Relações Interpessoais e Crescimento Espiritual, foram maioritariamente resultados positivos, no entanto, tal como no Centro Sénior A, também em B, existem inquiridos com pontuação inferior a 2,5, sugerindo necessidade de intervenção.

Nas dimensões da Responsabilidade em Saúde, Nutrição, Relações Interpessoais e Crescimento Espiritual, ainda 37,50% da amostra B apresentou resultados negativos em cada dimensão.

Com a avaliação dos dados recolhidos através da aplicação da escala HPLP II, foi possível verificar que as necessidades sentidas pelos inquiridos no âmbito dos Estilos de Vida Promotores de Saúde nos dois Centros Seniores em estudo centram-se maioritariamente nas dimensões da Atividade Física, Nutrição e Gestão do Stress.

A totalidade dos gráficos representativos dos dados obtidos após a aplicação da Escala HPLP II no Centro Sénior A e B, encontram-se apresentados no Apêndice VIII.

Relativamente aos dados obtidos após a aplicação do **Questionário de Conhecimentos Nutricionais** Versão Reduzida 2 Adaptado, foi possível verificar que no Centro Sénior A e relativamente à pergunta “Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?”, 28,57% da amostra, não têm a certeza se os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos alimentos que contém amido/farináceos. Também no que refere à fruta, 14,29% da amostra responde que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam igual quantidade deste alimento. Tendo em conta o consumo de alimentos ricos em fibra, 28,57% dos indivíduos inquiridos referem que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam igual quantidade destes alimentos e 9,52% não tem a certeza, tal como se verifica no gráfico 9.

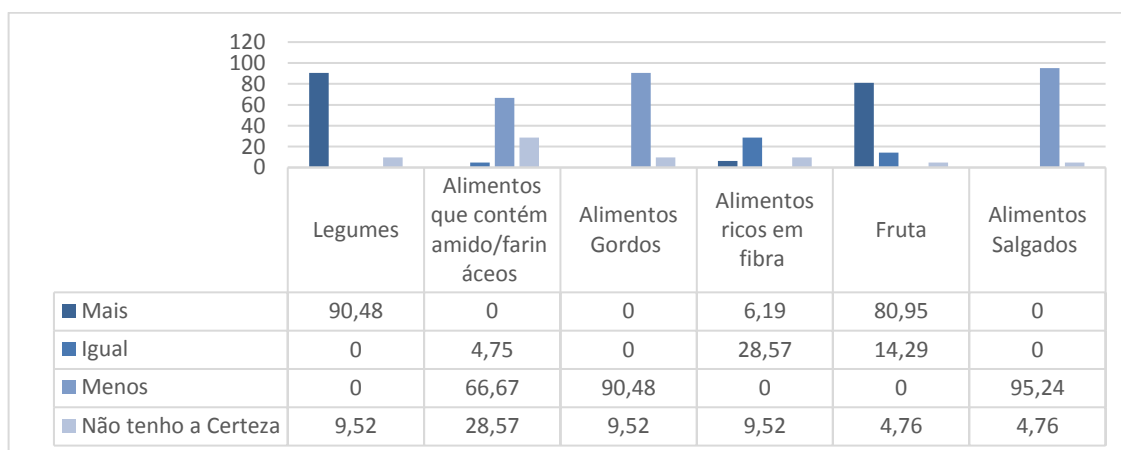


Gráfico 9 – Respostas à pergunta “Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?” no Centro Sénior A.

No Centro Sénior B, foi possível verificar que 22,22% da amostra, não têm a certeza se os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos legumes ou referem que os especialistas de saúde recomendam comer menos desde alimento. No que diz respeito aos alimentos que contém amido/farináceos, 44,44% dos inquiridos não

tem a certeza se os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos destes alimentos. Também no que refere a alimentos gordos 11,11% da amostra não têm a certeza se os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos destes alimentos. Tendo em conta o consumo de alimentos ricos em fibra, 11,11% dos indivíduos inquiridos referem que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam menos quantidade destes alimentos. Importante referir que 22,22% referem que não têm a certeza se os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos alimentos salgados, como se pode observar no gráfico 10.

Podemos concluir com as respostas dadas à pergunta anteriormente descrita, que existe um grande desconhecimento por parte dos inquiridos, em relação ao que recomendam os especialistas de saúde face as quantidades que as pessoas devem ingerir dos vários alimentos. É importante que os indivíduos tenham conhecimento sobre qual a quantidade que é recomendável ingerir de determinado alimento, a fim de realizarem escolhas mais conscientes e acertadas na sua alimentação diária.

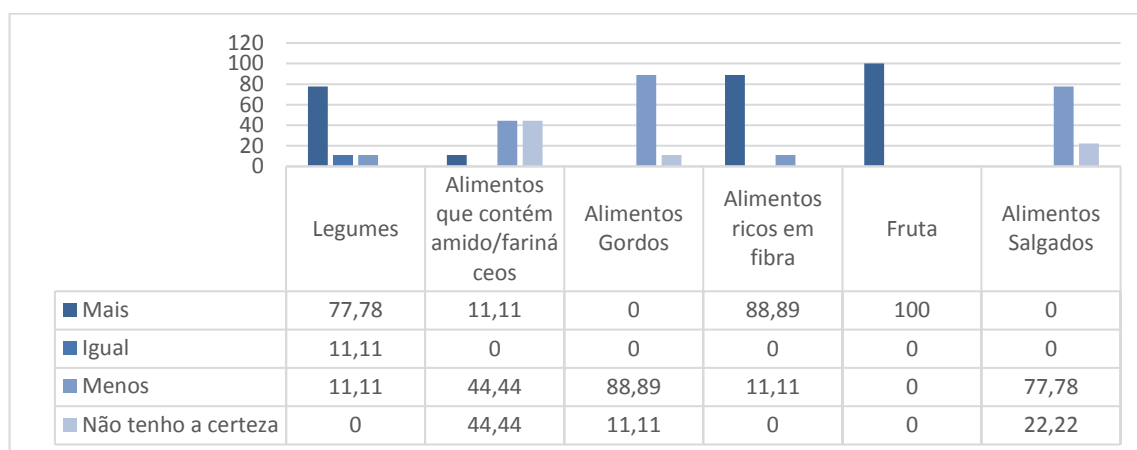


Gráfico 10 – Respostas à pergunta “Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?” no Centro Sénior B.

Analisando as respostas a pergunta “Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?”, no Centro Sénior A, 45% da amostra refere que o mel é rico em gordura (Gráfico 11). Também no centro sénior B, a maioria com 55,56% dos inquiridos refere que o mel é rico em gordura (Gráfico 12).

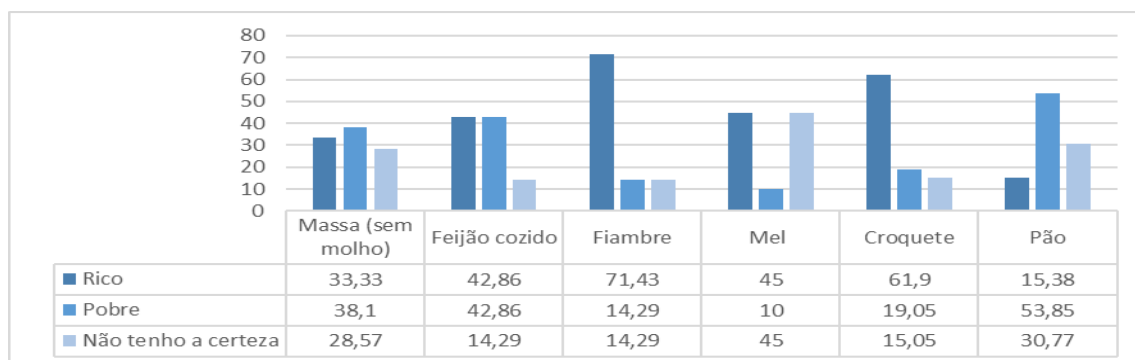


Gráfico 11 – Respostas à pergunta “Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?” no Centro Sénior A.

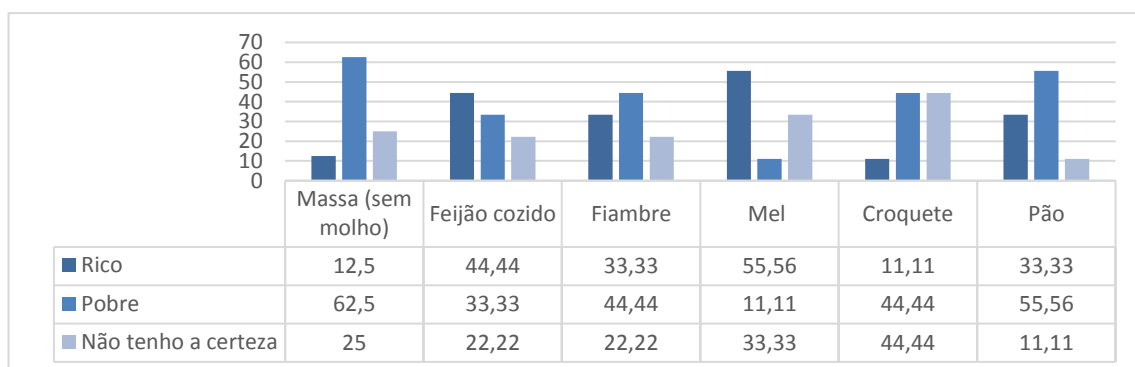


Gráfico 12 – Respostas à pergunta “Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?” no Centro Sénior B.

O facto de mais de metade dos inquiridos responderem que o mel é rico em gordura, demonstra que a população desconhece as propriedades deste alimento. Também é possível verificar nos gráficos anteriores que existe uma considerável percentagem da amostra que não tem a certeza se os alimentos listados são ricos ou pobres em gordura, representando assim um conhecimento deficiente no que diz respeito às propriedades dos alimentos. Para que um indivíduo adote uma alimentação equilibrada e considerada saudável, deve possuir conhecimentos sobre as substâncias básicas que contém os vários alimentos que ingerem no dia a dia.

No que diz respeito aos alimentos que contém amido/ farináceos, 33,33% dos inquiridos no Centro Sénior A não tem a certeza se o queijo contém esta substância, sendo que no Centro Sénior B, 11,11% também não tem a certeza que o queijo contém amido/farináceos, e 44,44% respondeu que o queijo é rico nesta substância representando assim um conhecimento deficiente no que diz respeito às propriedades deste alimento.

Avaliando as questões sobre o teor de sal em alguns alimentos, no centro sénior A, 23,81% da amostra respondeu que os legumes congelados são ricos em sal como se pode verificar no gráfico 13. No Centro Sénior B, mais de metade dos inquiridos não tem a certeza se os legumes congelados são ou não ricos em sal. De salientar que no Centro Sénior B, 44,44% respondeu que as salsichas são pobres em sal como demonstra o gráfico 14.

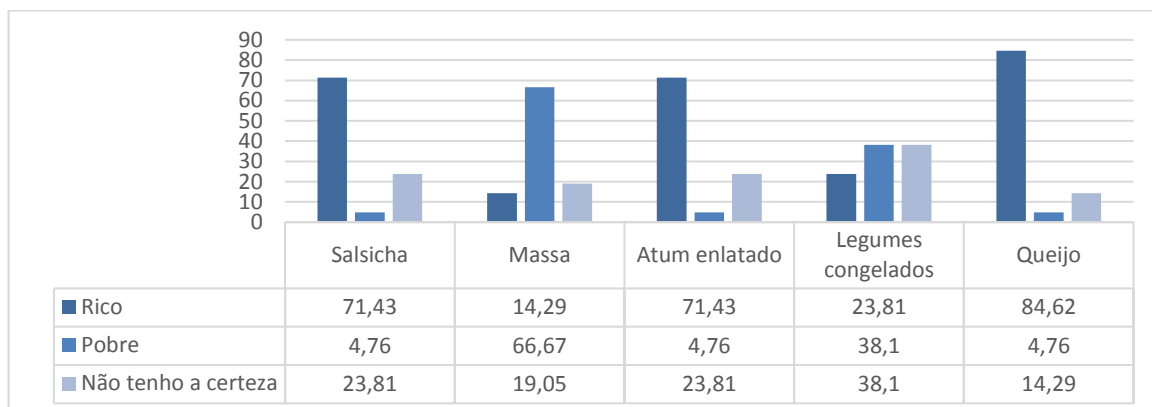


Gráfico 13 – Respostas à pergunta “Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?” no Centro Sénior A.

Tal como a evidência científica já demonstrou, o consumo elevado de sal aumenta o risco de desenvolvimento de várias doenças crónicas não transmissíveis, como é o caso das doenças cardiovasculares. O facto de a população não possuir conhecimentos sobre quais os alimentos que são ricos ou pobres em sal faz com que esta ingira de forma inconsciente alimentos ricos nesta substância, não podendo limitar o seu consumo e consequentemente prevenir o aumento do risco de desenvolvimento destas patologias.

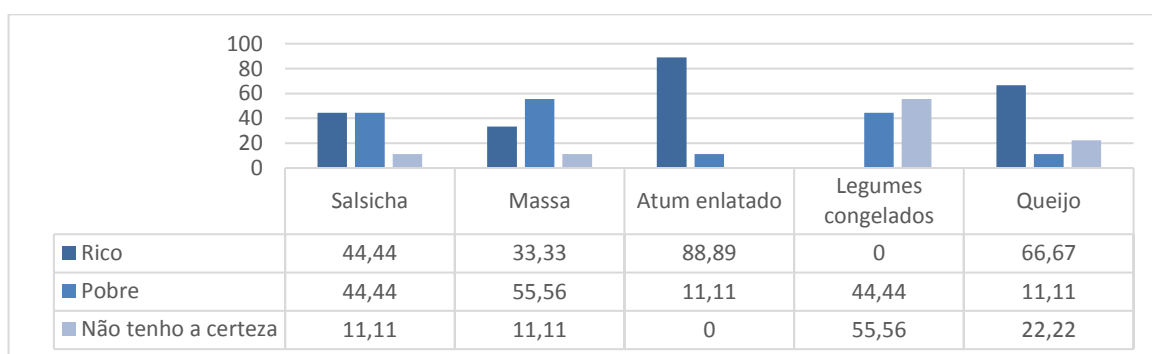


Gráfico 14 – Respostas à pergunta “Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?” no Centro Sénior B.

Em relação aos alimentos que são ricos ou pobres em proteína, 76,19% da amostra A refere que as natas são ricas em proteína e a maioria com 66,67% refere também que a

manteiga é rica nesta substância como se verifica no gráfico 15. No Centro Sénior B, 44,44% também deu a mesma resposta (Gráfico 16).

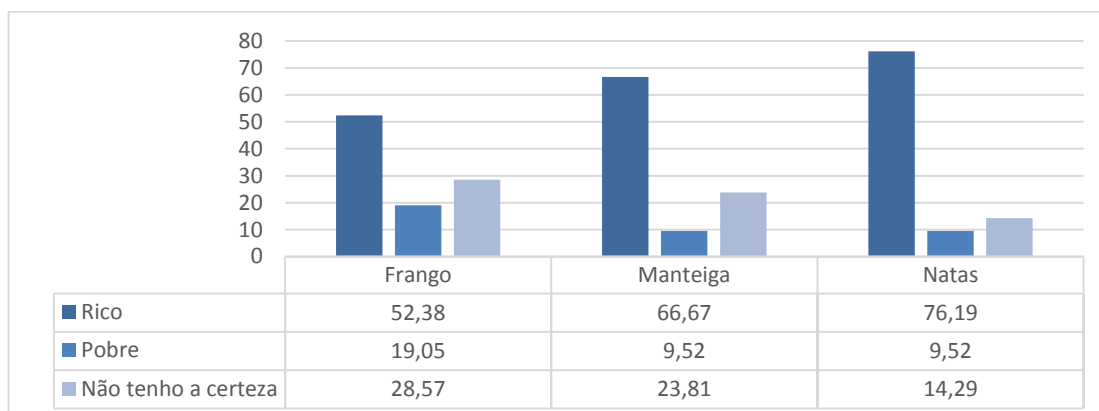


Gráfico 15 – Respostas à pergunta “Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?” no Centro Sénior A.

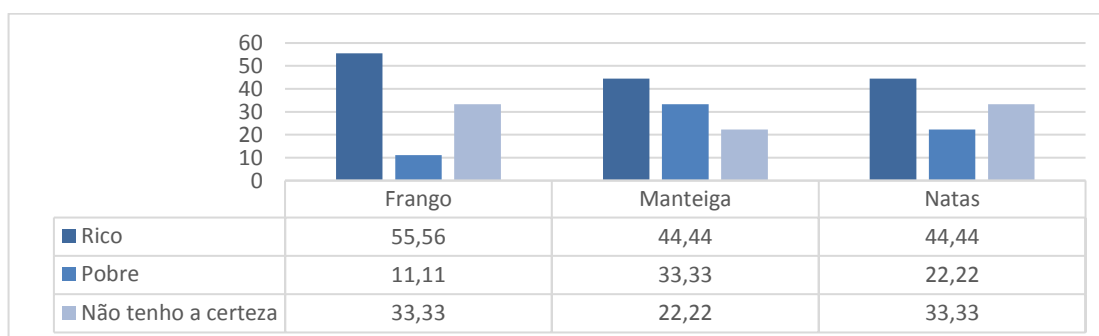


Gráfico 16 – Respostas à pergunta “Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?” no Centro Sénior B.

As proteínas são essências ao crescimento, manutenção e reparação dos órgãos, tecidos e células do organismo, sendo por esse motivo essencial consumir alimentos ricos nesta substância (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019). É muito importante que os idosos conheçam quais os alimentos que são uma boa fonte de proteínas a fim de ingerirem estes alimentos. O facto de erradamente pensarem que determinado alimento gordo, é rico em proteína, pode fazer com que as escolhas alimentares sejam erradas, traduzindo-se consequentemente numa alimentação não saudável.

Sobre os alimentos ricos em fibra, no Centro Sénior A, 38,1% refere que a carne vermelha é rica em fibra. Mais de metade da amostra no Centro Sénior B, 55,56% também assinala a mesma resposta (Gráfico 17).

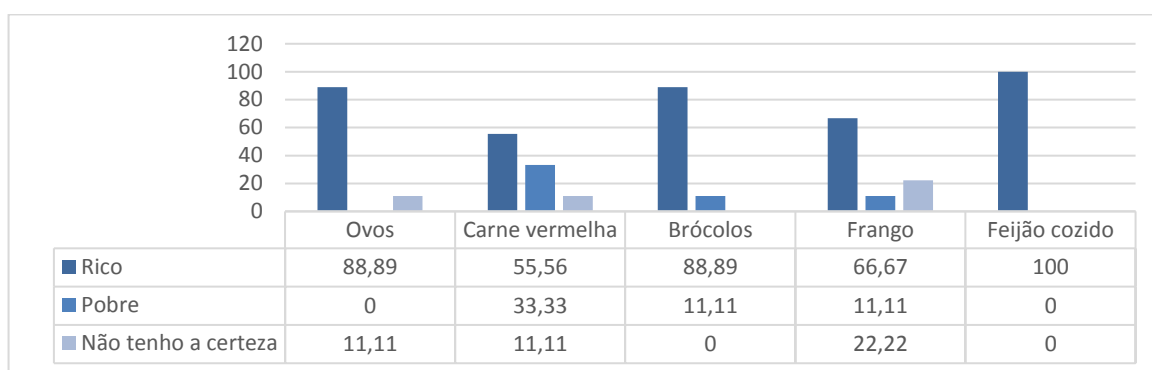


Gráfico 17 – Respostas à pergunta “Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra?” no Centro Sénior B.

No que diz respeito ao teor de gordura saturada em vários alimentos, grande parte da amostra respondeu quer no Centro Sénior A (Gráfico 18), quer no Centro Sénior B (Gráfico 19), que a sardinha é um alimento rico neste tipo de gordura. Em relação ao azeite, 88,89% dos inquiridos no Centro Sénior B referiu que este é também ele rico em gordura saturada.

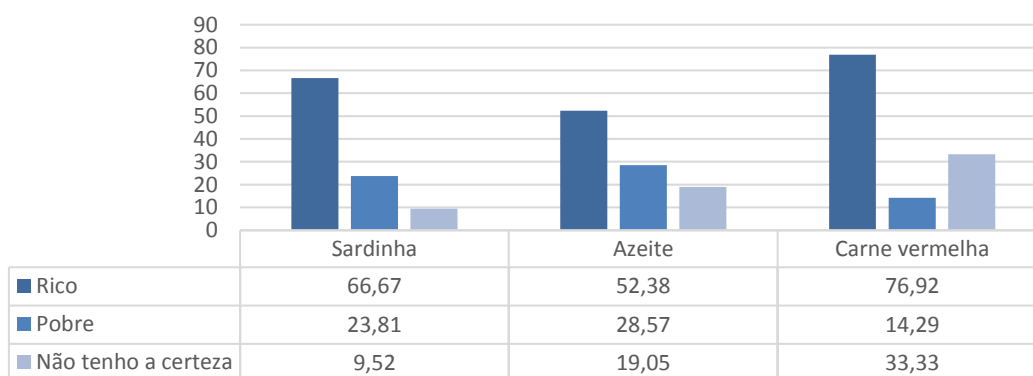


Gráfico 18 – Respostas à pergunta “Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada?” no Centro Sénior A.

Informar a população de que existem diferentes tipos de gordura é muito importante. A gordura também é necessária para o bom funcionamento do organismo, devendo fazer parte de uma alimentação equilibrada e saudável.

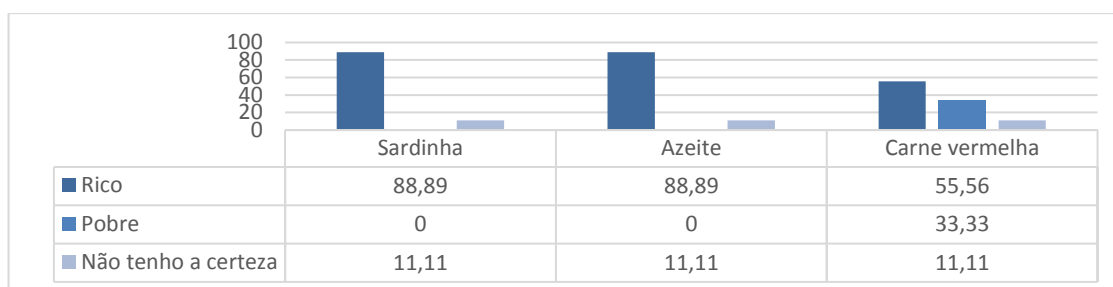


Gráfico 19 – Respostas à pergunta “Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada?” no Centro Sénior B.

Avaliando as respostas que ambos os centros seniores deram a esta pergunta acima descrita, é notório de que existe um grande desconhecimento face aos diferentes tipos de gorduras bem como sobre quais os alimentos que são uma boa opção de escolha para consumo de gordura e quais são aqueles que devemos evitar pois contêm gordura prejudicial para o organismo, aumentando o risco de desenvolvimento de obesidade e doenças cardiovasculares por exemplo.

Quando questionados se os especialistas consideram que determinados alimentos podem ser uma alternativa saudável à carne vermelha, 53,85% da amostra A refere que o fiambre pode ser uma boa alternativa, e 33,33% o Centro Sénior B, também possui esta opinião. Muitas vezes, por fatores económicos, religiosos, geográficos, entre outros, a população não ingere alimentos ricos em todas as substâncias essenciais ao bom funcionamento do organismo. É por isso preponderante que os indivíduos sejam detentores de conhecimentos sobre quais os alimentos que podem ser uma alternativa saudável a outro alimento que não se encontra por qualquer motivo à disposição.

Na pergunta “Na sua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro?”, a maioria dos inquiridos nos dois Centros Seniores responderam que não têm a certeza, evidenciando mais uma vez o desconhecimento da amostra sobre as propriedades básicas deste alimento.

Os gráficos representativos dos dados obtidos após a aplicação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais Versão Reduzida 2 Adaptado no Centro Sénior A e Centro Sénior B, encontram-se apresentados no Anexo IX.

Analisando as respostas dadas no **Questionário de Conhecimentos e Atitudes relacionadas com a Saúde Oral**, foi possível concluir que 5% da amostra A, lava os dentes uma vez por semana (Gráfico 20) e 11,11% da população B também (Gráfico 21).

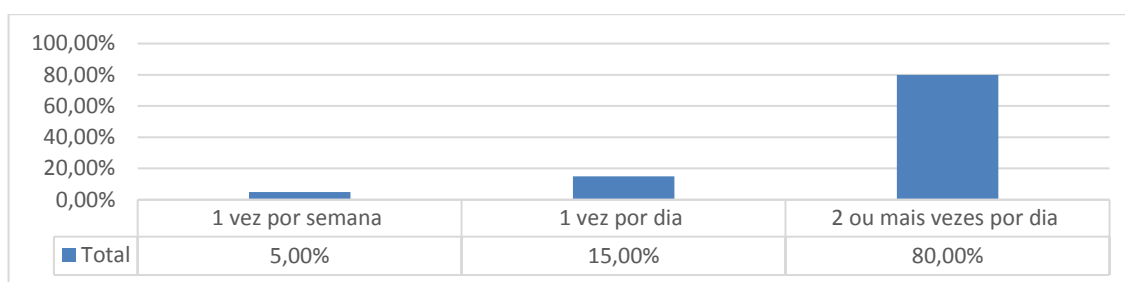


Gráfico 20 – Respostas à pergunta “Quantas vezes escova os dentes?” no Centro Sénior A.

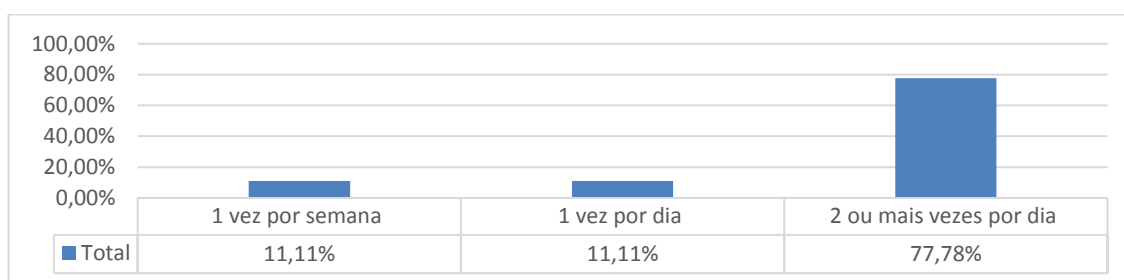


Gráfico 21 – Respostas à pergunta “Quantas vezes escova os dentes?” no Centro Sénior B.

O resultado da pergunta anteriormente descrita é preocupante uma vez que a evidência científica já associou o défice de lavagem dos dentes ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças dos dentes e gengivas, como é o caso das cáries por exemplo. Sensibilizar a população para a importância da lavagem dos dentes três vezes por dia é muito importante para que a longo prazo possam mudar hábitos e adotar comportamentos preventivos de desenvolvimento de doenças da boca.

Quando questionados se pasta de dentes que utilizam tem flúor, 35% e 33,33% dos inquiridos no Centro Sénior A e Centro Sénior B respetivamente, não tem a certeza ou não sabe se a sua pasta de dentes realmente tem ou não esta substância, o que sugere que esta percentagem da amostra compra a sua pasta de dentes sem verificar se contém ou não esta substância essencial a boa higiene oral. Também a maioria da amostra nos dois Centros Seniores não utiliza o fio dentário tal como demonstram os gráficos 22 e 23.

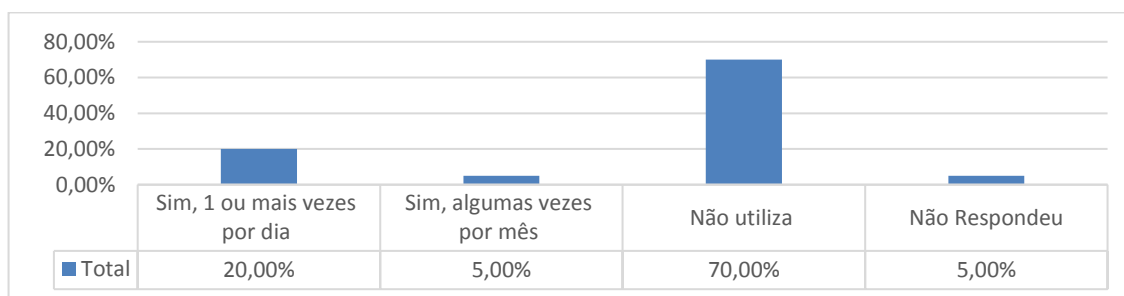


Gráfico 22 – Respostas à pergunta “Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?” no Centro Sénior A.

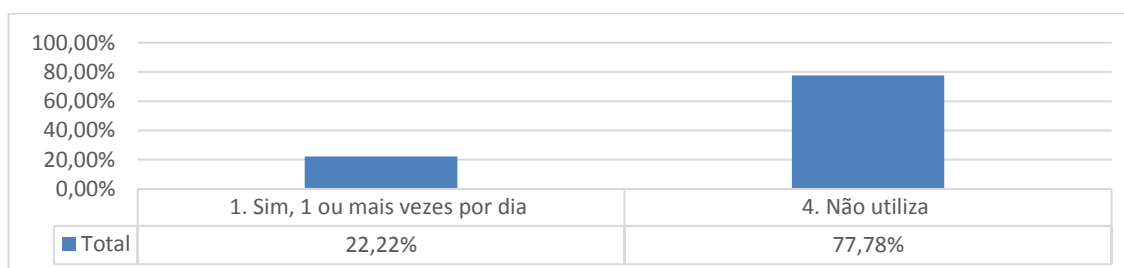


Gráfico 23 – Respostas à pergunta “Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?” no Centro Sénior B.

A utilização do fio dentário é essencial, para que se retirem restos de alimentos que se prendem entre os dentes e são de difícil remoção com a escova de dentes. Uma vez que a grande maioria dos inquiridos não utiliza o fio dentário é importante sensibilizar os mesmos para os benefícios da sua utilização diária.

No Centro Sénior A, 40% refere ter ido à consulta com um profissional de saúde oral há menos de um ano, e 25% refere que nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral uma vez, já no Centro Sénior B é de 77,78 a percentagem de inquiridos que referiu ter ido à consulta com um profissional de saúde oral à menos de um ano e 44,44% visitou uma vez o profissional de saúde oral. Da amostra que referiu não ter visitado o profissional de saúde oral nos últimos 12 meses no Centro Sénior A, 45% apontou como motivo o facto de não ter tido qualquer problema relacionado com a saúde oral. No Centro Sénior B, 33,33% dos inquiridos não responde, o porquê de não ter visitado o profissional de saúde oral nos últimos 12 meses.

É essencial que a população fique sensibilizada para o facto da importância de visitar o profissional de saúde oral de forma rotineira, mesmo que não tenham qualquer problema de saúde oral. A vigilância está na base da prevenção e é essencial para uma boa saúde oral.

Grande parte dos inquiridos nos dois Centros Seniores apontou como principal razão da última visita ao profissional de saúde oral a necessidade de colocação de prótese dentária, como é possível observar nos gráficos 24 e 25, sendo que 25% e 11,11% dos inquiridos no Centro Sénior A e Centro Sénior B respetivamente responde que a sua prótese foi feita há 10 anos ou mais. Também com uma prótese dentária é necessário realizar uma manutenção da saúde oral. As próteses também se vão desgastando, sendo muito importante realizar uma vigilância do estado das mesmas.

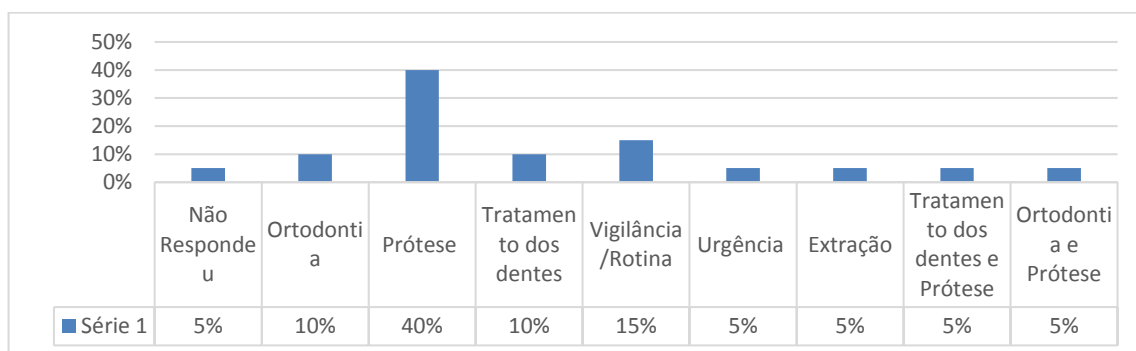


Gráfico 24 – Respostas à pergunta “Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral?” no Centro Sénior A.

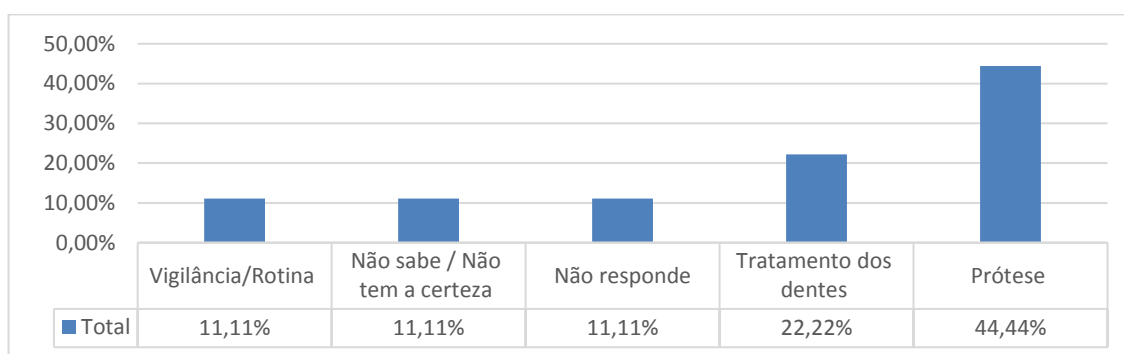


Gráfico 25 – Respostas à pergunta “Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral?” no Centro Sénior B.

No que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde oral, a maioria da amostra refere que tem acesso a clínica ou consultório dentário, se precisar de cuidados de saúde oral, no entanto, no Centro Sénior A, 40% refere não ter este acesso no máximo a 30 minutos do local onde vive ou local de trabalho (Gráfico 26).

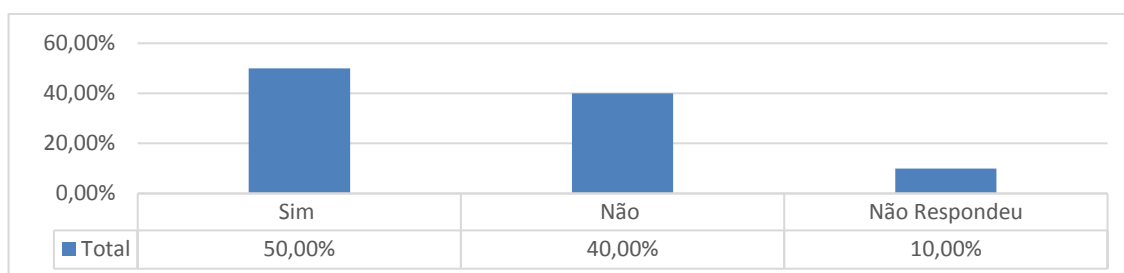


Gráfico 26 – Respostas à pergunta “Tem possibilidade de encontrar 1 profissional de saúde oral no máximo a 30 minutos do local onde vive ou local de trabalho?” no Centro Sénior A.

A maioria da amostra nos dois locais de colheita de dados refere que recorre a um consultório ou clínica privada se precisar de tratamentos dentários.

Tendo por base o consumo alimentar, 45% e 33,33% da amostra dos Centros Seniores A e Centro Sénior B respetivamente referem que comem doces algumas vezes. Já no consumo de refrigerantes e pastilhas elásticas com açúcar, a maioria dos inquiridos responde nunca beber, mesmo em pequenas quantidades, limonada, cola ou outros refrigerantes. No Centro Sénior A, 25% da amostra refere nunca evitar comer alimentos açucarados para prevenir problemas com os dentes, já no Centro Sénior B, 44,44% diz que evita sempre o consumo destes alimentos a fim de prevenir problemas dentários.

Tendo em conta os resultados obtidos após a análise das respostas dadas pelos inquiridos às perguntas anteriormente descritas, podemos concluir que é relevante sensibilizar a população para a importância de evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar de modo a prevenir o desenvolvimento de cáries por exemplo.

A grande maioria da amostra refere nunca ter fumado ou consumido bebidas alcoólicas e considera o estado da sua boca razoável.

O facto de 30% dos inquiridos no Centro Sénior A e 44,44% no Centro Sénior B terem respondido que consomem entre 5 e 10 vezes alimentos ou líquidos (expeto a água) durante o dia faz com que possuam risco médio para o desenvolvimento de caries. Já todos os que responderam que consomem mais de 10 vezes alimentos ou líquidos (expeto a água) durante o dia faz com que o risco aumente, para alto em relação ao desenvolvimento de caries (Direção-Geral da Saúde, 2015b).

É importante referir que 30% dos inquiridos no Centro Sénior A (Gráfico 27) e 22% no Centro Sénior B (Gráfico 28), referem que nos últimos 12 meses, às vezes, tiveram dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes.

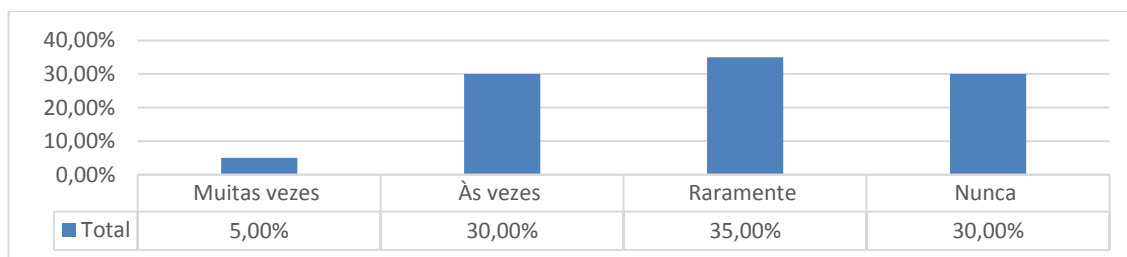


Gráfico 27 – Respostas à pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?” no Centro Sénior A.

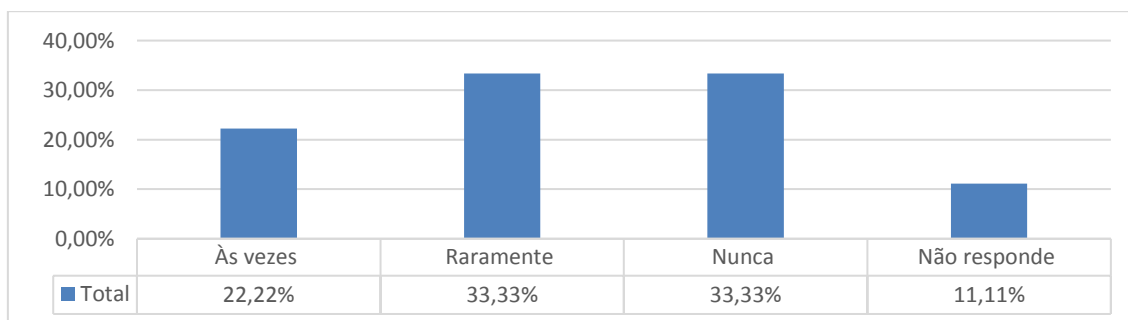


Gráfico 28 – Respostas à pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?” no Centro Sénior B.

No Centro Sénior A 40% da amostra refere que às vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes (Gráfico 29).

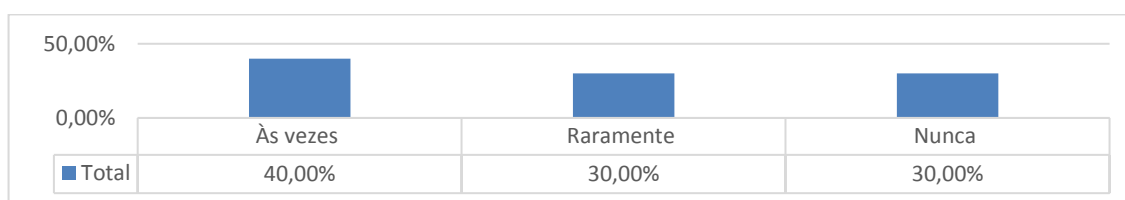


Gráfico 29 – Respostas à pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?” no Centro Sénior A.

