

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**Envelhecimento, saúde e práticas alimentares: um
projeto de intervenção de enfermagem comunitária no
Centro de Convívio de Peniche**

Cristina Maria Fernandim Costa

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Envelhecimento, saúde e práticas alimentares: um
projeto de intervenção de enfermagem comunitária no
Centro de Convívio de Peniche


Cristina Maria Fernandim Costa

Orientador: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“É erro vulgar confundir o desejar com o querer.
O desejo mede os obstáculos;
a vontade vence-os.”

Alexandre Herculano

AGRADECIMENTOS

Qualquer trabalho não nasce unicamente só do esforço do seu autor. A consecução deste só foi possível, com o contributo precioso de um vasto número de pessoas:

- A orientadora deste relatório, Professora Maria Manuel Quintela, que contribuiu para a orientação do meu saber; pela sua plena disponibilidade, apoio e incentivo mesmo nos momentos de menor rentabilidade e entusiasmo na progressão deste relatório.
- A orientadora de Estágio, Vereadora Clara Abrantes, pelo apoio incondicional, pela enorme amizade e pelas palavras de encorajamento;
- À minha Família, pelo apoio incondicional, carinho, compreensão, paciência inesgotável, pelo seu estímulo, atenção e, sobretudo, pelo que têm esperado;
- A todos os colegas do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pelo apoio, convívio e partilha de saberes em alturas muito difíceis;
- Aos utentes do Centro de Convívio de Peniche (CCP); pelo carinho, atenção, convívio e partilha de saberes.
- Aos funcionários do Centro de Convívio de Peniche; pela disponibilidade e por tudo o que partilharam comigo;

A todos, o meu reconhecido AGRADecIMENTO.

RESUMO

Portugal encontra-se entre os 10 países mais envelhecidos do mundo. A alimentação saudável influencia o processo de envelhecimento, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a incidência de certas patologias. As necessidades alimentares variam de pessoa para pessoa, não só a quantidade de comida, mas também o tipo de alimentos que utilizam. A alimentação constitui um ato que vai além das necessidades biológicas, possui um carácter simbólico, manifestando, as identidades sociais e culturais, de uma região.

Este projecto foi realizado no Centro Convivo de Peniche (CCP) com 20 mulheres idosas e teve como objectivo promover uma alimentação saudável, capacitando-as para o auto-cuidado, particularmente, na opção de ementas saudáveis. Foram tidos como referenciais teórico-metodológicos a Teoria do défice de Auto-cuidado de Dorothea Orem (1993), o modelo de promoção de saúde de Nola Pender e como metodologia o Planeamento em Saúde (Tavares, 1990). No diagnóstico de situação foram utilizados como instrumento de colheita de informação a aplicação do Questionário de frequência alimentar (FAO, 2011), a entrevista semi-estruturada, a observação e o diário de campo (Sanjeck 1990). De acordo com o diagnóstico de situação foram identificadas 8 mulheres com excesso de peso e 6 com obesidade e com défice de conhecimento sobre o regime dietético. Como estratégia central de intervenção recorreu-se às sessões de Educação para a Saúde em grupo e individuais, as quais permitiram verificar um aumento de conhecimento sobre o regime dietético e mudança nas práticas alimentares.

Palavras-chaves: Envelhecimento, Alimentação, Saúde, Enfermagem Comunitária

ABSTRAT

Portugal is among the 10 oldest countries in the world. Healthy eating influences the aging process, improving the quality of life and reducing the incidence of certain diseases. Food requirements vary from person to person, not only the amount of food but also the type of food they use. Food is an act that goes beyond biological needs, has a symbolic character, manifesting the social and cultural identities of a region

This project was carried out at Centro Convivio de Peniche (CCP) with 20 elderly women and aimed to promote healthy eating, enabling them to self-care, particularly in the option of healthy menus. The theory of the self-care deficit of Dorothea Orem (1993), Nola Pender's health promotion model, and Health Planning (Tavares, 1990) were used as theoretical-methodological references. In the situation diagnosis, the application of the Food Frequency Questionnaire (FAO, 2011), the semi-structured interview, the observation and the field diary (Sanjeck 1990) were used as an information gathering tool. According to the diagnosis of the situation, 8 overweight and 6 obese women were identified, with a lack of knowledge about the dietary regime. As a central intervention strategy, we used the Group Health and Individual Health Education sessions, which allowed us to verify an increase in knowledge about the diet regime and change in dietary practices.

Key-words: Aging, Food, Health, Community Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES ON – Agrupamento de Centro de Saúde Oeste Norte

APA – American Psychological Association.

BAP – Balança Alimentar Portuguesa

CCP – Centro de Convívio de Peniche

CES – Concelho Económico social

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

cm – centímetro

CMP – Câmara Municipal de Peniche

DEP – Diagnóstico Estratégico para Peniche

EANSP – Estudo da Avaliação das Necessidades dos Séniores em Portugal

EEEC – Enfermeiro com a Especialização em enfermagem comunitária

EPEPP – Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa

EU – União Europeia

FAO – Food and Agriculture Organization

IDEF – Inquérito às Despesas das Famílias

IDP – Instituto do Desporto de Portugal

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ISS – Instituto da Segurança Social

Kg – Quilograma

m² – metro quadrado

MPSNP – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

OE – Ordem de Enfermeiros

OMFEP – Observatório para monitorização do fenómeno do Envelhecimento populacional de Peniche do ano 2012

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Perímetro de cintura

PNS – Plano Nacional de Saúde

QFA – Questionário de frequência alimentar

RCEEECS – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

RP – Relatório Primavera

RPQCEECSP – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

SL – Sêniores de Lisboa

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ALIMENTAÇÃO.....	4
1.1. O envelhecimento em Portugal: aspetos culturais e socio demográficos ..	4
1.2. Saúde e alimentação	5
1.3. Práticas alimentares: intervenções de Enfermagem Comunitária.....	7
2. METODOLOGIA: O PLANEAMENTO EM SAÚDE	12
2.1. Diagnóstico da situação	12
2.1.1. População Alvo.....	14
2.1.2. Instrumentos de colheita de dados.....	16
2.1.3. Análise e discussão dos dados	18
2.2. Problemas identificados	39
2.3. Determinação de prioridades.....	40
2.4. Fixação de objetivos	41
2.5. Estabelecimento de estratégias	42
2.6. Preparação operacional.....	45
2.6.1. Seleção de intervenções	45
2.6.2. Justificação da escolha das intervenções.....	48
2.6.3. Implementação de intervenções.....	50
2.6.4. Atividades Complementares.....	55
2.7. Avaliação	55
2.7.1. Avaliação dos indicadores de atividade ou de execução.....	56
2.7.2. Avaliação dos indicadores de resultados.....	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....68

ANEXOS

ANEXO I. Diagrama da Nola Pender (2011)

APÊNDICES

APÊNDICE I. Guião da entrevista a realizar as pessoas que frequentam o

CCP

APÊNDICE II. Questionário sobre Diversidade Alimentar

APÊNDICE III. Cronograma

APÊNDICE IV. Projeto: Sorrir em Peniche

APÊNDICE V. Projeto: Mexa-se pela sua saúde

APÊNDICE VI. Acompanhamento individualizada às idosas diabéticas

APÊNDICE VII. Materiais educativos impressos

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos indivíduos segundo o Estado civil.....	19
Gráfico 2. Distribuição dos indivíduos segundo com quem coabitam.	19
Gráfico 3. Encargos com a habitação.	21
Gráfico 4. Nível de escolaridade	22
Gráfico 5. Distribuição pela profissão anterior.....	22
Gráfico 6. Distribuição dos indivíduos pela Idade de início da atividade laboral.	23
Gráfico 7. Distribuição dos indivíduos segundo a Idade da reforma.	23
Gráfico 8. Distribuição dos indivíduos segundo o Motivo da Reforma	24
Gráfico 9. Distribuição dos indivíduos segundo Rendimento mensal.....	24
Gráfico 10. Distribuição dos indivíduos segundo a Religião.....	25
Gráfico 11. Distribuição dos indivíduos segundo o Peso corporal.....	25
Gráfico 12. IMC da amostra/Dados de referência da OMS (1997).....	27
Gráfico 13. Distribuição dos indivíduos segundo o Perímetro abdominal.	27
Gráfico 14. Doenças que as idosas apresentam.....	28
Gráfico 15. Esquecimento da toma da medicação.....	29
Gráfico 16. Distribuição pela compra do que querem	32
Gráfico 17. Quem elabora as refeições.....	35
Gráfico 18. Distribuição por quem faz as compras.....	35
Gráfico 19. Distância do local onde realiza as compras.....	36
Gráfico 20. Modo de deslocação para as compras	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Problemas identificados.	39
Quadro 2. Classificação dos problemas.	40
Quadro 3. Problemas selecionados.	41
Quadro 4. Intervenções planeadas.	52
Quadro 5. Indicadores de execução.	54
Quadro 6. Indicadores de resultado	54
Quadro 7. Números de idosas presentes nas sessões/que participaram nas sessões.	56
Quadro 8. Culinária de <i>outros tempos</i> – Atividades desenvolvidas.	58
Quadro 9. Resultados atingidos – indicadores de execução.	59
Quadro 10. Indicadores, metas e resultados atingidos.	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos da amostra por faixa etária.	18
Tabela 2. Distribuição das idosas pelas características do alojamento.	20
Tabela 3. Valores de IMC dos indivíduos da amostra.	26
Tabela 4. Valores de referência OMS – Perímetro abdominal.	28
Tabela 5. Anos de evolução da doença.	29
Tabela 6. Utilização de óculos.	30
Tabela 7. Despesa em alimentação.	31
Tabela 8. Informação sobre alimentação.	32
Tabela 9. Gosto alimentar.	33
Tabela 10. Mudança na forma de se alimentar.	33
Tabela 11. Numero de refeições diárias.	33
Tabela 12. Intervalo entre as refeições.	34
Tabela 13. Ingestão do tipo de bebidas.	34
Tabela 14. Elaboração da lista das compras.	35
Tabela 15. Local onde adquire os alimentos.	36
Tabela 16. Periodicidade das compras.	37
Tabela 17. Frequência do Tipo de Alimentos.	37
Tabela 18. Diversidade Alimentar (se utilizam todos os grupos ou não).	38

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, sobre área temática do envelhecimento e da alimentação e foi realizado no Centro Convivo de Peniche (CCP). Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica como idosos todas as pessoas com mais de 65 anos, esta definição é oficialmente adotada pelos países desenvolvidos. O aumento da população idosa deve-se a dois fatores, o aumento da esperança de vida e a redução da taxa de natalidade, sendo que em Portugal 19% da população tem mais de 65 anos. O envelhecimento é um facto natural, que difere de pessoa para pessoa, sendo que existem vários fatores que influenciam o mesmo. Estes são: o estilo de vida, as características do meio ambiente, os hábitos alimentares e a base genética. Em relação aos hábitos alimentares, existem várias condicionantes que interferem na alimentação dos idosos: a diminuição dos recursos económicos; o défice de conhecimentos/informação; a dificuldade na confeção/ingestão; questões sociais e a polimedicação, entre outras (Berger e Mailhoux-Poirier, 1995; Misatlich e Arveux in Ferry et al, 2004), que contribuem para o agravamento de doenças crónicas e para o aparecimento de complicações (Aguiar, 1991; Berger e Mailhoux-Poirier, 1995; Malcata, 2003).

A OMS, já em 1989 (Carta de Ottawa), reconhece que o processo de capacitação do indivíduo é essencial para a promoção da saúde. Este é considerada por Sakraida e Pender (2006) como um processo de capacitação da comunidade visando a qualidade de vida, através da participação de modo a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, onde os indivíduos/grupos devem saber identificar as suas ambições, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o seu meio ambiente. Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros (OE) considera que a existência de uma parceria promove a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e indivíduo/grupo. Esta tem como objetivo incentivar o utente a assumir um papel proactivo no seu próprio “projeto de saúde”. Essa capacitação conduz a um processo de auto educação, que na perspetiva de Freire (1975), deve levar a pessoa a ser dona do seu projeto pessoal. Já em 2012 a OE, menciona o papel primordial dos enfermeiros têm tido na promoção da saúde. Estas atividades

iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu exclusivo benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, é definido por Dorothea Orem (1993), como autocuidado. A autora afirma que todos os indivíduos são capazes de cuidar de si e determinar aquilo que é necessário para a sua qualidade de vida, assumindo-se o enfermeiro como um agente de cuidado terapêutico.

A Enfermagem Comunitária centra-se numa prática continuada e globalizante, dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolvida nos diferentes locais de uma comunidade mediante o planeamento estratégico em saúde (Correia, 2001). O Enfermeiro com a especialização em enfermagem comunitária (EEEC) tem um papel de relevância, para assumir a responsabilidade de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, que por força da natureza dos cuidados que prestam, são os que estão mais próximo dos utentes, conforme faz referência o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (RCEEECSP, 2011). Já em 2001 a OE, referia que pertence a estes estabelecer uma metodologia do planeamento em saúde, fazendo um avaliação do estado de saúde de uma comunidade, integrando a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e participar na elaboração dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Neste sentido, este projecto teve como finalidade capacitar os idosos do Centro Convivo de Peniche (CCP) para opções de ementas saudáveis. O objetivo geral foi promover a alimentação saudável nos idosos, que frequentaram o CCP. Na elaboração do projeto foram utilizados como referenciais teórico-metodológicos: o Planeamento em Saúde de Tavares (1990), o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP) e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Para a formulação dos problemas foi utilizada a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Este projeto iniciado em 2012 teve vários interregnos por motivos de saúde da mestranda.

Foi feita pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo em diversas bases de dados e bibliotecas. Para a realização do diagnóstico de situação foram utilizados como instrumentos de recolha de informação: a entrevista semi- estruturada, o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) a observação participante e o registo no diário de campo (Sanjeck 1990). O tratamento de dados foi realizado através da

análise de conteúdo, e para o tratamento estatístico foi utilizado o programa informático Microsoft Office Excel 2013. Na análise e discussão, comparámos os dados obtidos com os dados nacionais e internacionais realizados por vários organismos (de é exemplo o INE).

Este relatório está organizado por capítulos, no primeiro é realizado o enquadramento teórico, no segundo capítulo é apresentada a metodologia, designadamente o planeamento em saúde; a reflexão sobre as competências de enfermagem comunitária será realizada no terceiro capítulo; e as considerações finais serão abordadas no último capítulo.

Para a apresentação escrita, foram utilizadas as normas da *American Psychological Association* (APA).

1. ENVELHECIMENTO, SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

1.1. O envelhecimento em Portugal: aspetos culturais e socio demográficos

Os critérios adotados pela OMS (2001) na definição de políticas sociais e de saúde para os idosos, classificam como idosos as pessoas com mais de 65 anos (países desenvolvidos) e com mais de 60 anos (países em desenvolvimento), reconhecendo que existe o conceito de muito idoso que designa o indivíduo com 80 ou mais anos.

Em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) refere que a população idosa vai aumentar consideravelmente até 2050, podendo alcançar até mais de nove vezes do valor atual. Portugal encontra-se entre os 10 países com a população mais envelhecida do mundo. Segundo os Censos 2011 (INE) cerca de 19% da população portuguesa tem mais do que 65 anos. Destes, mais de 1,2 milhões vivem sozinhos ou em companhia de outros idosos. Outro dos indicadores que demonstra a evolução da população idosa é o índice de envelhecimento, que em Portugal é de 129 %. A esperança média de vida também tem sofrido alterações, sendo que nas mulheres é superior à dos homens. Existe também um aumento dos indivíduos com idade superior a 85 anos.

O envelhecimento não é, apenas, um fenómeno demográfico, este acarreta transformações sociais, económicas e culturais, constituindo um problema das sociedades contemporâneas. Rodrigues (2006, p.9) refere que “ela traz consigo uma roupagem atraente: é o envelhecimento moderno que pensa essa fase da vida a partir de uma nova perspetiva”. Minayo (2002) e Rodrigues (2006) consideram-no um processo dinâmico, único, individual e progressivo, no qual existem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão modificando o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas do meio ambiente, onde cada pessoa tem as suas características decorrentes da história de vida, das opções feitas, dos acidentes do presente, das possíveis doenças e do contexto social de pertença. Minayo (2002, p.26) refere que o processo de envelhecimento “é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra”.

Associado ao processo de envelhecimento temos a categoria social de idoso, conceito que tem, historicamente, sofrido transformações. Para a OMS (2001) existem três dimensões a ter em conta na análise do conceito de idoso: (1) a cronológica, que corresponde à idade do bilhete de identidade; (2) a biológica, que corresponde ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas; e (3) a psicológica, que não depende da idade nem do estado orgânico. Existe um conjunto de determinantes em saúde que influenciam o processo de envelhecimento, descrevendo-o como um conjunto de evidências que demonstram a influência de fatores intrínsecos e extrínsecos e as suas interligações neste processo. São estes: sociais; pessoais; económicos; comportamentais; de saúde e bem-estar e o ambiente (OMS, 2002).