O facto de uma percentagem significativa da amostra ter referido que nos últimos 12 meses teve dificuldade em comer, dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes é sugestivo de problemas na saúde oral destes indivíduos, sugerindo necessidade de intervenção comunitária.

A maioria dos inquiridos nos dois Centros Seniores refere que nos últimos 12 meses nunca se sentiu embaraçado, evitou conversar ou reduziu a sua participação em atividades sociais por causa da aparência dos seus dentes/prótese ou por possuir problemas de saúde oral.

Os gráficos representativos dos dados obtidos após a aplicação do Questionário de Conhecimentos e Atitudes relacionadas com a Saúde Oral Adaptado no Centro Sénior A e Centro Sénior B, encontram-se apresentados no Apêndice X.

Com a análise dos resultados obtidos após a aplicação dos três instrumentos de colheita de dados nos Centros Seniores A e Centro Sénior B, é possível listar um conjunto de problemas identificados que sugerem necessidade de intervenção comunitária:

- Défice na dimensão Atividade Física, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- Défice na dimensão Nutrição, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- Défice na dimensão Gestão do Stress, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- Défice na adoção de comportamentos saudáveis relacionados com a saúde oral;
- Défice de conhecimentos nutricionais;
- Défice de conhecimentos relacionadas com a saúde oral.

Após a identificação dos problemas acima referidos, é necessário proceder a determinação de prioridades, a fim de hierarquizar os mesmos para o posterior planeamento da intervenção comunitária.

## 2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo a metodologia de planeamento em saúde, uma vez concluída a etapa em que se estabeleceu um diagnóstico de saúde, é essencial que se determinem as prioridades de ação. Nesta etapa pretende-se hierarquizar os problemas, selecionando aqueles que devem ser solucionados em primeiro lugar. Para se determinar as prioridades é necessário refletir sobre todos os problemas identificados com o diagnóstico teórico e avaliar quais têm um cariz prioritário. É essencial que os problemas prioritários identificados se integrem no horizonte temporal previsto para a intervenção e que se encontrem disponíveis todos os recursos necessários para pôr em prática as intervenções estabelecidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a realização desta etapa do planeamento em saúde, existem várias técnicas que nos ajudam a determinar prioridades, como é o caso do Método Hanlon e a Comparação por Pares. O Método Hanlon estabelece critérios de gravidade em relação aos problemas e é o mais utilizado quando o número de problemas diagnosticados é alto, já a técnica de Comparação por Pares é a mais apropriada segundo os especialistas para quando o número de problemas é baixo, permitindo “a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com todos os outros” (Tavares, 1990, p. 97).

O Método Hanlon, tem na sua base quatro critérios para estabelecer prioridades em saúde, o critério (A) que se refere à amplitude ou magnitude do problema, o critério (B), com a gravidade do problema, o critério (C) representativo da eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e por último o critério (D), com a exequibilidade do projeto ou da intervenção. a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da fórmula: Valor de Prioridade =  $(A+B) \times C \times D$ , que se aplica a cada um dos problemas considerados.

O critério (A), sobre a amplitude ou magnitude do problema é ponderado numa escala de 0 a 10 e o valor representa o número de pessoas afetadas pelo problema em relação à população total. A gravidade do problema, representada pelo critério (B), é calculada com base na análise da mortalidade, morbilidade, incapacidades e custos, sendo também avaliada uma escala de 0 a 10. Em relação à eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema (C), a escala utilizada varia entre 0,5 e 1,5, sendo que a um problema de mais difícil solução corresponderá o valor de 0,5. No que diz respeito a exequibilidade do projeto ou da intervenção (D) possui cinco elementos integrantes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade. A escala aplicável a estes elementos é uma simples escala de sim ou não, que equivale a 1 ou 0 respetivamente. Se o valor da fórmula for zero, o problema é automaticamente eliminado das prioridades pois não é possível intervir no

mesmo (Tavares, 1990). A Tabela 5 demonstra a determinação de prioridades pelo método de Hanlon.

	Magnitude (A)	Gravidade (B)	Eficácia da Solução (C)	Exequibilidade do Projeto (D)					Total
				Pertinência	Exequibilidade Económica	Aceitabilidade	Disponibilidade	Legalidade	
	0-10	0-10	0,5-1,5	0-1	0-1	0-1	0-1	01	
<b>1 – Défice na dimensão Atividade Física</b>	7	10	1	1	1	1	1	1	23
<b>2 – Défice na dimensão Nutrição</b>	5	10	1	1	1	1	1	1	21
<b>3 – Défice na dimensão Gestão do Stress</b>	5	9	1	1	1	1	1	1	20
<b>4 – Défice nos Comportamentos de Saúde Oral</b>	2,6	8	1	1	1	1	1	1	16,6
<b>5 – Défice de Conhecimentos Nutricionais</b>	9	10	1,5	1	1	1	1	1	25,5
<b>6 – Défice de Conhecimentos de Saúde Oral</b>	7	10	1,5	1	1	1	1	1	23,5

Tabela 5 - Determinação de Prioridades pelo Método de Hanlon (Elaboração Própria).

Com a aplicação do Método de Hanlon, foi então possível enumerar os problemas de acordo com a sua prioridade de intervenção:

- 1.º – Défice de Conhecimentos Nutricionais;
- 2.º – Défice de Conhecimentos de Saúde Oral;
- 3.º – Défice na dimensão Atividade Física, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- 4.º – Défice na dimensão Nutrição, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;

5.º – Défice na dimensão Gestão do Stress, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;

6.º – Défice nos Comportamentos de Saúde Oral

Na técnica de Comparação por Pares, o avaliador está focado em dois problemas de cada vez, escolhendo o que necessita de atenção prioritária. Cada problema é sistematicamente comparado com os restantes problemas. A ordenação final é obtida de acordo com o número de vezes que aquele problema foi escolhido (Tavares, 1990). Na Tabela 6 está representado o estabelecimento de prioridades com base na técnica de Comparação por Pares.

- 1 = Défice na dimensão Atividade Física.
- 2 = Défice na dimensão Nutrição.
- 3 = Défice na dimensão Gestão do Stress.
- 4 = Défice nos Comportamentos de Saúde Oral.
- 5 = Défice de Conhecimentos Nutricionais.
- 6 = Défice de Conhecimentos de Saúde Oral.

Problemas	1	2	3	4	5	6
1 e 2	x					
1 e 3	x					
1 e 4	x					
1 e 5					x	
1 e 6						x
2 e 3		x				
2 e 4		x				
2 e 5					x	
2 e 6						x
3 e 4			x			
3 e 5					x	
3 e 6						x
4 e 5					x	
4 e 6				x		
5 e 6					x	
<b>Total</b>	3	2	1	1	5	3

Tabela 6 - Determinação de Prioridades pelo Método de Comparação por Pares (Elaboração Própria).

A determinação de prioridades dos problemas identificados através da técnica de Comparação por Pares permitiu obter a seguinte ordenação final:

- 1.º – Défice de Conhecimentos Nutricionais;
- 2.º – Défice de Conhecimentos de Saúde Oral;
- 3.º – Défice na dimensão Atividade Física, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- 4.º – Défice na dimensão Nutrição, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- 5.º – Défice na dimensão Gestão do Stress, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde;
- 6.º – Défice nos Comportamentos de Saúde Oral.

Tendo em conta o resultado obtido com aplicação dos dois métodos de determinação de prioridades, a intervenção comunitária terá maior incidência sobre os primeiros três problemas identificados como os mais prioritários, o Défice de Conhecimentos Nutricionais e o Défice de Conhecimentos de Saúde Oral e o Défice na dimensão Atividade Física, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde.

### 2.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é a terceira etapa da metodologia de planeamento em saúde. Após ser realizado o diagnóstico de saúde e de serem determinadas prioridades, é essencial definir objetivos com base nos resultados obtidos nas duas etapas antecedentes do planeamento em saúde. Nesta fase é necessário selecionar indicadores, determinar qual a tendência dos problemas identificados e elaborar os objetivos e as metas a alcançar (Tavares, 1990).

A definição de objetivos é uma etapa imprescindível para o sucesso do projeto de intervenção comunitário uma vez que apenas “mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperator & Giraldes, 1993, p. 45). Um objetivo reflete o resultado desejado, na prática é exequível e traduz a alteração da tendência natural de evolução de um determinado problema identificado, sendo posteriormente possível traduzir-se em indicadores de impacto ou de resultado (Imperator & Giraldes, 1993).

Para que os objetivos sejam determinados de forma correta, é necessário atender a características como a pertinência, precisão, execução e medição. O objetivo geral deve ser elaborado de forma a traduzir de forma genérica o que se pretende alcançar com determinada intervenção e os objetivos específicos devem ser pormenorizados (Tavares, 1990). Os

objetivos operacionais ou metas são “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 48).

Para o projeto de intervenção comunitária e tendo por base os resultados obtidos com o diagnóstico de saúde e posteriormente com a determinação de prioridades, foi elaborado um objetivo geral e três objetivos específicos, bem como seis objetivos operacionais/metast (tabela 7).

<b>Objetivo Geral:</b> <b>Capacitar para a promoção da alimentação saudável, da saúde oral e da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</b>	
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Objetivos Operacionais</b>
<b>Aumentar os conhecimentos sobre nutrição dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</b>	Que pelo menos 75% dos utentes demonstre conhecimento <sup>1</sup> sobre nutrição.
<b>Promover a saúde oral dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</b>	Que pelo menos 80% dos utentes sejam capazes de identificar pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral.
	Que pelo menos 90% dos utentes com direito a cheque-dentista sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral.
	Que pelo menos 75% dos utentes sem direito a cheque-dentista sejam encaminhados para um rastreio de saúde oral.
<b>Promover a atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</b>	Que pelo menos 75% dos utentes sejam capazes de identificar pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física.
	Que pelo menos 75% dos utentes participem ativamente nas atividades físicas promovidas.

Tabela 7 - Objetivos do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher" (Elaboração própria).

<sup>1</sup> Considera-se conhecimento demonstrado quando pelo menos 75% das questões do Questionário de Conhecimentos Nutricionais estejam corretas.

## Indicadores de Avaliação

Foram elaborados **Indicadores de estrutura e processo** para as sessões de educação para a saúde/atividades de forma a realizar uma avaliação contínua ao longo da execução do projeto de intervenção comunitário e de medirem a atividade desenvolvida pelos profissionais ou serviços de saúde. Os indicadores encontram-se descritos na tabela 8.

Indicadores de estrutura e processo	
<b>Que pelo menos 85% dos utentes inscritos nas atividades estejam presentes.</b>	Taxa de adesão. Nº de utentes presentes na atividade/ Nº de inscritos na atividade x100
<b>Que pelo menos 80% dos utentes se considerem satisfeitos com a atividade realizada</b>	Taxa de satisfação Nº de utentes que se considerem satisfeitos /Nº de utentes na atividade x100
<b>Que pelo menos 80% dos utentes consideram a metodologia utilizada (atividade, número de participantes e local) adequados.</b>	Taxa de utentes que consideram a metodologia adequada. Nº de utentes que consideram a metodologia utilizada adequada/Nº de utentes presentes na atividade x 100
<b>Que 100% das atividades planeadas devem ser realizadas.</b>	Taxa de execução Nº atividades realizadas/ Nº atividades planeadas x100

Tabela 8 - Indicadores de estrutura e processo do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher" (Elaboração própria).

Para avaliar o projeto de intervenção comunitário, foram estabelecidos **indicadores de resultado** tal como demonstra a tabela 9.

<b>Indicadores de resultado</b>	
<b>Que pelo menos 80% dos utentes sejam capazes de identificar pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral.</b>	Taxa de participantes que identifiquem pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral. N <sup>o</sup> participantes que identifiquem pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral/ N <sup>o</sup> total de participantes x100
<b>Que pelo menos 90% dos utentes com direito a cheque-dentista sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral.</b>	Taxa de participantes com direito a cheque-dentista que sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral. N <sup>o</sup> participantes com direito a cheque-dentista que sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral/ N <sup>o</sup> total de participantes com direito a cheque-dentista x100
<b>Que pelo menos 75% dos utentes sem direito a cheque-dentista sejam encaminhados para um rastreio de saúde oral.</b>	Taxa de participantes sem direito a cheque-dentista que tenham uma consulta de saúde oral. N <sup>o</sup> participantes sem direito a cheque-dentista que tenham uma consulta de saúde oral/ N <sup>o</sup> total de participantes sem direito a cheque-dentista x100
<b>Que pelo menos 75% dos utentes sejam capazes de identificar pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física.</b>	Taxa de participantes que identifiquem pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física. N <sup>o</sup> participantes que identifiquem pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física/ N <sup>o</sup> total de participantes x100
<b>Que pelo menos 75% dos utentes participem ativamente nas atividades físicas promovidas.</b>	Taxa de participação. N <sup>o</sup> participantes ativos nas atividades físicas promovidas/ N <sup>o</sup> total de participantes x100

Tabela 9 - Indicadores de resultado do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher" (Elaboração própria).

#### 2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta fase da metodologia de planeamento em saúde é a seleção de estratégias. Uma vez tendo sido realizado o diagnóstico de saúde, identificadas as respetivas necessidades após serem priorizados os problemas e definidos objetivos e metas é possível definiram-se estratégias de intervenção.

Para o projeto Mais Saber para em Consciência Escolher, foram definidas as seguintes estratégias de intervenção:

- **Envolvimento de membros da equipa multidisciplinar.** É importante que na execução de um projeto de intervenção comunitário, estejam envolvidos mais do que um profissional de saúde. O facto de existirem vários profissionais de áreas diferentes de conhecimento a participarem direta ou indiretamente no projeto vai enriquecer o mesmo e potenciar a sua atuação. Envolver membros da equipa de enfermagem, o higienista oral, a dietista, o fisioterapeuta, a assistente social, técnicos superiores de desporto de outras instituições na execução do projeto, foi uma estratégia que visou aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento no projeto pelos vários profissionais de saúde.
- **Parcerias com outros setores.** Uma vez que o projeto interliga diferentes entidades, as realizações de reuniões com os responsáveis das mesmas foram essenciais quer para adquirir autorizações necessárias, quer para ajustar e debater a evolução e monitorização do projeto. Estabelecer parcerias entre diferentes entidades foi uma mais valia para o projeto, dinamizando o mesmo e permitindo o estabelecimento de parcerias.
- **Informação e Comunicação.** A divulgação quer do projeto, quer das suas atividades bem como dos seus resultados, é muito importante para o sucesso do mesmo. Para divulgar o projeto e as atividades no âmbito do mesmo, foram implementadas no cronograma habitual dos centros seniores, as datas e horas das atividades a desenvolver, para que os utentes pudessem estar informados sobre as mesmas. Os resultados encontrados com o diagnóstico de saúde foram apresentados à população e aos parceiros do projeto. Todos os resultados intermédios e finais, também serão apresentados a população e aos parceiros do projeto.
- **Promoção da Saúde.** É importante que a população-alvo tenha uma participação ativa no projeto. Os utentes devem autogerir o seu processo de saúde/doença de forma consciente. Promover o empowerment da população foi então uma estratégia importante para o sucesso do projeto.
- **Educação para a Saúde.** É necessário realizar sessões de educação para a saúde nas áreas identificadas como problemáticas. Contribuir para o aumento dos conhecimentos da população na área da alimentação, saúde oral e atividade física vai permitir que os utentes realizem escolhas mais informadas e de forma mais consciente.
- **Proximidade.** Todo o desenvolvimento do projeto foi realizado com base na proximidade, quer com a população alvo, quer com os profissionais de saúde da unidade

funcional, quer com os demais parceiros. Não alterar as rotinas diárias da população, foi uma estratégia preponderante para o sucesso do mesmo. Houve sempre a preocupação de ir ao encontro da população no terreno, onde esta habitualmente se encontra. Respeitar os horários das atividades previamente existentes ao projeto nos centros seniores, ir ao encontro os utentes nas suas localidades e ter flexibilidade para alterar datas e horários foi algo que aproximou o projeto dos utentes e os utentes do projeto conseqüentemente.

A fim de sistematizar a apresentação da pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia, foi elaborada a tabela 10.

<b>Estratégias</b>	<b>Pertinência (Ganhos em Saúde)</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Inconvenientes</b>
<b>Envolvimento de membros da equipa multidisciplinar</b>	Maior diversidade de áreas de conhecimento representa maior apoio e suporte para a implementação do projeto.	Aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento no projeto.	Colaboração deficiente de membros da equipa multidisciplinar.
<b>Parcerias com outros setores</b>	Obter autorizações necessárias, aumentar a diversidade de áreas de conhecimento envolvidas, interligar o novo projeto com projetos já existentes na comunidade e divulgar os resultados.	Facilitar a ligação entre o novo projeto e a comunidade. Dar a conhecer o projeto. Debater estratégias a desenvolver.	Défice de disponibilidade por parte dos reunidos.
<b>Informação e Comunicação</b>	Promover e divulgar o projeto e as suas atividades. Potenciar a participação dos utentes.	Existência de um cronograma prévio com as atividades habituais nos centros seniores.	Défice de recursos materiais.
<b>Promoção da Saúde</b>	Promover a população para a autogestão do seu processo de saúde/doença.	Poderia ser aplicada a outra população.	É necessário avaliar a especificidade de cada população.
<b>Educação para a Saúde</b>	Promover os conhecimentos na área da nutrição, saúde oral e atividade física.	Poderia ser aplicada a outra população.	É necessário avaliar a especificidade de cada população.
<b>Proximidade</b>	Aumentar o sentimento de pertença do projeto por parte dos utentes. Potenciar a participação dos utentes.	Maior conhecimento sobre a realidade da população.	Défice de recursos materiais.

Tabela 10 - Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia

## 2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL, IMPLEMENTAÇÃO E INTERVENÇÃO

Após selecionar as estratégias a utilizar durante o projeto de intervenção comunitária, é então necessário passar para a fase seguinte da metodologia do planeamento em saúde, a fase da preparação operacional, implementação e intervenção.

Nesta etapa, preparamos a ação, as atividades que serão postas em prática, a fim de conseguirmos alcançar os objetivos já fixados. De salientar que nesta fase do planeamento tem de ser mantida a ligação com as fases anteriormente já realizadas. O planeamento em saúde trata-se de um processo contínuo, cujas etapas se encontram interligadas de forma constante. O facto de a etapa anterior interferir com a etapa seguinte e vice-versa, por vezes faz com que a fase anterior tenha de ser revista ou melhorada, para que melhor se adapte às necessidades e realidades da população, tornando este processo mais rico (Imperator & Giraldes, 1993).

Para auxiliar na organização e orientação do projeto durante a presente fase da metodologia do planeamento em saúde, foram elaboradas tabelas e gráficos, nomeadamente:

Foi elaborada uma tabela (tabela 11) com as funções por indivíduo de **gestor, equipa de gestão e equipa de execução do projeto**. Esta tabela auxiliou na distribuição de papéis e funções de cada profissional de saúde.

<b>Gestor do Projeto</b>
Mestranda Helena Bragança
<b>Equipa de Gestão do Projeto</b>
Enfermeira Coordenadora X
Enfermeira Supervisora X
<b>Equipa de Execução do Projeto</b>
Mestranda Helena Bragança
Enfermeira Supervisora X
Enfermeiros da Equipa da UCC
Higienista Oral
Dietista
Fisioterapeuta
Colaboradores no Projeto X
Técnico Superior de Desporto da Piscina Municipal X

Tabela 11 - Gestor, equipa de gestão e equipa de execução do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

Foi elaborada uma tabela (tabela 12) com todos os **parceiros do projeto**, para melhorar a perceção dos envolvidos no mesmo:

Parceiros do Projeto
Enfermeira Coordenadora da UCC X
Membros da Equipa de Enfermagem da UCC X
Higienista oral das Unidades Funcionais X
Dietista do ACeS Algarve X
Assistente Social das Unidades Funcionais X
Fisioterapeuta das Unidades Funcionais X
Assistente técnica da UCC X
Presidente da Junta de Freguesia X
Coordenadora dos Centros Seniores A e B
Coordenadora dos Centros Seniores de C e D
Assistentes técnicas dos Centros Seniores
Colaborador do Projeto X
Técnico Superior de Desporto da Piscina Municipal X

Tabela 12 - Parceiros do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

Foi também construída uma **Work-Breakdown Structure [WBS]**<sup>1</sup>, que se trata de uma ferramenta que auxilia na gestão das várias componentes do projeto e encontra-se representada em seguida na figura 3. A sua estrutura em árvore vai das componentes mais gerais, para as mais específicas, até aos elementos terminais.

<sup>1</sup> Estrutura Analítica de Projetos [EAP]

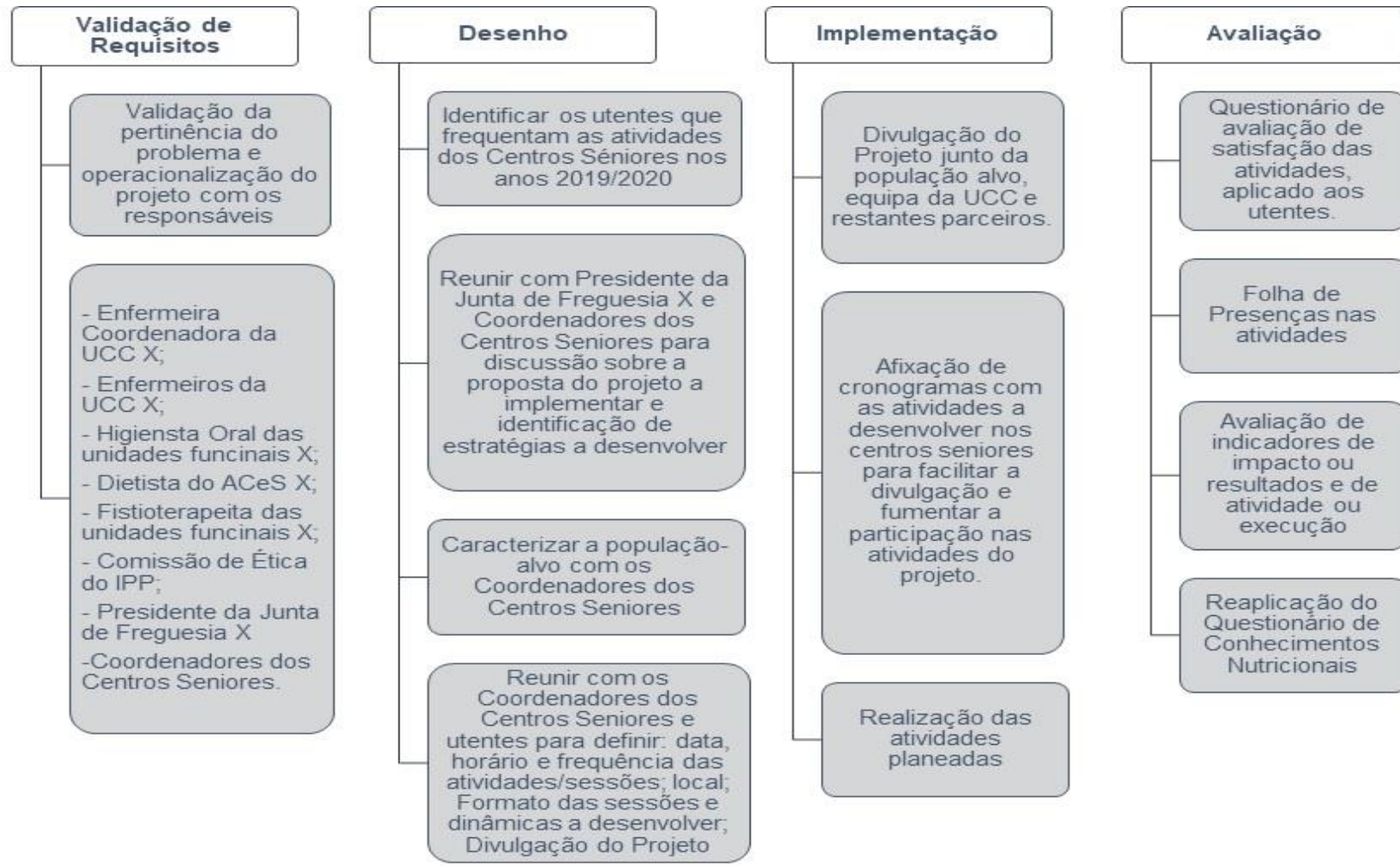


Figura 3 - Work-Breakdown Structure (WBS) do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.

Para que o projeto decorresse com o mínimo de imprevistos, foi elaborada uma tabela (Tabela 13) com o **cálculo da gestão de risco**, no que se refere aos critérios de sucesso e atribuição de importância relativa.

<b>Crítérios de Sucesso</b>	<b>Importância relativa</b>
Valor do Projeto para o ACES	10
Parceria da Junta de Freguesia X	10
Parceria dos Coordenadores dos Centros Seniores	10
Parceria dos Colaboradores no Projeto X	10
Planeamento Adequado	15
Expectativas Realistas	7
Competência dos Formadores	8
Visão e Objetivos Claros	10
Organização dos Procedimentos	5
Motivação dos intervenientes	15
Total	100

Tabela 13 - Avaliação da adequação dos recursos futuros – gestão de risco do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.

Foi também elaborada uma tabela (tabela 14) com a **revisão das estratégias e dos objetivos**, para que ao longo do projeto, fosse possível ir verificado o ponto de situação dos vários parâmetros, a fim de se aferir o que está concretizado e o que ainda está por realizar.

<b>Parâmetro</b>	<b>Ponto de Situação</b>
Projeto de Saúde	Elaborado
Parcerias	Estabelecidas
Reuniões	Realizadas
Membros da equipa de enfermagem	Envolvidos
Higienista Oral	Envolvido
Dietista	Envolvido
Fisioterapeuta	Envolvido
Técnicos Superiores de Desporto	Envolvidos

Planos de Atividades	Elaborados
População Alvo	Selecionada
Espaços Físicos	Definidos
Publicidade	Realizada

Tabela 14 - Revisão das estratégias e dos objetivos do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.

Com a finalidade de auxiliar na organização do projeto foram elaboradas também as seguintes tabelas que se encontram no apêndice XI:

- Os **planos das reuniões com os parceiros** foram elaborados, com o intuito de melhorar a perceção dos aspetos mais importantes a debater nas demais reuniões.
- O **plano formativo global** das atividades realizadas ao longo do projeto;
- Para cada atividade/sessão de educação para a saúde, foi realizado um **plano de sessão**, com o intuito de sistematizar a informação relevante sobre cada atividade/sessão como o nome da atividade, participantes, local e data, descrição, objetivos e avaliação.
- Para cada atividade/sessão de educação para a saúde, foi realizada uma **previsão de recursos materiais e humanos**, e uma **estimativa de custos**, a fim de diminuir situações de risco e de antecipar eventuais necessidades.
- O **cronograma de atividades** foi também elaborado para auxiliar durante a execução do projeto, sendo possível ter uma visão temporal alargada de todas as fases e atividades do projeto.

O tipo de atividades que foram desenvolvidas ao longo do projeto, foram escolhidas pela população alvo no dia em que lhes foi devolvido o diagnóstico de saúde. Após serem divulgados os resultados dos questionários que a amostra tinha preenchido, foi realizado um debate com a população a fim de estabelecer o tipo de atividades que esta preferia realizar.

O tipo de atividades que são desenvolvidas passam pela realização de jogos didáticos e sessões de educação para a saúde tal como demonstra a tabela 15. Os jogos didáticos vão mutuamente estimular a interação e convívio entre os participantes, bem como a aprendizagem, a partilha de experiências e de competências.

Nome da Atividade	Descrição
“Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.	Fornecer informação sobre a temática da Alimentação Saudável através do jogo de tabuleiro sobe e desce. Um utente tira uma carta (sem ver o seu conteúdo) que contém uma pergunta sobre nutrição

	e têm um número associado. Dá o cartão a outro utente que lhe vai ler a pergunta. O utente responde à questão e caso esteja certo, avança o número de casas indicado no cartão, caso erre a questão não avança no tabuleiro. Em cada pergunta deve haver um debate em grupo sobre a questão. Ganha quem chegar mais longe no tabuleiro.
<b>Sessão de educação para a saúde oral “Sorrir com a Vida”.</b>	Fornecer informação sobre a temática da Higiene Oral, através de uma sessão de educação para a saúde. Haverá debate em grupo no final da sessão.
<b>“Jogo da Vassoura” – A dança e os benefícios da atividade física.</b>	Praticar Atividade Física com o jogo da vassoura. Um utente fica a dançar com a vassoura e os restantes utentes dançam a pares. O utente que fica com a vassoura deve passar esta a outros utentes consecutivamente. Quando a música para o utente que tem a vassoura deve retirar um cartão e ler para todos o benefício relacionado com a prática de atividade física. Deve haver debate sobre o benefício lido e o jogo continua.
<b>Parceria com a Piscina Municipal X – Aula de hidroginástica e hidroterapia</b>	Praticar Atividade Física através da realização de uma aula de hidroginástica e uma aula de hidroterapia.
<b>Troca de Receitas – Promoção da Alimentação Saudável.</b>	Fornecer informação sobre a temática da Alimentação Saudável através de debate e troca de receitas saudáveis. A execução das receitas será demonstrada através de vídeos. Deve haver debate sobre cada receita.
<b>Sessão de educação para a saúde oral “Lavar e Escovar é por onde Começar”</b>	Fornecer informação sobre a temática da Higiene Oral, através de uma sessão de educação para a saúde. Cada utente realizará a técnica da higienização dos dentes e boca num manequim exemplar.
<b>“O jogo do Balão” – Exercícios Físicos e elaboração de uma receita saudável.</b>	Cada utente tem um balão e por ordem cada utente retira um cartão que contém uma determinada tarefa (fazer um exercício com as pernas ou braços, fazer de conta que limpa a casa, dar a volta a uma árvore, sentar e levantar numa cadeira x vezes...). No final, os utentes devem executar a confeção de uma receita que foi debatida na sessão de troca de receitas.
<b>Sessão de educação para a saúde alimentar “A dieta Mediterrânica”</b>	Realização de uma sessão de educação para a saúde + realização de jogo de tabuleiro sobe e desce (anteriormente descrito).
<b>Promoção do Check Dentista</b>	Dar a conhecer o cheque-dentista e esclarecer dúvidas sobre o processo.

<b>Parceria com o Projeto Viva X – Sessão de Educação para a saúde física “A ginástica e o yoga”.</b>	O Técnico Superior de Desporto vai aos centros seniores explicar o benefício da ginástica e do yoga na idade sénior. Vai dar a conhecer a oferta que existe a disposição da população para praticarem estas atividades.
<b>Sessão de educação para a saúde alimentar “Aquilo que comemos” + “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.</b>	Realização de uma sessão de educação para a saúde + realização de jogo do sobe e desce (anteriormente descrito).
<b>Parceria com a Piscina Municipal X Sessão de Educação para a saúde física “A hidroginástica e a hidroterapia”.</b>	O Técnico Superior de Desporto e a fisioterapeuta vão aos centros seniores explicar o benefício da hidroginástica e da hidroterapia na idade sénior. Vai dar a conhecer a oferta que existe a disposição da população para praticarem estas atividades.

Tabela 15- Atividades formativas a desenvolver no Projeto e sua descrição

### 2.5.1. Previsão de recursos

De acordo com Tavares (1990), identificar e enumerar os recursos humanos, materiais e financeiros é uma tarefa de grande importância para que a execução do projeto seja bem-sucedida. A previsão de recursos quando mal elaborado pode comprometer todo o restante processo de planeamento. Só é possível pôr em prática o projeto de intervenção comunitária se os recursos necessários se encontrarem disponíveis. Foram então elaboradas duas tabelas (apêndice XII), uma com os recursos materiais e humanos inicialmente previstos para a realização de casa atividade e outra com a estimativa de custos do projeto.

## 2.6. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A monitorização e avaliação, é uma fase da metodologia do planeamento em saúde, que é constante ao longo de todas as outras fases desta metodologia, uma vez que todo o projeto é alvo de monitorização constante. O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico que está constantemente sujeito a monitorização e avaliação, estando por isso sujeito a reformulações (Imperatori & Girdales, 1993; Tavares, 1990). A medida que o projeto foi implementado, foram realizadas avaliações intermédias e monitorizações contínuas, de forma a analisar de forma crítica os resultados alcançados até ao momento.

Quando se realiza a avaliação de uma determinada atividade ou etapa do projeto, esta visa “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo” (Tavares, 1990, p. 205),

isto é, quanto mais aproximado for o resultado esperado, do resultado alcançado, maior o sucesso da intervenção. A avaliação deve ser precisa, de forma a verificar se a eficácia das atividades realizadas, vão de encontro aos objetivos propostos, permitindo deste modo alcançá-los.

De forma a monitorizar o projeto foi elaborada uma tabela que se encontra no apêndice XIII e que permitiu aferir o cumprimento das atividades previamente planeadas, a participação efetiva dos parceiros do projeto e a taxa de participação e satisfação dos utentes em cada atividade. Esta tabela permitiu avaliar ao longo do tempo se o projeto estava a alcançar a curto prazo os indicadores previstos, e caso não se alcançasse os indicadores, permitia reformular de forma precoce as estratégias e intervenções do projeto.

Para avaliar o projeto, foram elaborados indicadores de avaliação, nomeadamente indicadores de atividade e indicadores de resultado. Os indicadores de avaliação são uma mais valia permitindo clarificar a realidade e validar progressos (Imperatori & Giraldes, 1993). As avaliações dos Indicadores de estrutura e processo a alcançar apresentadas na tabela seguinte (tabela 16), dizem respeito a avaliação intermédia do projeto, que foi elaborada tal como o cronograma descreve, em janeiro de 2020.

<b>Avaliação de Indicadores de Atividade</b>			
<b>Indicadores de estrutura e processo a alcançar</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Resultado<sup>1</sup></b>	<b>Avaliação</b>
Que pelo menos 85% dos utentes inscritos nas atividades estejam presentes <sup>2</sup> .	Taxa de adesão. Nº de utentes presentes na atividade/ Nº de inscritos na atividade x100	85,33%	Atingido
Que pelo menos 80% dos utentes se considerem satisfeitos com a atividade realizada <sup>3</sup> .	Taxa de satisfação Nº de utentes que se considerem satisfeitos /Nº de utentes na atividade x100	99,5%	Superado
Que pelo menos 80% dos utentes consideram a metodologia utilizada (atividade,	Taxa de utentes que consideram a metodologia adequada.	98,38%	Superado

<sup>1</sup> Média de todas as atividades até dia 30 de janeiro de 2020.

<sup>2</sup> Registado na folha de presenças (Apêndice XIV) que foi preenchida no início de cada atividade desenvolvida.

<sup>3</sup> Registado no questionário de satisfação (Apêndice XV) que foi preenchida no final de cada atividade desenvolvida.

número de participantes e local) adequados <sup>3</sup> .	Nº de utentes que consideram a metodologia utilizada adequada/Nº de utentes presentes na atividade x 100		
Que 100% das atividades planeadas devem ser realizadas.	Taxa de execução Nº atividades realizadas/ Nº atividades planeadas x100	100%	Atingido

Tabela 16 - Avaliação de Indicadores de atividade (Elaboração própria).

O projeto Mais saber para em Consciência Escolher tal como demonstra o cronograma, possui atividades planeadas até junho de 2020, sendo que foi realizada uma avaliação intermédia em janeiro de 2020. Nesta avaliação intermédia foi reaplicado o QCN, que foi utilizado previamente no diagnóstico de saúde. Foram também reaplicadas as questões referentes à área da saúde oral e da atividade física que tinham sido aplicadas na primeira atividade de cada área já mencionada, de forma a avaliar qual a alteração na taxa de respostas corretas em comparação com as respostas previamente dadas pela população. Deste modo, poderá ser avaliado se a taxa de respostas corretas aumentou ou diminuiu, e assim, verificar se existe uma evolução positiva ou se é necessário reformular as estratégias de intervenção planeadas.

Relativamente às respostas ao QCN, verificou-se que antes da intervenção comunitária ser realizada, 52% das respostas no questionário estavam erradas, sendo que a amostra populacional errou em mais de metade das questões relacionadas com conhecimentos nutricionais, tal como demonstra o gráfico 30.



Gráfico 30 - Percentagem de respostas certas/erradas, dos utentes dos centros seniores de um concelho de uma região do Algarve no QCN antes da intervenção comunitária

Após a intervenção comunitária, através da aplicação das várias estratégias de intervenção planeadas, verificou-se que apenas 2% das respostas no questionário estavam erradas, sendo que a amostra populacional acertou em 98% das questões relacionadas com conhecimentos nutricionais, tal como representa o gráfico (31) abaixo inserido:



Gráfico 31 - Percentagem de respostas certas/erradas, dos utentes dos centros seniores de um concelho de uma região do Algarve no QCN depois da intervenção comunitária

Perante os gráficos anteriormente apresentados, é possível verificar que a intervenção comunitária teve um impacto muito positivo na melhoria dos conhecimentos sobre nutrição, dos utentes dos centros seniores de um concelho de uma região do Algarve, numa fase precoce que é a avaliação intermédia.

Relativamente às questões sobre saúde oral e sobre a prática de atividade física, os utentes de ambos os centros seniores demonstraram na sua globalidade, um escasso conhecimento sobre os dois temas de saúde, sendo que quando questionados no início das sessões sobre os temas, a maioria da amostra não respondia a qualquer questão de forma correta. No final de cada sessão/atividade desenvolvida, em modo de resumo, quando questionados sobre os temas abordados, quer de saúde oral, quer de prática de atividade física, todos os utentes respondiam acertadamente às questões efetuadas, demonstrando terem apreendido os conhecimentos transmitidos.

A tabela que se segue (tabela 17), sintetiza a avaliação dos indicadores de resultado até dia 30 de janeiro de 2020.

O encaminhamento dos utentes para uma consulta ou rastreio de saúde oral, encontra-se dependente do facto de os utentes possuírem ou não o complemento solidário de idoso, que é da responsabilidade da segurança social. A equipa de saúde ainda se encontra a aguardar estes dados, razão pela qual ainda não é possível realizar uma avaliação intermédia destes indicadores de resultado. Prevê-se que durante o mês de Março de 2020, seja possível

saber quais os utentes que têm ou não este suplemento solidário de idoso, para que se possa dar início ao encaminhamento dos utentes, quer para uma consulta de saúde oral (utentes com complemento solidário para idosos), quer para um rastreio de saúde oral (utentes sem complemento solidário para idosos).

<b>Avaliação de Indicadores de resultado</b>			
<b>Indicadores de resultado a alcançar</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Resultado</b>	<b>Avaliação</b>
Que pelo menos 75% dos utentes demonstre conhecimento <sup>1</sup> sobre nutrição.	Taxa de respostas corretas. Nº respostas corretas /Nº total de respostas x100	98%	Superado
Que pelo menos 80% dos utentes sejam capazes de identificar pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral.	Taxa de participantes que identifiquem pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral. Nº participantes que identifiquem pelo menos três comportamentos promotores de saúde oral/ Nº total de participantes x100	100%	Superado
Que pelo menos 90% dos utentes com direito a cheque-dentista sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral.	Taxa de participantes com direito a cheque-dentista que sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral. Nº participantes com direito a cheque-dentista que sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral/ Nº total de participantes com direito a cheque-dentista x100	Em execução	Em execução
Que pelo menos 75% dos utentes sem direito a cheque-dentista sejam encaminhados para um rastreio de saúde oral.	Taxa de participantes sem direito a cheque-dentista que tenham uma consulta de saúde oral. Nº participantes sem direito a cheque-dentista que tenham uma consulta de	Em execução	Em execução

<sup>1</sup> Considera-se conhecimento demonstrado quando pelo menos 75% das questões do Questionário de Conhecimentos Nutricionais estejam corretas.

	saúde oral/ N° total de participantes sem direito a cheque-dentista x100		
Que pelo menos 75% dos utentes sejam capazes de identificar pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física.	Taxa de participantes que identifiquem pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física. N° participantes que identifiquem pelo menos três benefícios da prática regular da atividade física/ N° total de participantes x100	100%	Superado
Que pelo menos 75% dos utentes participem ativamente nas atividades físicas promovidas.	Taxa de participação. N° participantes ativos nas atividades físicas promovidas/ N° total de participantes x100	91%	Superado

Tabela 17 - Avaliação de Indicadores de resultado (Elaboração própria).