Um dos determinantes comportamentais que influenciam o processo de envelhecimento é a alimentação. Uma alimentação saudável pode influenciar o processo de envelhecimento, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a incidência de certas patologias associadas à idade; previne ou atrasa o aparecimento de patologias crónicas não transmissíveis (Aguiar, 1991; Berger e Mailhous-Poirier, 1995).

1.2. Saúde e alimentação

A alimentação consiste num processo fisiológico e individual que vai mais além da satisfação das necessidades biológicas, possuindo um carácter simbólico, onde se manifesta a identidade social e cultural de uma região, assim como as relações pessoais, sociais e culturais (Maciel, 2001). As escolhas alimentares são influenciadas por fatores de natureza social, cultural, religiosa, ecológica, económica, psicológica, afetiva e emocional. O que comemos, onde e quando, são definidos pelo grupo ao qual pertencemos (Leonardo, 2009; Mintz, 2001; Castro, 2001; Corbeau in Ferry et al, 2004; Comissão Europeia, 2003).

As exigências alimentares variam de pessoa para pessoa, sendo que a população idosa não é exceção. Existem múltiplos fatores que interferem com as necessidades nutricionais dos idosos. Os principais problemas alimentares estão relacionados com: (1) a falta de conhecimentos sobre as necessidades alimentares; (2) os maus hábitos alimentares, (3) as dificuldades económicas; (4) a falta de

motivação; e (5) o isolamento social (Berger e Mailhoux-Poirier, 1995; Misatlich e Arveux in Ferry et al, 2004; Maban e Escott-Stump,1998; Campos, Monteiro e Ornelas, 2000).

Em relação às dificuldades económicas, estas interferem diretamente na aquisição de alimentos, o que pode levar à restrição na compra de produtos de maior valor nutricional (Canesqui, 1988; Stanhope e Lancaster, 2011). Fernandes (2002) vai ao encontro do anteriormente referido e acrescenta que uma condição económica deficitária pode estar diretamente associada a uma má alimentação.

Associado ao processo de envelhecimento existem várias alterações que modificam todo o processo de alimentação, nomeadamente a nível do olfato e da mastigação, existindo também uma perda de sensibilidade das papilas gustativas. As mudanças a nível do sistema músculo-esquelético e a diminuição acuidade visual podem ser responsáveis por um desempenho deficitário a nível das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária, como por exemplo a preparação de refeições ou a realização de compras, o que pode conduzir a um aumento da dependência de terceiros. Todas estas alterações ocorrem de forma progressiva e de forma impercetível para o idoso (Maban e Escott-Stump,1998; Ferry et al, 2002).

A saúde oral influencia o processo de alimentação, deste modo uma saúde oral deficiente afeta a ingestão alimentar, a dieta, a saúde e a socialização dos idosos. A utilização de prótese dentária, assim como a ausência de peças dentárias são um problema comum nos idosos, pois estas afetam diretamente a mastigação e a escolha alimentar. A salivação deficiente provoca uma diminuição da absorção e da ingestão de certos alimentos, como por exemplo a carne, as frutas e os legumes (Castro, 2001; Ferry et al, 2002).

A existência de múltiplas patologias no idoso está relacionada com o aumento de risco de alterações nutricionais, associadas à própria doença ou às intervenções terapêuticas (Aguiar, 1991; Berger e Mailhoux-Poirier, 1995). A polimedicação coloca em risco nutricional os idosos, pois estes apresentam efeitos adversos mais frequentemente como consequência do próprio processo de envelhecimento (Maban e Escott-Stump,1998;Campos, Monteiro e Ornelas, 2000).

Os problemas de saúde associados ao estilo de vida e ao ambiente estão relacionados com o aumento da morbilidade, mortalidade, custos de saúde e

declínio na qualidade de vida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010). De modo a alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o seu ambiente. O enfermeiro identifica a necessidade de cuidados do idoso, estabelece prioridades no cuidado, formula diagnósticos de enfermagem, planeia e executa intervenções de enfermagem dirigidas e personalizadas às características individuais, sociais e culturais das pessoas idosas e seus cuidadores informais, de modo a que os idosos adotem estilos de vida saudáveis, onde estejam incluídos uma alimentação saudável e atividade física (Bandeira et al, 2006).

1.3. Práticas alimentares: intervenções de Enfermagem Comunitária

Os enfermeiros orientam as pessoas alvo dos seus cuidados para a diminuição do uso de certos alimentos, de modo a prevenir a incidência de numerosas doenças (hipertensão, diabetes, doenças degenerativas, entre outras); explicam a pertinência de ter uma alimentação diversificada, necessitando igualmente de estarem aptos a dar referências de frequência e de quantidades e confeção de alimentos, segundo as necessidades individuais. Para capacitar o seu público-alvo, é necessário um processo que “ segue de perto o processo de comunicação” (Potter e Perry, 2005, p. 481), envolvendo-o na ideia de partilhar, compartilhar e transferir a informação entre dois ou mais sistemas, a comunicação entre o enfermeiro e o utente reveste-se de especial atenção, na medida em que a forma como o profissional estabelece a relação, dependerá ou não da adesão às orientações fornecidas.

A conduta do enfermeiro deve ir muito além do diagnóstico, das normas, das técnicas, devendo compreender igualmente os saberes e práticas da saúde, pois quando se atua no domínio da alimentação, não devemos esquecer que esta ocupa uma questão que transcende o estado de saúde ou doença, dizendo respeito ao quotidiano dos indivíduos, ao prazer relacionado com o ato do comer e aos aspetos culturais. O papel que é pedido ao enfermeiro tem assim, de assentar nos diferentes saberes científicos, incluindo a sua base de conhecimento disciplinar. Só assim se pode construir um pensamento crítico mobilizador de ações adequadas, congruentes e harmónicas a cada indivíduo ou grupo social, como refere Collière (1989, p.218)

quando “considera desejável aprender a organizar, estruturar e utilizar diferentes conhecimentos em função das situações de cuidados”. E esta é uma das competências que o enfermeiro de saúde comunitária deve adquirir, tal como menciona a OE (2006).

A intervenção de enfermagem comunitária implica a reflexão sobre os pressupostos teóricos que contribuem para orientar a prática dos cuidados de enfermagem. São vários os modelos e teorias de enfermagem existentes, estes providenciam uma informação sobre as definições e práticas de enfermagem, os princípios fundamentais, os seus objetivos e as suas funções (Wesley, 1995). Esses autores e modelos teóricos procuram identificar um campo conceitual próprio para a profissão, de modo a que “a utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde” (Vítor, Lopes e Ximenes, 2005, p.236), facilitando a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e a orientação das soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas idosas.

No âmbito deste projeto optámos por aqueles que considerámos que melhor respondem aos objetivos e à execução. São estes o *Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP)* e a *Teoria do autocuidado de Dorothea Orem* (2001).

A MPSNP cria um novo conceito, como referem Osório et al (2010,p.132) “estabelecendo-se como uma novidade, porque identificou os fatores que influenciam as decisões e ações tomadas para prevenir a doença.”. Este modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem nas ciências do comportamento, identificando os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis, oferecendo um guia, como afirmam Pender, Murdaught e Parsons (2011, p. 44) “para explorar os avanços nos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a se envolver em comportamentos dirigidos para a saúde”. Esta perspetiva é baseada em três pressupostos teóricos de mudança de comportamento, influenciada pela cultura. O primeiro é a de Ação Racional de Azjen e Fishben, que explica que o principal determinante do comportamento, é a intenção ou a motivação de um indivíduo, afirmando que é mais provável que o indivíduo realize determinado comportamento, se desejar obter um resultado, como afirmam Osório et al (2010). O segundo pressuposto é a ação planeada: adiciona ao primeiro pressuposto, que o comportamento de uma pessoa é mais provável, se ela tem

segurança e controle sobre seu próprio comportamento. O terceiro é a Teoria Sócio Cognitiva da Albert Bandura (1977), que afirma que a autoeficácia é um dos fatores mais influentes na atividade humana, considerado que a autoeficácia é a confiança que um indivíduo tem na sua capacidade para ter sucesso. Esta teoria funciona como base numa tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram a saúde, apresentando uma abordagem orientada para o foco. O MPSNP (2011) faz uma proposta de associar a enfermagem à ciência do comportamento, pelo estudo da inter-relação entre três pontos principais: características e experiências individuais; sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento e resultado do comportamento, possibilitando o compromisso com um Plano de Ação de modo a que seja adotado um Comportamento de Promoção de Saúde que “especialmente quando integrado a um estilo de vida saudável, resultando em melhoria da saúde, capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todas as fases de ciclo de vida” (Pender, Murdaught e Parsons, 2011, P. 50).

Pender (2011) estabeleceu um diagrama para identificar os comportamentos promotores de saúde (Anexo I). É um modelo que articula três conceitos: pessoa, ambiente e enfermagem. O conceito central é o de *pessoa*, que se expressa em conformidade com as representações cognitivas e preceptivas individuais e de acordo com os fatores desencadeantes de mudança, para Santos (2010, p.746) ele é tido” como um processo de capacitação da comunidade, visando a melhoria da sua qualidade de vida “. Quanto ao *ambiente*, este é compreendido como resultado das relações entre indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, relatando que esta relação proporciona um ambiente saudável. O conceito *enfermagem* surge, relacionado com as intervenções e estratégias que os enfermeiros devem dispor para o comportamento de promoção da saúde (Pender 2011). Pressupondo que os indivíduos na continuidade da vida, independentemente das situações de doença/saúde, e das condições sociais e económicas, querem manter e/ou conservar a sua qualidade de vida, dando importância à cultura como salientam Osório et al (2010, p.133).

A Teoria do autocuidado de Dorothea Orem, cujo foco é o autocuidado, é definido como toda a atividade executada pelo próprio, para tratar do que é necessário para se manter, manter -se operacional e lidar com as necessidades

individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias. A pessoa é um todo integral e dinâmico que funciona em termos biológicos, simbólicos e sociais, guiando os seus esforços, com o intuito de levar a cabo ações de autocuidado (Orem,2001). O ambiente representa o conjunto de fatores externos que influenciam a decisão da pessoa em empreender o autocuidado. E a enfermagem é definida como um processo interpessoal e uma tecnologia, com os seus métodos e técnicas formais. As intervenções de enfermagem são orientadas para assegurar o fortalecimento da capacidade do autocuidado e o autocuidado terapêutico.

Esta teoria assenta no pressuposto que o autocuidado não é inato, aprende-se e vive-se durante o ciclo de vida. Afirmando que as atividades do autocuidado são afetadas por diferentes aspetos como: crenças culturais, hábitos/costumes e práticas habituais da família e da comunidade em que os clientes estão inseridos (Orem, 2001). Esse tipo de actividades têm como objetivo promover as condições necessárias para a vida e o crescimento, prevenindo o aparecimento de condições adversas nos distintos momentos do processo evolutivo e de desenvolvimento do ser humano. Os requisitos são categorizados como universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os primeiros são caracterizados como necessidades base, as atividades de vida quotidiana, os requisitos de desenvolvimento, são condições mais específicas e particulares que garantem o crescimento e desenvolvimento normal da pessoa, como a adaptação a um novo trabalho ou a uma mudança física, o desvio de saúde está relacionado e é exigido em condições de doença ou em consequência de atos exigidos para diagnosticar e corrigir o evento da doença. Esta teoria aponta a possibilidade dos indivíduos, família/comunidade de tomarem iniciativas e assumirem responsabilidade para assegurarem e manterem a sua qualidade de vida.

Qualquer intervenção no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis, como é o caso particular das práticas alimentares, implica sempre uma mudança de comportamentos individuais, culturais, sociais e comunitários. Para que esta mudança ocorra é essencial que haja aprendizagem, podendo esta ser entendida como a forma de adquirirmos novos conhecimentos, desenvolvermos competências e mudarmos comportamentos. A teoria cognitiva social desenvolvida por Bandura (1977), utilizada pela Pender (2011), refere que o comportamento é o resultado de uma interação entre processos cognitivos e acontecimentos exteriores.

Isto é, o indivíduo é capaz de agir para além da relação comportamento-consequência imediata, sendo capaz de trabalhar ativamente, estabelecer metas e planos comportamentais a curto e a longo prazo. A teoria da aprendizagem social identifica a auto-eficácia como um dos mecanismos possíveis da mudança de comportamento. Bandura (1986) define a percepção de autoeficácia como o julgamento individual da sua capacidade de organizar e executar os comportamentos necessários para atingir as metas estabelecidas ou desejadas. Assim, o indivíduo tende a envolver-se numa atividade quando tem confiança e a percebe dentro dos limites das suas capacidades. Por outro lado, há a tendência para evitar as situações que estão para além das nossas capacidades individuais. Neste sentido, este projeto de intervenção de enfermagem comunitária teve em conta esses pressupostos teóricos, tendo sido operacionalizado através da utilização da metodologia do planeamento em saúde (Tavares 1990), que apresentaremos no capítulo seguinte.

2. METODOLOGIA: O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana (Imperatori e Giraldes, 1993). O planeamento em saúde procura “um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990, p.37). Este é um processo que requer uma intervenção orientada para a realidade, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva orientada em função dos objetivos propostos da eficácia e eficiência dos recursos existentes, “em saúde, planear um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida” (Tavares 1990, p.29). São identificadas seis etapas do processo de planeamento: (1) o diagnóstico de situação, (2) a determinação de prioridades, (3) a fixação de objetivos, (4) a seleção de estratégias, (5) a preparação operacional e (6) a avaliação. A necessidade do planeamento em saúde é justificada, por Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), pela indispensabilidade de definir prioridades e por permitir uma intervenção multisectorial, evitando intervenções isoladas mais onerosas.

Seguidamente serão descritas as etapas do processo de planeamento em saúde realizadas, no âmbito deste projeto.

2.1. Diagnóstico da situação

O diagnóstico de situação em saúde é a primeira etapa do planeamento em saúde. Num processo de intervenção, a definição do diagnóstico é decisiva, funcionando como fundamentação das atividades e dá a conhecer o estado de saúde da população em causa. Desta forma, obtém-se um instrumento para colocar em prática a política de saúde, definir prioridades, preparar atividades e a seguir, avaliar os resultados (Imperatori e Giraldes, 1986).

Começamos por contextualizar o local de intervenção deste projeto no concelho de Peniche, este localiza-se no distrito de Leiria, na Região Centro (NUT II) no Oeste (NUT III). Situado no extremo ocidental da Europa é limitado a sul por Lourinhã, a este por Óbidos e a norte e oeste pelo oceano Atlântico. Tem uma área com cerca

de 77,7 km² e conta com uma população residente de 27.753 indivíduos (INE, 2011). A cidade de Peniche situa-se numa península, com cerca de 10 km de perímetro. O Concelho de Peniche possuía seis freguesias: Atouguia da Baleia, Ferrel, Serra D'El-Rei, Ajuda, S. Pedro, Nossa Sr^a da Conceição, as três últimas localizadas na cidade de Peniche. Com a nova Reorganização administrativa das freguesias, que ocorreu no final de 2013, o concelho de Peniche passa a ter quatro freguesias: Ajuda, Conceição e São Pedro (cidade de Peniche) passam a constituir apenas uma, com a designação de freguesia de Peniche e as freguesias de Atouguia da Baleia, Serra D'El Rei e Ferrel permanecem inalteradas.

De acordo com os resultados dos Censos de 2011 comparados com os Censos de 1991, o índice de longevidade, no concelho de Peniche, aumentou de 36,6% para 44,7%. O índice de envelhecimento também acompanha esta tendência, apresentando um aumento de 77,4% do número de idosos com 75 e mais anos. Existiu ainda um aumento de 146,0% de idosos com mais de 85 anos e o índice de dependência dos idosos aumentou de 19,6% para 25,8%.

O projeto de estágio foi desenvolvido no Centro de Convívio de Peniche (CCP). Este fica situado no antigo edifício do Tribunal de Peniche, cujo proprietário é a Camara Municipal de Peniche (CMP), na Rua da Paz, funciona nos dias uteis das 14 h às 18 h. Tinha em 2013 uma frequência média diária de 25 idosos; em 2014 a frequência média diária era de 20 idosas, já em 2016 do grupo inicial permaneceram inscritas 13 idosas. Contudo só 10 (todas mulheres, aposentadas e com idades compreendidas entre os 67 e os 92 anos) o frequentam diariamente. Segundo o ISS (2013, p. 6), um centro de convívio é um “estabelecimento onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade.”. De acordo com um estudo realizado pela EANSF (2008), um centro de convívio é a terceira resposta social mais utilizada pela população sénior, (2,2%) referem igualmente que 48,3% dos idosos que utilizam o centro de convívio vivem sozinhos.

São várias as tradições gastronómicas da Cidade de Peniche, sendo a caldeirada o seu prato mais conhecido, cuja origem está na confeção alimentar a bordo das embarcações piscatórias. A secagem do peixe surgiu da necessidade de conservar o mesmo, para os meses de inverno (Venâncio et al, 2007), sendo este comida cozido, normalmente acompanhado por batatas. A cavala, a sarda e a

sardinha, são as espécies de peixe com mais peso na pesca local, por esse motivo a sardinha assada ou a cavala cozida, ainda hoje, são pratos típicos.

2.1.1. População Alvo

Uma população pode ser definida como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios”, sendo que “população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999, p. 202). Para Hill e Hill (2008) corresponde a um conjunto de sujeitos que partilham ou apresentam características comuns de uma determinada área. Assim, definiu-se como população-alvo os idosos que frequentavam o Centro de Convívio de Peniche, representando o total de 35 Idosos. Foram definidos com critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos e residir no concelho de Peniche. E como critérios de exclusão, não inscrito na Unidade de saúde e que a sua alimentação seja confeccionada pelas IPSS do concelho.

A amostra, sendo uma representação de sujeitos que formam uma população, implica a sua determinação. Foi utilizado o método de amostragem não probabilística por conveniência. Este é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido, o que permite ser formado por sujeitos facilmente acessíveis, que estão presentes num determinado local e momento. Apesar deste tipo de amostragem ter a vantagem de ser simples, organizativa e pouca onerosa, tem o risco de ser menos representativa que a probabilística (Hill E Hill, 2008).

Para a compreensão do leitor é necessário explicar, tal como já foi enunciado na introdução deste relatório, que este projeto de estágio teve várias interrupções por motivo de doença da sua autora. Foi iniciado em 2013, tendo sido realizado um diagnóstico de situação, que se repetiu em 2014 e aqui tendo sido já realizadas as intervenções. Em 2016 foi feito novo diagnóstico de situação a partir da avaliação dos problemas identificados em 2014 e sobre os quais recaiu a ação.

Perante o exposto a amostra em 2013 foi constituída por 25 Idosos que frequentavam o CCP, 18 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, tendo sido

excluídos 10 idosos por não preencherem os critérios de inclusão (1 idoso não estava inscrito na USCP Peniche - Atouguia; 9 idosos estão ausentes por doença/Férias no estrangeiro (em casa de filhos). Em 2014 verificou-se que os idosos do sexo masculino já não frequentavam este centro, apesar de estarem inscritos. Por esta razão a amostra passou a ser constituída só por mulheres, todas inscritas nesta unidade de saúde, num total de 20 idosas. Foram excluídas 8 idosas por se encontrarem em casas de familiares (filhos /netos).

O primeiro diagnóstico de situação foi realizado em 2013, em virtude da necessidade de fazer um interregno foi necessário realizar novo diagnóstico de situação. Neste sentido, este foi realizado em novembro de 2014 (amostra de 2014). Neste período houve igualmente alterações nas Unidades de saúde existentes em Peniche, passando a existir apenas uma única Unidade de Saúde Personalizada, designada como USCP Peniche.

Um dos procedimentos tidos em consideração foram as questões éticas como referem Bonita, Beaglehole e Kjellstrom (2010, p. 58) como “consentimento informado, confidencialidade, respeito pelos direitos humanos e integridade científica”; já Streubert e Carpenter (2002,p.39) referem citando Polit e Hungler (1997) que o consentimento informado significa que os “participantes possuem informação adequada no que se refere à investigação, são capazes de compreender a informação, têm a capacidade de escolher livremente” estando assim capacitados para consentir ou declinar voluntariamente a sua participação. Um outro procedimento que se deve ter em consideração é a manutenção do sigilo da lista dos sujeitos escolhidos, como referem Streubert e Carpenter (2002, p. 44), citando Behi e Nolan (1995)” a garantia de confidencialidade implica que os dados dos sujeitos, serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fonte, “ ficando os dados recolhidos, como menciona Fortin (2003, p. 118) “ durante e após o estudo ficam sob a responsabilidade do investigador” e cuja identidade deve ser guardada em lugar seguro. Foi obtido de todos os participantes o termo de consentimento, sendo garantido igualmente, que mais ninguém fosse capaz de predizer quem era o participante.

2.1.2. Instrumentos de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada através da entrevista semi- estruturada, pela aplicação do Questionário de frequência alimentar (FAO, 2011) e pela realização de um Diário de Campo (Stocking, 1992; Sanjek, 1990). Segundo Fortin (2003, p. 152) “por meio de entrevista e observação, o investigador seleciona, situações características de experiências ou de situações típicas”. Estas técnicas, segundo o mesmo autor, servem para explicar os modos de vida e as visões do mundo dos sujeitos da amostra. Esta forma de recolha de dados implica a observação direta ou indireta dos sujeitos, a primeira, como referem Quivy e Campenhoudt (1998, p. 164) “é aquela em que o próprio investigador procede diretamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos”, a segunda e segundo os mesmos autores “o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação procurada”.

Para realizar a entrevista semi- estruturada foi previamente construído um guião que serviu de eixo orientador ao desenrolar da entrevista, procurando garantir que os vários participantes respondam às mesmas perguntas, não exigindo uma ordem inflexível nas questões, o desenvolvimento da entrevista vai adaptando-se ao entrevistado (Acúrcio, Costa e Rocha, 2004-2005, Quivy e Campenhoudt 1998). As perguntas abertas existentes no instrumento de colheita de dados, foram planeadas porque e como considera Fortin (2003, p. 247) “deixam o sujeito livre para responder como entender, sem que tenham de escolher respostas predeterminadas “ (Apêndice I).

Um outro dos instrumentos para a recolha de dados selecionado foi o Questionário da Frequência Alimentar (FAO, 2011) que, segundo Hill e Hill (2008) permite uma recolha de dados rigorosa, fatural e objetiva, sendo para além disso fácil e rápido de aplicar sem comprometer a obtenção de uma informação completa e relevante. Tal como menciona Fortin (2003, p. 249) “ajudando a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações possam ser obtidas de uma maneira rigorosa” (Apêndice II).

Foi utilizado igualmente como instrumento de recolha de dados, um diário de campo, que como mencionam Stockingv (1992) e Sanjek (1990), é um instrumento utilizado pelos investigadores para registar/anotar os dados recolhidos suscetíveis de serem interpretados. É uma ferramenta, uma técnica de investigação que mistura

objetividade científica e vivência pessoal (Malinowski, 1984), permitindo sistematizar as experiências para posteriormente analisar. Como refere Rivière (1995, p. 25) “partilhar a vida quotidiana do observado. No diário de campo o investigador aponta todas as observações de factos concretos, fenómenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, as suas reflexões e os seus comentários”, ou seja tudo aquilo que vê/observa ao longo do seu processo de investigação. Estes apontamentos retratam a realidade, vista na ótica do investigador, sendo conveniente que as notas, sejam efetuadas sempre, o mais rápido possível, como menciona Rivière (1995, p. 27) “tomará notas, quer em cima do acontecimento, quer o mais cedo possível, sem dar tempo a esquecer os pormenores”.

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados em 2013 e 2014, em virtude da interrupção e de terem ocorrido alterações na população alvo. Em novembro/dezembro 2016, foi realizada a avaliação, tendo sido aplicados os mesmos instrumentos de colheitas de dados já utilizados. Contudo, foram retiradas do guião da entrevista semiestruturada as perguntas relativas à habitação, à escolaridade e à situação laboral. A avaliação foi feita através de visitas domiciliárias, durante as quais se aplicaram os instrumentos de colheita de dados a essas 13 senhoras idosas. Como sabemos, a visita domiciliar é uma estratégia comunitária que permite o estudo e/ou a intervenção individual/familiar no seu contexto habitacional, relacional, estrutural e redes de apoio, possibilitando ganhos em saúde, onde se utilizam várias técnicas entre as quais: a entrevista; a observação que dão a conhecer, de forma mais abrangente e real as necessidades e as possíveis soluções (Silva, 2009). Assim, consegue-se ter uma perspetiva global do indivíduo, da sua família dos seus recursos de forma a poder atuar de forma holística, tal como referem vários autores (entre outros Lacerda, 2010; Rice, 2004). É, ainda, de reforçar que a VD é uma estratégia para cuidar e uma oportunidade para incentivar a autonomia do indivíduo e da família, assim como do seu autocuidado, uma vez que é um momento no qual os enfermeiros vivenciam com estes as situações de saúde-doença nos locus de habitação.

O tratamento dos dados das perguntas abertas foi feito através da análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin (2009), é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do

conteúdo. As perguntas fechadas tiveram tratamento estatístico, através do programa informático Microsoft Office Excel 2013.

A escolha das ferramentas estatísticas para a realização da análise de dados depende do tipo de investigação realizado (Fortin 2003). Tendo sido utilizada uma análise mista (análise de conteúdo e tratamento estatístico) dos instrumentos de recolha de dados, que se denomina triangulação. Esta é definida por Fortin (2003, p. 322) “como o emprego de uma combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno”.

2.1.3. Análise e discussão dos dados

Segue-se a apresentação dos resultados e a respetiva discussão de acordo com os resultados obtidos.

- Características sociodemográficas

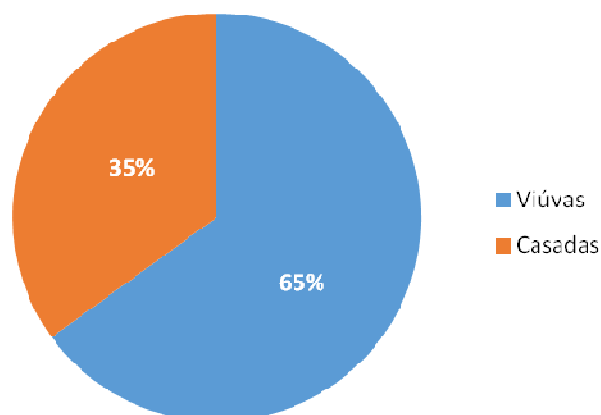
A amostra em 2014 era constituída por 20 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 67 e os 90 anos (Tabela nº 1).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos da amostra por faixa etária.

Faixa etária (anos)	Nº Indivíduos
65-70	4
71-75	4
76-80	5
81-85	4
86-90	3
91-95	0
Total	20

Segundo os Censos (INE, 2011) existe um predomínio do número de mulheres face ao de homens e essa é reforçada à medida que a idade avança. Em relação à situação familiar constatou -se que, 13 idosas são viúvas (Gráfico 1).

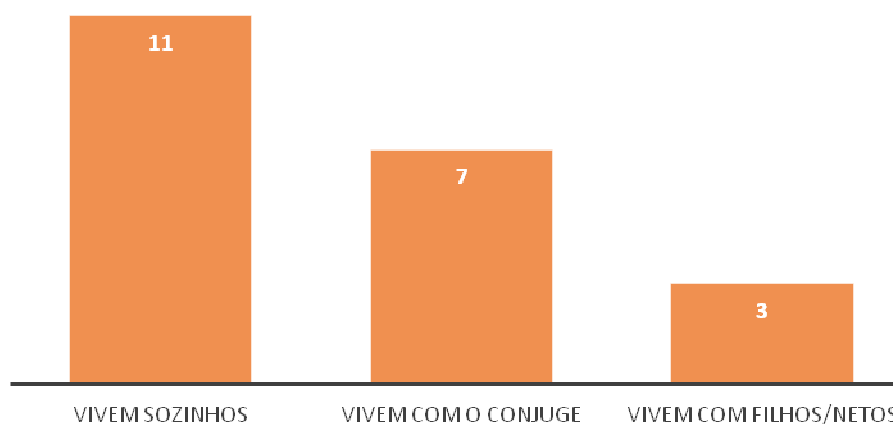
Gráfico 1. Distribuição dos indivíduos segundo o Estado civil.



Fonte: INE, 2011

Relativamente ao número de pessoas com quem coabitam, observa-se que a maioria (11) vive só (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos indivíduos segundo com quem coabitam.



Cerca de 55% das idosas tem o estado de viúva, ao comparar com os dados dos Censos (2011), constata-se que cerca de 7% da população nacional tem o estado civil de viúvo, e que desta 87% são de sexo feminino, o que é similar na amostra em estudo. Já o mesmo Censo (2011) contabilizou 21% de pessoas a viver sozinhas em Portugal, sendo a maioria deles idosos, estimando-se que 1 em cada 5 pessoas com 65 ou mais anos de idade estejam a viver isolados. No estudo Seniores de Lisboa (SL) (2011) os seus autores referem que existem 15,9% de idosos a viverem sós. Na amostra em estudo essa percentagem é de 40% consideravelmente superior a

ambas as referências. Martins (in Castro 2001;) afirma que o idoso que vive só tem tendência a não preparar refeições completas e não tem prazer nas refeições que come, pelo facto de o fazer sozinho. Contudo, e segundo Machado Pais (2006), muitas vezes os idosos vivem sós, não por abandono ou rejeição dos familiares, mas por vontade própria. Estes preferem viver nas suas casas até ao fim das suas vidas, chegando mesmo a recusar ajuda, até quando já precisam dela. Segundo os dados do OMFEP (2012), 12% dos idosos inquiridos afirmam que passam muito tempo sós, mesmo precisando de ajuda, e que 24% moram sozinhos.

No que concerne à habitação verificou-se que a maioria dos idosos (12) vivia em apartamentos (Tabela 2), constatou-se ainda que na sua maioria estas não referem dificuldades na acessibilidade a suas casas, somente uma idosa referia apresentar dificuldade na acessibilidade referindo “os degraus são altos, e já lá caí” (sic).

Tabela 2. Distribuição das idosas pelas características do alojamento.

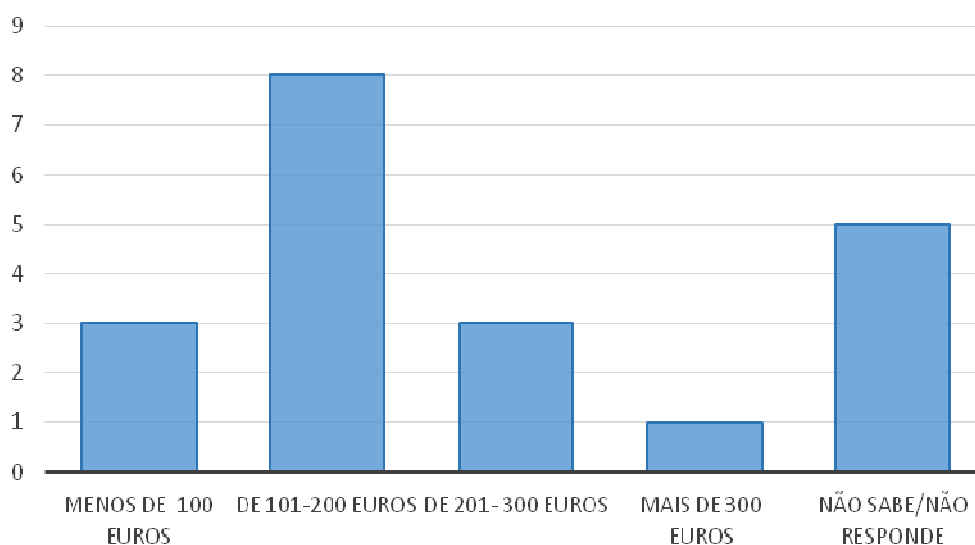
Tipo de casa	Nº de idosas
Vivenda	12
Apartamento	8
Casa própria	11
A particular	6
Habitação social	3

Verificou-se que na amostra, 11 idosas tem casa própria. Os Censos (INE, 2011) referem que cerca de 73,5% dos alojamentos são próprios, e 19,7% são alojamentos arrendados, já na amostra em estudo 55% das idosas tem casa própria, valor relativamente mais baixo que o nacional. Os mesmos resultados são referidos pelo estudo EANSF (2008), que refere que 63,8% dos idosos tem casa própria. A diferença entre estes resultados e os valores referenciados pelos Censos (2011) podem ser justificados por algumas idosas viverem em casas cujos proprietários são os filhos imigrantes, o que se verificou em 4 situações.

Em relação aos encargos económicos com a mesma, 11 referiam que gastavam menos de 200 euros, tendo estas senhoras mencionado que os gastos com as habitações aumentaram, sobretudo por causa do aumento do IMI, (Gráfico 3).

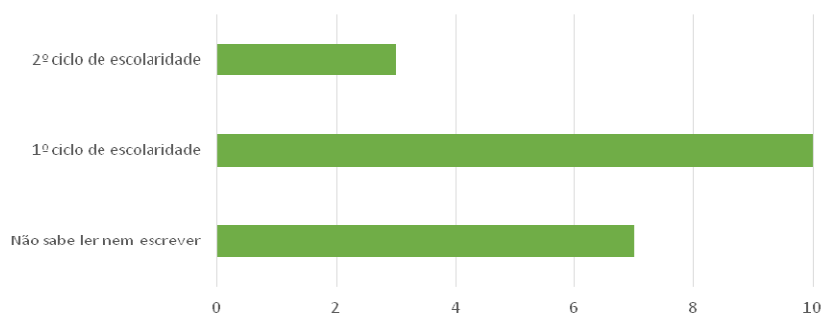
Segundo o estudo realizado pelo INE (BAP,2010) assistiu-se a um aumento de quase 10% nas despesas com a habitação, água, eletricidade, gás e outros combustíveis, sobre os Orçamentos Familiares, e de acordo com o IDEF 2010/2011, estima que a despesa correspondente a despesa de habitação é de 29,2% do total do Orçamento do agregado Familiar.