### 3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Tendo por base todo o percurso de formação especializada em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem (em Associação), é possível elaborar uma autorreflexão crítica sobre as competências adquiridas.

As competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foram adquiridas ao longo dos dois estágios realizados. A componente prática veio complementar a componente teórica abordada previamente, sendo que ambas foram essenciais para a aquisição das várias competências, nomeadamente para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e para a aquisição das competências de mestre.

**No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, é possível referir que a realização de um exercício profissional, ético e seguro, foi uma constante ao longo dos dois estágios realizados. O enfermeiro especialista exerce a sua atividade profissional em prol do bem do ser humano, sendo que trabalhar com e para pessoas, requer a todo o instante, decisões que assentem em princípios ético-deontológicos, valores e normas legais, sempre com a constante preocupação de defender e respeitar os direitos humanos. Para que a prática de enfermagem seja realizada respeitando a ética e a deontologia, é preponderante que o enfermeiro especialista detenha conhecimentos sólidos e aprofundados na área da ética e da deontologia profissional. Avaliar constantemente a sua prática de forma crítica em relação aos valores éticos, deontológicos e legais que estão na sua base é muito importante, de forma a poder melhorar a sua prática e a sua prestação de cuidados.

Quando nos centramos profissionalmente no domínio das competências ético-deontológicas, isso leva-nos de imediato a lembrar que todas as ações que o enfermeiro especialista executa, têm de ser da preferência do utente, construindo estratégias em conjunto com este, de forma a resolver os seus problemas, assegurando a todo o instante a sua segurança, privacidade e dignidade.

Ao longo dos estágios, deparamo-nos com inúmeras situações onde foi necessário tomar decisões do domínio ético, deontológico e legal, gerindo de forma adequada, dentro e fora da equipa, um conjunto de situações que impelem a tomada de decisão com juízo baseado em conhecimentos aprofundados e experiência profissional. Ao longo da construção, aplicação e avaliação do projeto de intervenção comunitária, foi necessário liderar eficazmente processos de tomada de decisão com base em princípios ético-deontológicos, sendo necessário

dominar elementos de enquadramento jurídico. Refletir em cada tomada de decisão e avaliar a mesma torna-se assim uma constante ao longo do período dos estágios.

Cada etapa do processo desenvolvido exigiu respeito pelos direitos humanos, sendo preponderante gerir e liderar todas as situações que poderiam comprometer qualquer direito dos utentes. Houve uma constante preocupação em fornecer toda a informação disponível sobre as mais variadas ações, a todos os intervenientes do projeto. Foi sempre assegurada a confidencialidade, segurança e privacidade dos intervenientes do projeto, sendo que todas as ações realizadas foram assentes no respeito pela individualidade, no respeito pelas crenças, valores e costumes de cada indivíduo e comunidade, assegurando o direito à escolha e a autodeterminação.

Durante o projeto, tomando como exemplo, na fase da recolha e análise de dados extraídos da comunidade, foi necessário gerir todo o processo de recolha, tratamento e análise dos dados, através da implementação de medidas de prevenção de práticas de risco, analisando de forma fidedigna e responsável toda a informação recolhida com o intuito de promover e maximizar a saúde da população.

**No domínio da melhoria continua da qualidade**, o enfermeiro especialista, tem o dever de contribuir para a sua melhoria, assumindo um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas no âmbito da governação clínica a nível institucional. Na sua prática clínica, é fundamental o estabelecimento de metas que visam alcançar, manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, devendo, portanto, elaborar e liderar projetos na área da melhoria continua da qualidade, intervindo ativamente em todas as fases de execução dos projetos.

Para que seja possível aumentar de forma constante e progressiva a qualidade dos cuidados prestados, é fundamental que o enfermeiro especialista detenha um conjunto de conhecimentos e habilidades avançadas, na área da qualidade e melhoria contínua. A importância da melhoria da qualidade, foi sempre reconhecida ao longo dos estágios realizados, sendo que cada atividade desenvolvida era alvo de uma avaliação crítica, para que fosse possível determinar a eficácia e a eficiência dos resultados advindos dessas mesmas atividades e consequentemente melhorar as próximas ações, maximizando desta forma os resultados obtidos. Assentar todas as decisões e ações em evidências científicas, é uma premissa para a melhoria contínua da qualidade, sendo que o enfermeiro especialista tem de monitorizar e avaliar constantemente todas as suas ações, integrando auditorias clínicas, a fim de avaliar os seus resultados.

Garantir um ambiente terapêutico e seguro na prática clínica, é também uma competência do enfermeiro especialista, que tem o dever de promover um ambiente centrado na pessoa,

promovendo o bem-estar e minimizando o risco. Ao longo do projeto desenvolvido, foi sempre tida em conta a necessidade de individualizar as atividades, respeitando o ambiente físico, psicossocial, espiritual e cultural onde a comunidade se inseria, respeitando assim a sua identidade. Cada indivíduo foi visto como um todo único, que se encontra inserido e interligado num meio familiar, comunitário e global.

Durante o projeto de intervenção comunitária, foi essencial gerir os riscos, tendo sido elaborado por esse motivo um cálculo de gestão do risco, de forma a avaliar passo a passo o projeto, com o objetivo de que o mesmo decorresse com o mínimo de imprevistos. Prever e gerir os recursos necessários, é também essencial para diminuir riscos, sendo que para este projeto foram elaboradas uma previsão de recursos e uma estimativa de custos.

**No domínio da gestão dos cuidados**, o enfermeiro especialista detém competência para gerir os cuidados de enfermagem, potenciando as ações no seio da sua equipa de enfermagem em articulação com os demais profissionais de saúde, certificando a segurança e qualidade dos cuidados prestados e por si delegados. O enfermeiro especialista, detentor de conhecimentos especializados, têm o dever de aconselhar não só os enfermeiros, mas toda a equipa de saúde, com base nesses mesmos conhecimentos e na sua experiência profissional, participando ativamente nos processos de tomada de decisão e interligando entre si os enfermeiros e os restantes profissionais da equipa, proporcionando ao utente, cuidados diferenciados em múltiplas áreas do conhecimento.

Durante o projeto de intervenção comunitária, foi importante a delegação de tarefas, uma vez que existiam vários profissionais de saúde envolvidos no projeto. Apesar de terem sido delegadas tarefas, foi sempre realizado um acompanhamento constante e a avaliação de cada ação delegada, com o intuito de garantir a segurança e a qualidade das atividades realizadas. Integrar no seio da equipa de trabalho profissionais de várias áreas do conhecimento, foi essencial para enriquecer o projeto e permitiu promover a saúde da população de forma multidimensional.

O enfermeiro, por si só, não detém conhecimentos científicos especializados em todas as áreas do conhecimento, devendo por isso ter a capacidade de referenciar para outros profissionais especializados quando for necessário. No projeto desenvolvido, foi possível integrar na equipa de trabalho os enfermeiros, a dietista, o higienista oral, os fisioterapeutas, os técnicos superiores de desporto e a assistente social, sendo que a equipa formada por todos eles, permitiu intervir de forma especializada em múltiplas áreas da saúde.

Foi um desafio liderar, gerir e coordenar uma equipa com conhecimentos em várias áreas do saber, no entanto consideramos ter sido algo fundamental para o sucesso do projeto. Ao longo dos estágios, houve a necessidade de adaptar a capacidade de gestão e liderança nos

diferentes contextos, com vista a potenciar a ação de cada membro da equipa de trabalho. Para que a equipa sentisse este projeto, como sendo também o SEU projeto, foi muito importante motivar todos os profissionais envolvidos e delegar tarefas individuais e de grupo.

**No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o enfermeiro especialista tem competência para desenvolver o seu autoconhecimento e melhorar a capacidade de se exprimir de forma direta, frontal e sem hesitação, demonstrando com segurança os seus conhecimentos científicos. Todas as experiências vivenciadas ao longo dos estágios, potenciaram o autoconhecimento enquanto pessoa e enquanto profissional de enfermagem, melhorando diariamente a capacidade de reação individual, aos mais variados estímulos externos, sendo necessário adaptar as respostas de acordo com a pessoa/comunidade/organização onde nos encontramos a intervir enquanto enfermeiros.

No projeto de intervenção comunitária desenvolvido, houve o envolvimento de vários indivíduos, com diferentes funções e de diferentes áreas, tendo sido um desafio utilizar técnicas de gestão e resolução de conflitos quando esses ocorreram, tendo sido fundamental antecipar eventuais situações de conflito. A componente teórica apreendida antecipadamente à ocorrência dos estágios, foi fundamental para que ao longo do projeto, a práxis clínica fosse baseada em evidência científica, unindo a prática e a teoria num só, em direção à excelência dos cuidados prestados. Todo o projeto, todas as intervenções, todas as decisões tiveram na sua base a pesquisa de conhecimentos com evidência científica, conhecimentos atuais, válidos e pertinentes.

Foi realizada uma apresentação à equipa multidisciplinar da UCC onde decorreram os estágios, com o intuito de partilhar conhecimentos e discutir os dados recolhidos da amostra populacional, com a aplicação dos questionários. No âmbito da investigação, foi também elaborada uma revisão integrativa da literatura (Apêndice XVI), onde foi possível verificar evidências científicas de que a realização de atividades lúdicas com a população sénior, traz inúmeros benefícios, incluindo a promoção da sua saúde. Todas as atividades realizadas com a população-alvo, incluindo as sessões de educação para a saúde, tiveram como ponto de partida a pesquisa de conhecimentos científicos que comprovassem a sua eficácia. Desta forma verifica-se que houve incorporação de novos conhecimentos na prática dos cuidados, com o intuito de obter ganhos em saúde para a população, sendo que todas as atividades foram avaliadas de forma a diagnosticar precocemente falhas, e assim melhorar as mesmas.

Focando agora a nossa atenção nas **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**, este “**Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19355). Durante os dois estágios realizados,

houve sempre a necessidade de planear. O enfermeiro especialista nesta área específica do conhecimento, deve considerar a complexidade das várias necessidades de saúde de uma população, planeando com base nessas necessidades e seguindo as várias etapas da metodologia do planeamento em saúde. Na fase inicial do primeiro estágio, após ser realizada uma reunião com os peritos da UCC onde o estágio decorria, foi identificada uma população e levantadas hipóteses de necessidade de intervenção, em duas áreas, a área da alimentação e a área da higiene oral, no entanto, o enfermeiro especialista tem a obrigação sempre que possível de comprovar cientificamente, através de números por exemplo, os problemas reais da população, tendo por isso sido aplicados questionários, que vieram comprovar a necessidade de intervenção nas duas áreas já referidas, mas também na área da atividade física, uma vez que se apurou défice desta prática. É por este motivo essencial que o enfermeiro especialista realize um estudo da população, a fim de aferir as suas reais necessidades em saúde.

Foi interessante analisar a influência dos vários determinantes de saúde, nas necessidades apuradas. A pesquisa realizada sobre os vários indicadores epidemiológicos, também enriqueceu o diagnóstico de saúde. É muito importante que o enfermeiro especialista se empodere de conhecimentos aprofundados e sólidos, sobre aquilo que já se conhece sobre o estado de saúde de uma determinada comunidade, a fim de poder estabelecer relações e causas ao longo dos programas de saúde.

Após a realização do diagnóstico de saúde, foi possível verificar que a população selecionada apresentava necessidade de intervenção em vários domínios dos estilos de vida promotores de saúde, no entanto enquanto futura enfermeira especialista foi necessário em conjunto com a restante equipa de trabalho, priorizar as necessidades, com base nos vários métodos de determinação de prioridades, uma vez que os recursos são finitos e limitados.

Um dos momentos de grande relevo no decorrer dos estágios e que permitiu o sucesso da intervenção comunitária no âmbito do projeto desenvolvido, foi a devolução do diagnóstico de saúde à população. É imprescindível que a população conheça os dados e que possa refletir sobre estes, a fim de poder exprimir se se identifica ou não com os dados analisados, e se realmente sente o diagnóstico efetuado como sendo uma necessidade de saúde sua. Apesar de a colheita de dados ter sido realizada em dois centros seniores, os quatro centros seniores do concelho onde os estágios ocorreram, eram constituídos por utentes com características similares, nomeadamente a idade, predominância de género, escolaridade, tendo sido por este motivo devolvido o diagnóstico de saúde efetuado a estes dois centros seniores, sendo que um deles acabou por não sentir uma das necessidades diagnosticadas, neste caso o défice de prática de atividade física, havendo necessidade de adaptar todas as etapas do

projeto às características específicas de cada população. Concluímos assim que ouvir a população é da máxima importância para o sucesso do projeto.

A formulação dos objetivos é outra etapa da metodologia do planeamento em saúde que foi realizada e que levou à seleção de estratégias e posteriormente à criação e implementação de atividades. As várias estratégias utilizadas neste projeto que foram referidas ao longo do mesmo, foram essenciais à eficácia do projeto desenvolvido. Enquanto futura enfermeira especialista, houve sempre a preocupação em estabelecer uma relação terapêutica e de saúde, em proximidade com a população, a fim de não alterar os seus horários, as suas rotinas e desta forma ter mais adesão e participação nas atividades. A monitorização e avaliação do projeto, foram realizadas de forma constante, permitindo detetar precocemente erros e melhorar qualquer etapa da metodologia do planeamento em saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19356). Após a realização dos estágios, é possível referir que foi um desafio bem conseguido liderar todo o processo comunitário, com o objetivo geral de capacitar a comunidade utente de centros seniores do concelho de uma região do Algarve, no âmbito do projeto desenvolvido.

Para que fosse exequível desenvolver e aplicar na prática o projeto de intervenção comunitário, houve a necessidade de criar parcerias com outras instituições, tendo sido fundamental criar uma rede de contactos que forneceram apoio e suporte durante o projeto. Estabelecer parcerias com outros setores, como foi o caso das piscinas municipais do concelho ou até com o projeto Viva+, que promove a prática de atividade física nesse concelho, foi uma mais valia, uma vez que possibilitou a ligação entre várias entidades, com o objetivo de promover a saúde da população. Terem sido estabelecidas estas parcerias, permitiu capacitar os utentes dos centros seniores em várias áreas específicas ligadas à saúde, uma vez que houve um conjunto de peritos em cada área, que participou ativamente nas atividades planeadas, estando em contacto direto com a população, como foi o caso dos técnicos superiores de desporto e a fisioterapeuta, e outros que participaram auxiliando na partilha de conhecimentos específicos da sua área do conhecimento, permitindo que o enfermeiro pudesse adquirir esse conhecimento e posteriormente partilhá-lo com a população, como foi o caso da dietista.

As comunidades são compostas por pessoas, pessoas únicas, com características e necessidades próprias, e é por esse motivo que cada comunidade têm um conjunto de especificidades, sendo que cada ação e decisão tomada ao longo do projeto desenvolvido foi com base nestas características singulares de cada comunidade. Na comunidade mais ampla, que são todos os utentes dos centros seniores do concelho de uma região do Algarve, ainda

existem grupos mais pequenos em diferentes localidades, sendo que cada grupo tem as suas particularidades, tendo sido necessário adaptar o método, o horário, ou até o local das atividades desenvolvidas, para ir de encontro às suas especificidades, às suas expectativas, e às suas necessidades.

Realizar sessões de educação para a saúde e atividades lúdicas com a população sénior foi uma experiência única. A capacidade de expressão e comunicação foi estimulada e por isso desenvolvida, mesmo até durante a interligação das diferentes pessoas que constituíam a equipa de trabalho. Durante a intervenção comunitária, houve sempre a preocupação de abranger não só o utente do centro sénior, mas também as pessoas significativas que os rodeiam no seu dia-a-dia. Em todas as sessões de educação para a saúde/atividades, foi referida a importância de os utentes partilharem posteriormente (como se de uma continuação da sessão/atividade se tratasse) tudo aquilo que tenham aprendido com a sua família ou pessoas significativas, com a finalidade de todos porem em prática o que foi aprendido, promovendo a saúde do sénior e das pessoas que o rodeiam.

Com a avaliação intermédia, foi possível verificar que a percentagem de respostas corretas ao QCN passou de 48% para 98%, e que a percentagem de respostas certas sobre saúde oral e prática de atividade física no final de cada sessão/atividade foi de 100%, o que comprova que as atividades desenvolvidas promoveram o conhecimento sobre nutrição, saúde oral e prática de atividade física. A taxa de participação ativa na prática de atividade física foi de 91% contribuindo assim para a capacitação dos utentes.

No que diz respeito à capacitação de grupos e comunidades, é de salientar que no decorrer dos estágios, houve a oportunidade de participar ativamente em atividades que promoveram a capacitação de vários grupos, nomeadamente, na prática de suporte básico de vida numa escola básica do concelho onde os estágios ocorreram, tendo sido um mais valia para a promoção dos conhecimentos sobre as manobras de suporte básico de vida desta população jovem. Tive ainda a oportunidade de estar presente em algumas sessões relacionadas com a preparação para a parentalidade, tendo sido interessante observar a importância da intervenção dos enfermeiros especialistas, na preparação de um papel tão importante, ser pai e mãe.

Uma das intervenções de promoção da saúde que mais surpreenderam pela positiva ao longo dos estágios, foi a participação em ações de sensibilização nas ruas do concelho de abrangência da prestação de cuidados da UCC em questão. A equipa de profissionais da UCC foi para a comunidade, numa estratégia de grande proximidade, sensibilizar a população para o uso de preservativo e para a não utilização de drogas, durante uma festa muito conhecida e com grande afluência da população, num ambiente propício em muitos casos, à

ocorrência de comportamentos de risco. Outra intervenção comunitária utilizando a mesma estratégia, ocorreu durante uma outra festa, também ela com grande participação da população, mas neste caso, sensibilizava para o tráfico de seres humanos. Foi muitíssimo interessante sensibilizar a população para a ocorrência deste problema através de uma abordagem com poucos minutos, e onde foi possível verificar o desconhecimento por parte da população sobre o tema escolhido. A população que foi alvo desta intervenção ficou desperta para a ocorrência do tráfico de seres humanos, e munida de informações e contactos relevantes no âmbito deste problema.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados, é constituída por vários profissionais de diversas áreas, entre os quais enfermeiros que pertencem a UCC onde o estágio ocorreu. Foi gratificante participar ativamente na prestação de cuidados no domicílio de vários utentes, uma vez que também aqui é possível aplicar a estratégia da proximidade, onde é o profissional de saúde que vai ao encontro do utente, podendo observar de perto a sua realidade diária e identificar as suas reais necessidades de saúde

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19356). Sendo especialista na área comunitária, o enfermeiro tem o dever de na sua prática profissional, participar nas várias etapas dos projetos e programas de saúde, que vão de encontro aos objetivos do Plano Nacional de Saúde. O projeto comunitário desenvolvido teve como alicerces, as diretrizes emanadas por entidades superiores de renome como a Organização Mundial de Saúde e a Direção-Geral da Saúde, que focam a sua preocupação no aumento das doenças crónicas não transmissíveis, que se encontram intimamente relacionadas com os estilos de vida não saudáveis, priorizando a intervenção comunitária no âmbito da promoção da saúde e dos estilos de vida promotores de saúde.

O projeto desenvolvido, alinha-se com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e com os programas que conduzem à concretização dos seus objetivos, como é o caso do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o Programa Nacional para a promoção da Atividade Física e o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Uma vez que foram postas em prática atividades de modo a contribuir para alcançar os objetivos incorporados em vários programas de saúde, a otimização e maximização de recursos foi sempre necessária e constante, tendo sido um desafio.

Posto isto, é possível referir que o projeto comunitário desenvolvido contribuiu para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, que está em estreita relação com as necessidades de intervenção emitidas a nível mundial.

Na área do conhecimento especializado em saúde comunitária e saúde pública, o enfermeiro especialista “**Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19357), uma vez que a vigilância ativa dos indicadores epidemiológicos da população, é de extrema importância para se poder compreender com mais clareza, os fenómenos de saúde/doença que ocorrem numa determinada população. O enfermeiro tem o dever de estar desperto para dados epidemiológicos da população que se encontra na área geográfica de abrangência da sua prestação de cuidados, mas também para os dados das demais áreas geográficas a nível nacional e mundial, a fim de os poder analisar e correlacionar entre si, verificando a existência ou não de fatores e causas que podem interferir nos fenómenos que podem por em causa a saúde pública da população.

Esta competência foi alcançada uma vez que foi realizado o estudo das reais necessidades de saúde da população utente de centros seniores de um concelho da região do Algarve, tendo sido por esse motivo realizada a vigilância epidemiológica, isto é, do estado de saúde/doença da população em questão. Este estudo foi suportado pela pesquisa constante de indicadores da incidência e prevalência de doenças com causa na adoção de estilos de vida não saudáveis, neste caso mais concretamente associado ao défice de adoção de alimentação saudável, défice de atividade física e défice de saúde oral. A pesquisa sociodemográfica sobre a população foi também efetuada, demonstrando a vigilância epidemiológica realizada na área geográfica da intervenção comunitária realizada.

Nos estágios houve também a oportunidade de participar ativamente em diferentes programas onde a vigilância epidemiológica está presente, nomeadamente em atividades no âmbito da saúde escolar, mais especificamente sessões de educação para a saúde sexual, saúde oral e na recolha de dados para a vigilância epidemiológica relacionada com o conhecimento por parte dos jovens, sobre informação nutricional.

Com base em todas as experiências e desafios anteriormente referidos, é possível assumir que as competências de enfermeiro especialista sendo “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” foram alcançadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744 ).

Em complementaridade com as competências comuns do enfermeiro especialista, encontram-se as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, sendo que este, a partir do seu conhecimento e prática clínica, detém um entendimento profundo e complexo sobre as respostas do ser humano aos processos de saúde/doença, bem como, a capacidade de responder de forma adequada às necessidades das pessoas, grupos ou comunidades, contribuindo efetivamente para promoção da saúde e para os

ganhos em saúde. É possível referir que estas competências foram adquiridas ao longo dos estágios, juntamente com a componente teórica que foi adquirida anteriormente ao início dos mesmos.

Consideramos que para além das competências anteriormente descritas, também foram desenvolvidas competências para atribuição de grau de mestre durante este período. Trata-se de um grau académico e para a obtenção do mesmo, é necessário cumprir um conjunto de requisitos e de possuir um conjunto de competências específicas (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

Uma das competências passa pelo aluno **“possuir conhecimentos e capacidade de compreensão um nível que:**

**i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;**

**ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”** (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174). Com base no plano de estudos do mestrado, durante a componente teórica e durante a componente prática dos estágios, houve a necessidade de recorrer a conhecimentos obtidos a nível do primeiro ciclo, nomeadamente a conhecimentos obtidos durante a licenciatura em enfermagem, no entanto, todos os conhecimentos anteriormente adquiridos foram aprofundados, verificando-se hoje a existência de conhecimentos mais específicos e mais desenvolvidos. No decorrer dos estágios foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, onde foi realizada investigação. Esta experiência permitiu melhorar conhecimentos sobre a utilização de bases de dados, e sobre a utilização de programas informáticos que foram concebidos para auxiliar os investigadores, durante o processo de investigação por exemplo. No âmbito da investigação foi elaborada também uma revisão integrativa da literatura com base no processo de investigação, sustentando assim a práxis clínica em evidências científicas atualizadas.

O mestre tem a competência de **“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”** (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174). Com base no seu conhecimento profundo e atualizado, não apenas centrado na sua área de estudo, mas também estando dotado de informações generalizadas, o detentor do grau de mestre deve dar resposta a necessidades encontradas, com vista à resolução de problemas. Ao longo de todo este percurso, deparamo-nos com desafios que iam para além da área do conhecimento de enfermagem, no entanto, a capacidade de análise de situações não familiares

e a busca por novos conhecimentos em novas áreas do saber, levou sempre a resolução de qualquer problema identificado.

Demonstrar **“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”** (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174) é outra das competências inerentes ao grau de mestre e que consideramos ter sido desenvolvida ao longo deste percurso. O processo de tomada de decisão esteve a todo o instante presente no decorrer do projeto desenvolvido, tendo sido necessário tomar decisões com base em conhecimentos científicos atuais e com base na experiência profissional de trabalho, respeitando em todos os instantes os princípios éticos, deontológicos e legais, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro e na Constituição da República Portuguesa. Realizar reflexões para, durante e após a ação, foi uma constante ao longo deste processo de crescimento pessoal e profissional.

Aqueles que detêm o grau de mestre, têm de “ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade” (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174). O facto de ter sido necessário realizar inúmeras comunicações a peritos e a leigos, nomeadamente sobre conhecimentos adquiridos ou conclusões realizadas a partir de uma investigação, permitiu desenvolver esta capacidade.

Para a obtenção do grau de mestre, é também necessário demonstrar que se possui um conjunto de **“competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”** (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016, p. 3174). O processo de aprendizagem realiza-se ao longo de todo o ciclo vital. Em todas as ocasiões há uma oportunidade única para adquirir novos conhecimentos e solidificar conhecimentos anteriormente adquiridos. A procura de forma autónoma por mais e melhores conhecimentos deve permanecer ao longo do tempo, para que a nossa evolução de crescimento a todos os níveis se realize diariamente.

Perante estes pressupostos, assumimos que incorporamos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.

## CONCLUSÃO

O projeto de intervenção comunitário “Mais Saber para em Consciência Escolher”, desenvolvido em contexto académico e em ambiente de estágio, teve como base, o problema a nível global das doenças crónicas não transmissíveis, que se encontram intimamente relacionadas com a adoção de estilos de vida não saudáveis, traduzindo-se em menos anos de vida e com múltiplas comorbilidades, com mais índice de dependência e consequentemente com menos qualidade de vida. A promoção da saúde na área da alimentação saudável, na área da higiene oral e na área da atividade física permite promover a adoção de estilos de vida saudáveis, diminuindo o risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, obtendo ganhos em saúde e melhorando a qualidade de vida da população.

Para capacitar a população utente de centros seniores num concelho da região do Algarve, para a promoção da alimentação saudável, da higiene oral e da prática de atividade física focamo-nos na intervenção comunitária com base na educação para a saúde, através de sessões de educação para a saúde, mais também com base na realização de atividades lúdicas e dinâmicas, a fim de que ocorresse a interiorização de conhecimentos de forma mais deleitada e menos formal por parte da população sénior. O enquadramento teórico foi desenvolvido como alicerce do projeto de intervenção comunitária, permitindo suportar o mesmo com conhecimentos atuais e científicos e contextualizar a problemática.

Foi com base na metodologia do planeamento em saúde que o projeto de saúde foi desenvolvido. Esta metodologia segue um processo contínuo, mas dinâmico, em constante monitorização, avaliação e consequentemente em contante modificação e aperfeiçoamento. Seguir cada etapa da metodologia do planeamento em saúde foi essencial para alcançar os objetivos e metas estipuladas, promovendo assim a saúde da população alvo de intervenção do projeto, traduzindo-se deste modo em ganhos efetivos de saúde.

Numa primeira fase, logo após ser realizado o enquadramento teórico e a pesquisa aprofundada sobre as características da população do concelho alvo de intervenção, incluindo os seus indicadores epidemiológicos, foram aplicados questionários, a fim de obter um diagnóstico de saúde que representasse efetivamente as necessidades reais da população. Foi com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados que foi possível avaliar os conhecimentos nutricionais e de saúde oral que a amostra detinha, e foi possível ainda avaliar se a amostra adotava ou não estilos de vida promotores de saúde no geral e em cada uma das suas dimensões.

Após a análise dos dados recolhidos identificou-se défice nas duas áreas do conhecimento avaliadas e em determinadas dimensões dos estilos de vida promotores de saúde. Foram aplicadas duas técnicas de determinação de prioridades e de seguida foram elaborados os objetivos e metas que o projeto desenvolvido visava alcançar. Com base nos objetivos, foram delineadas estratégias de intervenção, com o intuito de satisfazer as necessidades da população encontradas.

Todo o projeto de intervenção comunitária assenta nas premissas do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que demonstra a eficácia da aplicação do modelo em comunidades, com o intuito de promover comportamentos promotores de saúde, obtendo assim ganhos em saúde. É com base neste modelo teórico que as estratégias de intervenção são delineadas, a fim de promover efetivamente a adoção de comportamentos de saúde. Conhecer muito bem as características da comunidade, bem como os múltiplos fatores que influenciam os comportamentos, sejam eles de risco, ou de saúde é essencial, uma vez que sem conhecermos estes fatores, é impossível intervir na promoção de comportamentos promotores de saúde.

As atividades lúdicas realizadas ao longo do projeto comunitário foram escolhidas pela população alvo, o que potenciou a sua participação nas mesmas. Estas atividades lúdicas complementaram de alguma forma as sessões de educação para a saúde realizadas, ajudando os seniores a interiorizar os conhecimentos fornecidos e a colocarem efetivamente em prática tudo aquilo que tinha sido debatido. Os idosos referiram várias vezes que para além de adquirirem novos conhecimentos, tiveram ainda a oportunidade de se divertirem e de estabelecerem relações com os vários utentes dos centros seniores.

Durante as sessões de educação para a saúde e durante a realização de atividades lúdicas, os participantes foram demonstrando muito interesse nos conteúdos abordados, participando ativamente quer nas atividades propriamente ditas, quer em debates sobre os assuntos abordados, que surgiam no decorrer das atividades. Os utentes demonstraram consciência da importância de adotarem estilos de vida promotores de saúde, mais especificamente de adotarem uma alimentação saudável, de realizarem uma adequada higiene oral e de realizarem atividade física diária. Os seniores demonstraram na avaliação intermédia que apreenderam conhecimentos sobre nutrição, e foram demonstrando no final de cada atividade realizada, que apreendiam a informação fornecida sobre higiene oral e atividade física, acertando na resposta às questões realizadas.

A avaliação da satisfação por parte dos participantes em relação às diferentes atividades planeadas foi geralmente positiva, sendo que o único item avaliado, que demonstrou grau de insatisfação foi a duração das atividades, no centro sénior A, uma vez que este grupo

pretendia que as atividades durassem mais tempo do que o planeado. Este grau de insatisfação está relacionado com o facto deste grupo ser constituído por um número maior de utentes, o que leva a diminuição da participação de cada elemento do grupo durante a atividade. Com a avaliação da satisfação, foi então possível determinar a necessidade de se realizem grupos mais pequenos neste centro sénior especificamente, para a tipologia de atividade planeada, a fim de que todos os utentes tivessem mais tempo para participar, e desta forma se sentissem satisfeitos com a durabilidade da atividade.

Tendo em conta que a avaliação intermédia do projeto de intervenção desenvolvido, apresentou resultados muito positivos, alcançando e superando as metas previamente estabelecidas para a data em questão, a UCC onde o projeto foi desenvolvido, decidiu dar continuidade ao mesmo, uma vez que este permitiu obter ganhos efetivos para a saúde dos utentes dos centros seniores do concelho. Este projeto trata-se de um projeto piloto, sendo que a equipa de trabalho da UCC, planeia poder expandir a aplicação do projeto “Mais Saber para em Consciência Escolher”, a outras instituições com população sénior do seu concelho, de forma a promover a saúde da sua população, assim que haja recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis para tal.

Este trabalho de intervenção na comunidade, veio complementar outras intervenções que a equipa da UCC já tinha desenvolvido com alguns dos centros seniores do concelho, sendo que este projeto, foi o primeiro projeto que interveio nos quatro centros seniores existentes no concelho de abrangência de prestação de cuidados da UCC e foi o primeiro que realizou um estudo sobre os estilos de vida promotores de saúde, nomeadamente sobre a alimentação, a higiene oral e a prática de atividade física nesta população em concreto

O projeto desenvolvido apresenta várias limitações que devem ser referidas, a fim de haver uma melhoria no desenvolvimento dos próximos projetos comunitários de saúde. Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido num período de tempo limitado, devido às características académicas. Trata-se de um estudo descritivo, cujos resultados alcançados só se aplicam à amostra estudada, carecendo de um maior aprofundamento. O facto de a UCC dar continuidade ao projeto de intervenção elaborado e de poder estender a aplicação dos instrumentos de colheita de dados a outras pessoas dará a possibilidade de a amostra populacional vir a ser maior, e desta forma, mais representativa. Uma vez que a unidade de cuidados onde decorreu os estágios vai continuar a desenvolver as atividades planeadas neste projeto, irá continuar a promover a saúde dos utentes dos centros seniores e obter mais ganhos em saúde.

O facto de a profissional de saúde dietista não se encontrar a trabalhar fisicamente na UCC onde os estágios ocorreram e o facto de esta profissional ter de dar apoio a todo o ACeS

Barlavento também foi uma limitação, uma vez que os contactos estabelecidos com a profissional referida foram realizados apenas por telefone e por e-mail, devido à escassez de tempo disponível por parte da profissional de saúde, tendo sido desafiador estabelecer esta parceria. Seria benéfico para a UCC e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população, ter como parte integrante na sua equipa de trabalho uma dietista. Apesar desta limitação a profissional de saúde dietista foi imprescindível para o projeto e dentro das suas disponibilidades limitadas deu assistência ao longo de todo o desenvolvimento do projeto.

Outra limitação foi a dificuldade em avaliar se os conhecimentos adquiridos se traduziram em reais alterações nos comportamentos de saúde da população, devido ao curto espaço de tempo em que os estágios decorreram.

Apesar das limitações encontradas, todo o percurso realizado até ao momento da redação desta conclusão foi muito compensatório, permitindo adquirir um conjunto vasto de competências e possibilitando um crescimento a todos os níveis, principalmente a nível pessoal e profissional.

Sentir que as intervenções comunitárias realizadas ao longo do projeto tiveram impacto positivo na população é muito gratificante, havendo um sentimento de missão cumprida.

Assim, conclui-se que este percurso foi de facto muito enriquecedor, havendo aprendizagens dia-a-dia, através de todas as etapas percorridas. Foi fascinante aprender com cada interveniente neste projeto comunitário, permitindo a aquisição das várias competências in- tentes ao grau de Mestre e ao Enfermeiro Especialista, na área da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública.

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Khawaldeh, O. A. (2014). Health promoting lifestyles of Jordanian university students. *International Journal of Advanced Nursing Studies*(3), 27-31. doi:10.14419/ijans.v3i1.1931
- Anica, A. (maio de 2018). Envelhecer no Algarve. Obtido em 22 de maio de 2019, de [http://geronte.pt/pdf/Envelhecer\\_no\\_Algarve.pdf](http://geronte.pt/pdf/Envelhecer_no_Algarve.pdf)
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2019). *Terceira Idade*. Obtido em 4 de junho de 2019, de Website da Associação Portuguesa de Nutrição: <https://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0E0C0L>
- Barbosa., M. (2013). Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. *Colecção E-books APN*(31). Obtido em 22 de junho de 2019, de [https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook\\_Alimentacao\\_Ciclo\\_de\\_Vida\\_Idos o.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idos o.pdf)
- Canhestro, A. (2018). *Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em 21 de maio de 2019
- Cardoso, T., Martins, M., & Monteiro, M. (abril-junho de 2017). Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso: um programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(13). Obtido em 22 de maio de 2019, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn13/serIVn13a11.pdf>
- Carvalho, A., & Carvalho, G. S. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência. doi:ISBN 972-8930-22-4
- Coelho, C. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031)*. Tese de Doutoramento em Ciência Política, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido em 24 de junho de 2019, de [file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Doutoramento\\_JUNHO2016\\_CarlaLeao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Doutoramento_JUNHO2016_CarlaLeao%20(1).pdf)
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde*. Portugal: Organização Mundial da Saúde. Obtido em 12 de março de 2020, de [https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao\\_desigualdades\\_relatorio2010.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Obtido em 29 de maio de 2019, de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais: Entrevista 35-44 e 65-74 anos. Obtido em 21 de junho de 2019
- Direção-Geral da Saúde. (2016). A saúde dos portugueses 2016. Obtido em 29 de maio de 2019, de [https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/pub\\_a-saude-dos-portugueses-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/pub_a-saude-dos-portugueses-pdf.aspx)
- Direção-Geral da Saúde. (janeiro de 2017a). Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 14 de junho de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (junho de 2017b). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Obtido em 24 de maio de 2019, de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS\\_PNPAF2017\\_V7.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (julho de 2017c). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obtido em 21 de maio de 2019, de [https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files\\_mf/1507564169PNPAS\\_DGS2017.pdf](https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Envelhecer com Sabedoria: Actividade Física para Manter a Independência – Mexa-se Mais! *Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas*. Obtido em 9 de março de 2020, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/exercicio-fisico-e-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (14 de janeiro de 2020). *Estilos de Vida Saudável*. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>
- European Commission. (2018). Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity. Obtido em 9 de março de 2020, de [http://data.europa.eu/88u/dataset/S2164\\_88\\_4\\_472\\_ENG](http://data.europa.eu/88u/dataset/S2164_88_4_472_ENG)
- Ferreira, A., Gregório, M., Santos, C., & Graça, P. (2017). *Proposta de Ferramenta de Avaliação Qualitativa de Ementas Destinadas a Idosos*.
- Ferreira., M. (2015). *A qualidade da experiência subjectiva e o envelhecimento: Relações com o bem-estar e solidão*. Tese de Doutoramento em Psicologia Especialização em Psicologia Social, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Obtido em 8 de janeiro de 2020, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20569/1/Maria%20Jos%C3%A9%20Pereira%20Ferreira.pdf>
- Figueiredo, J. (2015). *Comportamentos de Saúde, Costumes e Estilos de Vida: Indicadores de Risco Epidemiológico e Avaliação de Estados de Saúde e Doença*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Obtido em 7 de junho de 2019, de [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20saúde\\_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29621/1/Comportamentos%20de%20saúde_costumes%20e%20estilos%20de%20vida.pdf)

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª ed.). Lisboa: Lusodidata.
- Glick, M., Silva, O., Seeberger, G., Xu, T., Pucca, G., Williams, D., . . . Séverin, T. (2012). Conduzir o Mundo a uma Ótima Saúde Oral – Visão 2020. Obtido em 7 de junho de 2019, de <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/fdi-visao-2020-pt.pdf>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. (3ª, Ed.) Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Portal do INE*. Obtido em 15 de janeiro de 2020, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Obtido em 29 de maio de 2019, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2019a). Obtido em 10 de janeiro de 2020, de Portal do INE: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (14 de junho de 2019b). *Portal do INE*. Obtido em 15 de janeiro de 2020, de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). Doenças Cardiovasculares. Obtido em 2 de junho de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>
- McCullagh, M. (2013). Health Promotion. In Peterson, S., & Bredow, T. (eds). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*.(3ª Edição), 224-234.
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário da República, 1.ª série — N.º 176*, pp. 3174 -3177. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/75319373>
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República, 1.ª série*(N.º 38), pp. 1182 – 1189. Obtido em 2 de junho de 2019, de <https://dre.pt/application/file/a/247597>
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República, 2.ª série*(Nº 74), pp. 15438-15440. Obtido em 2 de maio de 2019, de <https://dre.pt/application/file/a/2216123>
- Ministério da Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido em 26 de maio de 2019, de Serviço Nacional de Saúde: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Obtido em 29 de maio de 2019, de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). *Enfermagem Medico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018*. Obtido em 6 de outubro de 2019, de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Oliveira, B., Oliveira, J., Bonilha, J., Souza, J., & Barbosa., T. (2019). Promoção da prática de atividade física em idosos . *Anais da Mostra Científica do Programa de Interação Comunitária do Curso de Medicina, 2*. Obtido em 9 de março de 2020
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) Lisboa. Obtido em 9 de junho de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018. 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, 2.ª série - N.º 135*, pp. 19354-19357. Obtido em 28 de maio de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série — N.º 26*, pp. 4744 - 4750. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (2011). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Obtido em 7 de junho de 2019, de [https://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf)
- Organização dos Médicos Dentistas. (2019). *Barómetro Nacional da Saúde Oral 2018*. Obtido em 27 de maio de 2019, de Website da Organização dos Médicos Dentistas: <https://www.omd.pt/2019/01/medico-dentista-consultas/>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Obtido em 5 de junho de 2019, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=919A131B2EE720F9FA1A0DABF96D391E?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=919A131B2EE720F9FA1A0DABF96D391E?sequence=6)
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6ª ed.). Pearsons Education, Inc.