Gráfico 3. Encargos com a habitação.



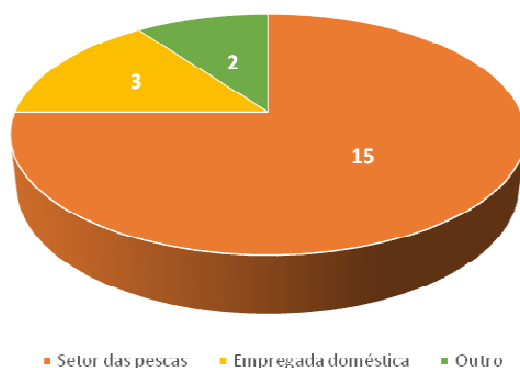
Em relação à escolaridade, das 20 Idosas, 7 não sabem ler nem escrever e 10 tem o 1º ciclo de escolaridade (Gráfico 4). Na comparação com os dados dos Censos (2011) verifica-se que na população nacional o ensino básico do 1º ciclo é concluído por 25% da população nacional. Enquanto a população sem qualquer nível de ensino corresponde a 19%, sendo a maioria composta por mulheres. No caso da amostra em análise cerca de 60% tem o 1º ciclo, valor acima da média nacional.

Gráfico 4. Nível de escolaridade



Verificou-se igualmente que em relação à atividade profissional exercida antes da reforma, só 5 Idosas não trabalhavam no setor das pescas ou em atividades a ela ligados (lota, fazer redes, “fábrica do peixe”, etc.) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição pela profissão anterior

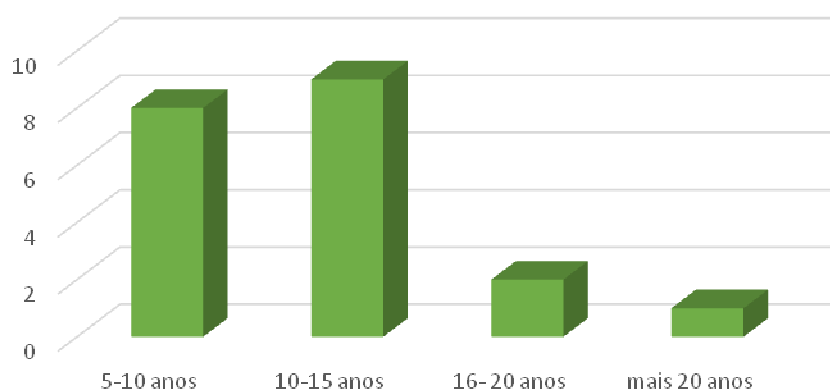


As atividades económicas com maior predomínio no Concelho são a pesca, a agricultura e o turismo. Paralelamente à atividade piscatória desenvolve-se a indústria de transformação alimentar, que tem um forte impacto na economia do concelho. De acordo com Diagnóstico Estratégico para Peniche (2009, p.101), verifica-se que “no conjunto das profissões encontradas sobressaem como dominantes aquelas que dizem respeito à produção industrial e ao trabalho artesanal (23,9%)”, em relação aos trabalhadores da agricultura e da pesca são cerca de 11,2% da população ativa.

Estas senhoras referem que iniciaram a sua atividade profissional muito novas (Gráfico 6), como ilustram estas afirmações, “comecei ainda muito menina, tinha 4 ou 5 anos, na praia, a ajudar a tirar os peixes na rede” referindo a senhora Ana

“comecei aos 4 anos a ajudar a minha mãe a fazer a renda”, “cá na terra era costume as meninas começarem muita cachopas a fazer renda”, diz a senhora Joaquina.

Gráfico 6. Distribuição dos indivíduos pela Idade de início da atividade laboral.



Tendo-se constatado que a maioria das idosas se reformaram entre os 65-70 anos (Gráfico 7), e 13 reformaram-se por invalidez. Observou-se ainda que 5 das Idosas se reformaram entre os 51 e os 64 e que 11 idosas se reformaram por invalidez (Gráfico 8). O OMFEP (2012) afirma que em 64% dos inquiridos reformou-se por limite de tempo e idade e apenas 7% se reformaram antecipadamente. Estes dados em comparação com a amostra em estudo verificámos que as idosas se reformaram na sua maioria por invalidez (55%).

Gráfico 7. Distribuição dos indivíduos segundo a Idade da reforma.

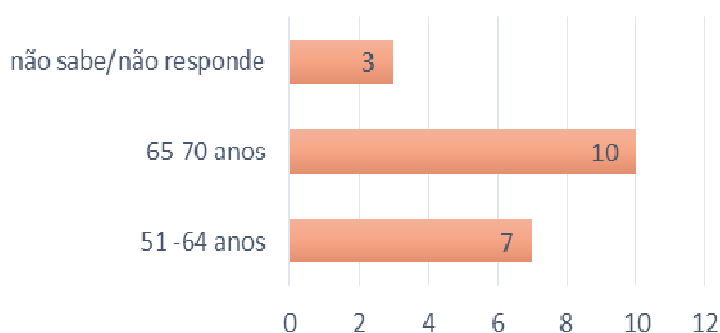
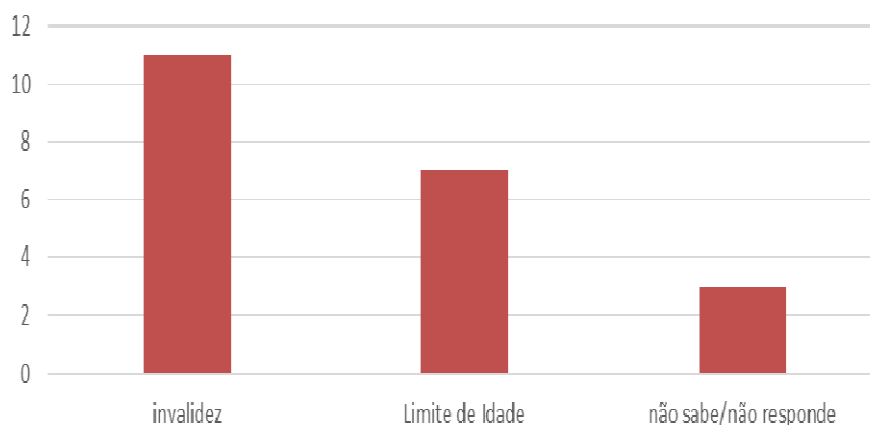
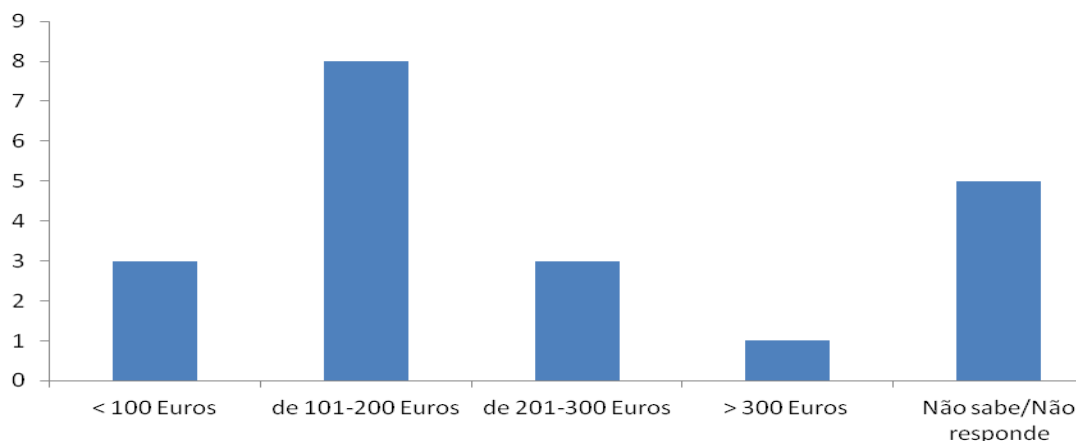


Gráfico 8. Distribuição dos indivíduos segundo o Motivo da Reforma



Relativamente ao Rendimento mensal verificou-se que, 10 idosas usufruem um rendimento mensal abaixo dos 300 euros (Gráfico 9), o que representa que 65% dos indivíduos. Segundo o Censos (2011), cerca de 84% dos pensionistas da Segurança Social recebem menos de 500 euros.

Gráfico 9. Distribuição dos indivíduos segundo Rendimento mensal.

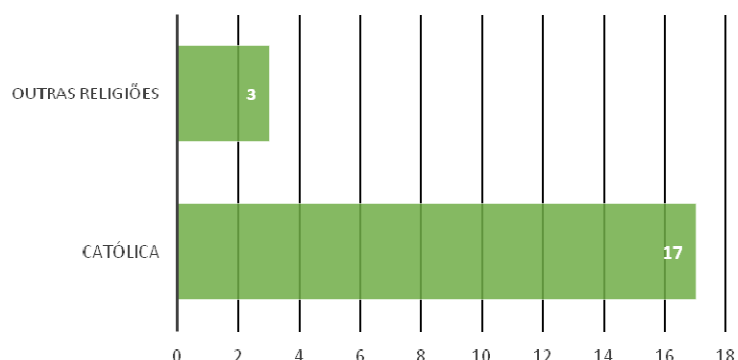


Segundo o CES (2013) 90% dos idosos recebem pensões e, citando fontes da UE, é referido que cerca de 1,5 milhões de aposentados e reformados têm reformas e pensões abaixo dos 500 euros, registando ainda que a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos.

Quanto às práticas religiosas, das 20 Idosas, 17 consideram-se Católicas (Gráfico 10). Segundo o Censos (2011), a população portuguesa é maioritariamente

católica 81%, só 4% da população referem terem outra religião, a amostra reflete de igual modo esta realidade cerca de 85% dos idosos professam esta religião.

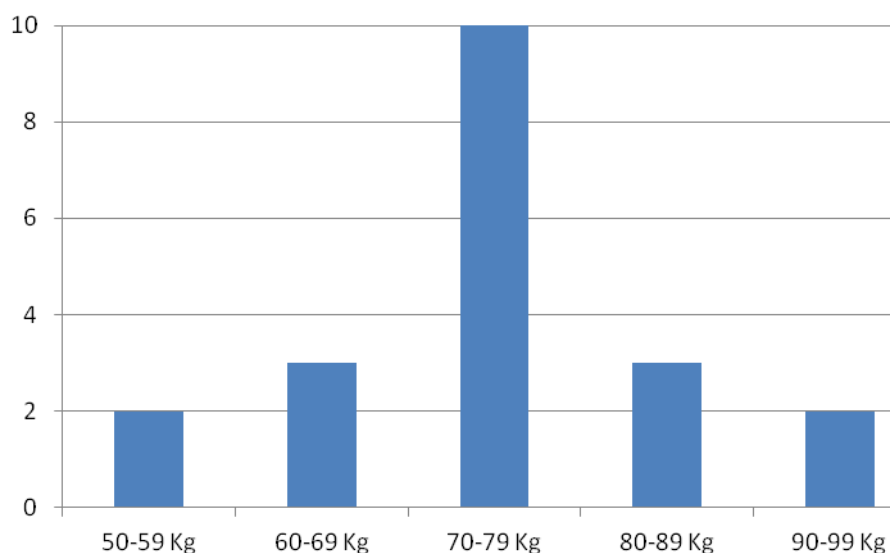
Gráfico 10. Distribuição dos indivíduos segundo a Religião.



▪ Valores Antropométricos da amostra

Relativamente ao peso corporal dos indivíduos da amostra, na sua maioria (10 casos) apresentam um peso entre os 70 e os 79 Kg, (Gráfico 11), 50 % da amostra.

Gráfico 11. Distribuição dos indivíduos segundo o Peso corporal.



Em 2014 o INS mostra que, mais de metade da população adulta (52,8%) tem excesso de peso (50,9% há uma década). O aumento da obesidade é mais expressivo, principalmente nas mulheres e na população com idades entre 45 e 74

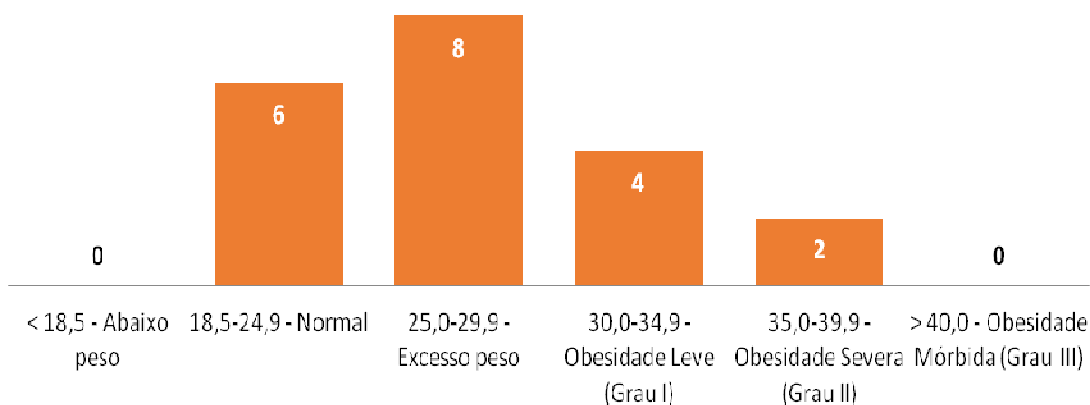
anos. Comparando os dados com a amostra em estudo observaram-se resultados idênticos. Já o estudo BAP (2014) considera que pelo menos metade da população adulta portuguesa ingere mais calorias do que aquelas que gasta. E ainda segundo o mesmo estudo, os portugueses utilizam uma média de 3963 kcal diárias, quando o valor médio de consumo recomendado para um adulto é de 2000 a 2500 Kcal. E a este facto é acrescentado neste estudo que o facto de se consumirem muitas calorias, não significa que estas têm uma boa qualidade nutricional. O IMC é determinado pela divisão da massa do indivíduo (em metros) pelo quadrado de sua altura (em metros), observou-se que a maioria das idosas apresenta um IMC 12 casos entre os 25 e os 34,9 Kg/m² e duas o IMC entre os 35 e os 39,9 Kg/m² (Tabela 3).

Tabela 3. Valores de IMC dos indivíduos da amostra.

IMC (Kg/m ²)	Nº
<18,5	0
18,5-24,9	6
25-29,9	8
30-34,9	4
35-39,9	2
≥ 40	0
TOTAL	20

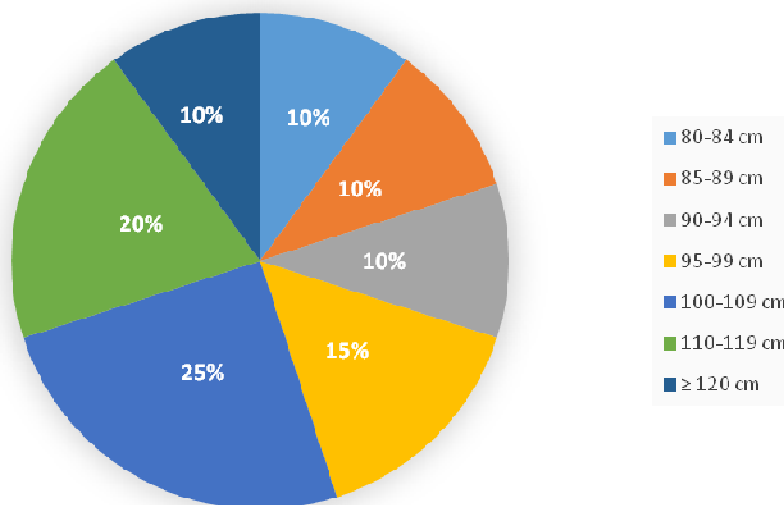
Comparando com a nossa amostra de 2014 (Tabela 4), com os dados do INS (2014) e com os dados de referência para um adulto reconhecidos pela OMS (1997), verificou-se que, tal como a amostra em estudo, a população portuguesa adulta tem na sua maioria (52,4%) um IMC correspondente a um excesso de peso (grau I ou grau II) (Gráfico 12). Referindo ainda o INS (2014) que se verifica que a obesidade atingia com maior grau de importância a população com idades entre 45 e 74 anos, enquanto o excesso de peso de grau II era observado sobretudo na população entre 65 e 74 anos.

Gráfico 12. IMC da amostra/Dados de referência da OMS (1997).



Relativamente ao perímetro da cintura, observou-se que a maioria das idosas tem um PC maior que 100 cm (11 casos) (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribuição dos indivíduos segundo o Perímetro abdominal.



Comparando estes valores com os valores de referência da OMS (1997) (Tabela nº 4), verificou-se que estas idosas têm um risco muito elevado e significativo de complicações metabólicas.