- Pineault, R., & Daveluy, C. (1989). *La Planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias* (2ª ed.). (J. G. Vargas, Ed., L. Ferrús, & I. Berraondo, Trads.) Barcelona: Masson, S.A. Obtido em 02 de junho de 2019
- Quintela, M. (junho de 2019). *Envelhecimento Ativo*. Obtido em 30 de junho de 2019, de In Website da Fundação Portuguesa de Cardiologia. Grupo de Intervenção Comunitária – Idosos da Fundação Portuguesa de Cardiologia.: <http://www.fpcardiologia.pt/envelhecimento-ativo-2/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI - CSP]*. Obtido em 15 de janeiro de 2020, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50003/5080651/Pages/default.aspx>
- Silva, D., Fernandes, L., Pereira, A., Colares, R., Silva, L., & Lima, D. (2018). “Sorrir com saúde não tem idade”: ações extensionistas na UNATI. *Revista Ciência em Extensão*, 14(3), 135-146. Obtido em 8 de junho de 2019, de [file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8b-bwe/TempState/Downloads/1768-15683-3-PB.pdf](file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8b-bwe/TempState/Downloads/1768-15683-3-PB.pdf)
- Silva, J., & Silva, E. (maio-agosto de 2017). Envelhecer nas perspectivas sobre tempo, experiência e consciência de classe em Edward Palmer Thompson e Antônio Gramsci. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 14(2), 118-128. doi:<http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.6092>
- Silva, O. (janeiro de 2019). Ficha técnica da 4ª edição do Barómetro da Saúde Oral. Obtido em 7 de junho de 2019, de <https://www.omd.pt/2019/01/medico-dentista-consultas/>
- Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, C., Gonzaga, S., & Dixe, A. (2015). Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 54-61. Obtido em 21 de maio de 2019, de <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12065>
- Souza, J. (2009). *Conhecimentos Nutricionais: Reprodução e Validação do Questionário*. Tese de Mestrado em Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Obtido em 21 de maio de 2019
- Stott, D., & Quinn, T. (janeiro de 2013). Principles of Rehabilitation of Older people. *Medicine in Older Adults*, 41(1), 1-4. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.014>
- Tangcharoensathien, V., Tuangratananon, T., Vathesatogkit, P., Suphanchaimat, R., Kanchanachitrac, C., & Mikkelsend, B. (2018). Noncommunicable diseases: a call for papers. *Bull World Health Organ*. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.208843>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.) Lisboa: Cadernos de formação 2.
- Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P. (2017). *Plano Local de Saúde Barlavento - Algarve 2017-2020*. Portimão. Obtido em 28 de maio de 2019, de

[http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/PLS\\_2017\\_2020.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/PLS_2017_2020.pdf)

Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P. (2017). Plano Local de Saúde: Barlavento - Algarve 2017-2020. Obtido em 29 de maio de 2019, de [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/PLS\\_2017\\_2020.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/PLS_2017_2020.pdf)

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995a). Health Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II] (Adult Version). Obtido em 21 de maio de 2019, de [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-English\\_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-English_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995b). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version) - Scoring Instructions. Obtido em 21 de maio de 2019, de [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-Scoring\\_Instructions.pdf?sequence=5](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Scoring_Instructions.pdf?sequence=5)

World Dental Federation. (2019). FDI Visão 2020 – reflexão sobre o futuro da saúde oral. Obtido em 19 de junho de 2019, de <https://www.fdiworlddental.org/>

World Health Organization. (2015). Factsheets on health-enhancing physical activity in the 28 european union member states of the WHO european region. Obtido em 9 de março de 2020, de [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS\\_PNPAF2017\\_V7.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/10/DGS_PNPAF2017_V7.pdf)

World Health Organization. (2018). European health report 2018: More than numbers — evidence for all. Obtido em 24 de maio de 2019, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/09/EuropeanHealthReport2018.pdf>

Zhang, S., Tao, F., Ueda, A., Wei, C., & Fang, J. (2013). The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environmental Health and Preventive Medicine*(18), 458-465. Obtido em 21 de maio de 2019

## **ANEXOS**

**Anexo I – Escala Health Promoting Lifestyle Profile II Versão Portuguesa**

Número \_\_\_\_\_

NÃO PREENCHER

### Questionário de avaliação do perfil de estilos de vida promotores de saúde (HPLP II)

Olá!

Este questionário será utilizado no âmbito do Projeto “Mais Saber para em Consciência Escolher” com a finalidade inicial de realizar o diagnóstico de situação de saúde na população Sénior. Contamos consigo para preencher este questionário. Os dados colhidos são confidenciais, pelo que agradecemos a tua colaboração e sinceridade. O preenchimento dos questionários é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não quiser participar. Investigador responsável pelo Projeto: Enfermeira Helena Bragança (helena.braganca@essp.pt)

Obrigado!

**N** para “Nunca”;  
**A** para “Algumas vezes”;  
**F** para “Frequentemente”;  
**S** para “Sempre”.

	Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1. Discuto os meus problemas e preocupações com pessoas que me estão próximas.	N	A	F	S
2. Escolho uma dieta pobre em gorduras (gorduras saturadas e colesterol).				
3. Informo o médico ou outro profissional de saúde sobre quaisquer sinais ou sintomas incomuns.				
4. Sigo um programa de exercício planeado.				
5. Durmo o suficiente.				
6. Sinto que estou a evoluir e a mudar de forma positiva.				
7. Elogio facilmente outras pessoas pelas suas conquistas.				
8. Limito o consumo de açúcar e alimentos que contenham açúcar (doces).				
9. Leio ou assisto programas de TV sobre como promover a saúde.				
10. Exercito-me intensamente 20 minutos ou mais pelo menos três vezes por semana (como caminhada rápida, ciclismo, dança aeróbica, bicicleta elíptica).				
11. Disponho de algum tempo para relaxar em cada dia.				
12. Acredito que a minha vida tem um sentido.				
13. Mantenho relações significativas enriquecedoras com os outros.				
14. Como 6 a 8 porções de pão, cereais, arroz, batata e massa por dia. Nota: Uma porção corresponde a uma fatia de pão ou um papo seco ou 6 bolachas maria (ou de água e sal) ou 4 colheres de				

sopa de massa ou arroz cozinhados ou uma batata e meia (tamanho de um ovo).				
15. Questiono os profissionais de saúde de forma a compreender as suas instruções.				
16. Pratico uma atividade física leve ou moderada (como caminhar continuamente durante 30 a 40 minutos, 5 ou mais vezes por semana).				
17. Aceito os aspetos na minha vida que eu não consigo alterar.				
18. Olho em frente para o futuro.				
19. Passo tempo com amigos mais próximos.				
20. Como 2 a 4 porções de fruta por dia. Nota: Uma porção corresponde a uma peça de fruta de tamanho médio.				
21. Procuo uma segunda opinião quando ponho em questão as recomendações de profissionais de saúde.				
22. Participo nos tempos livres em atividades (recreativas), físicas (como nadar, dançar, andar de bicicleta).				
23. Concentro-me em pensamentos agradáveis quando me vou deitar.				
24. Sinto-me bem e em paz comigo.				
25. É-me fácil demonstrar preocupação, amor e carinho para com os outros.				
26. Como 3-5 porções de legumes por dia.				
27. Discuto as minhas preocupações de saúde com os profissionais de saúde.				
28. Faço exercício de alongamento pelo menos 3 vezes por semana.				
29. Uso métodos específicos para controlar o meu stress.				
30. Trabalho para alcançar objetivos a longo prazo na minha vida.				
31. Toco e sou tocado (p.ex. abraço, carícia, ...) por pessoas de quem gosto.				
32. Tomo 2 a 3 porções de iogurte por dia. Nota: Uma porção corresponde a uma chávena almoçadeira de leite (250ml) ou um iogurte sólido ou um e meio iogurte líquido ou duas fatias de queijo ou um quarto de queijo fresco.				
33. Inspeciono o meu corpo, pelo menos mensalmente, quanto as mudanças físicas/ sinais de perigo.				
34. Faço exercício durante as minhas atividades diárias habituais (como caminhar durante o intervalo do almoço, usar escadas em vez de elevadores, deixar o transporte longe e caminhar até ao destino).				
35. Distribuo bem o tempo entre trabalho e lazer.				
36. Considero cada dia interessante e desafiante.				
37. Tenho condições para satisfazer a minha necessidade de intimidade.				
38. Como apenas 2 a 3 porções de carne, aves, peixe, feijões, ovos ou frutos secos, por dia. Nota: Uma porção corresponde a um ovo ou 25g de carne ou peixe ou três colheres de sopa de feijão ou grão ou lentilhas ou favas ou ervilhas cozinhadas ou de frutos secos ao natural (nozes, amêndoas, caju, pinhões ou avelãs).				

39. Peço informações aos profissionais de saúde como cuidar bem de mim.				
40. Verifico a minha pulsação quando faço exercício.				
41. Faço exercícios de relaxamento ou meditação durante 25-20 minutos por dia.				
42. Estou consciente do que é importante para mim na vida.				
43. Tenho apoio das pessoas que se preocupam comigo.				
44. Leio os rótulos da comida pré-embalada para identificada o teor em nutriente, gorduras e sódio (sal).				
45. Assisto a programas educativos sobre cuidados de saúde pessoais.				
46. Atinjo uma pulsação elevada quando faço exercício.				
47. Controlo o meu ritmo para evitar o cansaço.				
48. Sinto-me ligado (a) com alguma força superior a mim mesmo.				
49. Resolvo conflitos com os outros através de diálogo e do comum acordo.				
50. Tomo o pequeno almoço.				
51. Procuo orientação ou aconselhamento quando necessário.				
52. Exponho-me a novas experiências e desafios.				

© Questionário de avaliação do perfil de estilos de vida promotores de saúde (HPLP II) de Hendricks, C., & Pender, N. (2001), traduzido e validado para português e população portuguesa respetivamente (Sousa et al., 2015), adaptado de Canhestro, A. (2018)

**Muito Obrigado pela sua colaboração.**

## **Anexo II – HPLP II - Scoring Instructions**

## HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II

### Scoring Instructions

Items are scored as	Never (N)	=	1
	Sometimes (S)	=	2
	Often (O)	=	3
	Routinely (R)	=	4

A score for overall health-promoting lifestyle is obtained by calculating a mean of the individual's responses to all 52 items; six subscale scores are obtained similarly by calculating a mean of the responses to subscale items. The use of means rather than sums of scale items is recommended to retain the 1 to 4 metric of item responses and to allow meaningful comparisons of scores across subscales. The items included on each scale are as follows:

Health-Promoting Lifestyle	1 to 52
Health Responsibility	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
Physical Activity	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Nutrition	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
Spiritual Growth	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
Interpersonal Relations	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
Stress Management	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47

3/95: snw

**Anexo III – Questionário de conhecimentos nutricionais original**

N.º

Por favor, não preencher!

## ***Questionário sobre Nutrição***

Isto é um questionário, **não** um teste.

As suas respostas ajudarão a identificar o que as pessoas sabem sobre conselhos de alimentação e aquilo que acham confuso.

É importante que responda sozinho.

As suas respostas serão anónimas.

Se não souber uma resposta, deve Escolhar “Não tenho a certeza”. Por favor, não tente adivinhar!

**Muito obrigado pela sua atenção!**

### Apêndice 13: QCN – Versão reduzida 2

Os especialistas classificam os alimentos em grupos. Gostaríamos de saber se conheces os alimentos que pertencem a cada um dos grupos.

1. Acreditas que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Massa (sem molho)			
Feijão cozido			
Fiambre			
Mel			
Croquete			
Pão			

2. Consideras que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos amiláceos/farináceos?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Queijo			
Massa			
Manteiga			
Nozes			
Arroz			
Papas de cereais			

3. Achas que estes alimentos são ricos ou pobres em sal? (Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Salsicha			
Massa			
Atum enlatado			
Legumes congelados			
Queijo			

4. Pensas que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Frango			
Manteiga			
Natas			

5. Acreditas que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra dietética?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Ovos			
Carne vermelha			
Brócolos			
Frango			
Feijão cozido			

CONHECIMENTOS NUTRICIONAIS: Reprodução e Validação de Questionário

6. Consideras que estes alimentos gordos são ricos ou pobres em gordura saturada?

(Escolhe uma opção por alimento)

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Sardinha			
Azeite			
Carne vermelha			

7. Pensas que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha? (Escolhe uma opção por alimento)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Paté de fígado			
Fiambre			
Feijão cozido			
Queijo magro			
Croquete			

8. Em tua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro.

- (a) Concordo
- (b) Discordo
- (c) Não tenho a certeza

Esta secção é sobre problemas de saúde ou doenças.

1. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a baixa ingestão de frutas e legumes?

- (d) Sim
- (e) Não
- (f) Não tenho a certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde achas que estão relacionados com a baixa ingestão de frutas e legumes?

.....

2. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a baixa ingestão de fibra?

- (a) Sim
- (b) Não
- (c) Não tenho a certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde pensas estarem relacionados com a baixa ingestão de fibra?

.....

3. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a quantidade de sal ou sódio que as pessoas ingerem?

- (a) Sim
- (d) Não
- (e) Não tenho a certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde consideras estarem relacionados com a ingestão de sal?

.....

4. Tens conhecimento de algum problema de saúde ou doença que estejam relacionados com a quantidade de gordura que as pessoas comem?

- (a) Sim
- (d) Não
- (e) Não tenho a certeza

Se sim, que doenças ou problemas de saúde acreditas estarem relacionados com a ingestão de gordura?

.....

5. Pensas que estes comportamentos ajudam a reduzir a probabilidade de vir a ter certos tipos de cancro? (Responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos açúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer mais frutas e legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Acreditas que estes comportamentos ajudam a prevenir doenças do coração?

(Responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Comer mais fibra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos gordura saturada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer mais frutas e legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer menos alimentos com conservantes/aditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Qual destes nutrientes mais contribui para aumentar os níveis de colesterol do sangue das pessoas?

(Escolhe uma opção)

- (a) Antioxidantes
- (b) Gorduras poliinsaturadas
- (c) Gorduras saturadas
- (d) Colesterol da dieta
- (e) Não tenho a certeza

8. Já ouviste falar de vitaminas antioxidantes?

- (a) Sim
- (b) Não

9. Se respondeste SIM na questão 8, quais destas vitaminas acreditas que são antioxidantes?

(Responde a cada uma das opções)

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitaminas do complexo B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Finalmente, gostaríamos de colocar-te algumas questões sobre ti.

1. Tu és do género masculino ou feminino?

- (a) Masculino  (b) Feminino

2. Qual a data do teu nascimento? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Qual o teu local de origem? (Escolhe uma opção por quadro)

(a) Norte <input type="checkbox"/>	(a) Urbano <input type="checkbox"/>	(a) Litoral <input type="checkbox"/>
(b) Centro <input type="checkbox"/>	(b) Rural <input type="checkbox"/>	(b) Interior <input type="checkbox"/>
(c) Sul <input type="checkbox"/>		
(d) Ilhas <input type="checkbox"/>		

4. Qual a tua origem étnica?

- (a) Branco
- (b) Negro
- (c) Outro grupo étnico

Por favor especifica: .....

5. Que curso estás a frequentar?  .....

6. Que ano estás a frequentar?  \_\_º ano

7. Qual o nível de formação académica do teu pai?

- (a) Ensino primário (4º ano)
- (b) Ensino básico (9º ano)
- (c) Ensino secundário (12º ano)
- (d) Bacharelato ou Licenciatura
- (e) Mestrado ou Doutoramento

8. Qual o nível de formação académica da tua mãe?

- (a) Ensino primário (4º ano)
- (b) Ensino básico (9º ano)
- (c) Ensino secundário (12º ano)
- (d) Bacharelato ou Licenciatura
- (e) Mestrado ou Doutoramento

9. Há alguém na tua família com formação na área da saúde ou nutrição/dietética?

- (a) Sim  (b) Não

Se sim, por favor especifica: Quem da tua família? .....

Que formação tem? .....

10. Estás a seguir alguma dieta especial?

- (a) Sim  (b) Não

Se sim, por favor especifica que dieta estás a seguir: .....

11. Permitirias que voltássemos a contactar-te para conhecer os teus hábitos alimentares?

- (a) Sim  (b) Não

Se sim, por favor indica o teu nome e telefone:

Nome: ..... Telefone ou Telemóvel: .....

**Chegaste ao FIM! Muito obrigado pela respostas!**

Se há algum comentário que gostarias de fazer sobre este questionário, por favor fá-lo abaixo, será muito bem vindo.

.....  
 .....

**Anexo IV – Questionário de conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral**

Número\_\_\_\_\_

NÃO PREENCHER

**Questionário de conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral (35-74 anos)  
adaptado de DGS (2015)**

Olá!

Este questionário será utilizado no âmbito do Projeto “Mais Saber para em Consciência Escolher” com a finalidade de promover a saúde na população Sénior. Contamos consigo para preencher este questionário. Os dados colhidos são confidenciais, pelo que agradecemos a sua colaboração e sinceridade. O preenchimento dos questionários é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não quiser participar. Investigador responsável pelo Projeto: Enfermeira Helena Bragança (helena.braganca@essp.pt)

Obrigado!

1. Idade	
2. Sexo	1. Masculino 2. Feminino
3. Nível de escolaridade	1. Nunca foi à escola 2. Básico (do 1º ao 9º ano) 3. Secundário (do 10º ao 12º ano) 4. Licenciatura 5. Mestrado ou Doutoramento 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde
4. Quantas vezes escova os dentes?	1. Nunca 2. 1 vez por semana 3. Algumas vezes por semana 4. 1 vez por dia 5. 2 ou mais vezes por dia 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde Se respondeu Nunca, passa à pergunta 7
5. Quando escova os dentes? (Pode assinalar mais do que uma opção)	1. De manhã 2. Depois do almoço 3. Depois do lanche 4. À noite 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
6. A pasta de dentes que usa tem flúor?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde
7. Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?	1. Sim, 1 ou mais vezes por dia 2. Sim, algumas vezes por semana 3. Sim, algumas vezes por mês 4. Não utiliza 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
8. Há quanto tempo foi à consulta com um profissional de saúde oral?	1. Menos 1 ano 2. Mais de 1 ano e menos de 2 3. Mais de 2 anos e menos de 5

	<p>4. Mais de 5 anos                      5. Nunca foi visto anteriormente                      6. Não sabe / Não tem a certeza                      7. Não responde                      Se respondeu 2. a 4., passa p/ a perg. 10; se respondeu 5. passa p/ a perg. 12; se respondeu 1. ou 2. Não responde à pergunta 11</p>
9. Quantas vezes, nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral?	<p>1. Nenhuma vez                      2. 1 vez                      3. 2 vezes ou mais                      4. Não sabe / Não ter a certeza                      5. Não responde</p>
10. Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral? (Pode assinalar mais do que uma opção)	<p>1. Vigilância/Rotina                      2. Ortodontia                      3. Urgência                      4. Tratamento dos dentes                      5. Extração                      6. Prótese                      7. Destartarização                      8. Polimento                      9. Aplicação tópica de flúor                      10. Aplicação de selantes                      11. Não sabe / Não tem a certeza                      12. Não responde</p>
11. Qual foi a principal razão pela qual não foi a consulta com o profissional de saúde oral nos últimos 2 anos?	<p>1. Preço das consultas                      2. Não quis gastar dinheiro com tratamento dos dentes                      3. Medo ou não gosta de profissionais de saúde oral                      4. Más experiências com tratamentos dentários anteriores                      5. Não teve tempo / Muito ocupada(o)                      6. Não teve problemas                      7. Os problemas que teve não foram graves                      8. Esperou que os problemas desaparecessem                      9. O consultório dentário é muito longe                      10. Não tem dentes nem próteses                      11. Tem dificuldade de mobilidade por problemas físicos                      12. O profissional recusou dar consulta                      13. O profissional não pode dar consulta convenientemente                      14. Os horários do profissional não lhe são convenientes                      15. Outra razão                      16. Não sabe / Não tem a certeza                      17. Não responde</p>
12. Se precisar de cuidados de saúde oral tem acesso a clínica ou consultório dentário?	<p>1. Sim                      2. Não                      3. Não sabe / Não tem a certeza                      4. Não responde                      Se respondeu Não, passa p/ a perg. 14.</p>
13. Se precisar de tratamentos dentários, normalmente onde vai?	<p>1. Ao consultório ou clínica privada                      2. Ao Centro de Saúde                      3. À clínica da Universidade                      4. Outro local                      5. Não sabe / Não tem a certeza</p>

	6. Não responde
14. Tem possibilidade de encontrar 1 profissional de saúde oral no máximo a 30 minutos do local onde vive ou local de trabalho?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde
15. Usa prótese removível?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde Se respondeu 2,3 ou 4, passa para a pergunta 17
16. Há quantos anos foi feita a sua prótese removível?	1. 1 a 2 anos atrás 2. 3 a 4 anos atrás 3. 5 a 9 anos atrás 4. 10 anos ou mais 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
17. Quantas vezes por dia come e bebe (excluindo água) mesmo em pequenas quantidades?	1. Menos de 5 2. Entre 5 e 10 vezes 3. Mais de 10 vezes 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
18. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, fruta fresca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
19. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, biscoitos, bolos, bolos com creme?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
20. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, doces?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
21. Quantas vezes bebe, mesmo em pequenas quantidades, limonada, cola ou outros refrigerantes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
22. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, compotas ou mel?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
23. Quantas vezes come ou bebe, mesmo em pequenas quantidades, pastilhas elásticas com açúcar?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

24. Evita comer alimentos açucarados para prevenir problemas com os dentes (cárie dentária)?	1. Sim, sempre 2. Sim, muitas vezes 3. Sim, poucas vezes 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
25. Fuma ou já fumou?	1. Nunca 2. Sim, até 10 cigarros/dia 3. Sim, mais de 10 cigarros/dia 4. Fumei/Experimentei mas já não fumo 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
26. Consume bebidas alcoólicas?	1. Nunca 2. Sim, 3 ou mais vezes/dia 3. Sim, de 0 a 2 vezes/dia 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
27. Duma maneira geral como considera o seu estado de saúde da boca e dos dentes?	1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito mau
28. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
29. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
30. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
31. Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
32. Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
33. Nos últimos 12 meses quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

34. Nos últimos 12 meses quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Muitas vezes</li><li>2. Às vezes</li><li>3. Raramente</li><li>4. Nunca</li><li>5. Não sabe / Não tem a certeza</li><li>6. Não responde</li></ol>
---	---

**Muito obrigado pela sua colaboração.**

## APÊNDICES

**Apêndice I – Pedido de autorização para utilização do questionário de conhecimentos nutricionais [QCN] versão reduzida 2 de Souza, J (2009)**

**Juliana Almeida de Souza**

para eu ▾

Cara Dra Helena Bragança

Tenho todo o gosto que utilize o questionário de conhecimentos nutricionais (QCN).

Envio em anexo o QCN:

(Almeida-de-Souza, Juliana; Veiga-Branco, Augusta. General and obesity nutritional knowledge in health and non-health higher students. obesity reviews 2010;11(Suppl. 1):366. available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.2010.11.issue-s1/issuetoc>),

adaptação e validação da escala inglesa NKQ:

(Parmenter K and Wardle J. Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. European Journal of Clinical Nutrition 1999;53:298-308. available: <http://www.ucl.ac.uk/hbrc/diet/resources.html>),

com e sem as questões sócio-demográficas.

Qualquer dúvida estou ao vosso dispor.

Votos de sucesso e ansiosa por receber os vossos resultados!

Com os melhores cumprimentos,

Juliana Almeida de Souza

**Apêndice II – Autorização para utilização da Escala Health Promoting Lifestyle Profile II, Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe (2015)**

## Re: Pedido de Autorização de Utilização de Escala HPLP II - Versão Portuguesa

Caixa de entrada x

**Pedro Sousa** através de gmail.com

para eu ▾

Boa tarde

Obrigado pelo seu contacto e autorizo a utilização da HPLPII

Fico disponível para qualquer dúvida adicional e na expectativa de ver os resultados finais

Votos de sucesso!

Pedro Sousa



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

Campus 2

Morro do Lena – Alto do Vieiro

Apartado 4163 | 2411-901 Leiria – PORTUGAL

Tel. [\(+351\) 244 845300](tel:+351244845300)

[pedro.sousa@ipleiria.pt](mailto:pedro.sousa@ipleiria.pt) | [www.ipleiria.pt](http://www.ipleiria.pt)

**Apêndice III – Pedido de Autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre**

## Submissão de Projetos/Estudos de Investigação

### Emissão de Parecer

#### *Projeto de Intervenção Comunitária “Mais Saber para em Consciência Escolher”*

Nível de Investigação:	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
		x	
	Outro:		
Calendanzação prevista	Início	Fim	Nº de meses
	Junho 2019	Janeiro 2020	6 meses
Referência do Projeto	Entidade promotora: Unidade de Cuidados na Comunidade Algarve.		
	Parcerias: Centros Seniores de Lagoa e Carvoeiro, Algarve		
	Sem Financiamento	Com Financiamento	Orçamento
	Entidade financiadora: Sem Financiamento		

#### **Equipa de Investigação:**

**Investigador Principal** – Helena Isabel Realinho Bragança, enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o nº 87779, a desempenhar funções no serviço de cirurgia 2B no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, em Portimão, mestranda do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

**Orientador** – Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro.

**Coorientador** – Enfermeira Áurea Oliveira, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Mestrada em Cuidados Paliativos.

## Contextualização

No âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre encontra-se a decorrer o Estágio I, entre 20 de maio e 28 de junho na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] no Algarve, sob a orientação da Sr.ª Professora Doutora Ana Canhestro, e supervisão da Enfermeira Áurea Oliveira. Este primeiro estágio tem como objetivo principal realizar um diagnóstico de situação de saúde onde se identificam as reais necessidades, neste caso da população sénior no Algarve, mais especificamente na comunidade dos [REDACTED]. Para a recolha de dados serão aplicados três instrumentos de recolha de dados, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde, alimentação e higiene oral. Os dados recolhidos serão analisados a fim de se apreender quais as reais necessidades da população já referida.

O Projeto de Intervenção Comunitária é elaborado ao longo do Estágio II que irá decorrer entre setembro de 2019 e janeiro de 2020, seguindo a metodologia de planeamento em saúde e tendo em conta os resultados obtidos após a análise dos dados recolhidos.

## Fundamentação e pertinência do estudo:

A prevalência e a incidência de doenças crónicas não transmissíveis acompanham o aumento da esperança média de vida que ocorre numa perspetiva mundial e portanto também na população portuguesa. A promoção de estilos de vida saudáveis é muito importante uma vez que a evidência científica aponta para uma relação entre a adoção de estilos de vida não saudáveis e o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis.

O processo de envelhecimento é progressivo e está presente ao longo de todo do ciclo vital do ser humano, razão pela qual não é possível impor limites ao início do processo de envelhecimento, como se o mesmo se iniciasse a partir de uma determinada idade concreta, porém, conceito de envelhecimento para a sociedade portuguesa está intimamente relacionado com uma fase específica do ciclo de vida do ser humano, a fase da velhice, que surge com o início da reforma, habitualmente aos 65 anos de idade (Ferreira, 2015).

Envelhecer varia de pessoa para pessoa, e o seu processo “não pode ser definido como algo homogêneo, linear ou reduzido a certo “economismo””, ele está corelacionado com diversos fatores como é o caso do contexto social, variando no espaço e no tempo. Envelhecer varia também de acordo com vários fatores, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos, econômicos, políticos, sociais, demográficos e culturais (Silva & Silva, 2017:118).

Um estado nutricional desajustado num individuo idoso, contribui consideravelmente para que ocorra o aumento da incapacidade física e psicológica, bem como para o aumento da morbilidade e mortalidade, levando conseqüentemente a um défice de qualidade de vida (Barbosa, 2013).

O défice de saúde oral na população idosa portuguesa é um problema de saúde que assume um papel negativo com implicações significativas na qualidade de vida desta população (Calado, Ferreira, Nogueira, & Melo, 2015). É essencial intervir junto da população, promovendo a sua saúde e os hábitos de vida promotores desta, como é o caso da alimentação saudável e da saúde oral, de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

#### **Desenho do Projeto:**

Seguindo a metodologia de Planeamento em Saúde, será inicialmente realizada a identificação das reais necessidades sentidas pela comunidade sénior que integra os Centros Seniores em questão, através da aplicação de 3 instrumentos de colheita de dados. A Escala *Health Promotion Lifestyles Profile* (HPLP) II, (validada e traduzida para a população portuguesa)<sup>1</sup>, que avalia os estilos de vida promotores de saúde (Anexo 1), o Questionário de Conhecimentos Nutricionais (validado e traduzido para a população portuguesa)<sup>2</sup> que avalia tal como o nome indica conhecimentos Nutricionais (Anexo 2), e o questionário da Direção Geral da Saúde inserido no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, com a finalidade de recolher dados sobre os conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral (Anexo 3).

A colheita e tratamento de dados será anónima e para preencherem os instrumentos de recolha de dados já referidos, cada participante terá de assinar previamente o consentimento informado, livre e esclarecido em que concordam

---

<sup>1</sup> Autorização para utilização do instrumento de colheita de dados em Anexo 4.

<sup>2</sup> Autorização para utilização do instrumento de colheita de dados em Anexo 5.

responder aos mesmos. O consentimento informado nunca estará em conjunto com os instrumentos de recolha de dados a fim de não haver qualquer possibilidade de identificação da pessoa.

O tratamento e a análise de dados será trabalhada por meio de códigos com recurso a programa informático de análise de dados de forma a nunca identificar a pessoa.

Seguindo a metodologia de planeamento em saúde o restante projeto irá de encontro aos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, dirigindo-se então ao diagnóstico de situação de saúde identificado, sendo que a sua operacionalização decorrerá de setembro de 2019 a janeiro de 2020.

Os resultados obtidos apenas serão apresentados em contexto académico e sob a forma de publicação devidamente autorizada, sem nunca identificar os participantes alvos do projeto.

A declaração de autorização e validação do projeto em causa pela orientadora Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro está também anexada a este pedido (Anexo 6), bem como a autorização da instituição onde me encontro a realizar o Estágio em questão, nomeadamente na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] (Anexo 7).

A Sr.<sup>a</sup> Coordenadora dos Centro Seniores [REDACTED] Algarve, autorizou quer a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, quer o desenvolvimento do projeto numa fase posterior (Anexo 8). Aguardo de momento o termo de aceitação do Sr. Presidente dos Centros Seniores de [REDACTED] Algarve.

#### **Procedimentos Clínicos/Experimentação:**

Projeto de intervenção comunitária sem componente experimental/ensaio.

#### **Procedimentos Éticos:**

A confidencialidade e o anonimato dos dados serão assegurados. Cada instrumento de colheita de dados será codificado num número, não sendo possível a identificação do participante individual.

O Consentimento informado, livre e esclarecido será pedido a todos os indivíduos que integrem o processo de recolha de dados, anexando-se o documento modelo (Anexo 9), sendo reforçada a verdade de que o preenchimento dos

questionários é de participação voluntária, sendo um ato totalmente livre e não havendo qualquer prejuízo para o indivíduo se não quiser participar, podendo desistir a qualquer momento do preenchimento do mesmo. É ainda referido que todas as respostas são confidenciais e anónimas e servem apenas para tratamento estatístico. Alerta-se os participantes que os instrumentos de colheita de dados que integrem elementos possíveis da sua identificação, serão considerados não válidos.

#### **Benefícios que resultarão do Projeto:**

Com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados anteriormente referidos, será possível realizar o diagnóstico de situação de saúde da população alvo, identificando conseqüentemente as reais necessidades de saúde desta comunidade no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde, alimentação e saúde oral. Tendo por base a metodologia de planeamento em saúde e após o levantamento do diagnóstico de situação de saúde, será possível operacionalizar especificamente o projeto no âmbito das necessidades identificadas, traduzindo-se uma mais valia para a população alvo caso sejam aplicadas com sucesso as intervenções planeadas posteriormente para a promoção de estilos de vida promotores de saúde.

#### **Estudos prévios sobre a temática do projeto:**

Numa revisão da literatura com o objetivo de relacionar os estilos de vida e a qualidade de vida na população idosa, foi possível verificar que fatores como a atividade física, a alimentação, a ingestão de álcool e o tabagismo por exemplo, são componentes do estilo de vida que influenciam conseqüentemente a qualidade de vida, sendo que alimentação adequada previne o desenvolvimento de doenças crónicas no idoso contribuindo assim para uma maior qualidade de vida nesta fase do ciclo vital (Ferreira, Meireles & Ferreira, 2018).

A realização de educação para a saúde, na área da alimentação e nutrição na população idosa, melhora não só a sua saúde bem como a socialização, traduzindo-se assim num prolongamento da velhice com autonomia e independência, logo com mais qualidade de vida (Aquino, Santos, Andrade, Leal & Oliveira, 2018).

O estado nutricional é então um dos fatores que interfere na qualidade de vida da pessoa (Wanderley et al., 2019). Ao empoderar a pessoa de conhecimentos sobre

alimentação equilibrada e saudável, mais facilmente o idoso vai tomar decisões conscientes que vão de encontro a um estilo de vida promotor de saúde.

No que diz respeito a saúde oral, o idoso, devido a todas as suas características fisiológicas específicas possui menor capacidade para renovar o epitélio bucal, fazendo com que estes fiquem mais facilmente expostos a fatores de agressão como é o caso do álcool, consumo medicamentoso, défice nutricional, entre outros (Silva, Fernandes, Pereira, Colares, Silva & Lima, 2018).

É reforçada a ideia de que o facto de o ser humano hoje viver mais anos e chegar a idades cada vez mais avançadas, leva a que se verifiquem com mais frequência patologias orais na população idosa, sendo cada vez mais necessária a intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde oral nesta população específica (Cunha, 2016).

É então possível extrapolar que os idosos são um grupo particularmente exposto a problemas de saúde, que decorrem da adoção de estilos de vida não saudáveis, como a alimentação inadequada e do défice de saúde oral.

#### - Bibliografia de suporte:

Aquino, N., Santos, T., Andrade, M., Leal, V. & Oliveira, J. (2018, abril-junho). Educação alimentar e nutricional para população idosa: uma revisão integrativa. *Revista Eletrónica*. 12(1), 136-141. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.2.25305>

Barbosa, M (2013). Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. Coleção E-books APN: N.º 31. Disponível em [https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook\\_Alimentacao\\_Ciclo\\_de\\_Vida\\_Idoso.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idoso.pdf)

Calado, R., Ferreira, C., Nogueira, P., Melo, P. (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Canhestro, A. (2018). Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Cunha, M., Santos, E., Venâncio, V., Almeida, V., Martins, P. & Santos, R. (2014, janeiro-junho). Intervenção dos Enfermeiros na Promoção da Saúde Oral em Idosos. *Millenium*, 46,167-178. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium46/10.pdf>

Ferreira, L., Meireles, J. & Ferreira, M. (2018, setembro-outubro). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 639-651. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>

Ferreira, M. (2015). A qualidade da experiência subjectiva e o envelhecimento: Relações com o bem-estar e solidão (Tese de Doutoramento em Psicologia Especialização em Psicologia Social). Universidade do Minho, Braga, Portugal. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20569/1/Maria%20Jos%C3%A9%20Pereira%20Ferreira.pdf>

Silva & Silva (2017, maio-agosto). Envelhecer nas perspectivas sobre tempo, experiência e consciência. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*. 2 (14). 118-128. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.6092>

Silva, D., Fernandes, L., Pereira, A., Colares, R., Silva, L. & Lima, D. (2018). “Sorrir com saúde não tem idade”: ações extensionistas na UNATI. *Revista Ciência em Extensão*, 14 (3), 135-146. Disponível em [file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1768-15683-3-PB.pdf](file:///C:/Users/helen/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1768-15683-3-PB.pdf)

Sousa, P. (2014). Efetividade de um Programa E-Terapêutico para Adolescentes com Excesso de Peso (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Souza, J. (2009). *Conhecimentos Nutricionais: Reprodução e Validação do Questionário* (Tese de Mestrado em Saúde Pública). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

#### **Anexos:**

- **Anexo 1** – Escala Health Promotion Lifestyles Profile (HPLP) II – Versão Portuguesa de Sousa, P. (2009), adaptada de Canhestro, A. (2018).
- **Anexo 2** – Questionário de Conhecimentos Nutricionais adaptado de Souza, J. (2008).
- **Anexo 3** – Questionário de conhecimentos e atitudes relacionados com a saúde oral adaptado de DGS (2015).
- **Anexo 4** – Autorização do autor para utilização da Escala Health Promotion Lifestyles Profile (HPLP) II – Versão Portuguesa.
- **Anexo 5** – Autorização da autora para utilização do Questionário de Conhecimentos Nutricionais.

- **Anexo 6** – Termo de aceitação da Professora Orientadora.
- **Anexo 7** – Termo de aceitação da Coordenação da Instituição onde se realiza o Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública I e II (Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] Algarve).
- **Anexo 8** – Termo de aceitação da Coordenadora dos Centros Seniores [REDACTED] [REDACTED]
- **Anexo 9** – Exemplar do documento de consentimento informado.

Tomei conhecimento do Código de ética do IPP

Assinatura do Investigador

*Helena Bragança*

Data

[REDACTED] 2019

**Nota** – O pedido, depois de devidamente instruído, deve ser encaminhado via mail à Comissão de Ética do IPP ([ceipp@ippportalegre.pt](mailto:ceipp@ippportalegre.pt)) ou entregue em formato de papel no secretariado da Presidência do IPP.

**Apêndice IV – Pedido de Autorização de Implementação do Projeto e respetivo parecer da Coordenadora dos Centros A e B**

Exma. Senhora Coordenadora  
dos Centros Seniores da

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumentos de colheita de dados no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Mais saber para em consciência escolher”.

Eu, Helena Isabel Realinho Bragança, Enfermeira a desempenhar funções no serviço de cirurgia 2B no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, em Portimão, mestranda do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, encontro-me presentemente a desenvolver um diagnóstico de situação de saúde no concelho [REDACTED] Algarve, no âmbito do I Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] sob a orientação da Sr.ª Professora Ana Canhestro, e supervisão da Enfermeira Áurea Oliveira, no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Mais saber para em consciência escolher”.

O presente diagnóstico de situação de saúde, inserido no projeto de intervenção comunitária, tem como finalidade inicial avaliar quais as necessidades específicas da comunidade dos Centros Séniores [REDACTED], no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde.

Após o levantamento das reais necessidades de saúde da população alvo e seguindo a metodologia de planeamento em saúde será desenvolvido o restante projeto tendo em conta os resultados obtidos após a análise dos dados recolhidos.

De forma a poder realizar este trabalho venho solicitar a V. Ex.ª que autorize a aplicação de instrumentos de colheita de dados.

Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como estes, não serão utilizados para outros fins, que não aqueles constantes nos objetivos do projeto. Será entregue um consentimento informado, livre e esclarecido a todos os

indivíduos que desejem participar no preenchimento dos instrumentos de colheita de dados.


Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos,

Aguarda-se deferimento.

 2019  
*Helena Bragança*  
\_\_\_\_\_  
(Helena Isabel Realinho Bragança)

Dia 07 de Junho 2019

Como coordenadora do projeto Biss e Compuliss, que coordena as atividades dos Centros Seniores de , e após ter apre-  
sentado a ideia principal do projeto "Mais Saber para em Consciência Escolher", aos utentes destes Centros, informo que estão autorizadas as colheitas de dados, para levantamento das reais necessidades dos seniores e desenvolvimento do respetivo projeto em causa.

Afeiçoadamente,

Tânia Leonilde Brandão

**Apêndice V – Parecer do Presidente dos Centros Seniores C e D para colheita de dados e Implementação do Projeto**



União das Freguesias [REDACTED]

### Declaração

A União de Freguesias de [REDACTED] declara para os devidos e legais efeitos que autoriza a colheita de dados no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Mais saber para em consciência escolher”, a ter lugar no Centro Sénior [REDACTED]-----

[REDACTED], aos 28 de Junho de 2019



[REDACTED]

**Apêndice VI – Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.*

**Título do Projeto:** “Mais saber para em consciência escolher”.

O Projeto de Intervenção Comunitária é elaborado no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] sob a orientação da Sr.ª Professora Doutora Ana Canhestro, e supervisão da Enfermeira Áurea Oliveira no decorrer do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

A aplicação dos presentes questionários tem como objetivo avaliar as necessidades específicas da comunidade dos Centros Seniores [REDACTED] no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde, no âmbito dos conhecimentos sobre nutrição e sobre saúde oral. Os questionários são constituídos por questões de resposta fechada, devendo colocar um (X) no caso do Questionário de Conhecimentos Nutricionais e da Escala de Avaliação dos Estilos de Vida Promotores de Saúde e um círculo (O) no caso do Questionário de Conhecimentos e Atitudes Relacionados com a Saúde Oral, na resposta que se adequa à sua situação. Para que o questionário seja válido, solicito que responda a todas as questões.