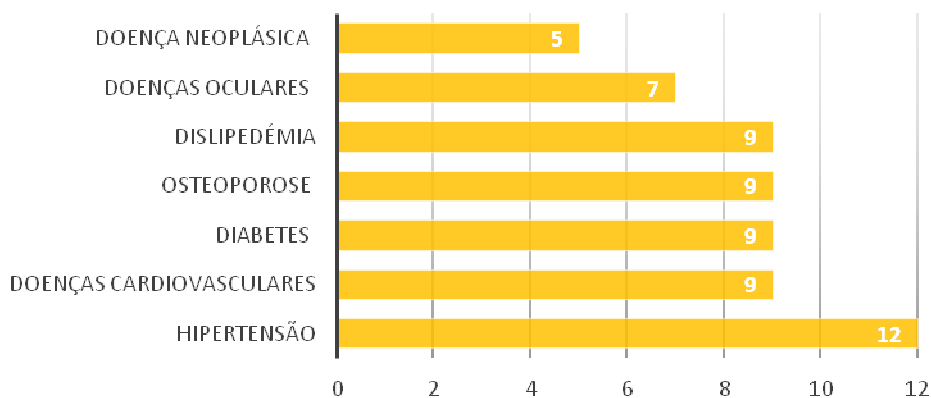
Tabela 4. Valores de referência OMS – Perímetro abdominal.

Risco baixo	Risco aumentado	Risco muito elevado
<80 cm	80-87 cm	≥ 88 cm

▪ Antecedentes de saúde da amostra e a sua medicação

Relativamente aos antecedentes de saúde, 12 destas idosas têm hipertensão, 9 doenças cardiovasculares, 9 Diabetes, Osteoporose e dislipidémia, 7 doenças oculares e 5 doença neoplásica (Gráfico 14).

Gráfico 14. Doenças que as idosas apresentam.



Estes dados vão ao encontro de um estudo realizado por SL em 2012 a indivíduos com mais de 65 anos na área metropolitana de Lisboa, no qual era reportado que a maioria dos idosos tomava medicação de forma continuada por hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, ‘problemas de ossos/ articulações’ entre outras.

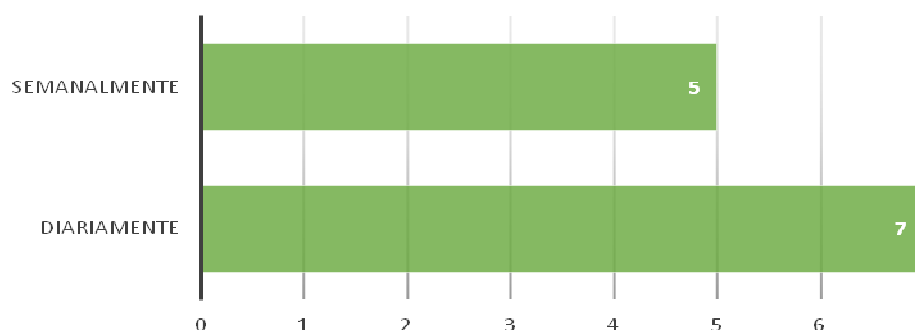
Em relação aos anos de diagnóstico de doença crónica verificou-se que a maioria das idosas referem que tem mais de 20 anos de evolução da doença (7 casos), 6 de 1 a 5 anos de evolução e igualmente 6 idosas mencionam que tem uma evolução de 6 a 10 anos (Tabela 5).

Tabela 5. Anos de evolução da doença

Anos de evolução	Nº
< 1	0
1 a 5	6
6 a 10	6
11 a 20	1
>20	7

Vários são os autores (Bolla,2008; Misatlich e Arveux, 2004; Berger e Mailoux-Poiriex, 1995) que reconhecem que na origem de algumas das doenças estão diversos fatores, como erros alimentares provenientes de estilo de vida, da escassez de recursos económicos, da falta de informação e até de motivação. O INS (2014) ao fazer a comparação dos resultados para as doenças crónicas nos dois inquéritos (2005/2006 e 2014) evidencia o aumento da percentagem de população afetada por doenças crónicas, e o EANSP (2008) refere que cerca de 50,5% dos idosos tem doença crónica. Em Portugal, segundo os Censos (2011), as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte em Portugal, logo seguido por doenças neoplásicas e por diabetes. Destacando a OMS (2004) a importância da alimentação para uma vida saudável, prevenção de doenças e tratamento de patologias relacionadas com a alteração de estilos de vida. Relativamente à terapêutica, a totalidade das idosas faz medicação, porém em relação ao esquecimento da toma da mesma 12 referem que se esquecem, 7 diariamente e 5 semanalmente (Gráfico 15).

Gráfico 15. Esquecimento da toma da medicação.



Vai de encontro aos dados do INS (2014) que menciona que pessoas com 75 ou mais anos que consomem medicamentos é superior a 90%. À pergunta se 'tem outras razões para não tomar a medicação prescrita pelo médico', 8 mencionam razões financeiras para não a tomar (45 % dos indivíduos da amostra). Verificou-se ainda que 18 idosas consideram que o esquecimento de tomar a medicação interfere na evolução da sua doença. No mesmo estudo já anteriormente referido (RP,2013), é mencionado que quando inquiridos em relação às alterações do comportamento relacionado com a toma dos medicamentos, em 2012, motivadas por fatores económicos, verificou-se que 15,8% dos idosos, referiram ter deixado de tomar medicamentos, ou terem começado a espaçar as tomas para poupar, o que evidencia situações de não adesão à terapêutica motivada por fatores económicos. (RP, 2013). Comparando estes dados com o da amostra em estudo em relação aos fatores económicas verificou-se que os idosos em Peniche referem mais dificuldades em adquirir os medicamentos que aqueles inquiridos em Lisboa.

Verificou-se que 17 das Idosas usam óculos, contudo 15 delas não vê bem mesmo com estes (Tabela 6). Maban e Escott- Stump (1998) consideram que a diminuição da função visual torna os idosos com menos mobilidade, condicionado a compra dos alimentos tal como a sua preparação.

Tabela 6. Utilização de óculos.

Usa óculos?	Sim	18
	Não	2
	Sim	5
	Não	15

Em relação à prótese dentária, a totalidade das idosas usa prótese dentária, 15 das quais não conseguem comer com ela, e 10 fazem os respectivos cuidados de higiene. Vários são os autores (Gallo, 2001; Martins in Castro, 2001; Misatlich e Arveux in Ferry et al, 2004) que consideram que as próteses dentárias e a falta de dentes afetam a mastigação e insalivação, o que provoca a diminuição da absorção e da ingestão de certos alimentos como carne, frutas e legumes.

▪ Acessibilidade e Exercício físico

Verificou-se que das 20 idosas, 10 utilizam ajudas técnicas para se deslocar, e que o meio de transporte mais usado continua a ser 'andar a pé' (11 idosas). O estudo SL (2011) refere que na faixa etária acima dos 75 anos, se deslocam predominantemente a pé 29,8%, o que corresponde a pequenas deslocações. Comparando os dados em do OMFEP (2012) verificou-se que nestes, 57% dos idosos se deslocam em carro próprio; enquanto na amostra em estudo são 55% as que se descolam a pé, e que 50% das idosas tem necessidade de usar ajudas técnicas nas suas deslocações.

Em relação à prática de exercício físico, só uma das idosas pratica exercício regular, faz duas vezes por semana (uma hora) hidroginástica. O estudo SL (2011) refere que 43,2% dos idosos não praticam desporto, nem fazem exercício físico, observando-se que na amostra em estudo essa percentagem é superior. Enquanto os dados do OMFEP (2012) referem que 66,2% dos inquiridos não pratica exercício físico. Segundo o IDP (2010),aproximadamente, 45% da população idosa masculina é suficientemente ativa, isto é, pratica 30 minutos de atividade física diária, já no que concerne à população idosa feminina apenas 28% regista uma prática de atividade física.

▪ Práticas Alimentares e Informação sobre os alimentos

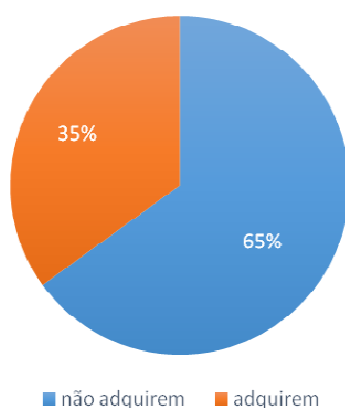
Relativamente a quanto euros gastam ao adquirirem os seus alimentos a maioria das idosas mencionam que gastam entre os 100 e os 300€ mensalmente (13 casos), continuado a ser só duas que gastam mais de 300 € (Tabela 7).

Tabela 7. Despesa em alimentação

Euros (€)	< 100€	100 a 200€	200 a 300	> 300€	Não sabe/ Não responde
N ° de indivíduos	1	8	5	2	4

Verificou-se ainda que 13 dos indivíduos da amostra mencionam que não adquirirem tudo aquilo que precisam (Gráfico 16).

Gráfico 16. Distribuição pela compra do que querem



Em comparação com os dados do Censos 2011, que referem que a despesa anual média dos portugueses com a alimentação entre março de 2010 e março de 2011 representou 13,3% do salário anual médio, uma descida de 5,4% face a 2000.

Em relação à informação sobre alimentação a maioria das idosas, não se informam e as que o fazem, referem que é através da televisão que tem essa informação (Tabela 8).

Tabela 8. Informação sobre alimentação.

	Sim	Não
Nº de indivíduos	7	13

Relativamente à pergunta se lê os rótulos dos alimentos que adquiriu, a totalidade das idosas mencionam que não lê os rótulos dos alimentos que compra. Em relação aos rótulos dos alimentos que consomem a situação é simular, a totalidade das idosas não lê os rótulos dos alimentos que consome.

Em relação à pergunta “qual a comida que mais gosta?”, a maioria (14 idosas) dizem que o que mais gostam de comer é peixe, como dizem a Sra. Felizberta: “caldeirada de peixe á nossa moda”, a Sra. Yvone “caldeirada, mas tem que ser feita por mim”, “gosto muito de comer peixe frito, só com pão, e então se for de um dia para o outro, ainda melhor”, “é peixe, tudo á base de peixe, o meu marido era pescador”, “gosto de comer sardinhas, de qualquer maneira, “peixe-espada frito, apesar de não comer muitas vezes, faz-me mal (ri-se)”, “bacalhau, de todas as maneiras, é sempre bom”. Já em relação à sopa, 10 idosas, referem que o que

gostam mais de comer é sopa, “lá em casa á sempre sopa, o meu marido só come sopa com feijão ou grão, é também as que eu mais gosto”, “voltamos ao que era dantes, á noite só se come sopa” (Tabela 9). Contudo, a análise do INE (BAP, 2010) mostra que a dieta nacional não se faz apenas de preferências.

Tabela 9. Gosto alimentar

	Peixe	Sopa	Carne	Como de tudo
Nº de indivíduos	14	10	0	1

Existem fatores, como o preço, que inferem diretamente nas decisões, que leva a não adquirem tudo aquilo que querem comer. Observou-se ainda que só 5 das idosas referem que mudavam a alimentação que fazem, justificando algumas senhoras com a falta de poder económico cada vez é mais difícil comer aquilo que gosto” (nome, idade), “como só aquilo que posso comer, não há dinheiro” (ver Tabela 10).

Tabela 10. Mudança na forma de se alimentar

	Mudava	Não mudava	Não sabe/Não responde
Nº de indivíduos	5	11	9

Em relação ao número das refeições diárias, verificou-se que 9 idosas fazem 4 e 8 fazem 3 refeições diárias (Tabela 11).

Tabela 11. Numero de refeições diárias

Nº de refeições	3	4	5	> 5
Nº de indivíduos	6	8	5	1

Ao comparar este resultado com o estudo EPEPP (2010), em que a maioria dos idosos consumiam mais de 6 refeições por dia (76%), verificou-se que os idosos da amostra consomem menos refeições diárias. Em relação à refeição do meio da manhã só 4 idosas (8%) consomem alguns alimentos, como uma peça de fruta, um iogurte, umas bolachas, com fruta , comparando com o estudo EPEPP (2010) que refere que nos idosos com idades entre os 65 e os 74 anos, 46.6% consomem a

refeição a meio da manhã e 43.8% em faixas etárias superiores, as idosas da amostra consomem menos vezes esta refeição. Relativamente ao intervalo entre refeições a maioria (13 idosas) tem um intervalo de 4 horas entre refeições, fazendo 4 refeições por dia (Tabela 12).

Tabela 12. Intervalo entre as refeições

Nº de horas	3	4	5	Não sabe/ Não responde
Nº de indivíduos	7	10	3	0

Observou-se que a maioria das idosas bebem sumos/refrigerantes (11 casos) e as que consomem bebidas alcoólicas o fazem às refeições (Tabela 13).

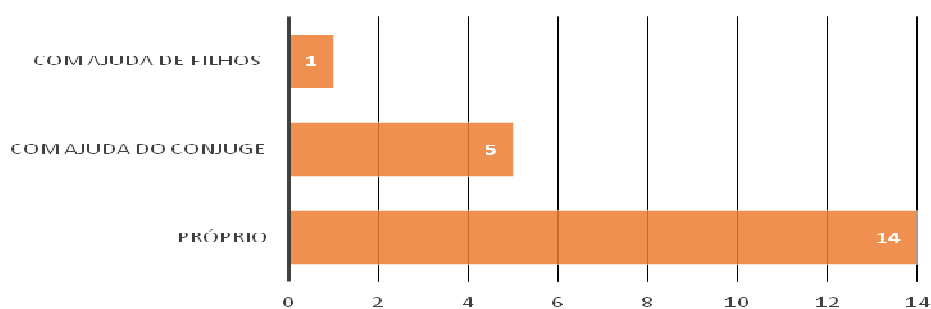
Tabela 13. Ingestão do tipo de bebidas

Tipo de Bebidas	Nº de indivíduos
Alcoólicas	1
Água	8
Sumos/Refrigerantes	11
Não sabe/Não responde	0

A BAP (2010) revela que o aporte diário dos refrigerantes em 2008 representa 2% do total de calorias diárias ingeridas, contudo na BAP (2014), verificou-se que o consumo destas bebidas estava a descer, cerca de 8,1%, justificando esta evolução pela crise económica e aumento do IVA. Já OMFEP (2012) afirma que 20,4% dos idosos em Peniche ingere bebidas alcoólicas diariamente. De acordo com os resultados do INS (2014), 70,0% da população com 15 ou mais anos referiu ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez no último ano, e que cerca de 25,3% da população com mais de 65 anos refere que nunca consumiu bebidas alcoólicas no último ano, comparando esses dados com os da amostra em estudo verificou-se que as idosas da amostra o fazem em muito menor quantidade.

Relativamente a quem elabora as refeições, na sua maioria preparam sozinhas (Gráfico 17).

Gráfico 17. Quem elabora as refeições.



Em relação à lista de compras, na maioria são elaboradas pelos próprios (Tabela 14).

Tabela 14. Elaboração da lista das compras

Elaboração da lista	Nº
Próprio	12
Próprio com cônjuge	5
Próprio com filhos	2
Filhos	1

Verificou-se ainda que a maioria das idosas (12) faz as suas próprias compras (Gráfico 18).

Gráfico 18. Distribuição por quem faz as compras

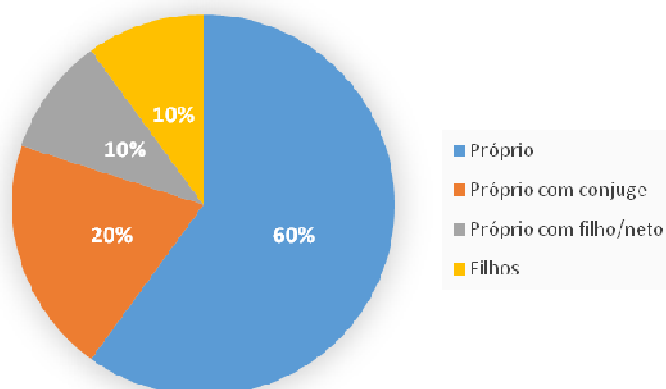
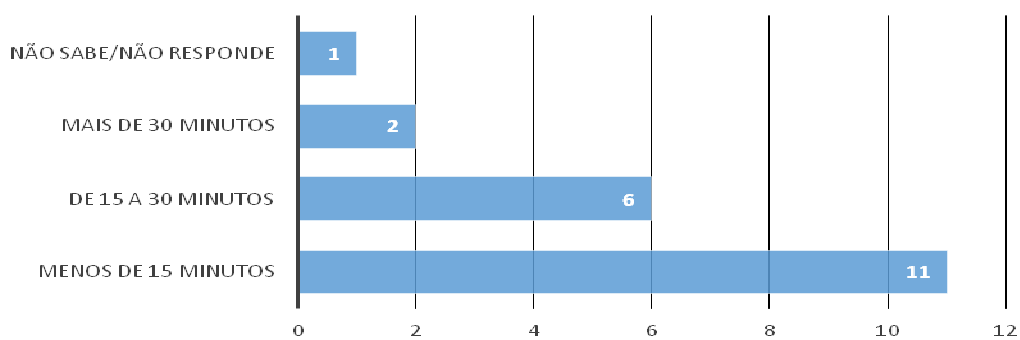


Tabela 15. Local onde adquire os alimentos.