O preenchimento dos questionários é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não quiser participar, podendo desistir a qualquer momento do preenchimento do mesmo.

Todas as respostas são confidenciais e anónimas e servem apenas para tratamento estatístico, no âmbito do projeto já referido. Solicito que não escreva o seu nome ou outra informação que o identifique em qualquer folha dos questionários que lhe serão fornecidos.

**Investigadora responsável pelo Projeto:** Helena Isabel Realinho Bragança (Enfermeira a desempenhar funções no serviço de cirurgia 2B no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, em Portimão, mestranda do III Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de

<sup>1</sup> [https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0077090001371555285-672.pdf](https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre). Telemóvel: 924313423. E-mail: [helena.braganca@essp.pt](mailto:helena.braganca@essp.pt).

**Orientador:** Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

**Supervisor:** Enfermeira Mestre Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Áurea Oliveira

**Assinatura/s:** .....  
.....  
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome: .....

Assinatura: .....Data: ..... /..... /.....

<p style="text-align: center;"><b>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE</b> (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME: .....</p> <p>BI/CD Nº: ..... DATA ou VALIDADE ..... /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....</p> <p>ASSINATURA .....</p>
---

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**Apêndice VII – Questionário de conhecimentos nutricionais adaptado**

Número\_\_\_\_\_

NÃO PREENCHER

**Questionário de Conhecimentos Nutricionais (QCN) – Versão Reduzida 1 adaptado de Souza, J (2009)**

Olá!

Este questionário será utilizado no âmbito do Projeto “Mais Saber para em Consciência Escolher” com a finalidade de promover a saúde na população Sénior. Contamos consigo para preencher este questionário. Os dados colhidos são confidenciais, pelo que agradecemos a sua colaboração e sinceridade. O preenchimento dos questionários é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não quiser participar. Investigador responsável pelo Projeto: Enfermeira Helena Bragança (helena.braganca@essp.pt)

Obrigado!

**Secção 1 – Recomendações Dietéticas**

1. Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos? (Escolha uma opção por alimento).

	Mais	Igual	Menos	Não tenho a certeza
Legumes				
Alimentos que contém amido/farináceos				
Alimentos Gordos				
Alimentos ricos em fibra				
Fruta				
Alimentos Salgados				

**Secção 2 – Fonte alimentar de nutrientes**

1. Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura? (Escolha uma opção por alimento).

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Massa (sem molho)			
Feijão cozido			
Fiambre			
Mel			

Croquete			
Pão			

2. Considera que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos que contêm amido/ farináceos? (Escolha uma opção por alimento).

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Queijo			
Massa			
Manteiga			
Nozes			
Arroz			
Papas de cereais			

3. Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal? (Escolha uma opção por alimento).

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Salsicha			
Massa			
Atum enlatado			
Legumes congelados			
Queijo			

4. Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína? (Escolha uma opção por alimento).

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Frango			
Manteiga			
Natas			

5. Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra? (Escolha uma opção por alimento).

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza

Ovos			
Carne vermelha			
Brócolos			
Frango			
Feijão cozido			

6. Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada? (Escolha uma opção por alimento).

	Rico	Pobre	Não tenho a certeza
Sardinha			
Azeite			
Carne vermelha			

7. Pensa que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha? (Escolha uma opção por alimento).

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Paté de fígado			
Fiambre			
Feijão cozido			
Queijo magro			
Croquete			

8. Na sua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro? (Faça uma bola em torno da opção que escolhe).

- a) Concordo
- b) Discordo
- c) Não tenho a certeza

**Muito obrigado pela sua colaboração.**

**Apêndice VIII – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos com a Aplicação da Escala HPLP II Versão Portuguesa Adaptada**

## CENTRO SÉNIOR A

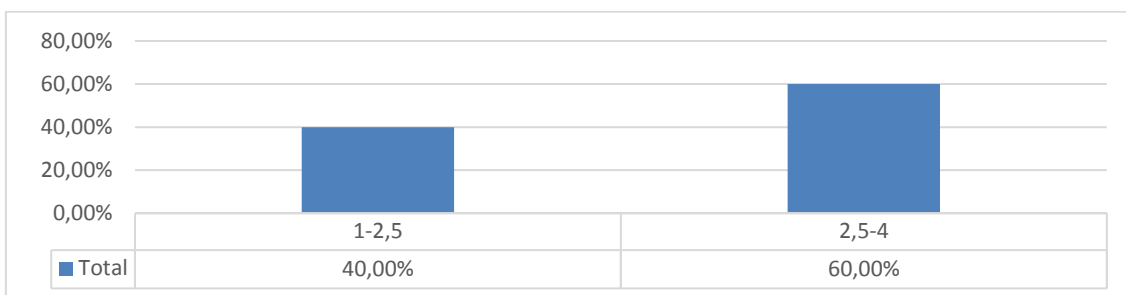


Gráfico 1 – Estilo de Vida Promotor de Saúde

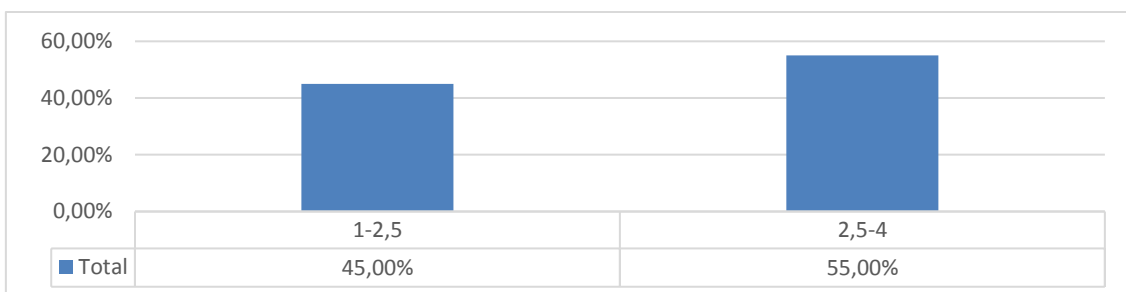


Gráfico 2 – Responsabilidade em Saúde

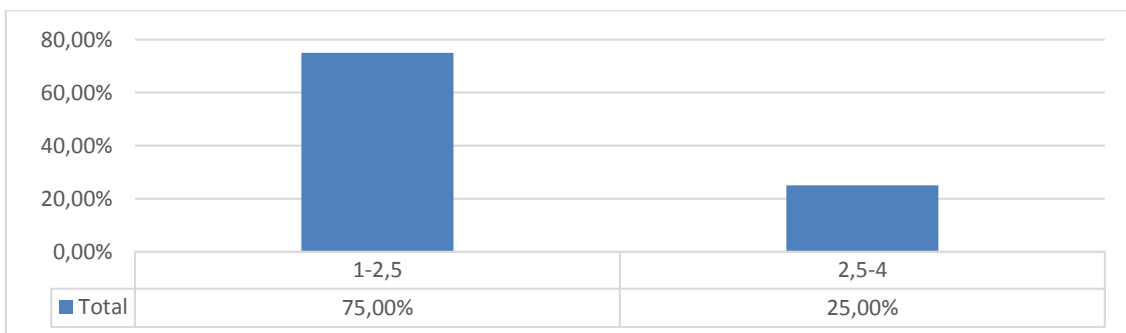


Gráfico 3 – Atividade Física

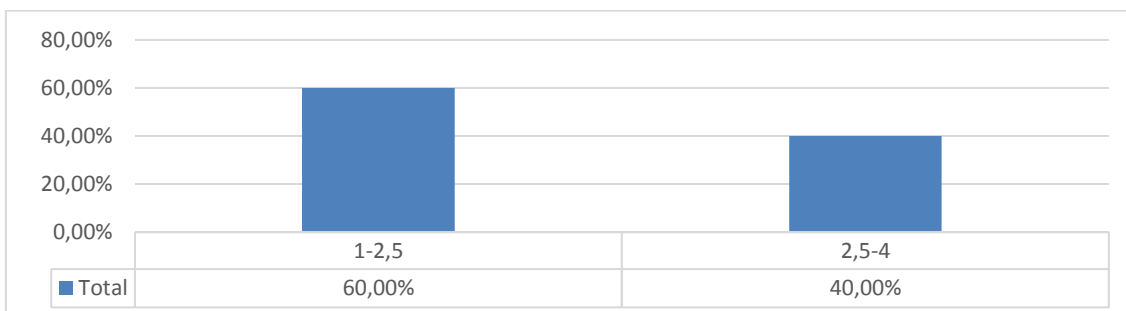


Gráfico 4 – Nutrição

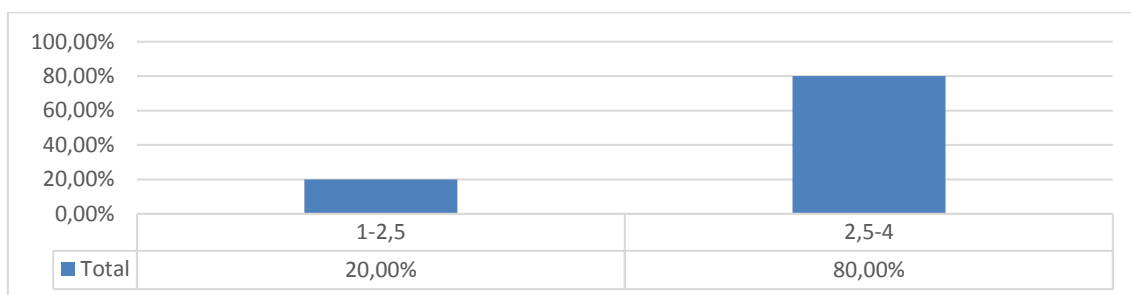


Gráfico 5 – Crescimento Espiritual

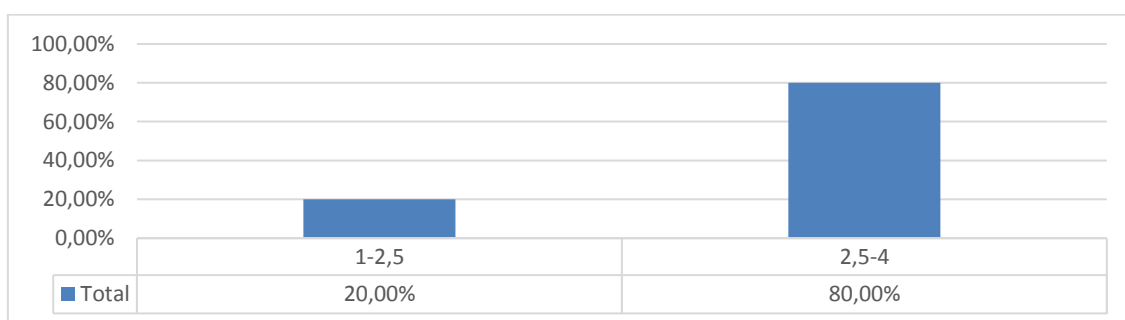


Gráfico 6 – Relações interpessoais

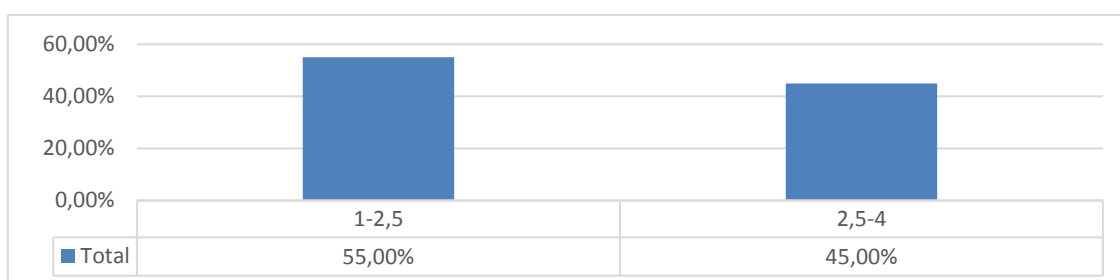


Gráfico 7 – Gestão do Stress

## CENTRO SÉNIOR B

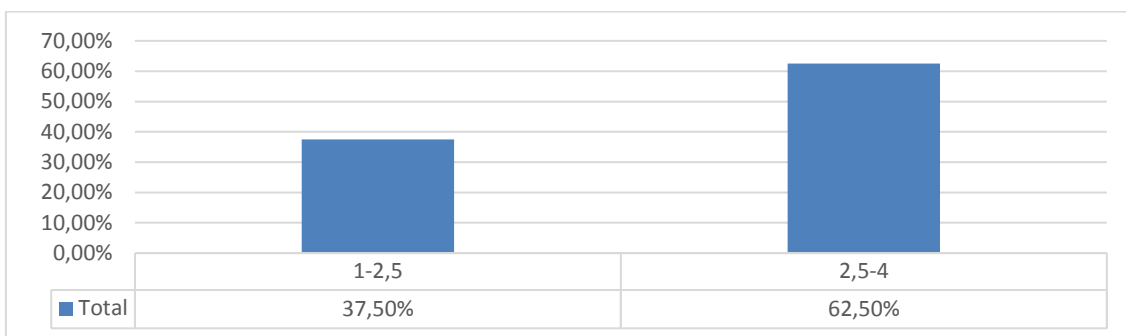


Gráfico 1 – Estilo de Vida Promotor de Saúde

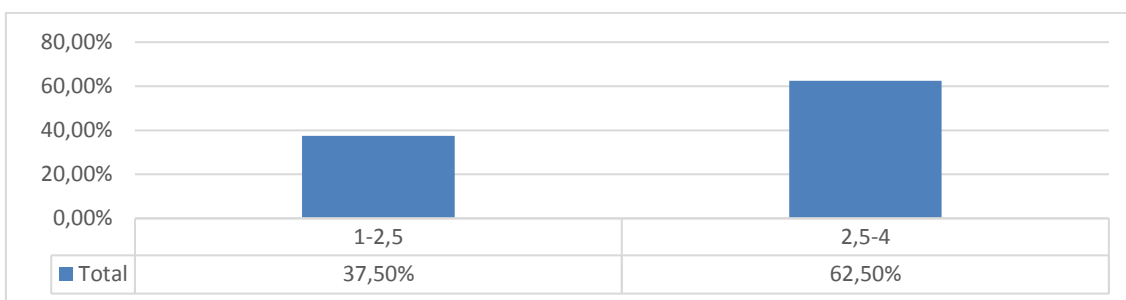


Gráfico 2 – Responsabilidade em Saúde

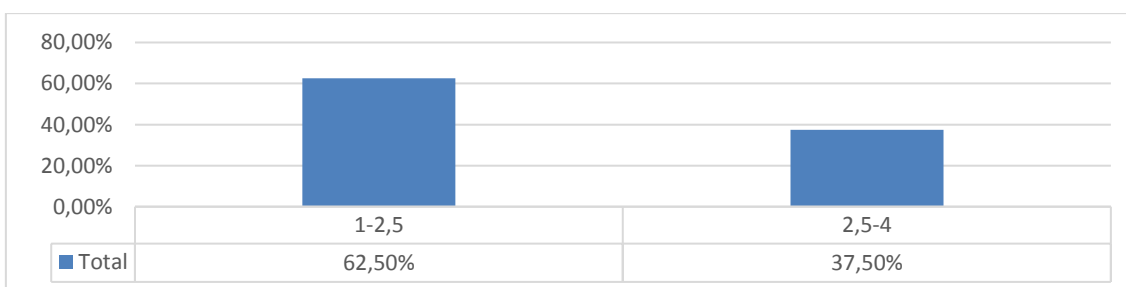


Gráfico 3 – Atividade Física

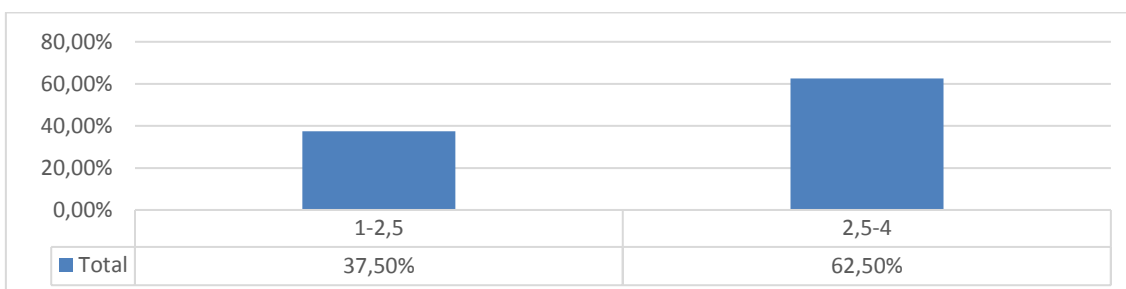


Gráfico 4 – Nutrição

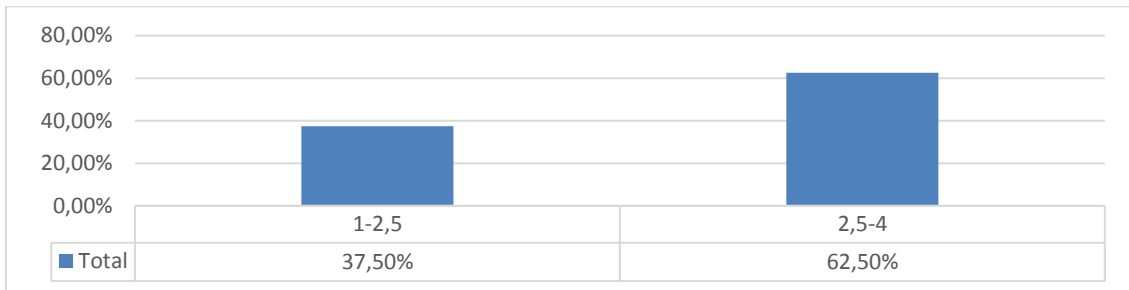


Gráfico 5 – Crescimento Espiritual

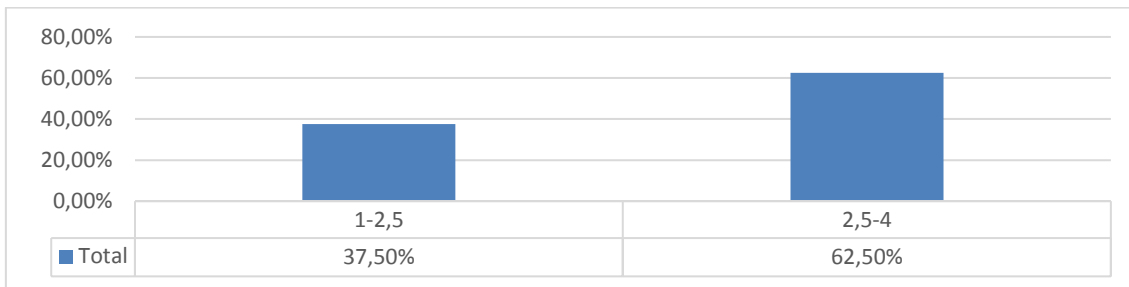


Gráfico 6 – Relações interpessoais

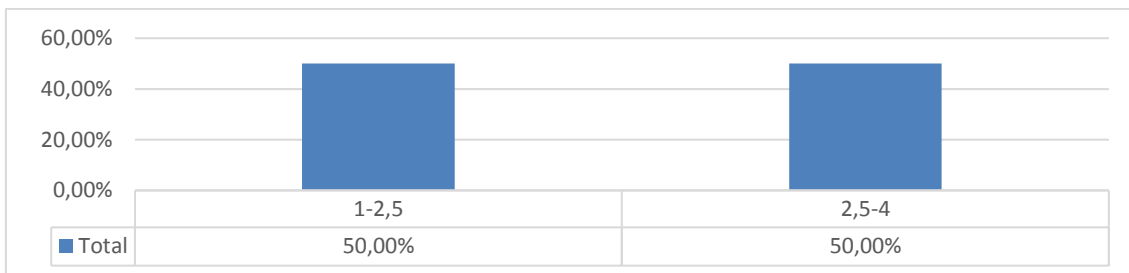


Gráfico 7 – Gestão do Stress

**Apêndice IX – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos com a Aplicação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais Versão Reduzida 2 Adaptado**

## CENTRO SÉNIOR A

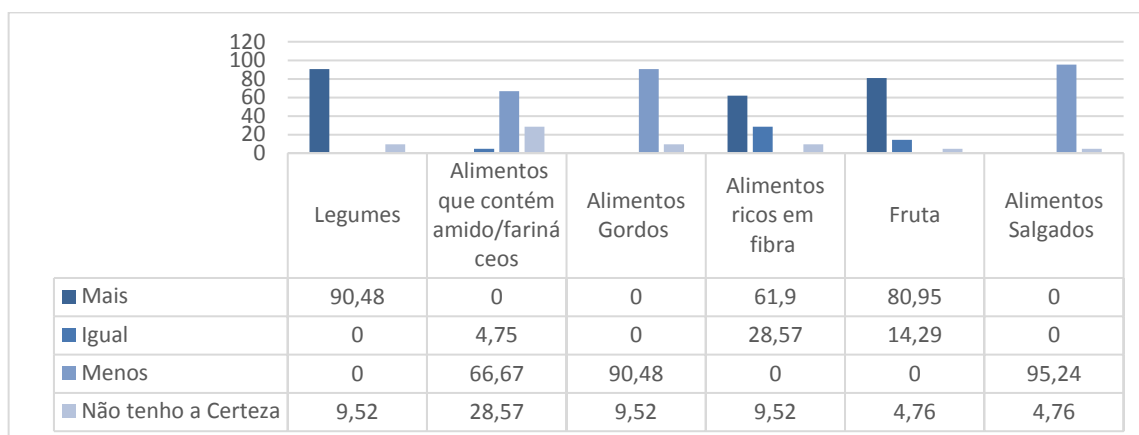


Gráfico 1 – Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?

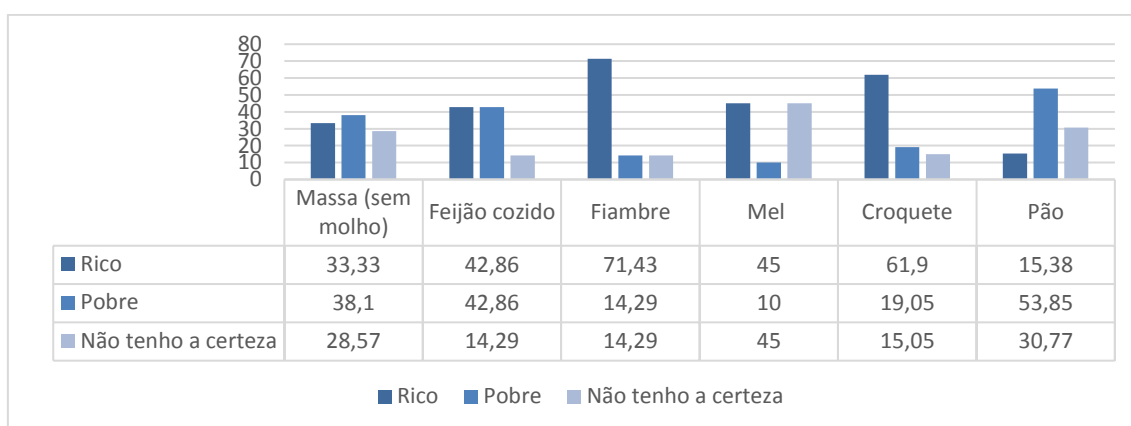


Gráfico 2 – Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?

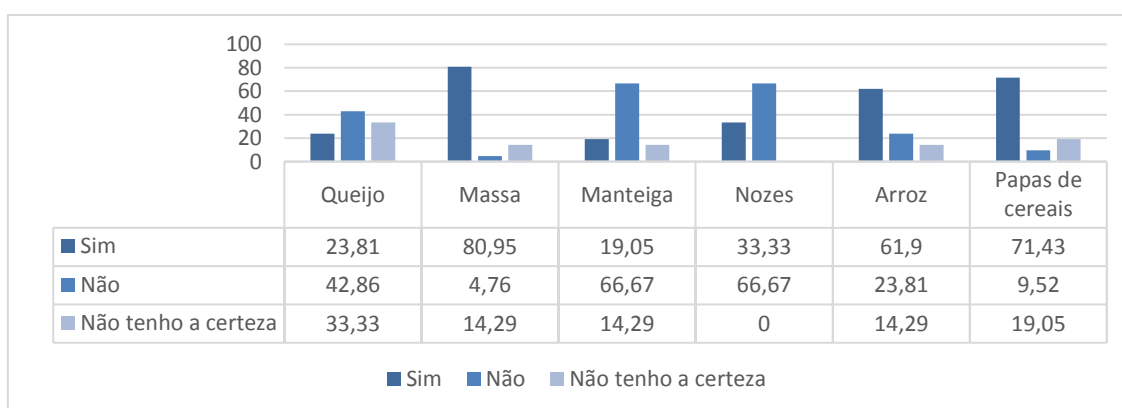


Gráfico 3 – Considera que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos que contêm amido/ farináceos?

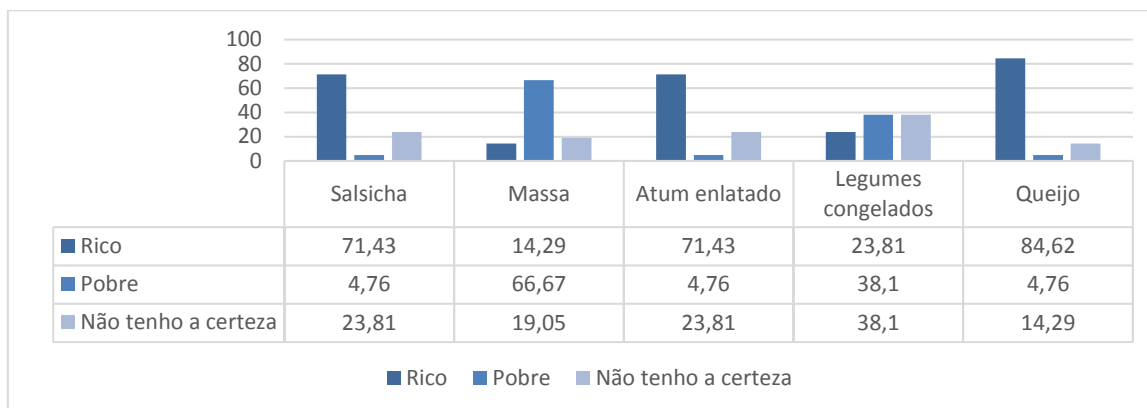


Gráfico 4 – Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?

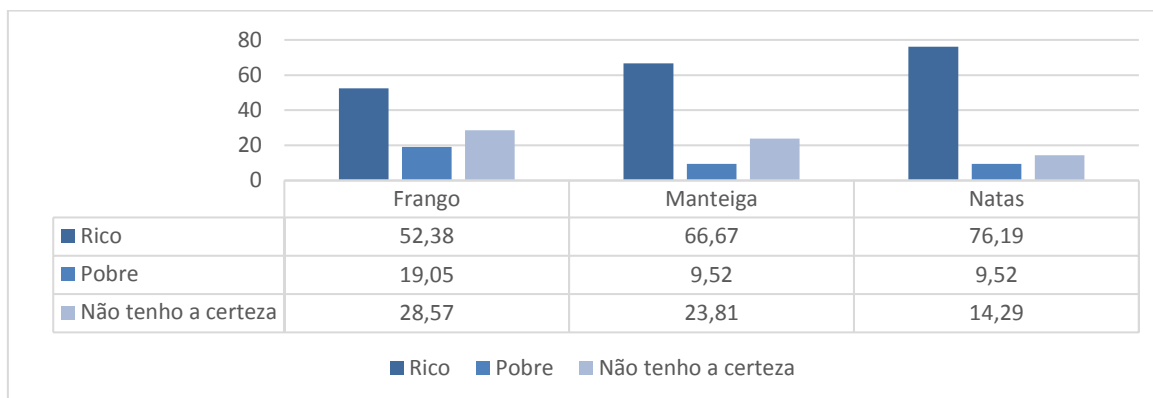


Gráfico 5 – Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?

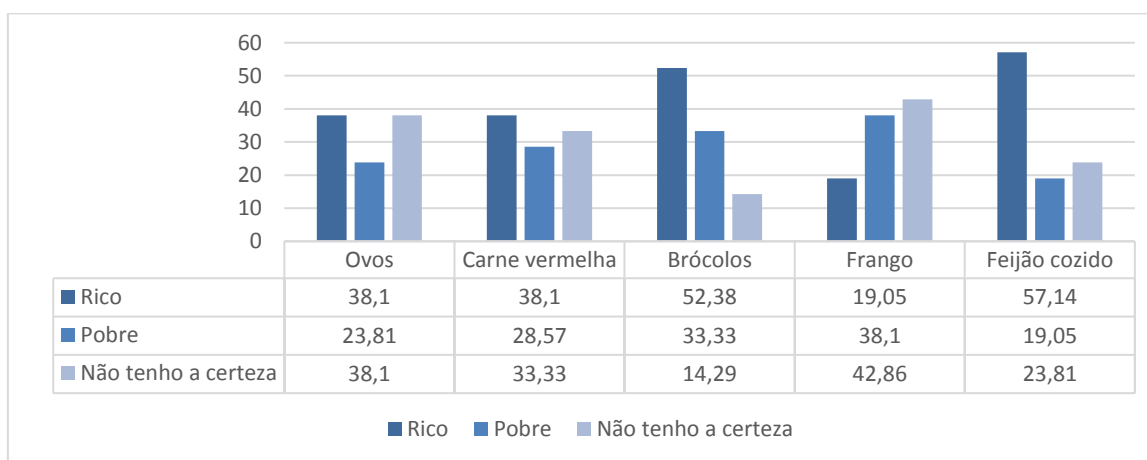


Gráfico 6 – Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra?

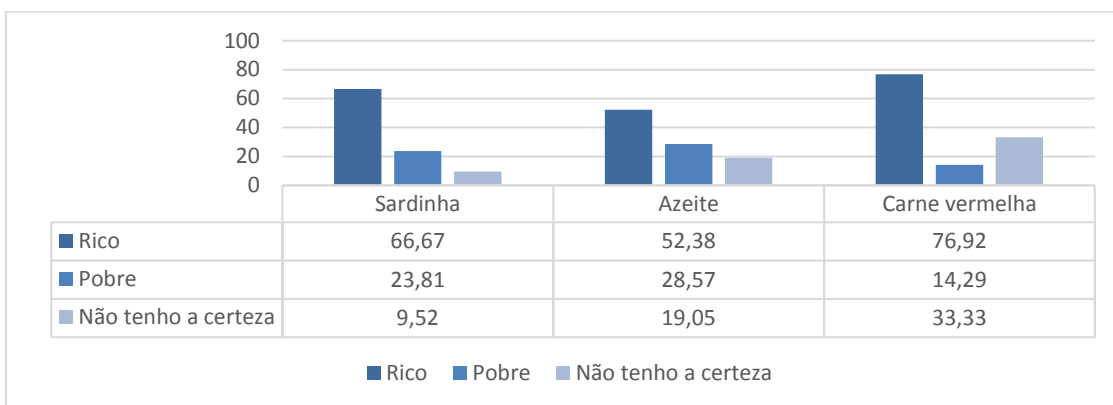


Gráfico 7 – Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada?

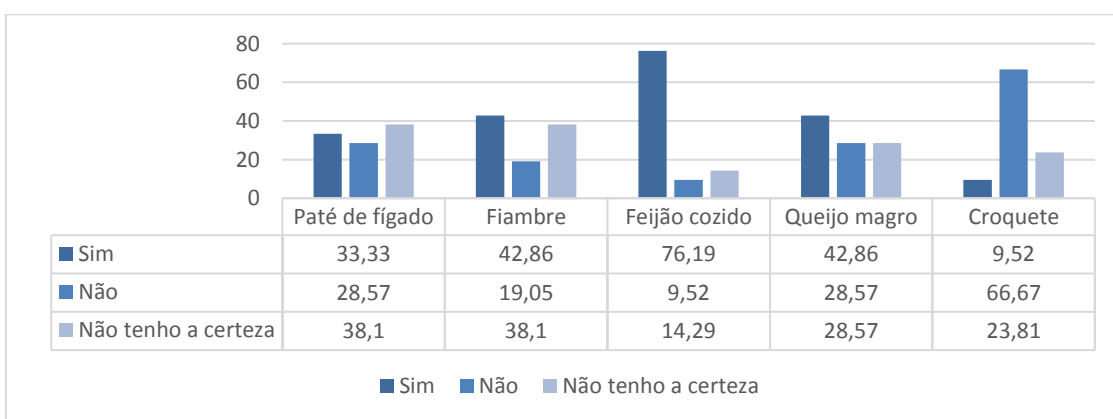


Gráfico 8 – Pensa que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha?

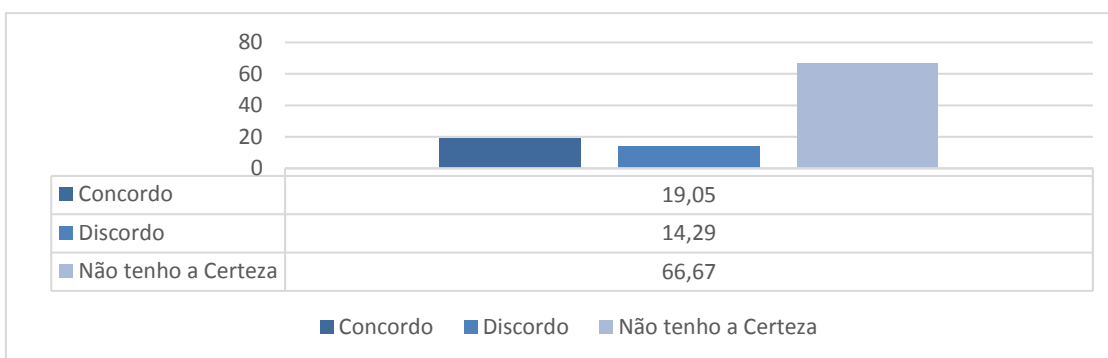


Gráfico 9 – Na sua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro?

## CENTRO SÉNIOR B

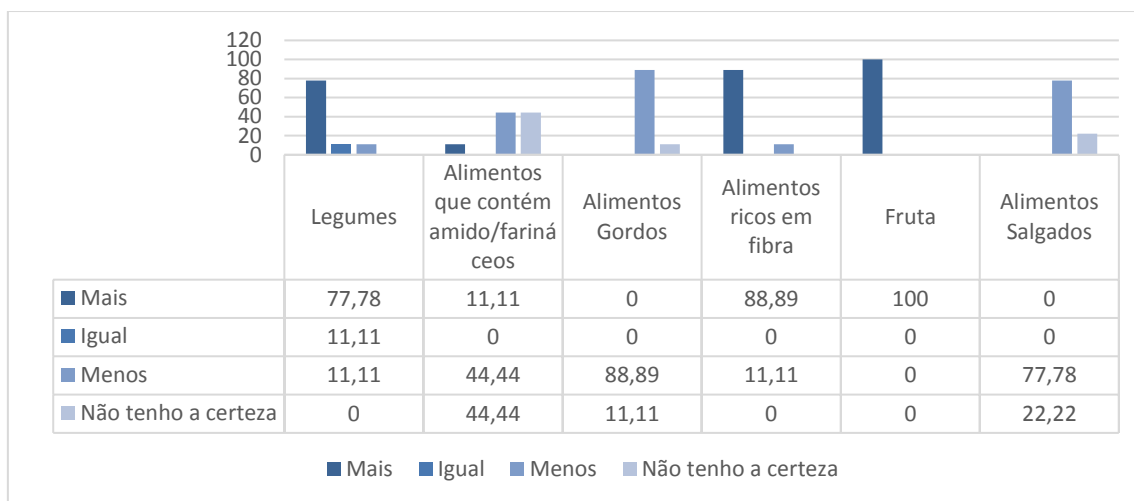


Gráfico 1 – Considera que os especialistas de saúde recomendam que as pessoas comam mais, igual ou menos dos seguintes alimentos?

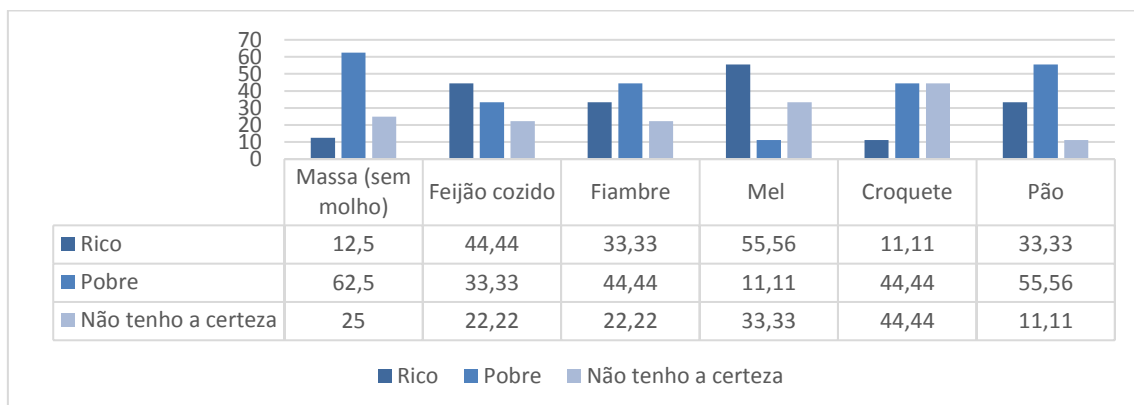


Gráfico 2 – Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura?

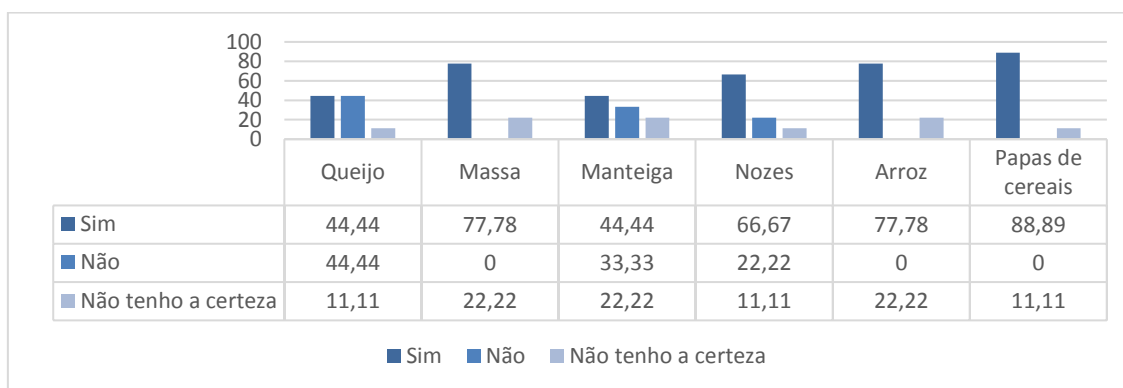


Gráfico 3 – Considera que os especialistas incluem estes alimentos no grupo dos alimentos que contém amido/ farináceos?

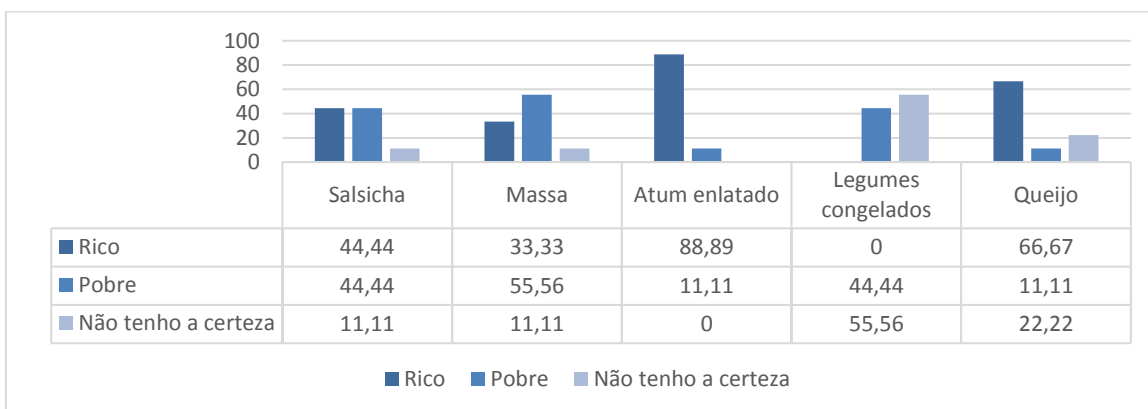


Gráfico 4 – Acha que estes alimentos são ricos ou pobres em sal?

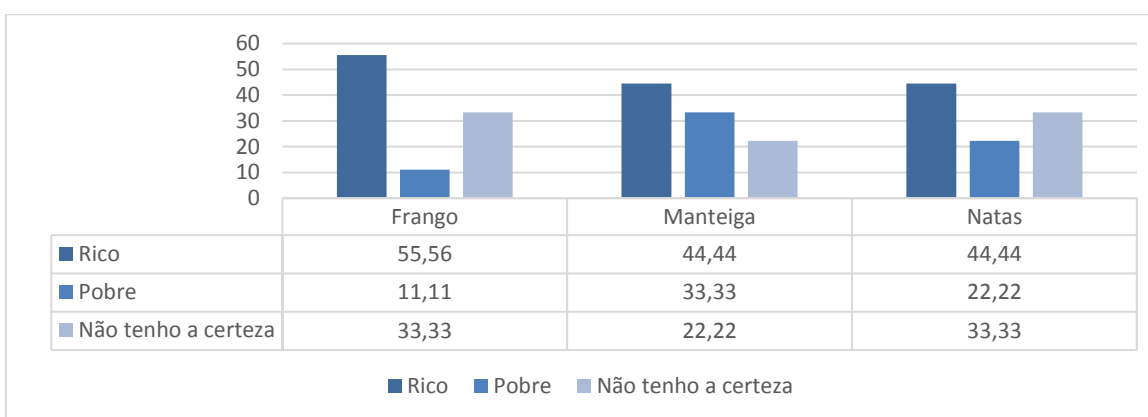


Gráfico 5 – Pensa que estes alimentos são ricos ou pobres em proteína?

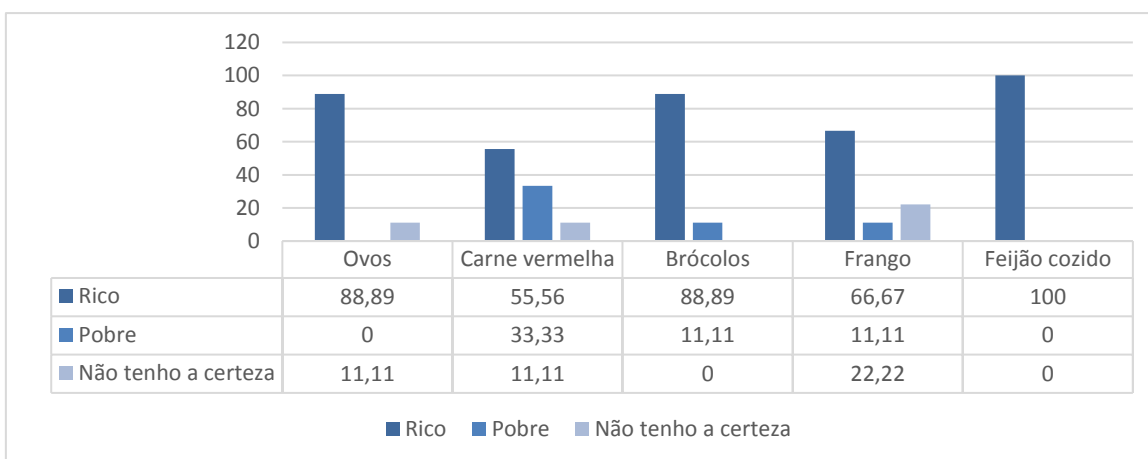


Gráfico 6 – Acredita que estes alimentos são ricos ou pobres em fibra?

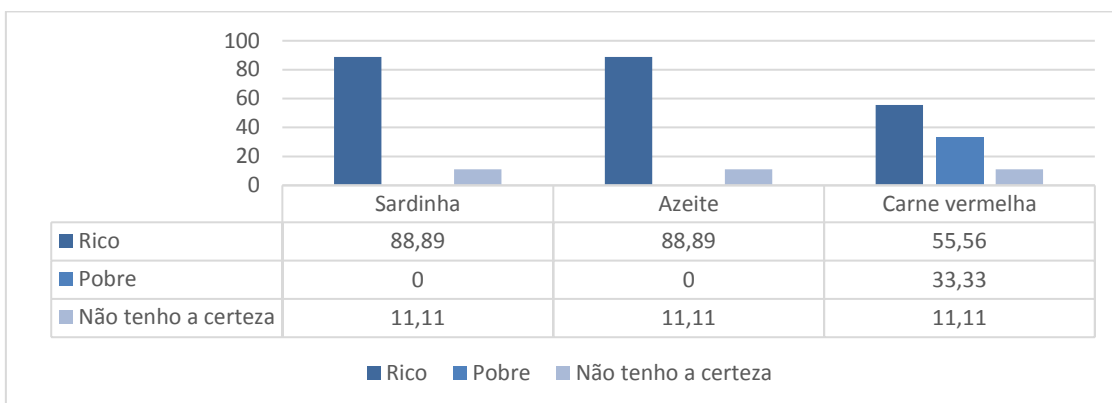


Gráfico 7 – Considera que estes alimentos são ricos ou pobres em gordura saturada?

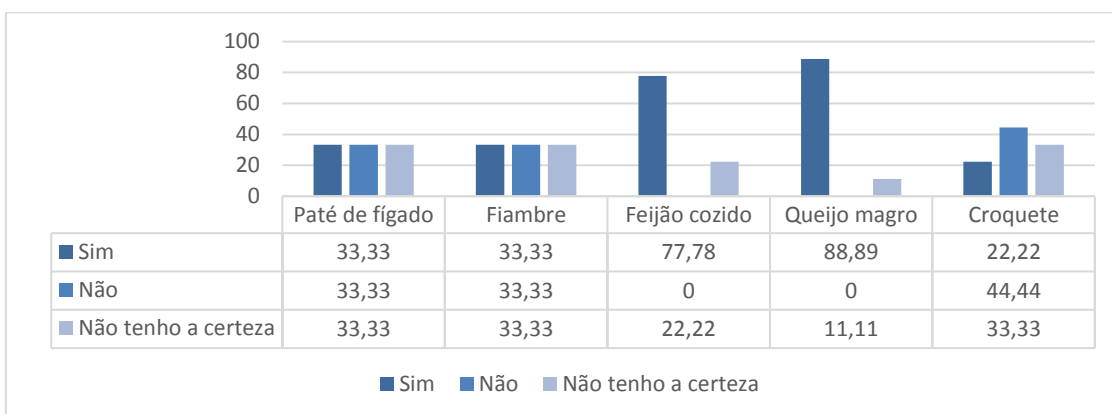


Gráfico 8 – Pensa que os especialistas consideram estes alimentos como uma alternativa saudável à carne vermelha?

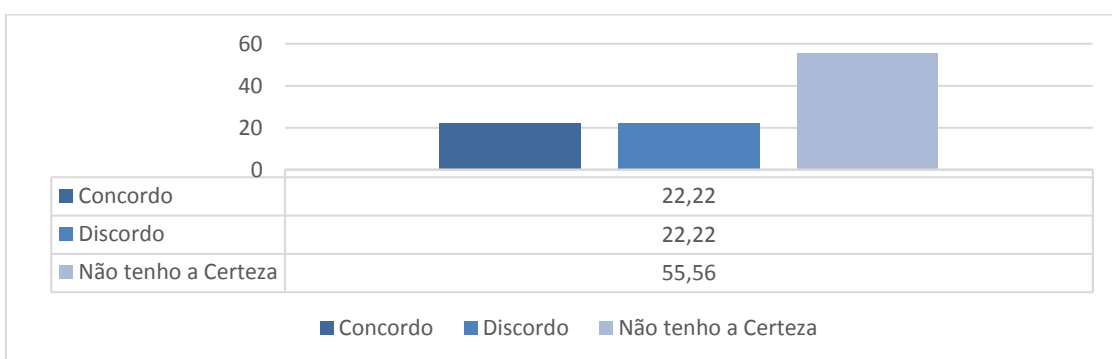


Gráfico 9 – Na sua opinião, há mais cálcio num copo de leite gordo do que num copo de leite magro?

**Apêndice X – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos com a Aplicação do Questionário de Conhecimentos e Atitudes Relacionadas com a Saúde Oral**

## CENTRO SÉNIOR A

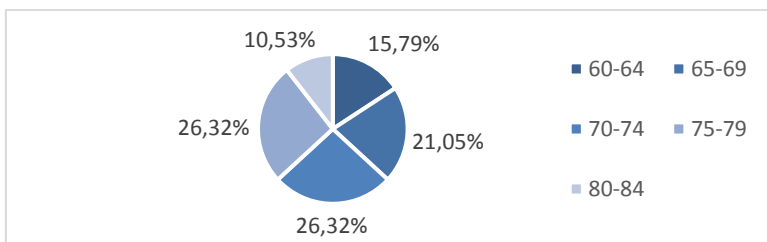


Gráfico 1 – Idade

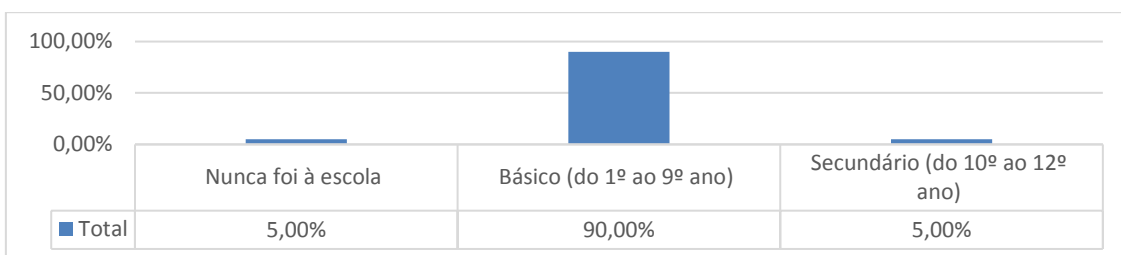


Gráfico 2 – Nível de escolaridade.

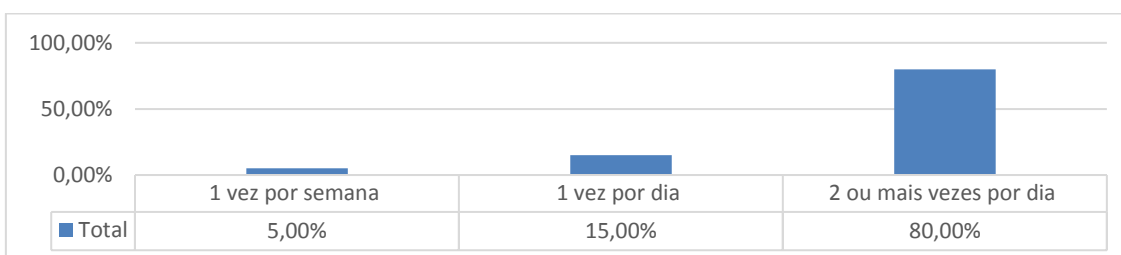


Gráfico 3 – Quantas vezes escova os dentes?

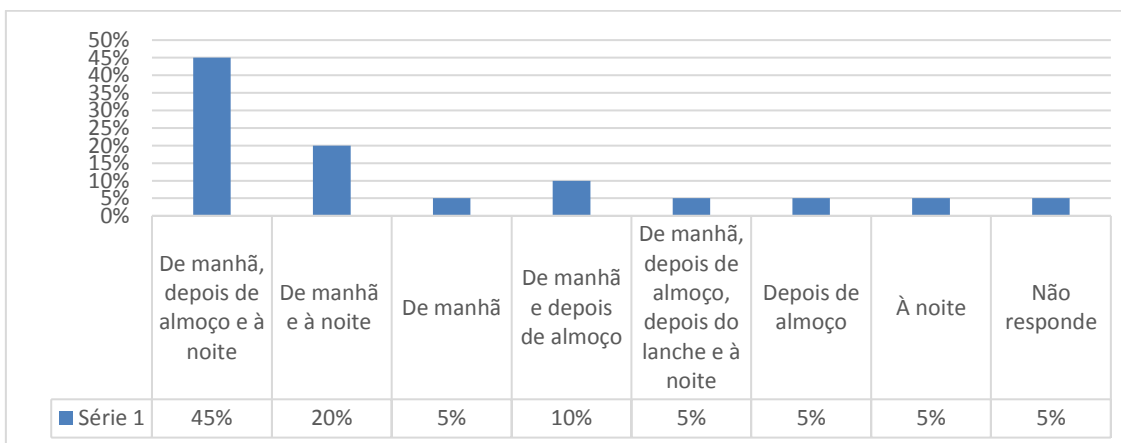


Gráfico 4 – Quando escova os dentes?

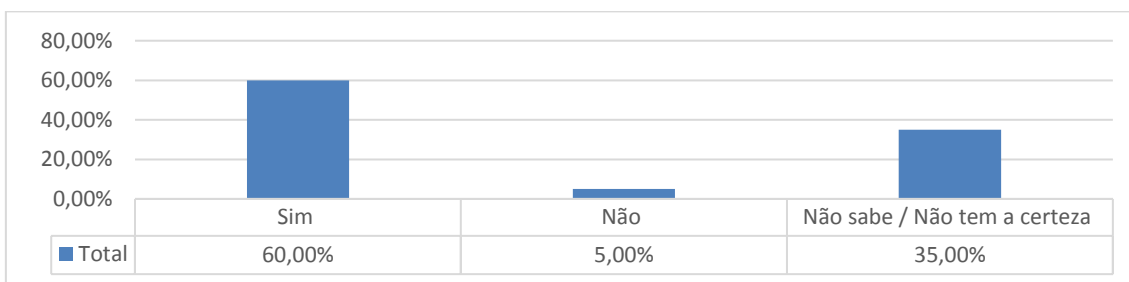


Gráfico 5 – A pasta de dentes que usa tem flúor?

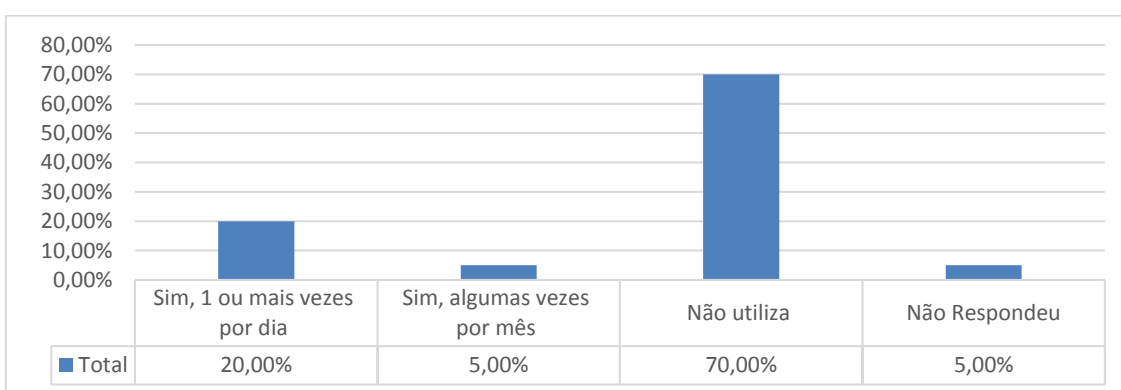


Gráfico 6 – Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?

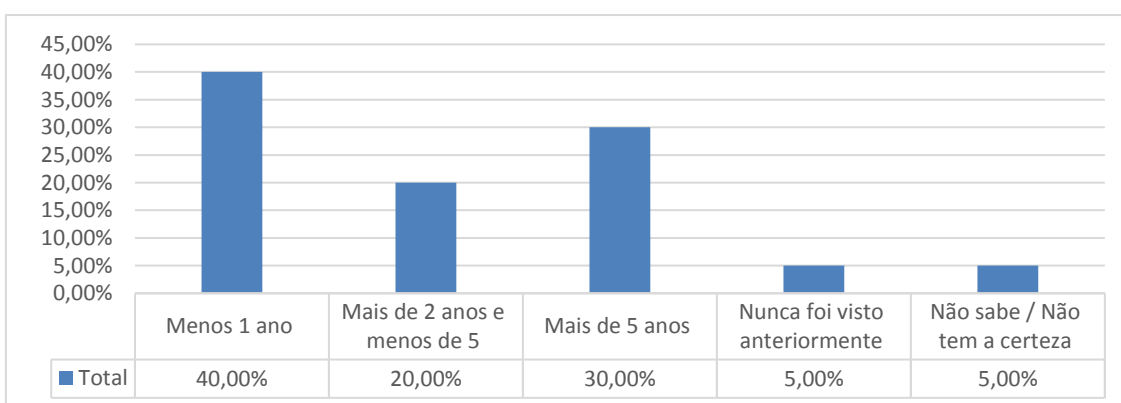


Gráfico 7 – Há quanto tempo foi à consulta com um profissional de saúde oral?

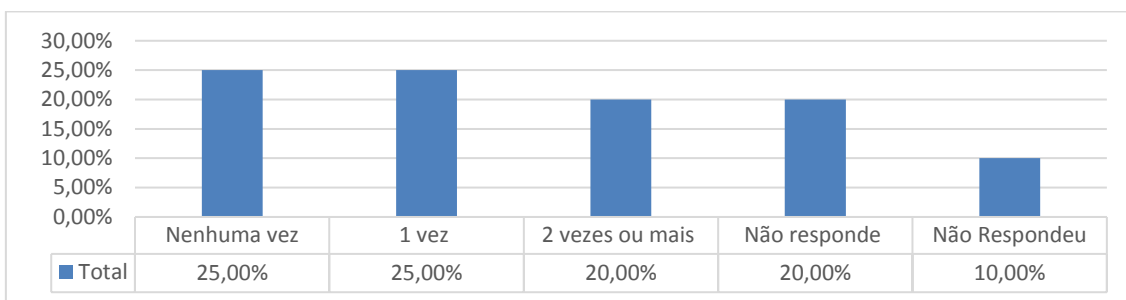


Gráfico 8 – Quantas vezes, nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral?

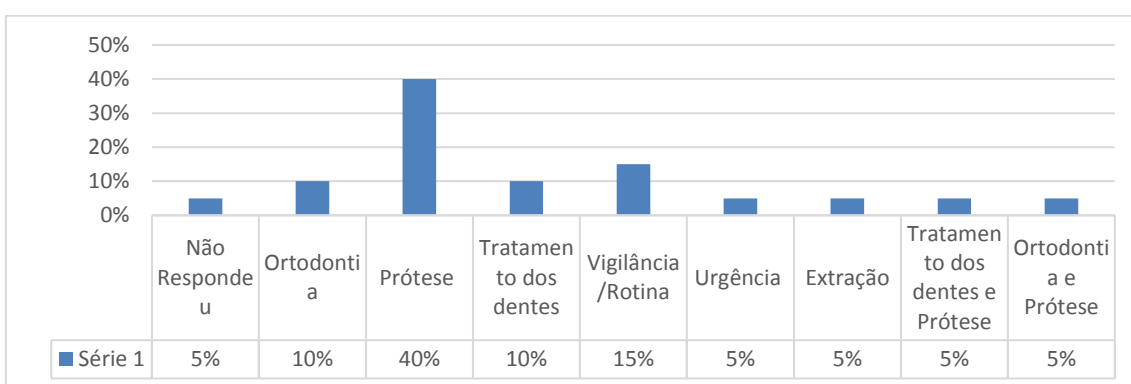


Gráfico 9 – Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral?

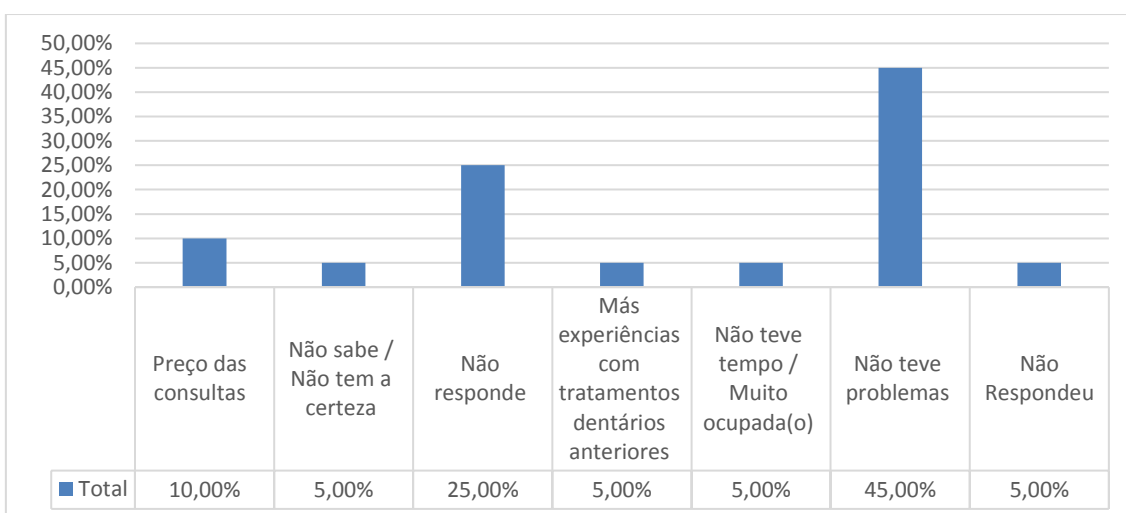


Gráfico 10 – Qual foi a principal razão pela qual não foi a consulta com o profissional de saúde oral nos últimos 2 anos?

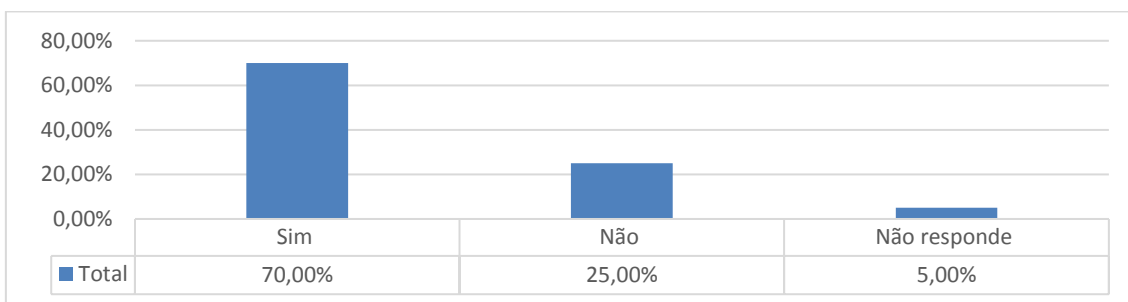


Gráfico 11 – Se precisar de cuidados de saúde oral tem acesso a clínica ou consultório dentário?

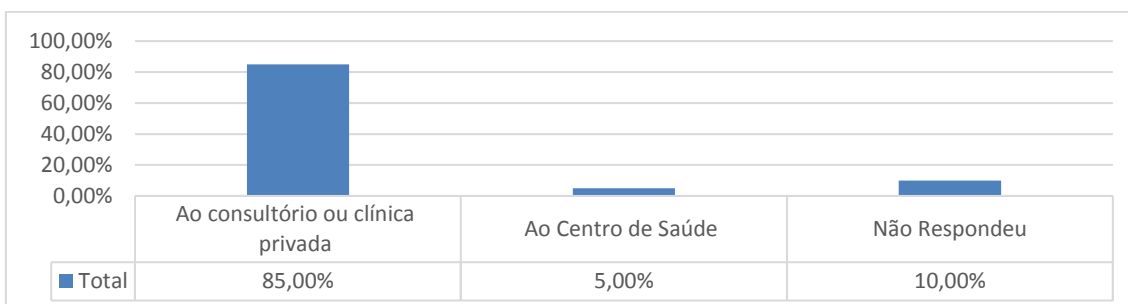


Gráfico 12 – Se precisar de tratamentos dentários, normalmente onde vai?

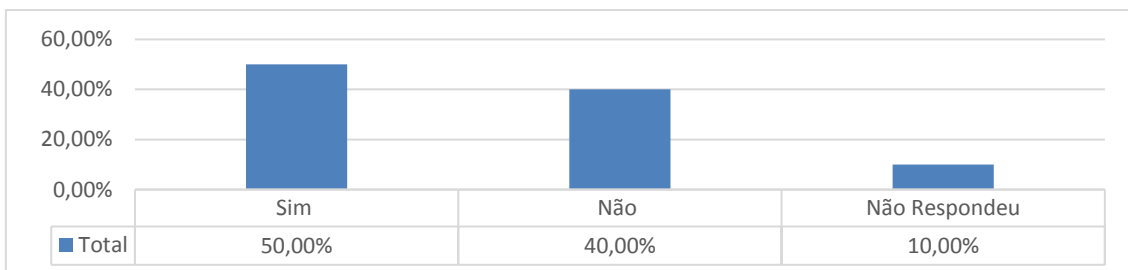


Gráfico 13 – Tem possibilidade de encontrar 1 profissional de saúde oral no máximo a 30 minutos do local onde vive ou local de trabalho?

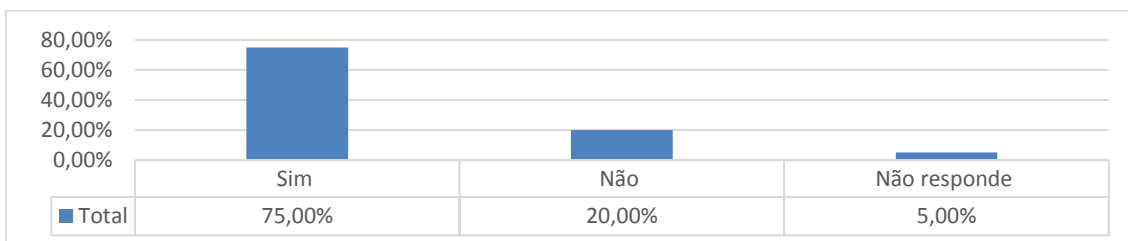


Gráfico 14 – Usa prótese removível?

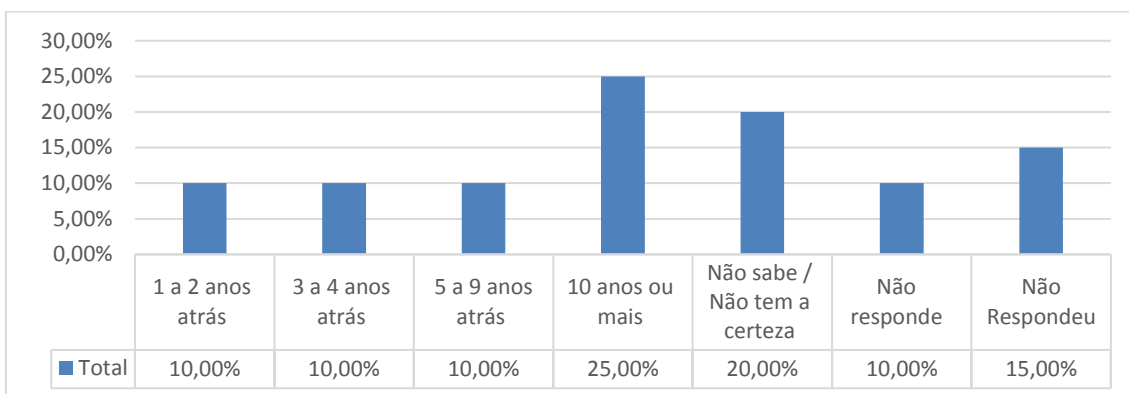


Gráfico 15 – Há quantos anos foi feita a sua prótese removível?

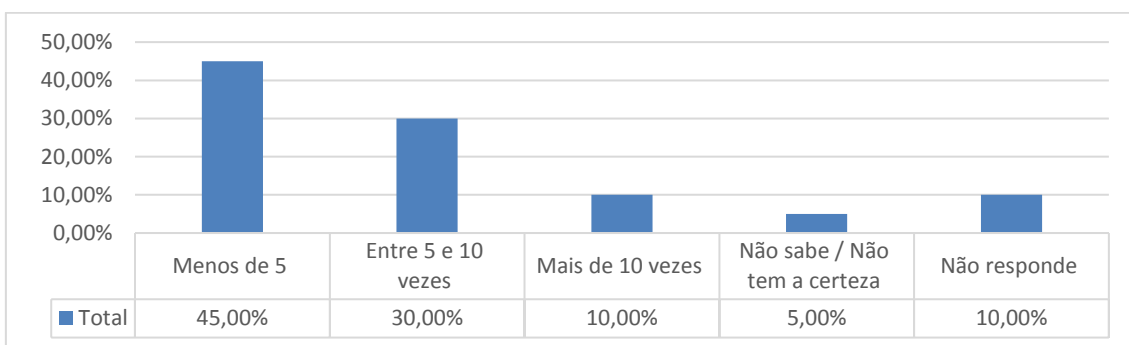


Gráfico 16 – Quantas vezes por dia come e bebe (excluindo água) mesmo em pequenas quantidades?

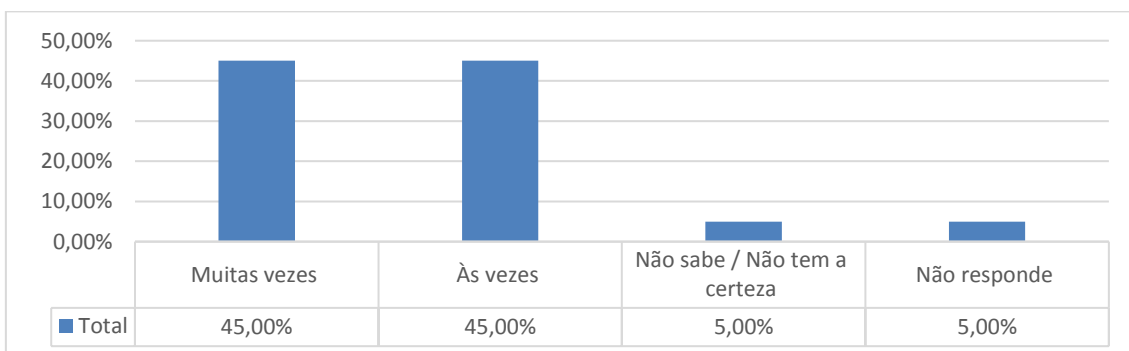


Gráfico 17 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, fruta fresca?

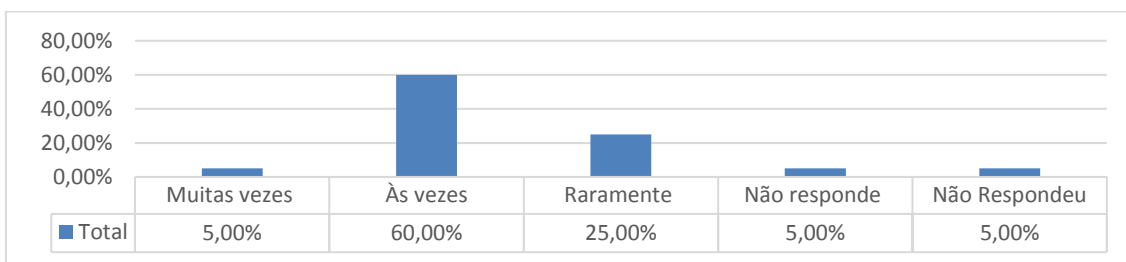


Gráfico 18 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, biscoitos, bolos, bolos com creme?

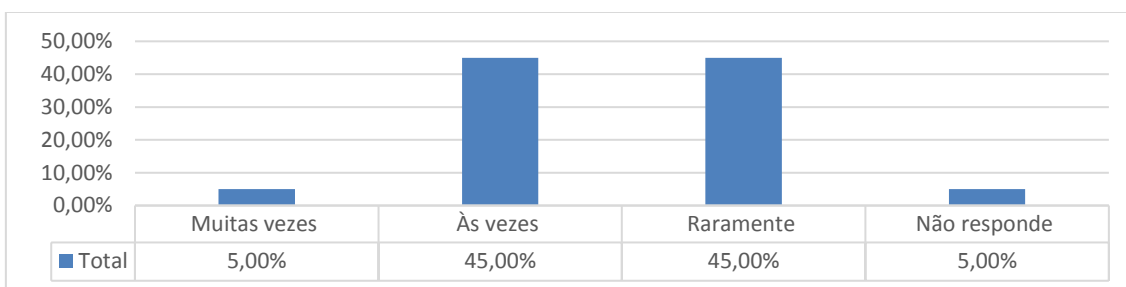


Gráfico 19 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, doces?

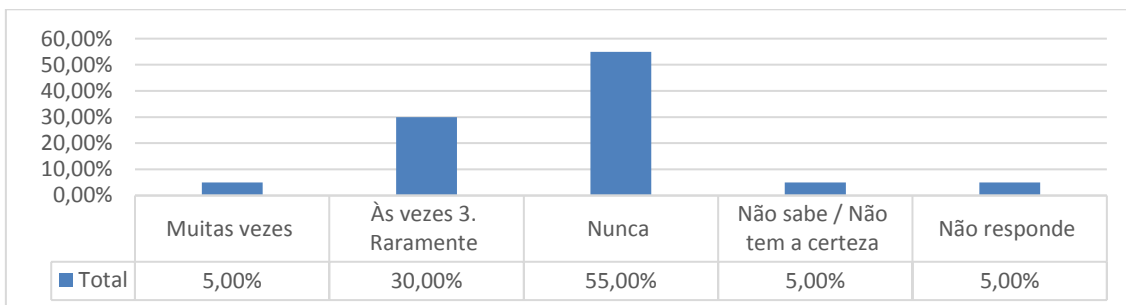


Gráfico 20 – Quantas vezes bebe, mesmo em pequenas quantidades, limonada, cola ou outros refrigerantes?

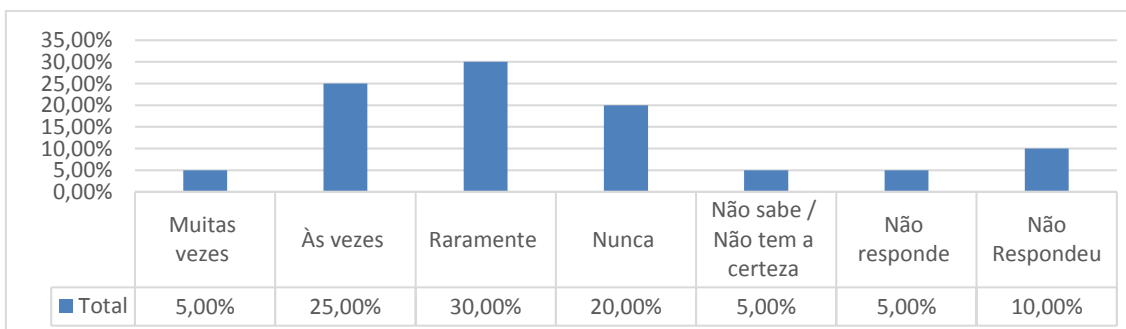


Gráfico 21 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, compotas ou mel?

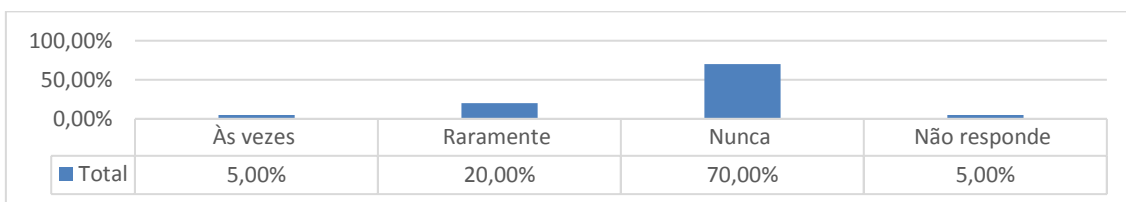


Gráfico 22– Quantas vezes come ou bebe, mesmo em pequenas quantidades, pastilhas elásticas com açúcar?

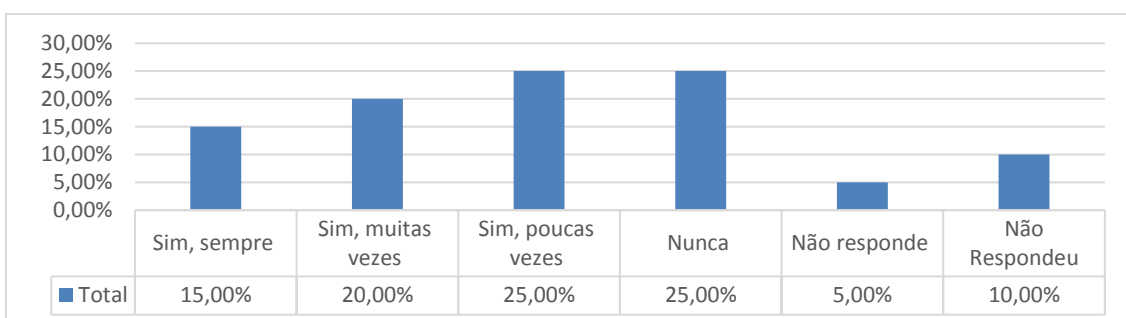


Gráfico 23 – Evita comer alimentos açucarados para prevenir problemas com os dentes (cárie dentária)?

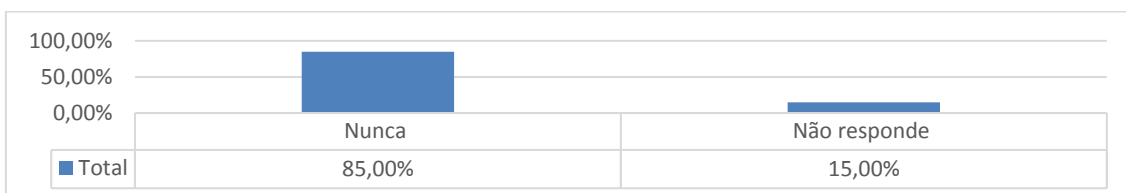


Gráfico 24 – Fuma ou já fumou?

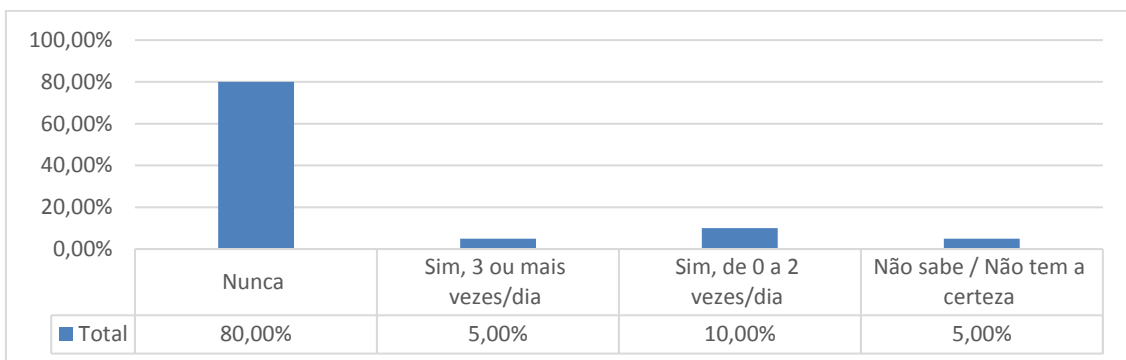


Gráfico 25 – Consome bebidas alcoólicas?

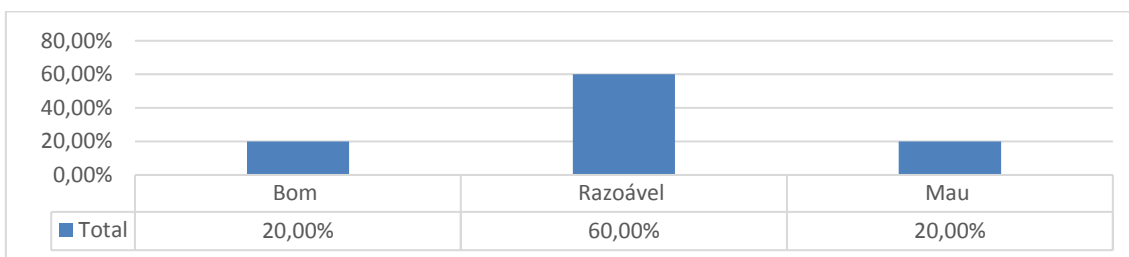


Gráfico 26 – Duma maneira geral como considera o seu estado de saúde da boca e dos dentes?