Tipo de loja	Supermercado	Mercado	Mercearia local	Não sabe/Não responde
Nº de indivíduos	17	4	2	2

Tendo-se observado que a maior parte dos indivíduos da amostra adquirem os seus alimentos no supermercado (Tabela 15), ficando este na sua maioria a menos de 15 minutos de distância de casa (Gráfico 19).

Gráfico 19. Distância do local onde realiza as compras.



O estudo SL (2011) refere que cerca de 42,8% dos idosos faz compras no comércio tradicional, já na amostra em estudo esse resultado é inferior, o que se pode justificar pela proximidade dos supermercados da sua residência. Sendo que 50% das idosas se deslocam a pé para realizar as suas compras (Gráfico 20), fazendo-as semanalmente na sua maioria (Tabela 16).

Gráfico 20. Modo de deslocação para as compras

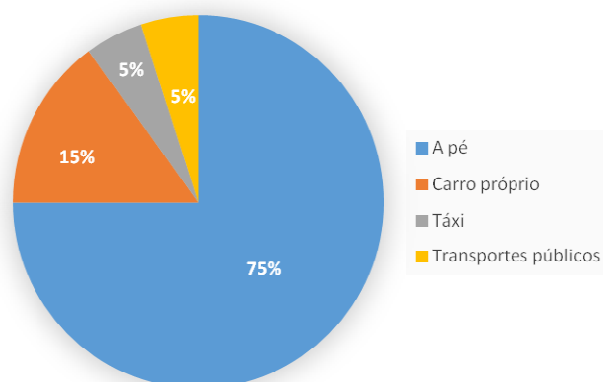


Tabela 16. Periodicidade das compras

	Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Fins-de-semana	Não sabe/Não responde
Nº de indivíduos	5	10	5	4	1

▪ Diversidade alimentar

Em relação ao Questionário de Frequência Alimentar (Tabela 17).

Tabela 17. Frequência do Tipo de Alimentos.

Tipo de Alimentos	Nº de indivíduos	%
Cereais	25	100%
Tubérculos	24	96%
Vegetais e Tubérculos ricos em vitamina A	24	96%
Vegetais de folha verde escura	24	96%
Outros vegetais	22	88%
Frutos ricos em Vitamina A	2	8%
Outras frutas	12	48%
Carnes	3	12%
Outras carnes	17	68%
Ovos	9	36%
Peixe e outro pescado	20	80%
Leguminosas, nozes e sementes	3	12%
Leite e derivados	20	80%
Azeite, óleos e gorduras	24	96%
Doces	16	64%
Especiarias, condimentos e outras bebidas	22	92%

Verificou-se que apenas uma pessoa consumiu todos os alimentos indicados nesta tabela e que 6 pessoas consumiram 76% a 100% dos grupos alimentares identificados (de uma listagem de 16). Procedeu-se, por isso, a uma desagregação da listagem inicial por três grandes grupos: 1) pessoa que consumia até 50% dos grupos alimentares considerados – baixa diversidade alimentar; 2) pessoa que consumia entre 51% e 75% dos grupos alimentares considerados -media

diversidade alimentar; e 3) pessoa que consumia entre 76% e 100% da listagem de grupos alimentares -alta diversidade alimentar (Tabela 18). Verificámos ainda que a dieta dos indivíduos que consomem entre 51% e 75% dos grupos alimentares refere-se aos seguintes grupos alimentares: cereais, azeite, óleos e gorduras, vegetais, tubérculos (Batatas, nabos e outros), especiarias, condimentos e outras bebidas), doces, leite e derivados e peixe e outro pescado. Tendo-se verificado ainda que o prato principal é o peixe, sendo os restantes, os acompanhamentos ou componentes para confeção.

Tabela 18. Diversidade Alimentar (se utilizam todos os grupos ou não).

Até 50% dos grupos alimentares	51% e 75% dos grupos alimentares	76% e 100% dos grupos alimentares
Baixa	Media	Alta
2 Idosas	12 Idosas	6 Idosas

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) referem, que com alguma frequência se verifica um elevado consumo de produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo, como chás e torradas, na população idosa. Já Aguiar (1991) afirma que uma alimentação incorreta facilita o aparecimento de uma doença. A BAP (2014) refere que a dieta portuguesa tem-se vindo progressivamente a afastar dos princípios da variedade, equilíbrio e moderação, afirmando que os portugueses estão a utilizar cada vez mais os cereais substituindo as raízes e os tubérculos na dieta nacional.

O mesmo estudo aponta ainda para o excesso de produtos alimentares dos grupos “Carne, pescado e ovos” (com tendência acentuada para decréscimo), e “Óleos e Gorduras” e défice em “Hortícolas”, “Frutos” e “Leguminosas secas”. Este desequilíbrio entre grupos de alimentos continua a ser, potencialmente, pouco saudável, particularmente com a predominância de proteínas de origem animal e o excesso de gorduras.

Quando se comparam os resultados da amostra em estudo com os resultados da BAP (2014), verifica-se que existe igualmente um desequilíbrio na utilização dos grupos alimentares, com um consumo exagerado de alguns em detrimento de

outros. É disso exemplo: 76% incluíram a doçaria, 100% dos inquiridos consumirem cereais (principalmente pão), só utilizando entre 51 e 75% os grupos alimentares apresentados (entre 16 grupos possíveis), e há uma idosa que só utiliza até 50% dos grupos alimentares. Mas, contrariamente aos resultados referidos na BAP (2014) esta população idosa, consome mais peixe do que carne, respetivamente 72% e 68%, assim como vegetais (94,7%).

2.2. Problemas identificados

Para realizar um diagnóstico de situação, é necessário conhecer neste contexto o conceito de problema de saúde, que é segundo Tavares (1990, p. 51) “ um estado de saúde julgado deficiente pelo individuo” e o diagnóstico de situação “deve terminar sempre com uma lista de problemas, sobre os quais vai cair a escolha do(s) que se pretende(m) solucionar ou minimizar” (Tavares 1990, p. 73).

Foi neste sentido que após realização do diagnóstico de situação, foram identificados problemas e determinadas necessidades, De acordo com a utilização da terminologia CIPE, identificámos a existência de 5 problemas principais na população alvo, tal como é apresentado no Quadro nº1, relacionados com as atitudes das idosas fase à sua alimentação.

Quadro 1. Problemas identificados.

Problema identificado		Situação verificada
		Utilização excessiva de doces e sumos no consumo diário
		Não uso de alguns grupos alimentares da Roda dos Alimentos e dos valores diários recomendados na mesma.
B	Dentição comprometida	Em relação à prótese dentária, 21 dos indivíduos da amostra usa prótese dentária, 13 dos quais não consegue comer com ela,
		Relação entre produtos e custo
		Dificuldades económicas, algumas idosas referem que “alimentação boa é cara”
D	Défice de conhecimento sobre a prática de Exercício Físico	Em relação à pratica do exercício físico 23 idosas não pratica qualquer atividade física,
E	Risco elevado de complicações metabólicas por aumento do perímetro de cintura	A maioria das idosas tem um PC maior que 100cm (16 casos)

2.3. Determinação de prioridades

Após o diagnóstico de situação, segue-se a definição de prioridades (Imperatori e Giraldes, 1992), ou seja, a escolha dos problemas a abordar na intervenção, que corresponde à segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde, tornando-se “ necessário selecionar prioridades, procurando saber que problema (s) se deve(m) tentar solucionar em primeiro lugar.” (Tavares 1990, p.83). As formas de proceder são numerosas, tal como os instrumentos que servem para as determinar, sendo os critérios e as suas combinações que determinam a seleção dos problemas prioritários. O ordenamento será diferente segundo os critérios que se empregam ou, conforme o modo selecionado de os combinar (Imperatori e Giraldes,1992).

Foi selecionada, como técnica, a grelha de análise para a determinação das prioridades deste projeto, esta é uma técnica semi quantitativa. Segundo Imperatori e Giraldes (1992), aplica-se através da ordenação dos problemas, pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas. Esta técnica atribui sucessivamente uma classificação de mais ou de menos ao problema, de forma sequencial, segundo os quatro critérios enunciados (Tavares, 1990), no final, obtém-se um resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima, onde o percurso final do problema dependerá, do número de positivos e negativos obtidos em cada critério (Imperatori e Giraldes, 1992). Assim a partir da grelha de análise, e de acordo com a sequência anteriormente referida, construiu-se o Quadro nº 2, com o intuito de ilustrar a classificação atribuída para cada problema.

Quadro 2. Classificação dos problemas.

Critérios	Problemas				
	A	B	C	D	E
Importância do problema	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
Relação problema com os fatores de risco	(+)	(+)	(-)	(+)	(+)
Capacidade técnica para o resolver	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)
Exequibilidade da intervenção	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
TOTAL	1	4	8	1	2

Após a aplicação da grelha de análise, ficou determinado quais os problemas a abordar na nossa intervenção (Quadro nº 3)

Quadro 3. Problemas selecionados.

Problemas Selecionados	
Problema A	Défice de conhecimento sobre regime dietético/ Alimentação saudável
Problema D	Défice de conhecimento sobre a prática de Exercício Físico
Problema E	Risco elevado de complicações metabólicas por aumento de perímetro de cintura
Problema B	Dentição comprometida

Foi excluído o Problema C – Falta de abastecimento de alimentos, pois ele está relacionado com dificuldades económicas e a relação entre produtos e o seu custo não sendo possíveis intervenções diretas e imediatas de enfermagem comunitária neste problema.

2.4. Fixação de objetivos

Foi nesta etapa do planeamento em saúde, que definimos, os objetivos para a nossa intervenção comunitária nesta área. De modo a responder às necessidades de saúde das idosas, foi importante realizar intervenções que capacitassem as idosas para realizar e manter mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde. Aqui a educação pode transformar a realidade, como explicita o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (1982), através de um movimento reflexivo, emergindo da consciência do indivíduo, atitudes e ações que irão interferir nas suas condições de saúde ou doença. Estimular para o autocuidado é de extrema importância e fundamental para que o idoso aprenda e ter uma vida mais saudável, sendo responsável por si mesmo, visando o seu bem-estar, tal como menciona a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (1993). Deste modo, as atividades de promoção de saúde ligam-se à combinação de experiências cognitivas, crenças, hábitos e práticas que caracterizam os modos de vida do grupo

e a cultura às quais o indivíduo pertence. Neste sentido, o desempenho de tais atividades envolve necessariamente uma decisão, uma escolha, como referem Sakraida e Pender (2006). Estes autores mencionam ainda que não são apenas os fatores internos ao indivíduo, mas também o contexto em que ele vive, que interfere no seu conhecimento ou habilidade de refletir, julgar e decidir, influenciando na sua capacidade de adotar uma postura favorável ao autocuidado. Assim sendo, urge desenvolver intervenções que permitam ações de autocuidado para uma alimentação saudável, e foi neste contexto que se desenvolveu o presente projeto, com a **finalidade** de capacitar os Idosos do Centro de Convívio de Peniche para opções de práticas alimentares saudáveis.

Foi definido como **Objetivo Geral** deste projeto de intervenção de enfermagem comunitária capacitar as idosas para a promoção de uma alimentação saudável e a adoção de hábitos de vida saudáveis nos Idosos, que frequentem o Centro de Convívio de Peniche. E definimos como **Objetivos Específicos**:

- Conhecer as práticas alimentares da população idosa, que frequentem o Centro de Convívio de Peniche;
- Promover conhecimentos sobre Alimentação Saudável;
- Promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Promover a reflexão sobre a mudança dos hábitos alimentares;
- Valorizar a cultura alimentar e os hábitos de alimentares regionais;
- Identificar transformações nos hábitos alimentares da população que frequentem o Centro de Convívio de Peniche e as alterações alimentares no último ano.

2.5. Estabelecimento de estratégias

Perante a identificação dos problemas, surge a necessidade e dever profissional de intervir, com a finalidade de os diminuir ou tentar a sua resolução, tal como afirma a OE (2009), é dever dos enfermeiros, quando o utente não consegue ou não sabe adquirir o equilíbrio intervir na comunidade em que o utente está inserido, proporcionando-lhe o apoio necessário através de intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença. Também Dorothea Orem (2001) considera que

sempre que o utente esteja incapaz ou limitado para promover o autocuidado contínuo e eficaz o enfermeiro deve orientá-lo, através de métodos válidos. Isto é, desenvolvendo ações, nomeadamente sobre alimentação saudável, atividade física, informação sobre os alimentos adquiridos, entre outros (Foster e Janssens, 1993). Contudo, a autora postula que as atividades do autocuidado são afetadas por diferentes aspetos como: crenças culturais, hábitos e práticas habituais da comunidade em que os utentes estão inseridos (Orem, 2001). Igualmente o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (2011) afirma que os enfermeiros desenvolvem as intervenções para comportamentos de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo do autocuidado (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002.), de forma a aumentar a prevalência da promoção da saúde e estilos de vida na sociedade como um todo (Pender, 1987). Para tal é necessário ter em conta a inter-relação de três fatores principais: as características e experiências individuais; os sentimentos sobre o que se quer alcançar e o comportamento de promoção de saúde desejável.

É de salientar que esta comunidade não dispõe de meios económicos suficientes para adquirir os alimentos (13 idosas recebem menos de 300 euros), não adquirindo tudo aquilo que precisam (13 idosas). Foi constatada a falta de conhecimento quanto à mudança de hábitos alimentares associados à escassez de recursos (só 5 das idosas refere que mudava de alimentação), desconhecimento sobre a informação dos rótulos alimentares (13 das idosas não se informam, mencionam que não leem os rótulos dos alimentos que compram, nem os dos alimentos que consomem,). Assim como em relação à atividade física as idosas, apesar de realizarem atividade física regular esta não é feita de forma programada (55% das idosas a andam pé, apesar de 50% das idosas ter necessidade de usar ajudas técnicas nas deslocações). Essas dificuldades podem ser percebidas pelos discursos das idosas: “ cada vez é mais difícil comer aquilo que gosto”, “ como só aquilo que posso comer, não há dinheiro”, “ não tenho dinheiro para comer aquilo que quero”, “ gostava de comer outras coisas, mas não dá”, “ gostava que fosse mais diversificada”.

A OE (2011) refere que o enfermeiro é um elemento primordial na ajuda da satisfação das necessidades básicas e na promoção da saúde do indivíduo ao

capacitá-lo de meios favoráveis à criação do seu projeto de saúde e de vida. Sendo assim optou-se pelas seguintes estratégias:

- Conhecer as práticas alimentares das idosas que frequentam o CCP
- Valorizar as práticas alimentares das idosas que frequenta o CCP;
- Utilizar intervenções de caráter lúdico de modo a fomentar a promoção de saúde e estilos de vida na sociedade como um todo (Pender, 1987);
- Realizar sessões de educação para a saúde sobre a temática Alimentação saudável, no sentido de aumentar os conhecimentos sobre o tema, pois o autocuidado e a aprendizagem são atividades estreitamente vinculadas sendo uma das vias de aquisição voluntária de comportamentos de saúde (Orem,2001);
- Criação de material educativo impresso sobre a temática Alimentação Saudável
- Criação do Projeto Mexa-se pela sua Saúde;
- Criação do Projeto Sorrir em Peniche;
- Criação de Protocolo entre o Centro Hospitalar do Oeste (CHO) e o ACES ON através da UCC Peniche para a implementação de uma consulta de dietista.

Para cada uma das intervenções foi necessário delinear e realizar as seguintes atividades: a seleção de datas; a divulgação das intervenções; a preparação da temática; a preparação do local de ação; a seleção de conteúdos; a realização e a avaliação da intervenção. Como o CCP tem um plano de atividades próprio que contempla atividades planificadas quer a nível interno, como a nível inter institucional, que permite aos idosos de várias IPSS concelho interagirem, estas atividades são organizadas e dinamizadas pelo Grupo de Trabalho “Pessoas Idosas, Envelhecimento e Intergeracionalidade”; foi necessário planear e agendar todas as intervenções com os animadores responsáveis pelo agendamento das atividades.

2.6. Preparação operacional

Nesta etapa faz-se a especificação das atividades, para as quais deve ficar estabelecido quem as vai implementar, quando, onde, como, qual o objetivo que pretende atingir e de que forma será feita a avaliação dessa atividade. A preparação operacional, que se executa na elaboração de programas e projetos, tem como principal objetivo preparar a execução do projeto. Isto é, o estudo das intervenções e atividades necessárias à execução total ou parcial de uma determinada estratégia, com a finalidade de atingir um ou mais objetivos. É nesta fase que é feito um estudo detalhado das atividades para uma determinada estratégia com vista a atingir um determinado objetivo, devendo-se para tal e segundo Tavares (1990), considerar os elementos como a população alvo já fixada, a fixação de objetivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e o seu financiamento, assim como acessibilidade da população, os contextos económicos, individuais, sociais e culturais, onde se pretende desenvolver determinada atividade. É também nesta fase que se definem, os calendários e cronogramas de execução, os responsáveis pelo seu acompanhamento e qual a responsabilidade de execução de cada uma das entidades envolvidas. Sendo uma fase extremamente importante para o bom êxito de um programa ou projeto, segundo Imperatori e Geraldés (1993).