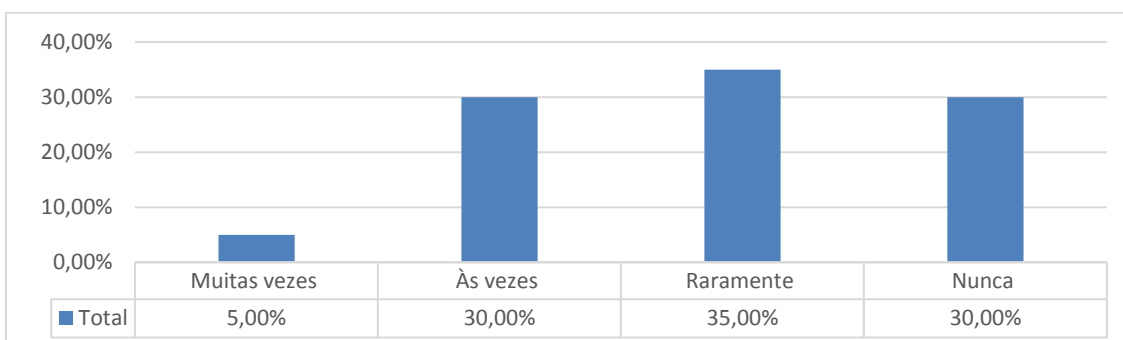


Gráfico 27 – Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?

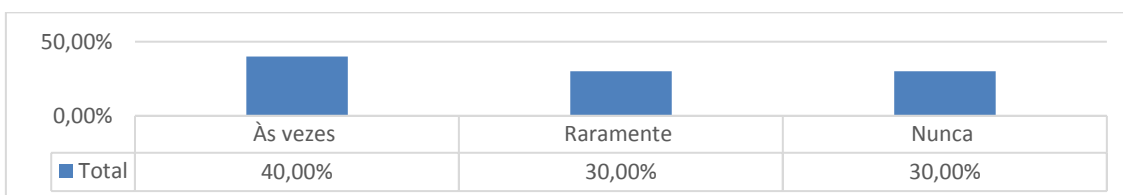


Gráfico 28 – Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?

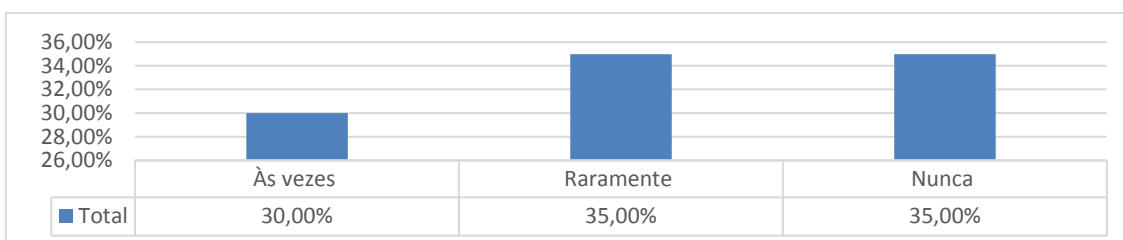


Gráfico 29 – Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?

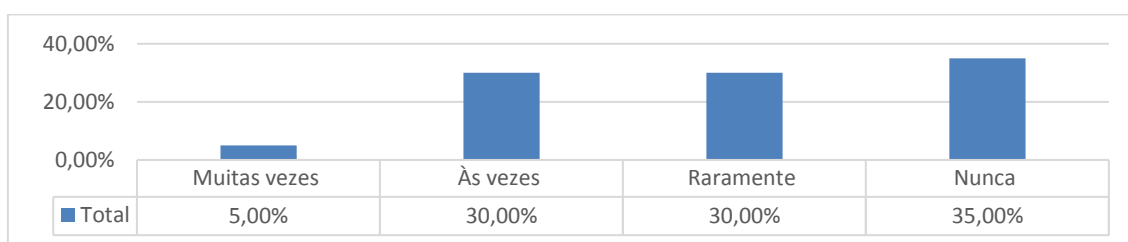


Gráfico 30 – Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?

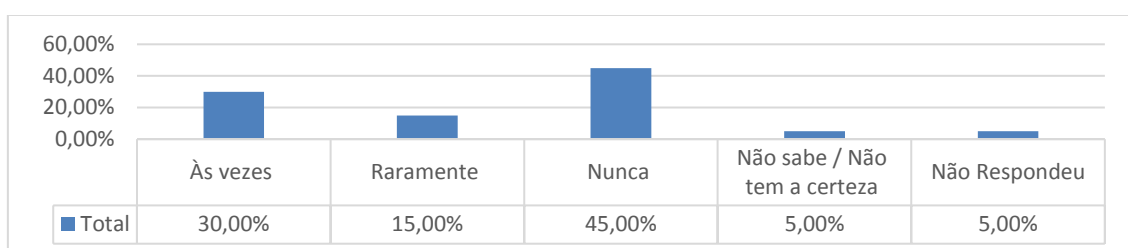


Gráfico 31 – Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?

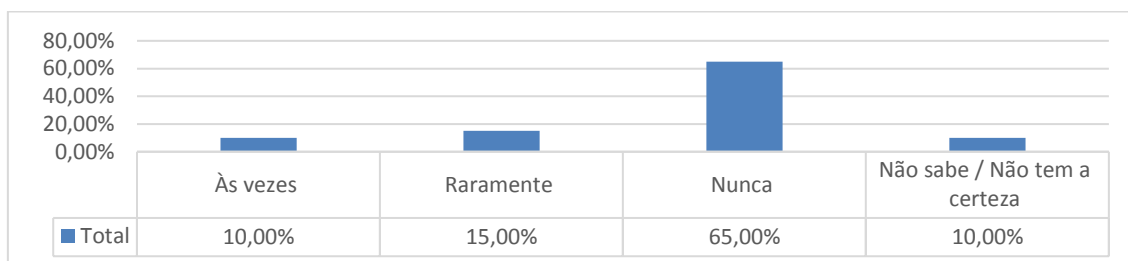


Gráfico 32 – Nos últimos 12 meses quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?

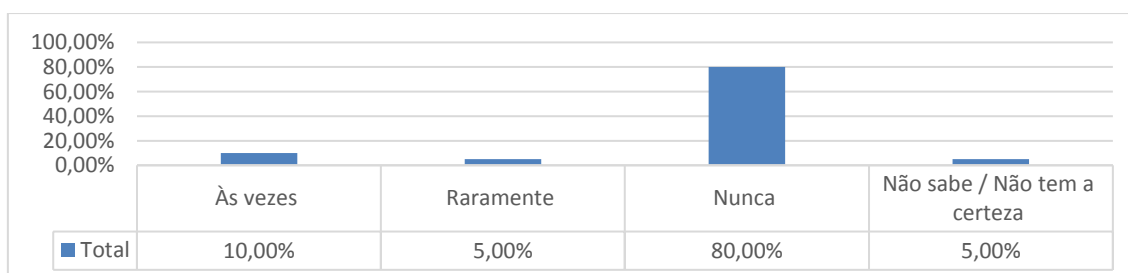


Gráfico 33 – Nos últimos 12 meses quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?

## CENTRO SÉNIOR B

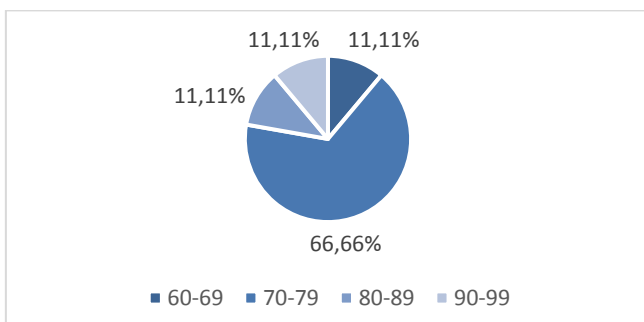


Gráfico 1 – Idade

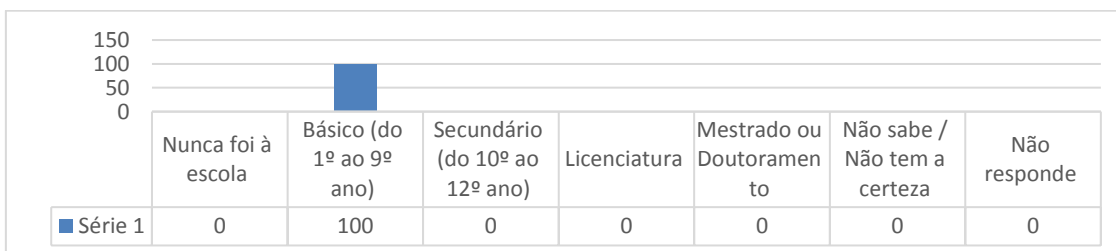


Gráfico 2 – Nível de escolaridade %

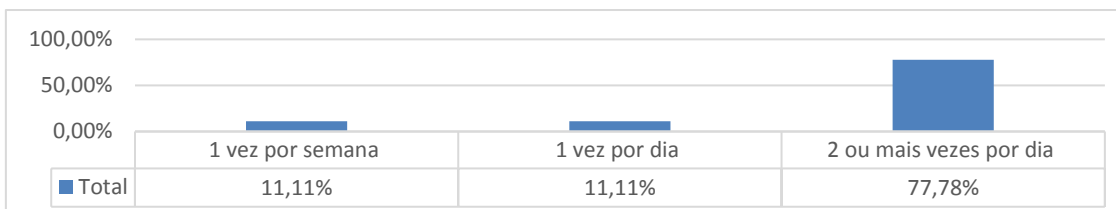


Gráfico 3 – Quantas vezes escova os dentes?

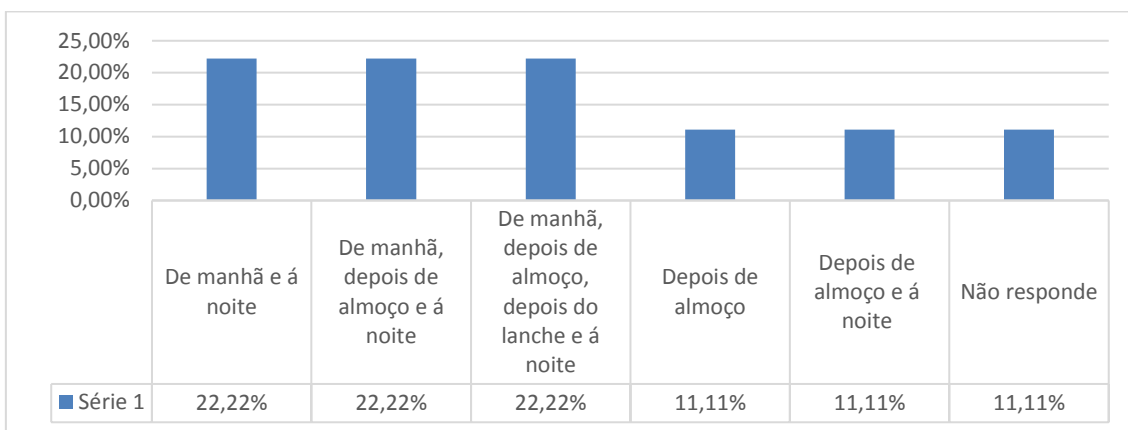


Gráfico 4 – Quando escova os dentes? (Pode assinalar mais do que uma opção)

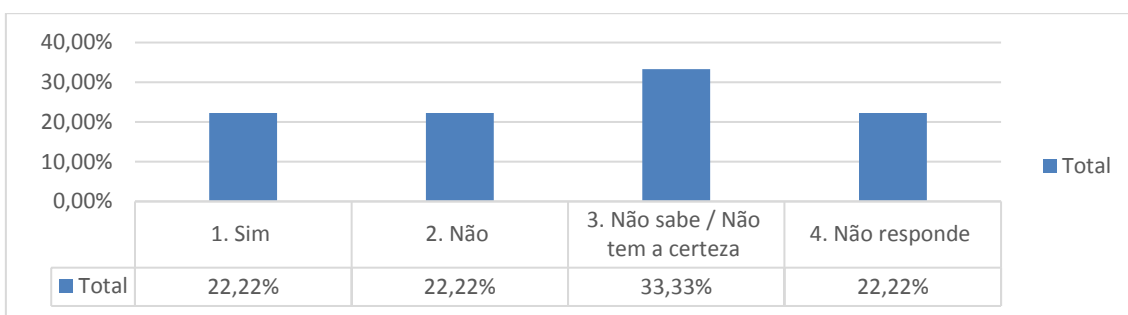


Gráfico 5 – A pasta de dentes que usa tem flúor?

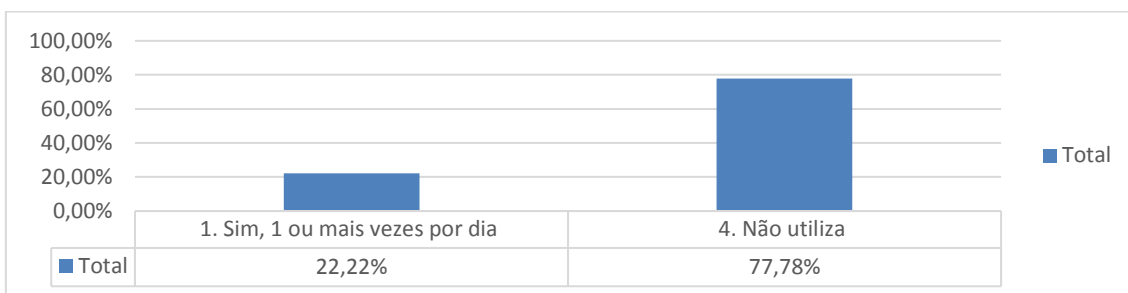


Gráfico 6 – Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?

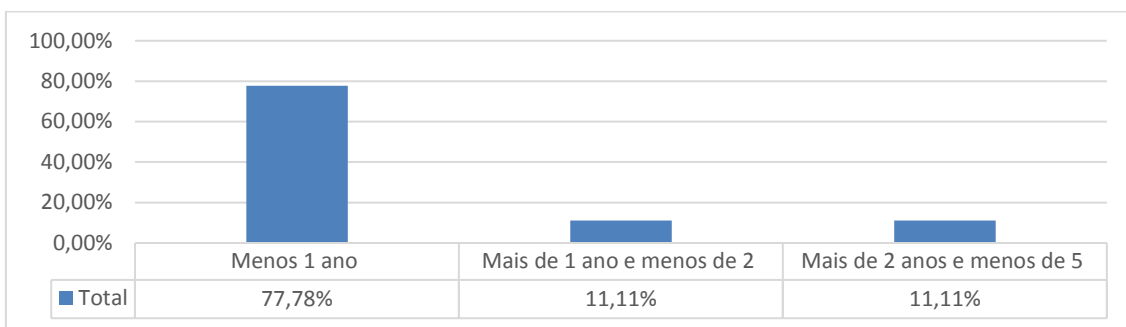


Gráfico 7 – Há quanto tempo foi à consulta com um profissional de saúde oral?

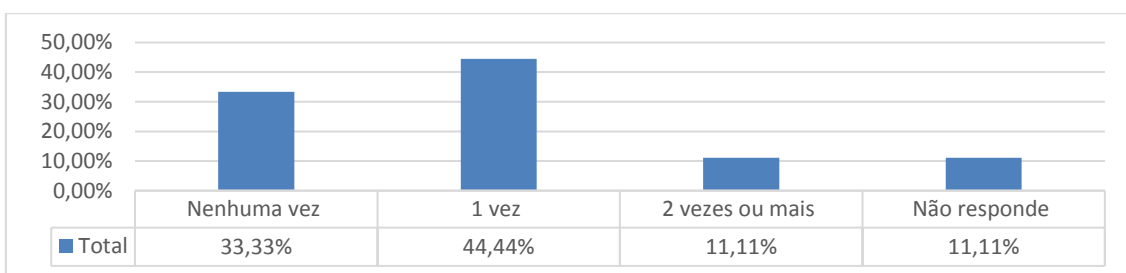


Gráfico 8 – Quantas vezes, nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral?

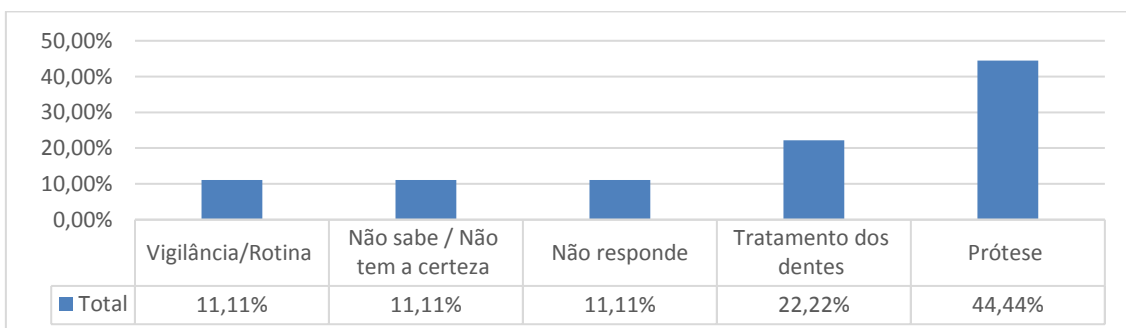


Gráfico 9 – Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral?

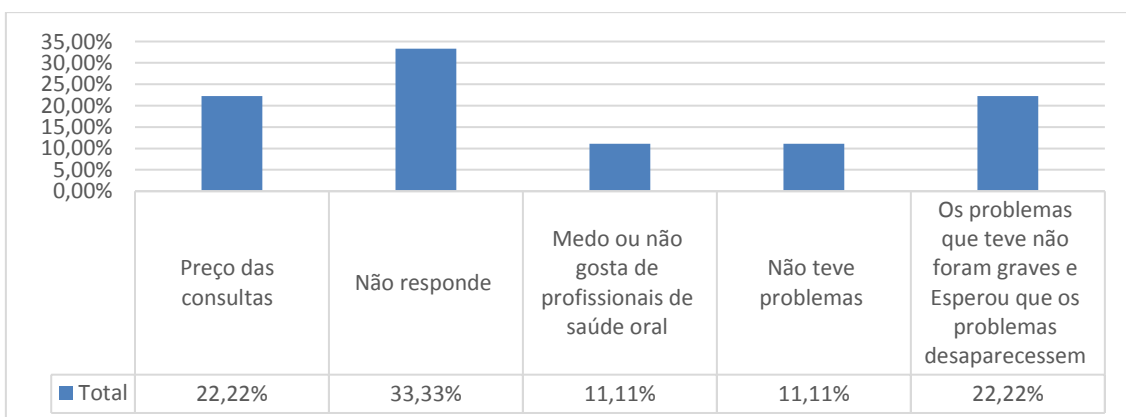


Gráfico10 – Qual foi a principal razão pela qual não foi a consulta com o profissional de saúde oral nos últimos 2 anos?

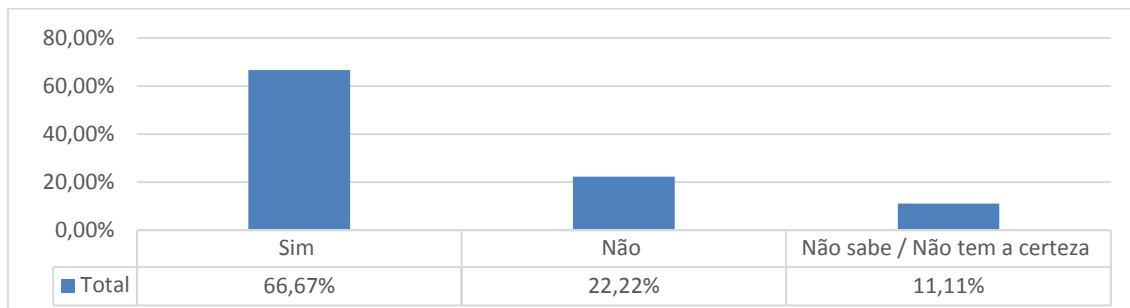


Gráfico 11 – Se precisar de cuidados de saúde oral tem acesso a clínica ou consultório dentário?

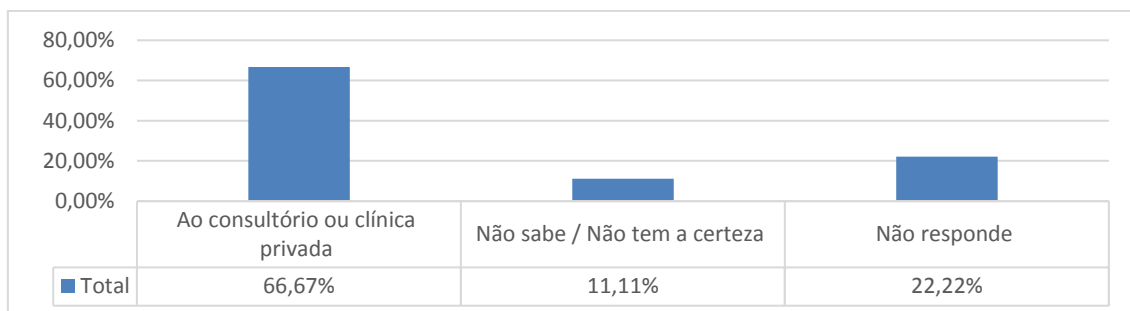


Gráfico 12– Se precisar de tratamentos dentários, normalmente onde vai?

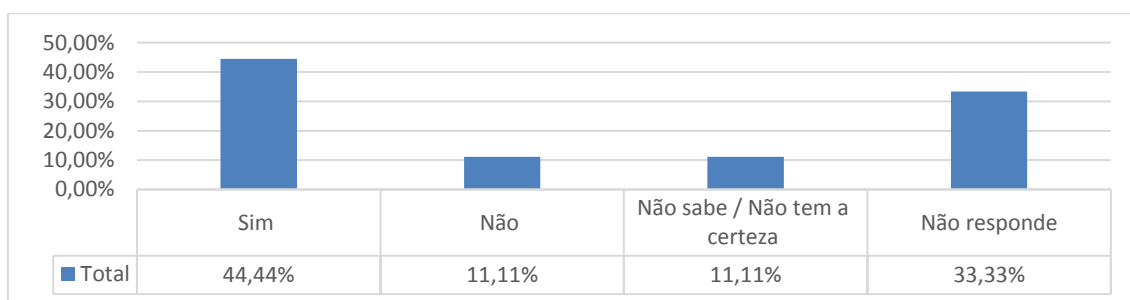


Gráfico 13 – Tem possibilidade de encontrar 1 profissional de saúde oral no máximo a 30 minutos do local onde vive ou local de trabalho?

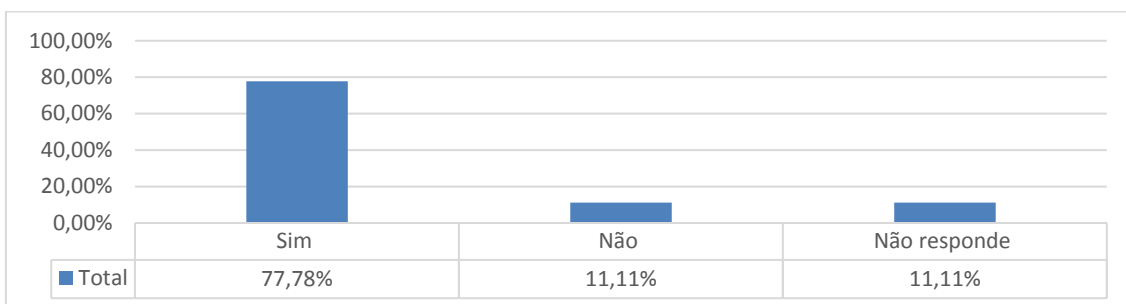


Gráfico 14 – Usa prótese removível?

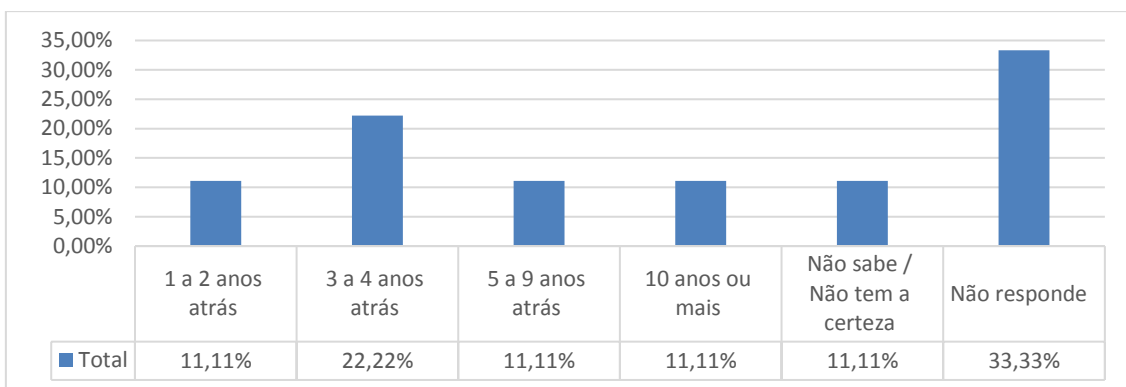


Gráfico 15 – Há quantos anos foi feita a sua prótese removível?

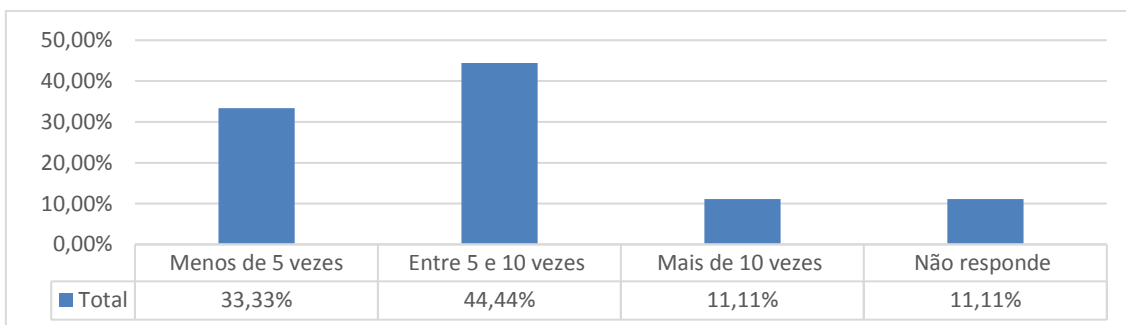


Gráfico 16 – Quantas vezes por dia come e bebe (excluindo água) mesmo em pequenas quantidades?

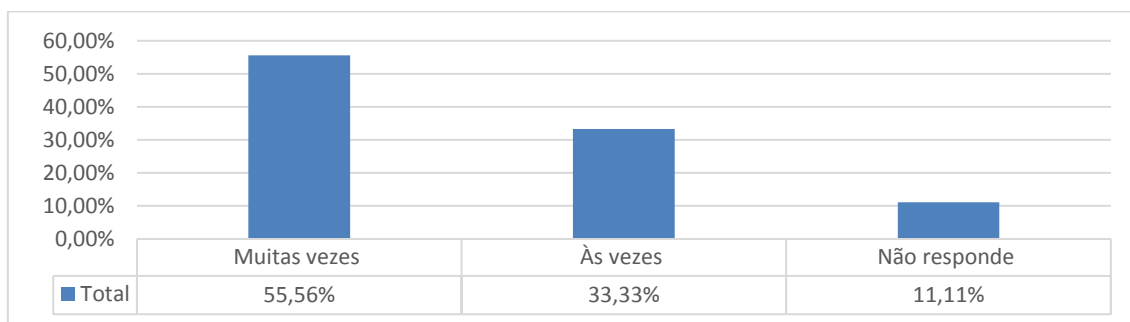


Gráfico 17 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, fruta fresca?

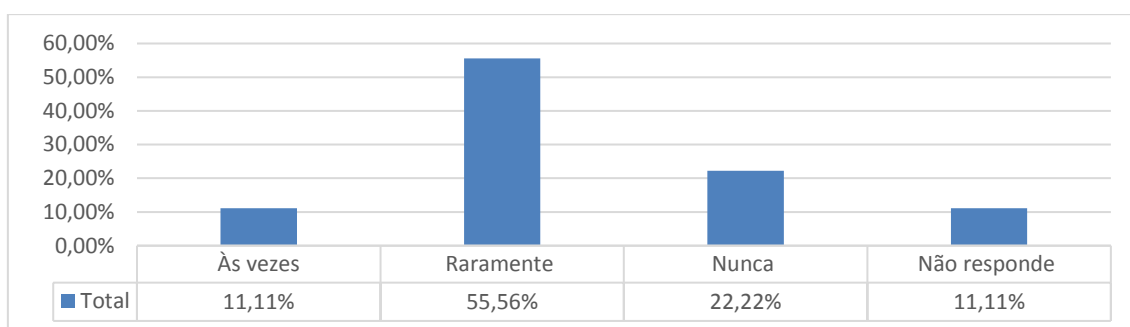


Gráfico 18 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, biscoitos, bolos, bolos com creme?

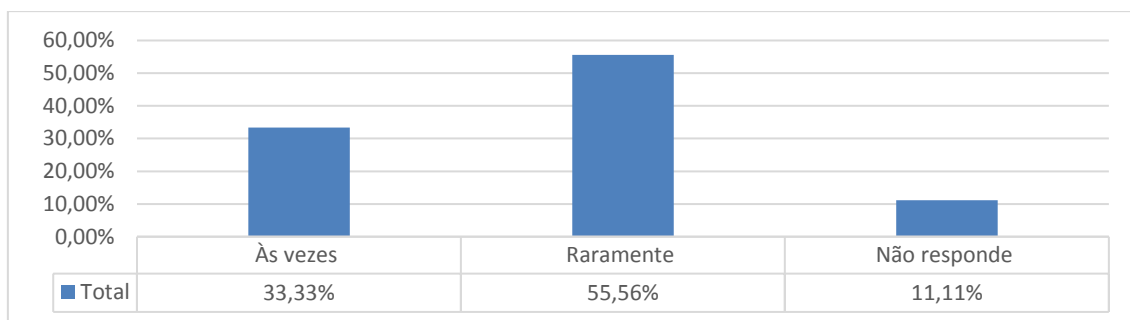


Gráfico 19 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, doces?

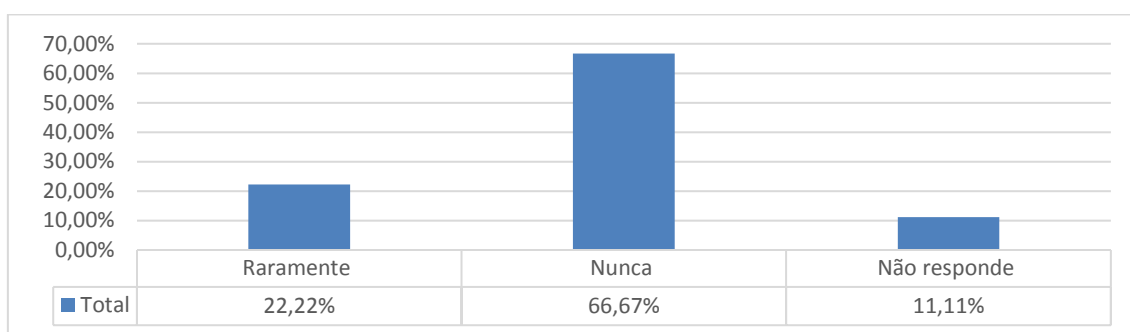


Gráfico 20 – Quantas vezes bebe, mesmo em pequenas quantidades, limonada, cola ou outros refrigerantes?

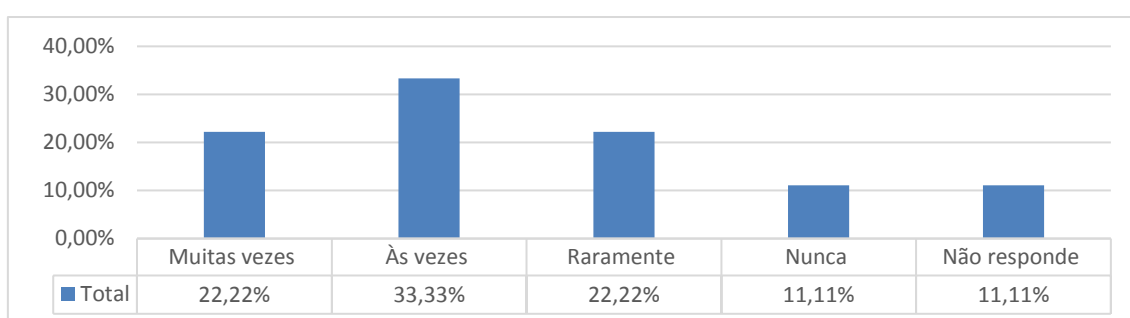


Gráfico 21 – Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, compotas ou mel?

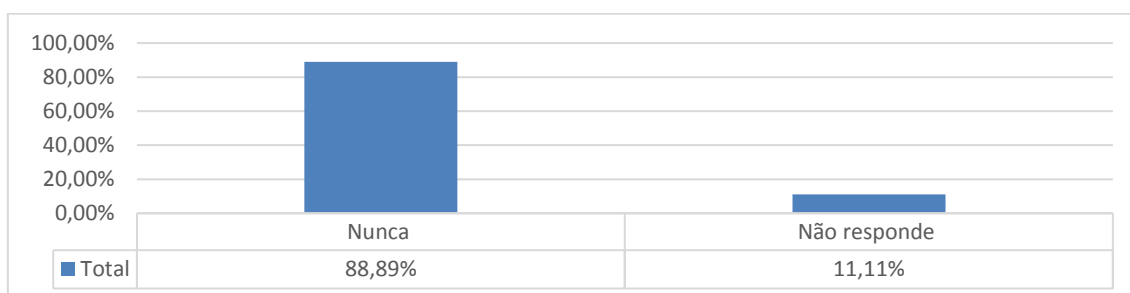


Gráfico 22 – Quantas vezes come ou bebe, mesmo em pequenas quantidades, pastilhas elásticas com açúcar?

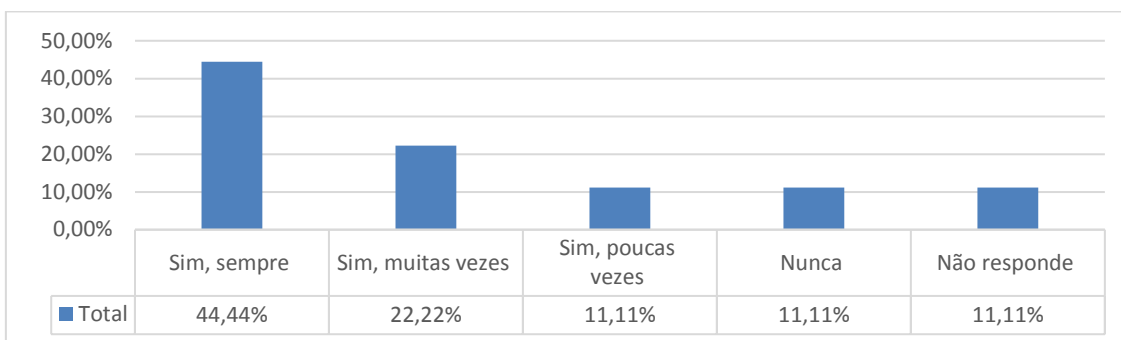


Gráfico 23 – Evita comer alimentos açucarados para prevenir problemas com os dentes (cárie dentária)?

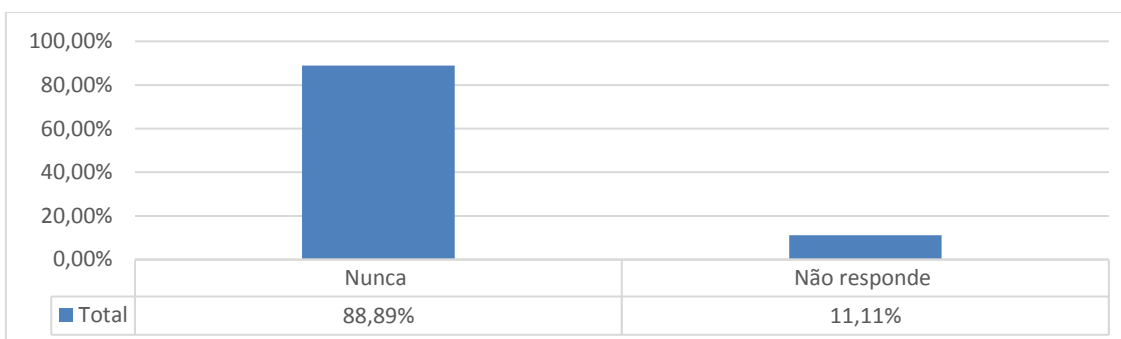


Gráfico 24 – Fuma ou já fumou?

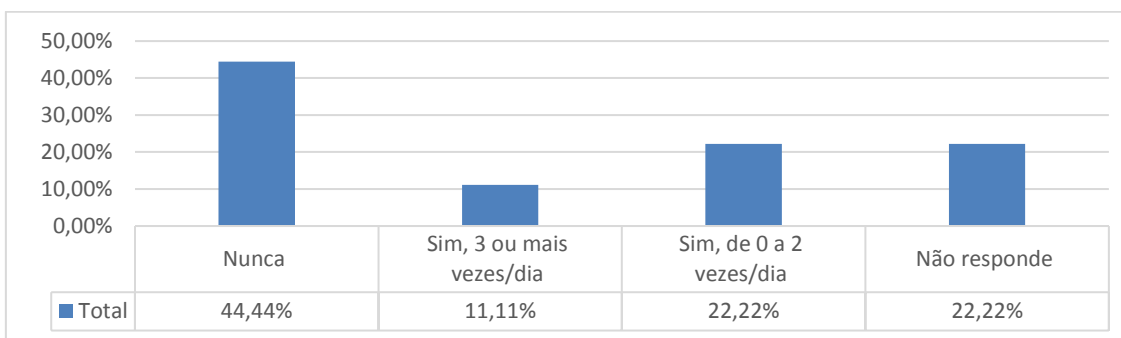


Gráfico 25 – Consome bebidas alcoólicas?

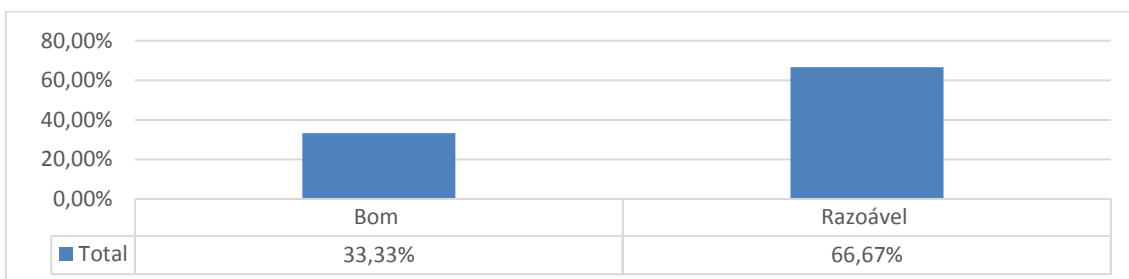


Gráfico26 – Duma maneira geral como considera o seu estado de saúde da boca e dos dentes?

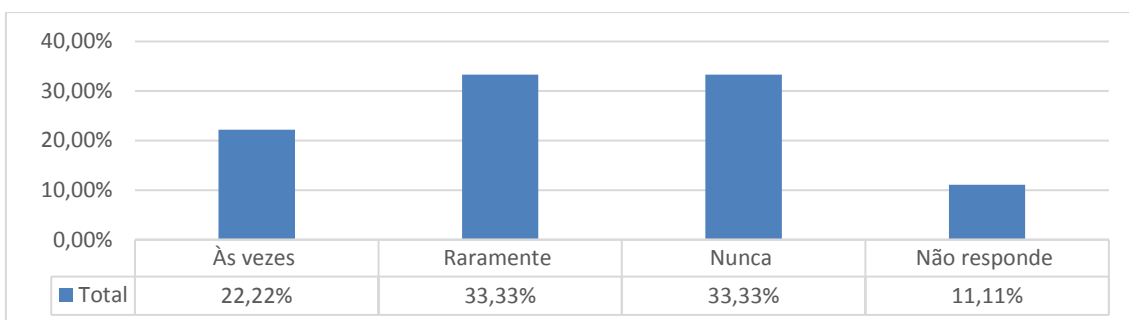


Gráfico 27 – Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?