Começou assim esta nova etapa, com a elaboração de um cronograma das atividades a desenvolver (Apêndice III). Foram realizadas igualmente reuniões para o planeamento das intervenções comunitárias com a Orientadora do local de Estágio Vereadora Clara Abrantes, bem como reuniões de orientação com a Professora Orientadora Maria Manuel Quintela.

2.6.1. Seleção de intervenções

A seleção de intervenções é outra das etapas do planeamento em saúde e surge após afixação dos objetivos, pretende-se nesta etapa, propor formas de atuação com a finalidade de atingir os objetivos. Nesta etapa, procurou-se definir as diferentes formas de resolver os problemas ou necessidades identificadas, permitindo estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários identificados, dependendo dos objetivos definidos anteriormente, dos

recursos disponíveis na comunidade, do grupo alvo com o qual se pretende trabalhar e do espaço temporal para a sua implementação.

A ferramenta primordial da Enfermagem é o cuidar, este é o foco da sua ação e possui um alcance muito além do atendimento às necessidades básicas do ser humano, em que Cuidar significa “estar com” a pessoa numa atmosfera de mútuo respeito, criando possibilidades de desenvolvimento do potencial de ambos numa relação de parceria (Kérouac et al, 1996). É esta que, segundo a O.E. (2001), traça a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e indivíduo / grupo, foco dos cuidados, tendo em conta as suas capacidades e da valorização do seu papel. Esta relação tem como objetivo incentivar o utente a ter um papel proactivo no seu próprio “projeto de saúde”. Essa capacitação pressupõe um processo de auto educação (Freire,1975), que leva a pessoa a ser dona do seu projeto pessoal e não do projeto de outrem. Tal como afirma Bandura (1997) os indivíduos precisam de confiança nas suas capacidades para organizar e executar as ações para a resolução de um problema. Desta forma, podem os comportamentos das pessoas serem explicados através da interação de vários fatores individuais, dos comportamentos e dos acontecimentos ambientais. A este conjunto o autor denomina como “reprocidade triádica”, que interagem entre si. (Bandura, 1977). As intervenções de enfermagem alcançam os indivíduos no desenvolvimento da sua independência, da autonomia, do autocuidado e da autoestima (Martins e tal, 2007). A OE (2007, p.9) diz que as intervenções de enfermagem “contribuem para a melhoria de resultados da saúde funcional dos clientes e sua qualidade de vida em aspetos físicos, psicossociais e cognitivos, papel desempenhado, mobilidade, controlo e autonomia”.

Em relação aos sujeitos envolvidos, Maffacciolli (2005), recomenda que se tenha em conta as condições objetivas, conhecimentos, valores e experiências no desenvolvimento das intervenções educativas, aspetos como a cultura e os hábitos alimentares das pessoas envolvidas devem ser considerados, no sentido de resgatar a cultura alimentar local e que reconheçam que os hábitos alimentares atuais na sociedade não são saudáveis. Nesse sentido, além da divulgação de informações em relação à alimentação saudável, deve-se incentivar a reflexão sobre fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em alimentação e saúde, utilizando metodologias que estimulem o espírito crítico e a opção das pessoas

diante de sua realidade a fim de que possam fazer escolhas alimentares mais saudáveis. Referindo a mesma autora que as intervenções realizadas, serão mais eficazes se realizadas em grupo, pois estes estabelecem objetivos comuns. O formato de grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes.

Para Sakraida e Pender (2006) a promoção da Saúde é um processo de capacitação da comunidade visando a sua qualidade de vida, através da maior participação no controle deste processo para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesta perspectiva, os indivíduos/ grupos devem saber identificar as suas ambições, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o seu meio ambiente. A responsabilidade pela promoção da saúde é compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e por profissionais da saúde de todas as áreas, sendo crescente a participação dos enfermeiros nessas intervenções.

Foram realizadas igualmente intervenções de caráter lúdico, pois estas enquadram-se como instrumentos capazes de auxiliar o enfermeiro no desenvolvimento de seu papel como elemento para a promoção de saúde, mas também momentos de interação e convívio, o que pressupõe benefícios de saúde quer física, mental e social.

Portanto, foram selecionadas as seguintes intervenções, tendo em conta os recursos físicos e financeiros disponíveis: 1) Sessões de EPS, no âmbito da Alimentação Saudável com os seguintes temas: Os rótulos alimentares e a Dieta Mediterrânea; 2) Realização de um Cartaz sobre o tema Alimentação Saudável; 3) Criação de um Kit de jogos com o tema Alimentação Saudável; 4) Realização de uma tarde de jogos, Criação de material educativo impresso sobre a temática Alimentação Saudável com o tema: A Roda dos Alimentos Recomendações para comprar alimentos saudáveis, A Alimentação Saudável, A receita de Sal temperado; Distribuição do material educativo impresso; 5) Projeto Mexa-se pela sua Saúde; 6) Projeto Sorrir em Peniche; 7) Acompanhamento individualizada às idosas diabéticas; 8) Criação de Protocolo entre o CHO e o ACES ON através da UCC Peniche para Consulta de Dietista.

2.6.2. Justificação da escolha das intervenções

Os cuidados de enfermagem focam a aprendizagem dos utentes para que estes se tornem mais autónomos quando se encontram menos capacitados no seu autocuidado. Ensinando o utente a gerir os recursos de que dispõe, ajudam-no a retomar a sua capacidade de satisfação das suas atividades de vida (Vieira, 2009). Para este autor estas ações são procedimentos de enfermagem por excelência e devem ser dirigidos ao utente de forma a promoverem melhorias no seu estado de saúde. Já a OE, ao definir as competências dos enfermeiros em 2003, realça a necessidade de utilização na prestação de cuidados, de uma linguagem esclarecida, clara e sucinta. A CIPE (2010) citada pela OE (2010), considera a aprendizagem como um processo de adquirir conhecimentos ou competências através do estudo sistemático, instrução prática, treino ou experiência, indicando que “ a educação é necessária para autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado” (OE 2009, p.34). Já Educar para a CIPE (2010), é descrita como uma forma de ensinar características específicas, dar conhecimentos a alguém sobre alguma coisa; é produzir mudança nos comportamentos e sentimentos do “outro”. A adesão à educação pode ser melhorada e para isso não basta informar. É necessário motivar, ensinar os utentes e envolvê-los nos cuidados. As intervenções lúdicas não só promovem momentos de promoção de saúde, mas criam igualmente um espaço de comunicação, além de proporcionar momentos prazerosos e retirar o idoso da ociosidade. Estas envolvem questões importantes como o estímulo dos mecanismos cognitivos (memória, atenção, perceção, raciocínio, julgamento, criatividade); integração intra e interpessoal, possibilitando o estímulo dos movimentos motores e a conseqüente auto estima. Ou seja, funciona como um sistema que permite trazer de volta alguma felicidade e capacidade de ver as coisas boas da vida, esquecendo momentos tristes (Moura e Camargos, 2005). Os momentos lúdicos podem reaver a criatividade das pessoas, a alcançar a sua autoestima e dando um motivo para viverem, enfrentando as suas desigualdades sociais, fazendo com que sejam capazes de superar situações (Santin, 1994). Essas atividades contribuem ainda para o autocuidado, gerando um sentimento de eficácia, desempenho cognitivo e físico, além de ampliarem a rede social.

Acredita-se que o enfoque da educação para o autocuidado dos idosos seja um dos caminhos que possam contribuir para que estes venham a se cuidar, direcionando positivamente a sua vida, preservando a autonomia e mantendo a independência no maior grau possível, considerando assim o envelhecimento como uma experiência positiva. Tal como refere Orem (1995) quando considera o autocuidado como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, acrescentando ,ainda que quando o autocuidado é efetivamente realizado ajuda a manter a dignidade, contribuindo assim para o desenvolvimento humano.

Ao longo do ciclo de vida a pessoa tende e aspira a tornar-se independente dos outros, nomeadamente naquilo que são as tarefas para cuidar de si próprio (Orem, 1995), precisando para isso de conhecimento, experiência e capacidade. Cuidar de si próprio, implica no indivíduo um determinado grau de autonomia que no entanto pode sofrer variavelmente algumas oscilações ao longo da vida. A mesma autora reconhece que as capacidades de autocuidado podem ser afetadas por vários fatores, nomeadamente estado de saúde, doenças prévias, experiências e padrões de vida. O autocuidado é um conceito educacional que vem sendo utilizado junto à população idosa compreendendo todas as ações e decisões que os idosos podem executar para prevenir, diagnosticar e tratar uma enfermidade; abrange ainda atividades individuais e dirigidas a manter e melhorar a sua saúde (Cervato,1999). É neste sentido que o autocuidado está portanto, intimamente associado à educação para a saúde. O processo de aquisição de conhecimentos e de tomada de decisão é facilitado entre outros recursos, pela utilização de material impresso, tendo este o objetivo de proporcionar informação sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado (Bernier, 1996). Este material escrito deve ser de fácil entendimento, melhorando o conhecimento e desenvolvendo atitudes e habilidades, facilitando a autonomia, promovendo a adesão, tornando os clientes, capazes de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, favorecendo a sua tomada de decisão. É um instrumento que facilita o processo educativo uma vez que permite ao leitor, destinatário da comunicação, uma leitura posterior possibilitando-lhe a superação de eventuais dificuldades, através do processo de decodificação e de memorização (Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud, 2000).

A saúde e a sua promoção estão intimamente relacionadas com o nível de educação ou de alfabetização dos indivíduos, sendo a informação transmitida pelo profissional de saúde, importante mas limitada pelo tempo e pelas limitações de memória de muitos utentes (Raynor & Dickinson, 2009), sendo assim ferramentas que conferem autonomia ao utente, em função das competências individuais. Contudo, esta ferramenta de promoção de saúde está intimamente relacionada com o grau de escolaridade ou literacia em saúde dos clientes. Esta pode ser definida como a capacidade individual em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde, tendo por finalidade um adequado processo de tomada de decisão em saúde (Kirskey et al, 2004). A OMS já em 1998 definia a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (OMS, 1998) tendo o enfermeiro que lida com educação em saúde a função de escolher, selecionar e preparar a mensagem e determinar seu melhor veículo de comunicação, de modo esta seja efetiva.

Pode-se considerar que o processo educativo consiste em projetar no indivíduo a possibilidade de apropriar-se de sua própria experiência e de partilhar as experiências dos outros, o que, para o idoso, significa melhoria das condições de saúde, independência e capacidade de autocuidado (Marin et al., 2003). Deste modo, estes autores sugerem que as ações educativas contribuem para mudanças de comportamento de forma voluntária, favorecendo o estado de saúde, e que a utilização dos jogos educativos e das atividades lúdicas que têm como finalidade propiciar uma aprendizagem, são capazes de contribuir para a melhoria da saúde dos indivíduos.

2.6.3. Implementação de intervenções

A implementação é, essencialmente, uma ação destinada a um público específico, objetivando um resultado específico, que pode ser composta de várias atividades, é portanto, planeada, executada e avaliada. Descrevo de seguida, no Quadro nº 4, as intervenções desenvolvidas no Projeto, enunciando, cada intervenção com os objetivos das mesmas. Foram igualmente criados os projetos:

Projeto Sorrir em Peniche (Apêndice IV) e o Projeto Mexa-se pela sua Saúde (Apêndice V), no sentido de responder às necessidades encontradas. Assim como o desenvolvimento futuro de um Protocolo de Consulta de Dietista.

Quadro 4. Intervenções planeadas.

Intervenções a realizar	Objetivos para cada intervenção
Sessões de EPS, com o tema “Os rótulos alimentares”	Promoção de hábitos e comportamentos alimentares saudáveis Instruir a ler rótulos de produtos alimentares embalados/processados Alertar os utentes para a importância da leitura dos rótulos dos géneros alimentícios. Alertar para a influência da publicidade nos hábitos de alimentação e consumo.
Sessões de EPS, com o tema “Dieta Mediterrânea “	Promoção de hábitos e comportamentos alimentares saudáveis Incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis
Realização de um Cartaz sobre o tema Alimentação Saudável;	Incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis Propiciar conhecimento sobre bons hábitos alimentares Promoção de comportamentos alimentares saudáveis
Realização de uma tarde de jogos	Promoção de hábitos e comportamentos alimentares saudáveis Facilitar o envolvimento na promoção da sua própria saúde / auto cuidado; Desenvolver jogos lúdicos que abordem conceitos básicos sobre alimentação saudável; Aplicar jogos lúdicos educativos às idosas abrangendo conceitos sobre alimentos saudáveis e promoção de saúde.
Realização de um lanche Saudável	Incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis Propiciar conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis;
Culinária de ‘ <i>outros tempos</i> ’;	Valorizar a cultura alimentar e os hábitos de alimentares regional; Promover a valorização das memórias das Idosas; Proporcionar um momento de socialização entre as Idosas.
Material educativo impresso sobre a temática Alimentação Saudável	Propiciar conhecimento sobre bons hábitos alimentares Melhorar o conhecimento sobre o tema Alimentação saudável, e o autocuidado das idosas.
Kit de jogos com o tema Alimentação Saudável;	Propiciar conhecimento sobre bons hábitos alimentares Desenvolver jogos lúdicos que abordem conceitos básicos sobre alimentação saudável e promoção de saúde Promoção de hábitos e comportamentos alimentares saudáveis

Para que se possa garantir a eficiência de um projeto, torna-se necessário uma monitorização e uma avaliação possibilitando assim a gestão do projeto. Foram assim estabelecidas as seguintes **metas** que traduzem, como afirmam Imperatori e Giraldes “o resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde” (Imperatori e Giraldes.1993 p.80)

- Que 50% das idosas (10 idosas) assistam às intervenções realizadas e que 75% das idosas presentes participem nas atividades propostas;
- Que seja distribuído pelo menos a 50 % Material educativo impresso (10 idosas) sobre Alimentação saudável;
- Que 30% das idosas (6 idosas) participem nas sessões de atividade física;
- Que 50% das idosas (10 idosas) fizessem uma refeição a meio da manhã e outra a meio da tarde;
- Que 20 % das idosas (2 idosas) passem a ler os Rótulos alimentares;
- Que 30 % das respostas sejam acertadas tanto no Jogo dos Semáforos como no Jogo da Força;
- Que 20% das idosas (2 idosas) diminuam o peso;
- Que 20 % das idosas (2 idosas) diminua o seu perímetro abdominal.

Foram igualmente nesta etapa, estabelecidos os indicadores, que pretendem monitorizar as intervenções ou outras medidas, visando a prestação de cuidados (TAVARES, 1990). A necessidade de definir um painel de indicadores que sejam fiáveis e que respondam às características específicas deste projeto é determinante no processo de trabalho numa perspetiva de Enfermagem comunitária, através deles esperamos obter uma mensuração das intervenções usadas, servindo igualmente como elementos de monitorização do projeto. Para Imperatori e Giraldes (1993) um indicador é sempre uma relação entre uma atividade desenvolvida ou resultado esperado e uma população em risco. Os mesmos autores mencionam ainda que existem dois tipos diferentes de indicadores: os de resultado (ou impacto), que medem as alterações verificadas nos problemas de saúde ou a dimensão dos problemas; e os de atividade (ou execução) que medem as atividades desenvolvidas no sentido de atingir os indicadores de resultado. Estes autores afirmam ainda que os indicadores quando adequados fornecem dados sobre a realidade e as melhorias entretanto conquistadas (Imperatori, Giraldes, 1993). Para a avaliação destes

projetos foram criados então alguns indicadores de atividade, também chamados de execução (Quadro nº 5) e os indicadores de resultado (Quadro nº 6), que permitam avaliar os resultados de saúde. Relativamente aos Indicadores de resultado, não são possíveis de aplicar neste espaço de tempo, estes permitem avaliar o estado de saúde após a intervenção, através deles esperamos obter uma mensuração do impacto que as intervenções realizadas tiveram na comunidade onde se inseriram as atividades propostas.

Quadro 5. Indicadores de execução.

Indicadores de execução	Meta
N.º idosas presentes em media nas sessões	50% (10 idosas)
Nº de idosas que participaram no jogo do semáforo / Nº total de idosas presentes á sessão x100	75% (15 idosas)
Nº de idosas que participaram no jogo da Forca / Nº total de idosas presentes á sessão x100	75% (15 idosas)
Nº de folhetos distribuídos em media em cada sessão	50% (10 idosas)
Nº de idosas que participaram na realização do cartaz / Nº total de idosas presentes á sessão x100	80% (16 idosas)
Nº de sessões de educação para a saúde efetuadas / Nº de sessões de educação para a saúde programadas X 100	100%

Quadro 6. Indicadores de resultado

Indicadores de resultado	Meta
Nº de idosas com diminuição do peso corporal/ Nº de idosas que frequentam o centro de convívio X100	20% (4 idosas)
Nº de idosas com diminuição de perímetro abdominal/ Nº de idosas que frequentam o centro de convívio X100	20% (4 idosas)
Nº de idosas que fazem a refeição a meio da manhã/ Nº de idosas que frequentam o centro de convívio X100	50% (10 idosas)
Nº de idosas que fazem a refeição a meio da tarde/ Nº de idosas que frequentam o centro de convívio X100	50% (10 idosas)
Nº de idosas que fazem leem os rótulos dos produtos alimentares/ Nº de idosas que frequentam o centro de convívio X100	20% (4 idosas)
Nº de idosas que usam na usa alimentação mais de 76% dos grupos alimentares considerados/ Nº de idosas que frequentam o centro de convívio X100	50% (10 idosas)

2.6.4. Atividades Complementares

Nesta seção descrevem-se as atividades de estágio, que foram realizadas não como estratégia para dar resposta às necessidades encontradas, mas sim com uma forma de as completar.