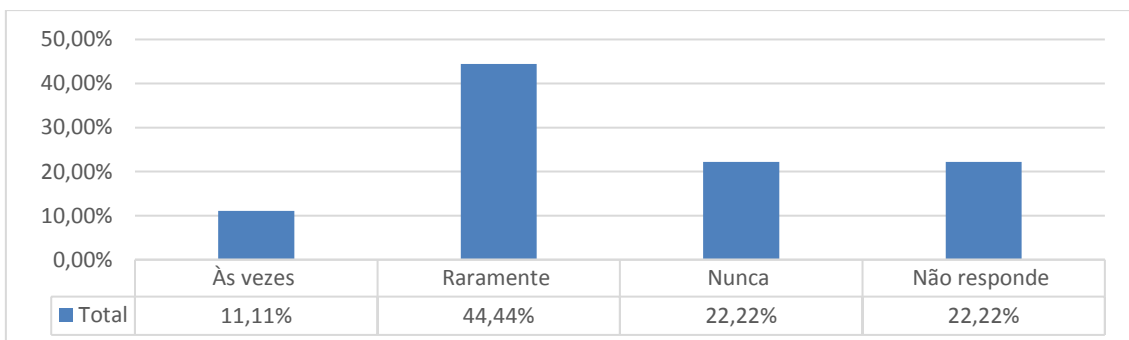


Gráfico 28 – Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?

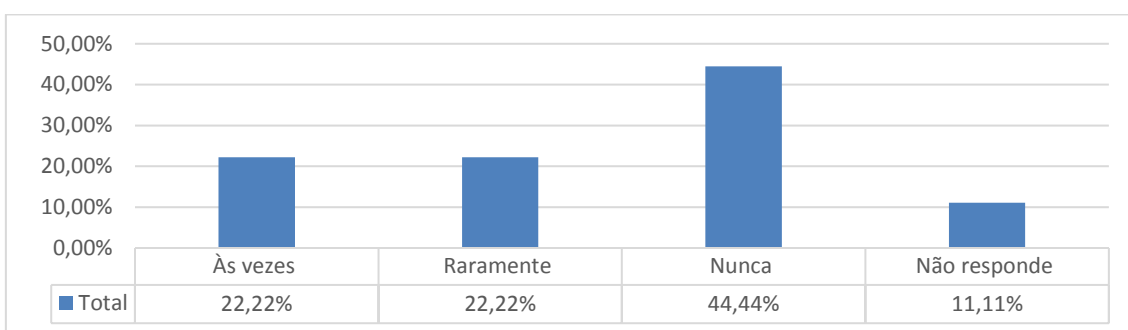


Gráfico 29 – Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?

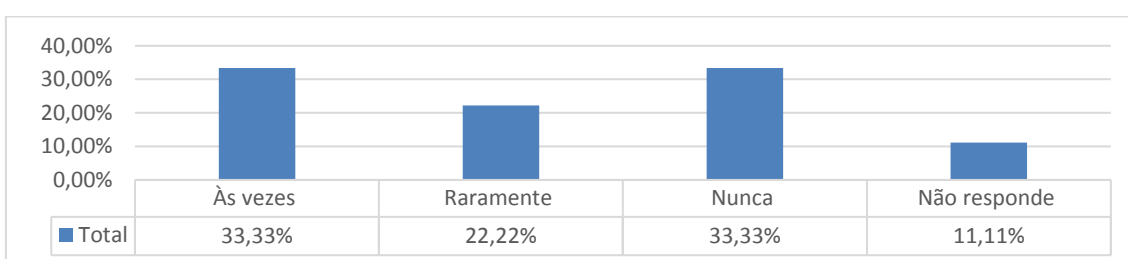


Gráfico 30 – Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?

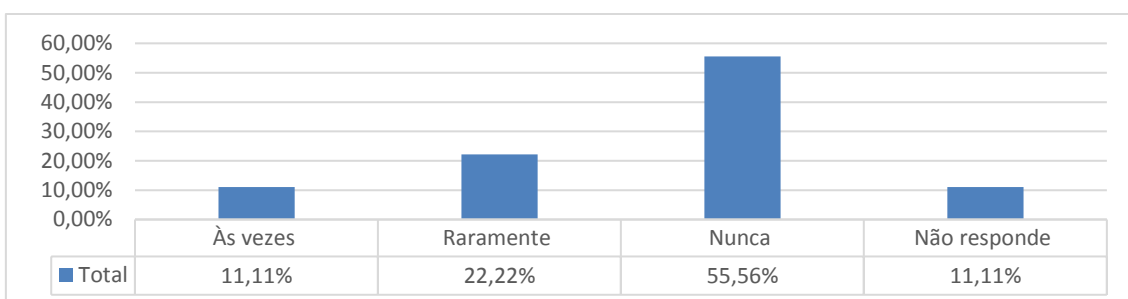


Gráfico 31 – Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?

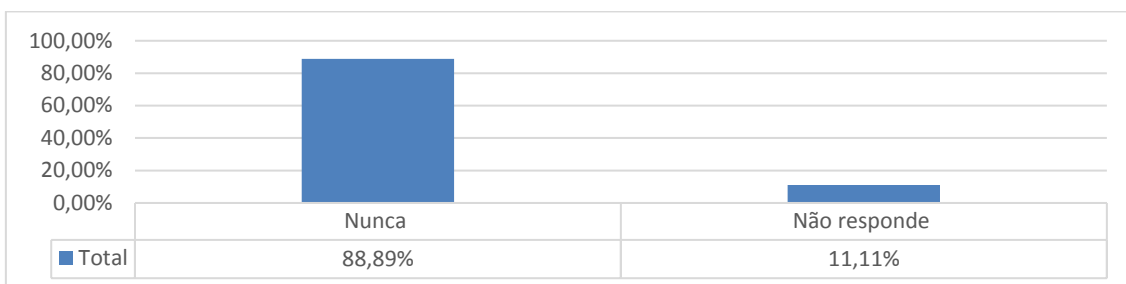


Gráfico 32 – Nos últimos 12 meses quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?

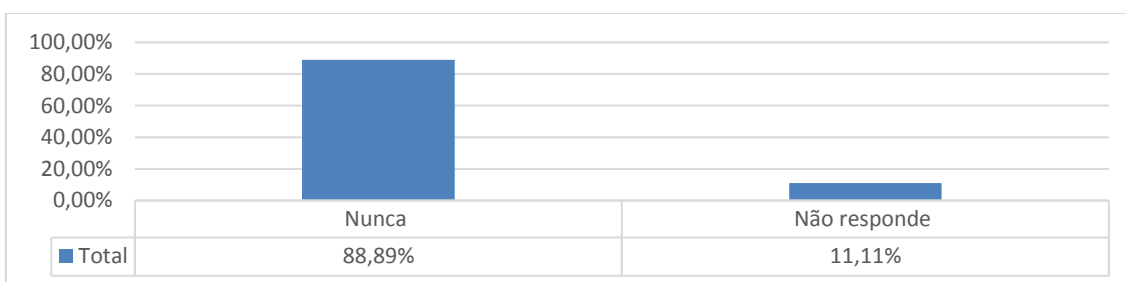


Gráfico 33 – Nos últimos 12 meses quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?

**Apêndice XI – Planos das reuniões com parceiros, plano de formação global, planos das atividades e cronograma do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher**

### Planos das Reuniões com Parceiros do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

Reunião					
Stakeholder	Intervenção	Duração	Datas	Dinamizadores	Estratégias
<b>Membros da Equipa Multi-disciplinar da UCC</b>	-Apresentação do diagnóstico de situação; -Discussão de estratégias.	30 min.	26-09-19	Mestranda Helena Bragança	Método expositivo/ Discussão
	-Apresentação dos Resultados intermédios do Projeto.	30 min.	Junho de 2020	Mestranda Helena Bragança	Método expositivo/ Discussão
<b>Presidente da Junta de Freguesia X</b>	-Dar a conhecer o projeto; -Pedido de colaboração e autorização para diagnóstico de situação e aplicação de questionário.	30 min.	04-06-19	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Discussão
	-Apresentação do diagnóstico de situação; -Apresentação dos Resultados intermédios do Projeto.	30 min.	Junho de 2020	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Método expositivo/ Discussão
	-Dar a conhecer o projeto;	30 min.	06-04-19	-Mestranda Helena Bragança;	Discussão

<b>Coordenadora dos Centros Seniores A e B</b>	-Pedido de colaboração e autorização para diagnóstico de situação e aplicação de questionário.			-Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	
	-Apresentação do diagnóstico de situação; -Discussão de estratégias. -Autorização para afixação de material de divulgação e colaboração na divulgação das atividades.	30 min.	24-09-19x 01-09-19x 08-10-19	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Discussão
	-Apresentação dos Resultados intermédios do Projeto.	30 min.	Junho de 2020	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Método expositivo/ Discussão
<b>Coordenador dos Centros Seniores de C e D</b>	-Apresentação do diagnóstico de situação; - Discussão de estratégias. -Autorização para afixação de material de divulgação e colaboração na divulgação das atividades.	30 min.	09-10-19	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Discussão

	-Apresentação dos Resultados intermédios do Projeto.	30 min.	Junho de 2020	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Método expositivo/ Discussão
<b>Coordenador do Projeto X</b>	-Dar a conhecer o projeto; -Apresentação do diagnóstico de situação; -Pedido de colaboração nas atividades de promoção da atividade física do projeto; -Discussão de estratégias.	30 min.	15-10-19x 22-10-19	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Discussão
	-Apresentação dos Resultados intermédios do Projeto.	30 min.	Junho de 2020	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Método expositivo/ Discussão
<b>Técnico da Piscina Municipal X</b>	-Dar a conhecer o projeto; -Apresentação do diagnóstico de situação; -Pedido de colaboração nas atividades de promoção da atividade física do projeto;	30 min.	22-11-19	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Discussão

	-Discussão de estratégias.				
	-Apresentação dos Resultados intermédios e finais do Projeto.	30 min.	Junho de 2020	-Mestranda Helena Bragança; -Enf. <sup>a</sup> Supervisora X	Método expositivo/ Discussão

### Plano de formação global do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

Atividade	Área de Trabalho	Local	Data	Destinatários
<b>“Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.</b>	Alimentação Saudável	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	30-10-19 31-10-19	Utentes do Centro Senior A e B
<b>Sessão de educação para a saúde oral “Sorrir com a Vida”.</b>	Saúde Oral	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	20-11-19 22-11-19	Utentes do Centro Senior A e B
<b>“Jogo da Vasoura” – A dança e os benefícios da atividade física.</b>	Atividade Física	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	25-11-19 28-11-19	Utentes do Centro Senior A e B
<b>Parceria com a Piscina Municipal X – Aula de hidroginástica e hidroterapia.</b>	Atividade Física	Piscina Municipal X	10-12-19	Utentes do Centro Senior A e B
<b>Troca de Receitas – Promoção da Alimentação Saudável.</b>	Alimentação Saudável	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	06-01-20 13-06-20	Utentes do Centro Senior A e B
<b>Sessão de educação para a saúde oral “Lavar e Escovar é por onde Começar”</b>	Saúde Oral	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	13-01-20 14-01-20	Utentes do Centro Senior A e B

<b>“O jogo do Balão” – Exercícios Físicos e elaboração de uma receita saudável.</b>	Atividade Física e Alimentação Saudável	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	20-01-20 21-01-20	Utentes do Centro Sénior A e B
<b>Sessão de educação para a saúde alimentar “A dieta Mediterrânica”</b>	Alimentação Saudável	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	Fevereiro de 2020	Utentes do Centro Sénior A e B
<b>Promoção do Check Dentista</b>	Saúde Oral	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	Março de 2020	Utentes do Centro Sénior A e B
<b>Parceria com o Projeto Viva X – Sessão de Educação para a saúde física “A ginástica e o yoga”.</b>	Atividade Física	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	Abril de 2020	Utentes do Centro Sénior A e B
<b>Sessão de educação para a saúde alimentar “Aquilo que comemos” + “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.</b>	Alimentação Saudável	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	Maior de 2020	Utentes do Centro Sénior A e B
<b>Parceria com a Piscina Municipal X Sessão de Educação para a saúde física “A hidroginástica e a hidroterapia”.</b>	Atividade Física	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores	Junho de 2020	Utentes do Centro Sénior A e B

## Atividades do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

### Atividade 1. Apresentação do Diagnóstico de Situação de Saúde

<b>Descrição:</b> Apresentação do Diagnóstico de Situação.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Transmitir o resultado dos questionários aplicados;</li><li>• Enumerar os problemas identificados (discussão sobre os mesmos);</li><li>• Debater prováveis atividades a desenvolver.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Método Expositivo – Apresentação de dados em PowerPoint.
<b>Datas/duração</b>	30-10-19/ 31-10-19 30 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 2. Jogo do Sobe e Desce – Alimentação Saudável

<b>Descrição:</b> Fornecer informação sobre a temática da Alimentação Saudável através do jogo de tabuleiro sobe e desce. Um utente tira uma carta (sem ver o seu conteúdo) que contém uma pergunta sobre nutrição e têm um número associado. Dá o cartão a outro utente que lhe vai ler a pergunta. O utente responde à questão e caso esteja certo, avança o número de casas indicado no cartão, caso erre a questão não avança no tabuleiro. Em cada pergunta deve haver um debate em grupo sobre a questão. Ganha quem chegar mais longe no tabuleiro.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar os conhecimentos sobre nutrição dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.

<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Jogo de tabuleiro.
<b>Datas/duração</b>	11-11-19/ 14-11-19: 30 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 3. Sessão de educação para a saúde “Sorrir para a Vida”

**Descrição:** Fornecer informação sobre a temática da Higiene Oral, através de uma sessão de educação para a saúde.

**Objetivos:**

- Promover conhecimentos sobre saúde oral dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve
- Promover o conhecimento dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve sobre comportamentos promotores de saúde oral.

<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Método Expositivo – Apresentação de dados em PowerPoint.
<b>Data/duração</b>	20-11-19/ 22-11-19: 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 4. Jogo da Vassoura

**Descrição:** Praticar Atividade Física com o jogo da vassoura. Um utente fica a dançar com a vassoura e os restantes utentes dançam a pares. O utente que fica com a vassoura deve passar esta a outros utentes consecutivamente. Quando a música para o utente que tem a vassoura deve retirar um cartão e ler para todos o benefício relacionado com a prática de atividade física. Deve haver debate sobre o benefício lido e o jogo continua.

<b>Objetivos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover conhecimentos sobre benefícios da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve;</li><li>• Promover a prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Método Dança.
<b>Data/duração</b>	25-11-19/ 28-11-19: 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 5. Hidroginástica e Hidroterapia

<b>Descrição:</b> Praticar Atividade Física através da realização de uma aula de hidroginástica e uma aula de hidroterapia.	
<b>Objetivos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Promover conhecimentos sobre benefícios da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve;</li><li>• Promover a prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X; Fisioterapeuta X; Técnico Superior de Desporto X
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Método Dança.
<b>Data/duração</b>	10-12-19: 60 min.
<b>Local</b>	Piscina Municipal X.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças;

Questões diretas (verbalmente) de Avaliação da atividade.

### Atividade 6. Troca de Receitas

<b>Descrição:</b> Fornecer informação sobre a temática da Alimentação Saudável através de debate e troca de receitas saudáveis.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar os conhecimentos sobre nutrição dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Vídeo de Receitas
<b>Datas/duração</b>	06-01-20/ 13-06-20: 30 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 7. Sessão de educação para a saúde “Lavar e escovar é por onde começar”

<b>Descrição:</b> Fornecer informação sobre a temática da Higiene Oral, através de uma sessão de educação para a saúde.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover conhecimentos sobre saúde oral dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</li><li>• Promover o conhecimento dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve sobre comportamentos promotores de saúde oral.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Execução individual da higiene dos dentes, prótese dentária. Método Expositivo – Apresentação de dados em PowerPoint.
<b>Data/duração</b>	13-01-20/ 14-01-20: 45 min.

<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 8. Jogo do Balão e Elaboração de uma Receita Saudável

<b>Descrição:</b> Cada utente tem um balão e por ordem cada utente retira um cartão que contém uma determinada tarefa (fazer um exercício com as pernas ou braços, fazer de conta que limpa a casa, dar a volta a uma árvore, sentar e levantar numa cadeira x vezes...). No final, os utentes devem executar a confeção de uma receita que foi debatida na sessão de troca de receitas.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a atividade física dos utentes;</li><li>• Promover conhecimentos sobre benefícios da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve;</li><li>• Aumentar os conhecimentos sobre nutrição dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf.ª Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia interativa.
<b>Data/duração</b>	20-01-20/ 21-01-20: 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 9. Sessão de educação para a saúde “A dieta Mediterrânica”

<b>Descrição:</b> Realização de uma sessão de educação para a saúde + realização de jogo com questões.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar os conhecimentos sobre nutrição dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf.ª X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”.

	Método Expositivo – Apresentação de dados em PowerPoint. Jogo com questões.
<b>Data/duração</b>	Fevereiro de 2020: 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Atividade 10. Promoção do Cheque-Dentista

<b>Descrição: Dar a conhecer o cheque-dentista e esclarecer dúvidas sobre o processo.</b>	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a saúde oral dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</li><li>• Encaminhar os utentes com direito a cheque-dentista para uma consulta de saúde oral.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf. <sup>a</sup> X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”.
<b>Data/duração</b>	Março de 2020: 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade. Taxa de participantes com direito a cheque-dentista que sejam encaminhados para uma consulta de saúde oral.

### Atividade 11. Rastreio de Saúde Oral

<b>Descrição: O higienista oral na UCC deverá proporcionar um rastreio de saúde oral aos utentes que não beneficiem de cheque-dentista</b>	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a saúde oral dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</li><li>• Proporcionar uma consulta de higiene oral aos utentes que não beneficiem de cheque-dentista</li></ul>	

<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf. <sup>a</sup> X; Higienista Oral.
<b>Método Pedagógico</b>	Rastreio de saúde oral.
<b>Data/duração</b>	Março de 2020: 60 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade. Taxa de participantes sem direito a cheque-dentista que tenham uma consulta de higiene oral.

### **Atividade 12. Parceria com o Projeto Viva X – Sessão de Educação para a saúde física “A ginástica e o yoga”.**

**Descrição:** O Técnico Superior de Desporto vai aos centros seniores explicar o benefício da ginástica e do yoga na idade sénior. Vai dar a conhecer a oferta que existe a disposição da população para praticarem estas atividades.

**Objetivos:**

- Promover conhecimentos sobre benefícios da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve;
- Promover a prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.

<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf. <sup>a</sup> X. Técnico Superior de Desporto
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia interativa
<b>Data/duração</b>	Abril de 2020: 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças ativas; Documento de Avaliação da atividade.

### **Atividade 13. Sessão de educação para a saúde “Aquilo que comemos” + “Jogo do sobe e desce”**

<b>Descrição:</b> Realização de uma sessão de educação para a saúde + realização de jogo do sobe e desce.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aumentar os conhecimentos sobre nutrição dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf. <sup>a</sup> X.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia Interativa de partilha de ideias – “ <i>Brainstorming</i> ”. Método Expositivo – Apresentação de dados em PowerPoint. Jogo de tabuleiro.
<b>Data/duração</b>	Maior 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

#### Atividade 14. Rastreio de Saúde Oral

<b>Descrição:</b> O higienista oral na UCC deverá proporcionar um rastreio de saúde oral aos utentes que não beneficiem de cheque-dentista.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover a saúde oral dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve</li><li>• Proporcionar uma consulta de higiene oral aos utentes que não beneficiem de cheque-dentista</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf. <sup>a</sup> X; Higienista Oral.
<b>Método Pedagógico</b>	Rastreio de saúde oral.
<b>Data/duração</b>	Junho 60 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade. Taxa de participantes sem direito a cheque-dentista que tenham uma consulta de higiene oral.

### **Atividade 15. Parceria com a Piscina Municipal X Sessão de Educação para a saúde física “A hidroginástica e a hidroterapia”.**

<b>Conteúdo:</b> O Técnico Superior de Desporto e a fisioterapeuta vão aos centros seniores explicar o benefício da hidroginástica e da hidroterapia na idade sénior. Vai dar a conhecer a oferta que existe a disposição da população para praticarem estas atividades.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover conhecimentos sobre benefícios da atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve;</li><li>• Promover a prática de atividade física dos utentes de Centros Seniores de um concelho da região do Algarve.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Enf. <sup>a</sup> X. Técnico Superior de Desporto Fisioterapeuta.
<b>Método Pedagógico</b>	Metodologia interativa
<b>Data/duração</b>	Junho 45 min.
<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças ativas; Documento de Avaliação da atividade.

### **Avaliação Intermédia - Reaplicação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais**

<b>Conteúdo:</b> Avaliar a evolução das respostas ao questionário em comparação com as respostas dadas na primeira aplicação do questionário em questão.	
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que pelo menos 75% dos utentes demonstre conhecimento<sup>1</sup> sobre nutrição.</li></ul>	
<b>Participantes</b>	Utentes dos Centros Seniores.
<b>Dinamizadores</b>	Mestranda Helena Bragança; Enf. <sup>a</sup> Supervisora X.
<b>Método Pedagógico</b>	Aplicação de questionários
<b>Data/duração</b>	Janeiro de 2020: 30 min.

<sup>1</sup> Considera-se conhecimento demonstrado quando pelo menos 75% das questões do Questionário de Conhecimentos Nutricionais estejam corretas.

<b>Local</b>	Sala de Atividades dos respetivos Centros Seniores.
<b>Avaliação</b>	Registo de Presenças; Documento de Avaliação da atividade.

### Cronograma do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

Atividades Realizadas	2019								2020						
	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Diagnóstico de Saúde	■	■													
Determinação de Prioridades		■													
Determinação de Objetivos					■										
Seleção de Estratégias					■										
Preparação Operacional						■	■								
Monitorização do Projeto					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reuniões com Stakeholders		■				■									■
Criação de Logótipo					■										
Atividade 1						■									
Atividade 2							■								
Atividade 3							■								
Atividade 4							■								
Atividade 5								■							
Atividade 6									■						
Atividade 7									■						
Atividade 8									■						
Atividade 9										■					
Atividade 10											■				
Atividade 11												■			
Atividade 12													■		
Atividade 13														■	
Atividade 14															■
Atividade 15															■
Avaliação Intermédia										■					
Avaliação Final															■

### Legenda do cronograma

Atividade 1 – Apresentação do Diagnóstico de Situação de Saúde.

Atividade 2 – “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.

Atividade 3 – Sessão de educação para a saúde oral “Sorrir com a Vida”

Atividade 4 – “Jogo da Vassoura” – A dança e os benefícios da atividade física.

Atividade 5 – Parceria com a Piscina Municipal X – Aula de hidroginástica e hidroterapia.

Atividade 6 – Troca de Receitas – Promoção da Alimentação Saudável.

Atividade 7 – Sessão de educação para a saúde oral “Lavar e Escovar é por onde Começar”.

Atividade 8 – “O jogo do Balão” – Exercícios Físicos e Realização de uma receita Saudável.

**Avaliação intermédia – Reaplicação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais + Aplicação de 3 questões sobre a atividade física e sobre a saúde oral.**

Atividade 9 – Sessão de educação para a saúde alimentar “A dieta Mediterrânica”.

Atividade 10 – Promoção do Check Dentista.

Atividade 11 – Rastreio de Saúde Oral.

Atividade 12 – Parceria com o Projeto Viva X – Sessão de Educação para a saúde física “A ginástica e o yoga”.

Atividade 13 – Sessão de educação para a saúde alimentar “Aquilo que comemos” + “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.

Atividade 14 – Rastreio de Saúde Oral.

Atividade 15 – Parceria com a Piscina Municipal X Sessão de Educação para a saúde física “A hidroginástica e a hidroterapia”.

**Avaliação Final - Reaplicação do Questionário de Conhecimentos Nutricionais + Aplicação de 3 questões sobre a atividade física e sobre a saúde oral.**

**Apêndice XII - Previsão de Recursos Materiais e Humanos e estimativa de custos do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher**

## Previsão de Recursos Materiais e Humanos do projeto Mais Saber para em Consciência Escolher

<b>Aplicação de Questionários (Diagnóstico de saúde, avaliação Intermédia e avaliação final).</b>		
Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas A4;</li> <li>• Canetas;</li> <li>• Impressora;</li> <li>• Almofada de tinta preta (para impressão digital).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda Helena Brançançã;</li> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<p>-242 folhas A4 impressas dos questionários de diagnóstico e de avaliação final + 66 folhas A4 impressas para avaliação intermédia = 560 folhas x 0,30= 165€.</p> <p>-50 canetas x 0,17= 8,5€.</p> <p>-1 almofada de tinta preta = 9€.</p> <p>-35 h de trabalho de enfermagem x 11€ = 385 € x 3 momentos= 1155€.</p> <p style="text-align: right;">Total: 1337,5€</p>
<p><b>Reuniões com Stakeholders</b></p> <p><b>Atividade 1. Apresentação do Diagnóstico de Situação de Saúde</b></p> <p><b>Atividade 3. Sessão de educação para a saúde “Sorrir para a Vida”</b></p> <p><b>Atividade 7. Sessão de educação para a saúde “Lavar e escovar é por onde começar”</b></p> <p><b>Atividade 10. Promoção do Cheque-Dentista</b></p>		
Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala para realizar as reuniões/apresentações (Reserva);</li> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor;</li> <li>• Tela para Projeção;</li> <li>• Material de escritório (folhas de papel e canetas) para cada membro avaliar a atividade e para o registo de presenças;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Impressora;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda Helena Brançançã;</li> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> <li>• Stakeholder(s).</li> </ul>	<p>-Computador + Projetor +Tela para Projeção + <i>Pendrive</i> = 937€.</p> <p>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 4 atividades = 48 folhas x 0,30= 14,40€.</p> <p>-12h de trabalho de enfermagem x 11 € = 132€.</p> <p>-2h de trabalho de higienista oral x 6 € = 12€.</p> <p>-Deslocações = 100€.</p> <p>-Ocupação de Sala para 5 atividades = 50€.</p> <p style="text-align: right;">Total: 1245,4€</p>
<p><b>Atividade 2. “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.</b></p>		

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sala para realizar a atividade (Reserva);</li> <li>Tabuleiro de jogo;</li> <li>Pião de jogo</li> <li>Cartões com os diferentes temas/nomes a abordar;</li> <li>Cadeiras;</li> <li>Impressora;</li> <li>Material de escritório (folhas de papel, caneta) para cada membro;</li> <li>Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mestranda Helena Bragança;</li> <li>Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tabuleiro de jogo + Pião de jogo + Cartões com os diferentes temas/nomes a abordar = 15€.</li> <li>-1h de trabalho de enfermagem x 11 € = 11€.</li> <li>-1h de trabalho de dietista x 6€ = 6€.</li> <li>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</li> <li>-Deslocações = 20€.</li> <li>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</li> </ul>
		Total: 65,6€

**Atividade 4. “Jogo da Vassoura” – A dança e os benefícios da atividade física.**

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espaço livre para realizar a atividade;</li> <li>Computador;</li> <li>Colunas;</li> <li>Cartões com os diferentes benefícios da atividade física;</li> <li>Cadeiras;</li> <li>Impressora;</li> <li>Material de escritório (folhas de papel, caneta) para cada membro;</li> <li>Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mestranda Helena Bragança;</li> <li>Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coluna para música = 10€.</li> <li>-1h de trabalho de enfermagem x 11€ = 11€.</li> <li>-1h de trabalho de fisioterapeuta x 6€ = 6€.</li> <li>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</li> <li>-Deslocações = 20€.</li> <li>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</li> </ul>
		Total: 60,6€

**Atividade 5. Parceria com a Piscina Municipal X – Aula de hidroginástica e hidroterapia.**

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
--------------------	------------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço livre para realizar a atividade (Piscina);</li> <li>• Fato de banho;</li> <li>• Touca para cabelo;</li> <li>• Chinelos;</li> <li>• Toalhas;</li> <li>• Material de banho;</li> <li>• Material específico para realização de exercícios de hidroginástica e hidroterapia;</li> <li>• Rádio para música;</li> <li>• Lanche (1 sandes mista, 1 sumo e uma peça de fruta), para cada utente;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda Helena Brançã;</li> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> <li>• Técnico Superior de desporto;</li> <li>• Fisioterapeuta.</li> </ul>	<p>-Fato de banho+ toca+ chinelos+ toalha+ material de banho = 40€.</p> <p>Material específico para realização de exercícios de hidroginástica e hidroterapia + Ocupação de piscina para 1 atividade = 50€.</p> <p>-4h de trabalho de enfermagem x 11€ = 44€.</p> <p>-1h de trabalho de fisioterapeuta x 6€ = 6€.</p> <p>-1h de trabalho de técnico superior de desporto x 6€ = 6€.</p> <p>-Lanche = 4€x 12= 48€.</p>
		Total: 194€

#### 6. Troca de Receitas – Promoção da Alimentação Saudável.

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço livre para realizar a atividade (Reserva);</li> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor;</li> <li>• Tela para Projeção;</li> <li>• Material de escritório (folhas de papel, caneta) para cada membro;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Impressora;</li> <li>• Folheto com Receitas;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda Helena Brançã;</li> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<p>-1h de trabalho de enfermagem x 11€ = 11€.</p> <p>-1h de trabalho de dietista x 6€ = 6€.</p> <p>-50 folhetos com receitas = 64€.</p> <p>- 12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</p> <p>-Deslocações = 20€.</p> <p>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</p>
		Total: 114,6€

#### Atividade 8. “O jogo do Balão” e Elaboração de uma Receita Saudável

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
--------------------	------------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>Balões;</li> <li>Cartões com as diferentes atividades a desenvolver;</li> <li>Cadeiras;</li> <li>Ingredientes para a receita;</li> <li>Micro-ondas;</li> <li>Talheres e taças;</li> <li>Impressora;</li> <li>Material de escritório (folhas de papel, caneta) para cada membro;</li> <li>Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mestranda Helena Bragança;</li> <li>Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Balões + Cartões com as diferentes atividades a desenvolver= 5€.</li> <li>Micro-ondas, talheres e taças=20€.</li> <li>-1h de trabalho de enfermagem x 11€ = 11€.</li> <li>-1h de trabalho de dietista x 6€ = 6€.</li> <li>-1h de trabalho de fisioterapeuta x 6€ = 6€.</li> <li>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</li> <li>-Deslocações = 20€.</li> <li>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</li> </ul>
<b>Total: 81,6€</b>		
<b>Atividade 9. Sessão de educação para a saúde “A dieta Mediterrânica”</b>		
Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>Espaço livre para realizar a atividade (Reserva);</li> <li>Computador;</li> <li>Projeter;</li> <li>Tela para Projeção;</li> <li>Material de escritório (folhas de papel, canetas) para cada membro;</li> <li>Cadeiras;</li> <li>Impressora;</li> <li>Cartões com questões;</li> <li>Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartões com questões= 2€.</li> <li>-1h de trabalho de enfermagem x 11€ = 11€.</li> <li>-1h de trabalho de dietista x 6€ = 6€.</li> <li>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</li> <li>-Deslocações = 20€.</li> <li>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</li> </ul>
<b>Total: 52,6€</b>		
<b>Atividade 11. Rastreio de Saúde Oral</b>		
<b>Atividade 14. Rastreio de Saúde Oral</b>		
Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço para realizar o rastreio;</li> <li>• Material médico para realizar o rastreio;</li> <li>• Material de escritório (folhas de papel, caneta);</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda Helena Bragança;</li> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> <li>• Higienista Oral</li> </ul>	<p>-Material médico para realizar o rastreio=Ainda por calcular (aguarda-se número de utentes que serão alvo do rastreio).</p> <p>-4h de trabalho de enfermagem x 11€ = 44€.</p> <p>-4h de trabalho de higienista oral x 6€ = 24€.</p> <p>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</p> <p>-Deslocações = 20€.</p> <p>-Ocupação de Sala para 2 atividade = 20€.</p>
Total: 121.6€ + X		

**Atividade 12. Parceria com o Projeto Viva X – Sessão de Educação para a saúde física “A ginástica e o yoga”.**

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala para realizar a atividade (Reserva);</li> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor;</li> <li>• Tela para Projeção;</li> <li>• Material de escritório (folhas de papel, caneta) para cada membro;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Impressora;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> <li>• Técnico Superior de desporto;</li> <li>• Fisioterapeuta.</li> </ul>	<p>-1h de trabalho de enfermagem x 11€ = 11€.</p> <p>-1h de trabalho de técnico superior de desporto x 6€ = 6€.</p> <p>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</p> <p>-Deslocações = 20€.</p> <p>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</p>
Total: 50,6€		

**Atividade 13. Sessão de educação para a saúde alimentar “Aquilo que comemos” + “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.**

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
--------------------	------------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala para realizar a atividade (Reserva);</li> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor;</li> <li>• Tela para Projeção;</li> <li>• Tabuleiro de jogo;</li> <li>• Pião de jogo</li> <li>• Cartões com os diferentes temas/nomes a abordar;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Impressora;</li> <li>• Material de escritório (folhas de papel, canetas) para cada membro;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tabuleiro de jogo + Pião de jogo + Cartões com os diferentes temas/nomes a abordar = 15€.</li> <li>-1h de trabalho de enfermagem x 11 € = 11€.</li> <li>-1h de trabalho de dietista x 6€ = 6€.</li> <li>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</li> <li>-Deslocações = 20€.</li> <li>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</li> </ul> <p>Total: 65,6€</p>
---	---	--

**Atividade 15. Parceria com a Piscina Municipal X Sessão de Educação para a saúde física “A hidroginástica e a hidroterapia”.**

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala para realizar a atividade (Reserva);</li> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor;</li> <li>• Tela para Projeção;</li> <li>• Material de escritório (folhas de papel, canetas, lápis) para cada membro;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Impressora;</li> <li>• Viatura automóvel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enf.<sup>a</sup> Supervisora X;</li> <li>• Técnico Superior de desporto;</li> <li>• Fisioterapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-1h de trabalho de enfermagem x 11€ = 11€.</li> <li>-1h de trabalho de técnico superior de desporto x 6€ = 6€.</li> <li>-1h de trabalho de fisioterapeuta x 6€ = 6€.</li> <li>-12 folhas A4 impressas com avaliação + registo de presenças x 0,30= 3,60€.</li> <li>-Deslocações = 20€.</li> <li>-Ocupação de Sala para 1 atividade = 10€.</li> </ul>
		Total: 56,6€

**Apêndice XIII - Tabela de Monitorização do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher**

### Tabela de Monitorização

Atividade	Estado	Parceiros	Taxa de Adesão <sup>1</sup>	Taxa de Satisfação <sup>2</sup>
<b>“Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.</b>	Realizada	Presentes	68%	100%
<b>Sessão de educação para a saúde oral “Sorrir com a Vida”.</b>	Realizada	Presentes	100%	100%
<b>“Jogo da Vassoura” – A dança e os benefícios da atividade física.</b>	Realizada	Presentes	100%	100%
<b>Parceria com a Piscina Municipal X – Aula de hidroginástica e hidroterapia.</b>	Realizada	Presentes	100%	100%
<b>Troca de Receitas – Promoção da Alimentação Saudável.</b>	Realizada	Presentes	100%	96%
<b>Sessão de educação para a saúde oral “Lavar e Escovar é por onde Começar”</b>	Realizada	Presentes	100%	100%
<b>“O jogo do Balão” – Exercícios Físicos e elaboração de uma receita saudável.</b>	Realizada	Presentes	100%	100%
<b>Sessão de educação para a saúde alimentar “A dieta Mediterrânica”</b>	Agendada	Presença Confirmada	Aguarda Realização	Aguarda Realização
<b>Promoção do Check Dentista</b>	Agendada	Presença Confirmada	Aguarda Realização	Aguarda Realização
<b>Parceria com o Projeto Viva X – Sessão de Educação para a saúde física “A ginástica e o yoga”.</b>	Agendada	Presença Confirmada	Aguarda Realização	Aguarda Realização

<sup>1</sup> Taxa de Adesão = (nº de utentes presentes na atividade/nº de utentes inscritos na atividade x 100). Dados extraídos das folhas de presença (Apêndice XIV) e dos questionários de satisfação (Apêndice XV) de cada atividade.

<sup>2</sup> Taxa de Satisfação = (nº de utentes que se consideram satisfeitos com a atividade/ nº de utentes presentes na atividade x100). Dados extraídos das folhas de presença (Apêndice XIV) e dos questionários de satisfação (Apêndice XV) de cada atividade.

<b>Sessão de educação para a saúde alimentar “Aquilo que comemos” + “Jogo do sobe e desce” – Questões sobre nutrição.</b>	Agendada	Presença Confirmada	Aguarda Realização	Aguarda Realização
<b>Parceria com a Piscina Municipal X Sessão de Educação para a saúde física “A hidroginástica e a hidroterapia”.</b>	Agendada	Presença Confirmada	Aguarda Realização	Aguarda Realização

**Apêndice XIV - Folha de presenças do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher**



**Apêndice XV - Questionário de satisfação das atividades do Projeto Mais Saber para em Consciência Escolher.**



### Questionário de Satisfação


Projeto de Intervenção Comunitário Mais Saber para em Consciência Escolher

Intervenção: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Solicito a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário de satisfação, uma vez que com a sua avaliação será possível melhorar futuras atividades. A sua participação é voluntária e anónima.  
Muito Obrigado.

Assinala com um (X) a opção que corresponde à tua opinião / avaliação:

	Não Satisfeito 	Pouco Satisfeito 	Satisfeito 	Totalmente Satisfeito 
Interesse dos conteúdos abordados				
Importância dos conteúdos abordados				
Clareza na transmissão de informação do formador				
Método utilizado na atividade				
Duração da atividade				

## **Apêndice XVI – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



**Helena Bragança** – Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre. Portugal

### RESUMO:

**Introdução:** É necessário aumentar os anos de vida com saúde após os 65 anos de idade. Para promover o envelhecimento ativo e saudável é primordial a existência de respostas sociais. Dinamizar atividades na comunidade sénior promove a saúde da população. **Objetivo:** Analisar quais os benefícios da dinamização de atividades para os seniores na comunidade. **Método:** Estudo que segue as diretrizes do Joanna Briggs Institute, realizado no motor de busca B-On® utilizando os descritores “play activities”, “senior\*”, “benefits”, “health promotion” e “nurs\*”, para dar resposta à seguinte pergunta de investigação: Quais os benefícios da dinamização de atividades para os Seniores? **Resultados:** Da análise dos onze artigos foi possível verificar que dinamizar atividades na comunidade sénior traz inúmeros benefícios para a saúde dos participantes a nível físico, psicológico, emocional e social. A opinião dos seniores sobre as atividades dinamizadas deve ser tida em conta para que a intervenção tenha sucesso. **Conclusões:** Deve haver um investimento na dinamização de atividades na comunidade sénior, de forma a promover a saúde da população.

**Descritores:** Atividades Lúdicas; Sénior; Benefícios; Promoção da Saúde; Enfermagem.

### RESUMEN:

**Introducción:** Es necesario aumentar los años de vida sana después de los 65 años. Para promover el envejecimiento activo y saludable, la existencia de respuestas sociales es

primordial. Dinamizar actividades en la comunidad de personas mayores promueve la salud de la población. **Objetivo:** Analizar los beneficios de dinamizar las actividades para las personas mayores en la comunidad. **Método:** Estudio que sigue las directrices de lo Joanna Briggs Institute, realizado en la base de datos B-On® utilizando los descriptores “play activities”, “senior\*”, “benefits”, “health promotion” y “nurs\*”, a fin de dar respuesta a la siguiente cuestión de investigación: ¿Cuáles son los beneficios de la dinamización de actividades para las personas mayores? **Resultados:** Después de la análisis de los once artículos se descubrió que dinamizar las actividades en la comunidad de personas mayores trae numerosos beneficios para la salud de los participantes a nivel físico, psicológico, emocional y social. La opinión de los adultos mayores sobre las actividades dinamizadas debe tenerse en cuenta, para que la intervención tenga éxito. **Conclusiones:** Debería haber una inversión en la dinamización de las actividades en la comunidad de ancianos para promover la salud de la población.

**Descriptores:** Actividades lúdicas; Senior; Beneficios; Promoción de la salud; Enfermería.

#### **ABSTRACT:**

**Introduction:** It is necessary to increase the number of healthy life years after the age of 65. To promote active and healthy aging, the existence of social responses is essential. Boosting activities in the senior community promotes the health of the population. **Objective:** Analyse the benefits of streamlining activities for seniors in the community. **Method:** Study following the Joanna Briggs Institute guidelines, conducted on the B-On® search engine using the descriptors “play activities”, “senior\*”, “benefits”, “health promotion” and “nurs\*” to give answer the following research question: What are the benefits of promoting activities for seniors? **Results:** From the analysis of the ten articles it was found that promoting activities in the senior community brings numerous benefits to the health of participants at physical, psychological, emotional and social levels. For the intervention to be successful, the seniors' opinion about the promoted activities must be considered. **Conclusions:** There should be an investment in promoting activities in the senior community in order to promote the health of the population.

**Descriptors:** Play Activities; Senior; Benefits; Health Promotion; Nursing.