Durante o estágio, verificou-se que das 9 idosas com o diagnóstico de diabetes, 7 não tinham médico de família, e que apresentavam fraca adesão às medidas terapêuticas (6 Idosas), assim como na maioria não realizavam a autovigilância glicêmica (5 Idosas), nem a auto observação do pé (9 Idosas). Sendo assim optamos por fazer um acompanhamento individualizado às idosas diabéticas, que consistiu em fazer agendamento de consultas no Centro de Saúde e sessões individuais de educação para a saúde (Apêndice VI).

2.7. Avaliação

No Planeamento de Saúde, pressupõem a etapa da avaliação, esta consiste na utilização de dados e informação no sentido de identificar se os meios, estratégias e atividades delineadas e implementadas foram eficazes na resolução dos problemas identificados. Destina-se também a determinar se os objetivos foram atingidos ou se as atividades planeadas foram executadas. Para Imperatori e Giraldes (1993), a finalidade da avaliação não é só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, mas principalmente melhorar programas e orientar a distribuição de recursos com base nas informações fornecidas pela experiência. Os mesmos autores reconhecem ainda que sendo o objetivo de um problema de saúde o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.79) trazem assim dificuldades e limitações. Pois, é difícil medir o contributo singular de uma intervenção, ou mesmo dos serviços de saúde em termos globais, atendendo à multiplicidade de fatores que podem influenciar a evolução do estado de saúde (crenças de saúde, escolaridade, condições socioeconómicas, etc.).

Foram realizados dois períodos de avaliação, o 1º após a realização das intervenções (2014), onde foram avaliados os indicadores de atividade, também chamados de execução, que medem as atividades desenvolvidas no sentido de atingir os indicadores de resultado. Em 2016, realizou-se a avaliação dos indicadores de resultado, com a aplicação dos mesmos instrumentos de colheita de dados às 13 idosas das 20 que constituíam a amostra em 2014. Destas, 4 tinham falecido e 3 encontravam-se a residir fora do concelho, com familiares. Foram assim realizadas 13 visitas domiciliárias, tornando possível a avaliação dos resultados de saúde, ou seja, avaliaram-se as alterações verificadas nos problemas de saúde e a dimensão dos problemas identificados anteriormente. Através destas avaliações, esperamos obter uma mensuração do impacto que as intervenções realizadas tiveram na comunidade onde se inseriram as atividades propostas.

2.7.1. Avaliação dos indicadores de atividade ou de execução

Em média estiveram presentes nas sessões realizadas (Quadro nº 7), cerca de 69.6 % (14 idosas) e destas 94 % das idosas participaram nas atividades propostas, a meta proposta era que 50% das idosas (10 idosas) assistam às intervenções realizadas, e que 75% das idosas presentes participassem nas atividades sendo assim foi amplamente atingida a meta proposta.

Quadro 7. Números de idosas presentes nas sessões/que participaram nas sessões.

Atividade desenvolvida	Números de idosas presentes nas sessões	Números de idosas que participaram nas sessões
Sessão: Os Rótulos alimentares	64% (16 idosas)	100% (16 Idosas)
Sessão: Dieta Mediterrânea	68% (17 idosas)	100% (17 Idosas)
Sessão: Realização do Cartaz	72% (18 idosas)	94% (17 idosas)
Sessão: Tarde jogos	44% (11 idosas)	81% (9 idosas)
Realização de um Lanche Saudável	100% (20 idosas)	95% (19 idosas)

Em relação á distribuição de material educativo impresso a meta era que pelo menos esse material fosse distribuído a 50% das idosas. Foram construídos os seguintes materiais educativos impressos: A Roda dos Alimentos, Recomendações

para comprar alimentos saudáveis, A Alimentação Saudável, A receita de Sal temperado, distribuídos nas sessões sobre “Os Rótulos alimentares” e na Sessão “Dieta Mediterrânea”, em ambas as sessões foram distribuídos a todas as idosas presentes, mesmo às idosas analfabetas, referindo estas que levam para casa para os familiares lhes lerem (Apêndice VII).

Durante as sessões sobre “Os Rótulos alimentares” e na Sessão “Dieta Mediterrânea”, foram realizados respetivamente o jogo dos Semáforos e o jogo da Forca, estes continham as primeiras 12 respostas possíveis e o segundo 6. A meta proposta era que houvesse 30% de respostas certas no jogo dos Semáforos houve 9 e no Jogo da Forca 4, sendo assim foi igualmente atingido este objetivo.

Em relação às Práticas Alimentares e Informação sobre os alimentos observava-se que relativamente à refeição do meio da manhã só 4 idosas, consumiam alguns alimentos: “uma peça de fruta, o que eu tiver”, “um iogurte”, “umas bolachas, com fruta”, são algumas dos alimentos escolhidos, tendo-se observado que 10 idosas, passam a mencionar que passaram a fazer um pequeno lanche a meio da manhã, composto na sua maioria por fruta. Já em relação à refeição do meio da tarde, no início do estágio observei que a maioria (13) das idosas não traziam lanche, indo um dos animadores comprar pão ou bolos num café situado perto do centro e que para 8 destas idosas esta constituía a última refeição que faziam.

No final de estágio a maioria das idosas (12) comiam o lanche que traziam de casa (fruta, bolachas e iogurte) referindo uma delas, “por vezes não me lembro de trazer nada, mas assim é mais fácil, fruta e bolachas”. Em relação à leitura dos rótulos alimentares a meta proposta era que 20 % das idosas (2 idosas) passem a ler os Rótulos alimentares. As idosas que frequentam o centro de convívio referiram em novembro de 2014 que não tinham o hábito de ler os rótulos nem dos alimentos que compram nem dos que consomem, já em final de fevereiro de 2015, 5 idosas mencionam que têm tido alguma atenção aos rótulos dos alimentos que adquirem, apesar de referirem que lhes é muito difícil ler os rótulos, como ilustram as afirmações destas: “as letras são muito pequenas, nem os novos a conseguem ler, quando mais nós”, “aqueles produtos que têm a explicação á frente são mais fáceis”, mencionando algumas (4 idosas) que deixaram de comprar alguns alimentos porque, “deixei de comprar produtos *diet* ou *light*, não são o que dizem ser”. Tendo sido atingido igualmente o objetivo proposto.

Na intervenção “Culinária de outros tempos”, foram realizadas as atividades descritas no Quadro nº 8.

Quadro 8. Culinária de outros tempos – Atividades desenvolvidas.

Nº de Sessão	Tema	Data	Horário	Local
1ª	Apresentação do tema e objetivos	5/11/2014		
2ª	Recolha de receitas	19/11/2014		
3ª	Recolha de receitas	26/11/2014		
4ª	Seleção de receitas	3/12/2014		
5ª	Gravação de receitas	22/12/2014		
6ª	Confeção da receita selecionada	A designar		A designar

A confeção da receita selecionada será posteriormente ser confeccionada, na Escola Secundária de Peniche pelas idosas para os alunos do Curso profissional de auxiliares de saúde.

Foi criado igualmente um Kit de jogos (Bingo da alimentação saudável, jogo da glória da alimentação saudável; jogo da memória dos frutos e legumes; domino dos frutos; palavras cruzadas e quebra cabeças sob o tema alimentação saudável) que foi utilizado na Tarde de jogos.

Todas as sessões realizadas durante o estágio serão realizadas no futuro nos outros centros de convívio integrados na Rede Concelhia de Centros de Convívio, que neste momento é composto por 4 Centros de convívio a funcionar num total de 6 existentes.

O projeto *Sorrir em Peniche* fará parte do novo plano de ação da UCC Peniche e no Projeto Mexa-se pela sua saúde, foram realizadas 3 sessões durante o tempo que se realizou o estágio, duas no centro de saúde só para as idosas que frequentam o centro de convívio e uma realizado no Centro Recreativo de Penichense em conjunto com os idosos das diferentes IPPS do concelho. Nas várias sessões realizadas, as idosas foram sempre muito participativas, o resultado esperado era que 30% das idosas (6 idosas) participem nas sessões de atividade física, contudo estiveram presentes 80 % das idosas (16) e irá igualmente fazer parte do plano de ação da UCC Peniche.

Quadro 9. Resultados atingidos – indicadores de execução.

Indicadores de execução	Meta	Resultado
N.º idosas presentes em media nas sessões	50% (10 idosas)	69,6% (14 idosas)
Nº de idosas que participaram no jogo do semáforo / Nº total de idosas presentes á sessão x100	75% (15 idosas)	80% (16 idosas)
Nº de idosas que participaram no jogo da Forca / Nº total de idosas presentes á sessão x100	75% (15 idosas)	85% (17 idosas)
Nº de folhetos distribuídos em media em cada sessão	50% (10 idosas)	100% (14 idosas)
Nº de idosas que participaram na realização do cartaz / Nº total de idosas presentes á sessão x100	80% (16 idosas)	94% (17 idosas)
Nº de sessões de educação para a saúde efetuadas / Nº de sessões de educação para a saúde programadas X 100	100%	100%

O protocolo entre o CHO e o ACES ON através da UCC Peniche para a implementação de uma consulta de dietista está em fase de negociação.

2.7.2. Avaliação dos indicadores de resultados

De forma a analisar os indicadores de resultado ou seja permitir avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem promotoras de saúde, foram aplicados novamente os instrumentos de colheita de dados às idosas que ainda frequentam o CCP (2016), que permitem a avaliação do estado de saúde das mesmas e das intervenções realizadas.

Em 2016 a amostra foi constituída por 13 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 69 anos e os 92. Em relação à situação familiar constatou-se que 6 das idosas são viúvas. Relativamente ao número de pessoas com quem coabitam, verificou-se que 7 vivem com cônjuge, 1 vive com os filhos/netos e 5 vivem só.

Relativamente ao peso corporal dos indivíduos da amostra de 2016, 3 idosas apresentam um peso compreendido entre os 70 e os 79 Kg, 7 inferior a esse valor e 3 com mais de 80 kg. Em relação ao IMC, observou-se que na amostra de 2016, que das 13 idosas, 5 apresentam um IMC compreendido entre 25 e os 29,9 Kg/m², 2 entre os 30 e os 34,9 Kg/m², 5 entre os 18,5 e os 24,9 Kg/m² e 1 o IMC entre os 35 e

os 39,9 Kg/m². Relativamente ao perímetro da cintura, observou-se que na maioria as idosas tem o PC compreendido entre os 100 e 119 cm (9 casos).

Os indivíduos da amostra de 2016 apresentam o mesmo tipo de doenças: 8 têm hipertensão, 8 doenças cardiovasculares, 3 Diabetes e dislipidémia, 6 Osteoporose, 4 doenças oculares e 5 doença neoplásica. Relativamente à terapêutica, a totalidade dos idosos, da amostra de 2016 faz medicação, 10 referem que se esquecem de a tomar, 4 diariamente e 6 semanalmente. À pergunta se tem outras razões para não tomar a medicação prescrita pelo Médico, 7 idosas referem razões financeiras, o que corresponde a 54% da amostra.

Verificou-se que 11 das Idosas usam óculos, contudo 9 referem que não vê bem com eles, em relações aos dados de 2014, a situação é similar. No que se refere à prótese dentária, a situação é equivalente a 2014, 11 idosas tem prótese dentária e dessas 9 referem que não conseguem comer com ela, 8 realizam cuidados de higiene bucal diários.

Verificou-se em 2016, que 6 das idosas usa ajudas técnicas para se deslocar. E que o meio de transporte mais usado é andar a pé, 7 idosas, 54 % da amostra. Em relação à prática de exercício físico, a situação não se alterou, só uma das idosas pratica exercício regular, continua a ir durante uma hora, duas vezes por semana, fazer hidroginástica.

Relativamente a quanto euros gastam ao adquirirem os seus alimentos em 2016, 11 idosas mencionam que gastam entre os 100 e os 300 €, continuando a ser só duas, que gastam mais de 300 €. Tendo-se verificado ainda, que na sua maioria (10), as idosas não compram todo aquilo que querem e precisam.

Em relação á informação sobre alimentação, a maioria das idosas refere que a tem e que esta lhe chega através da televisão (9 casos). Relativamente á pergunta se lê os rótulos dos alimentos que adquiri, 4 idosas referem que por vezes não leem os rótulos nem dos produtos que adquirem, nem do que consomem, por não conseguirem ler os rótulos, mencionando que estas letras são muito pequenas, as restantes leem os rótulos.

Observou-se ainda que na amostra de 2016, relativamente á pergunta se mudava a sua alimentação houve uma pequena alteração, pois das 13 idosas, 7 mencionaram que mudaram o tipo de alimentos que comiam, por razões de saúde, “ com a idade há coisas que tive de deixar de comer, fazia-me mal”, “ já não como o

que comia, não consigo”, “ não faço a digestão de determinadas coisas”, “ percebi que havia coisas que me deixam doente”, “ sei agora comer melhor, pela boca morre o peixe”, nenhuma das idosas mencionam que não come por razões económicas, pois como tem familiares/amigos/vizinhos, no mar este lhe dão peixe.

Em relação à pergunta qual a comida que mais gosta? A maioria das idosas (8 casos) continua a referir que a comida que gosta mais de comer é pratos de peixe, reconhecendo que ainda bem que é assim, pois “peixe não falta “ mencionam algumas idosas. Tendo ainda se observado que relativamente ao número de refeições na sua maioria (10 casos) fazem 4 refeições por dia, só 3 mencionam que fazem 6 refeições (idosas diabéticas), comparando os dados verificou-se que houve um aumento do número de refeições diárias, indo ao encontro dos resultados do estudo EPEPP (2010). Relativamente à refeição do meio da manhã, na amostra de 2016 são 7 as idosas que fazem essa refeição, continuando a ser a fruta com bolacha a escolha. Tendo havido um aumento do número das idosas que consomem esta refeição de 4 idosas para 7. Na refeição do lanche são 8 idosas. Em relação ao intervalo entre refeições houve uma diminuição do número de horas entre refeições, apesar da maioria das idosas fazer 4h entre refeições, não nenhuma que tem 5h e 9 tem 3h de intervalo

Observou-se ainda que na amostra de 2016, nenhuma das idosas consome bebidas alcoólicas, e que só 9 das idosas referem beber sumos/refrigerantes, mencionando ainda 4 que só o fazem em algumas refeições, “ há comidas que não sabem bem com água”, de vez enquanto, nos dias de festa, já que não bebo vinho”, as restantes referem beber água ou “chás de ervas”.

Relativamente à pergunta quem elabora as refeições, na sua maioria 11 idosas confeccionam as suas refeições, em relação a quem elabora a lista de compras ocorre a mesma situação, contudo verificou-se que em relação a quem faz as suas compras só 7 idosas o fazem sem ajuda, 4 necessitam de acompanhando na ida às compras e 2 já não o conseguem fazer. Comparando com o estudo OMFEP (2012) que afirma que 69% dos inquiridos são parcialmente autónomos nas atividades instrumentais da vida diária, a amostra de Peniche tem maior dificuldade nestas atividades.

Tendo-se observado ainda que a maioria das idosas (9 idosas) continua a adquirir os seus alimentos no supermercado que, fica a menos de 15 minutos de

distância de casa. Continuando na sua maioria (9 idosas) deslocaram-se a pé para realizar as suas compras e semanalmente.

Em relação ao Questionário de Frequência Alimentar, foi possível verificar que uma pessoa consome todos os alimentos considerados e que 7 idosas consomem 75% e os 100% dos grupos alimentares considerados (de uma listagem de 16), havendo 4 idosas que consomem entre os 50% e os 75% e uma apenas consome 50% dos alimentos considerados.

Tendo em conta que é considerado que as pessoas que consomem até 50% dos grupos alimentares tem uma baixa diversidade alimentar, e entre os 51% e 75% dos grupos alimentares, possuem uma media diversidade alimentar e pessoas que consomem entre 76% e 100% da listagem de grupos alimentares têm alta diversidade alimentar. Verificou-se que houve uma alteração entre de utilização dos 16 grupos alimentares considerados, havendo 8 idosas de um total de 13 que utilizam mais de 75% dos grupos alimentares.

Quadro 10. Indicadores, metas e resultados atingidos.

Indicadores	Meta Estabelecida	Resultado atingido
Nº de idosas com diminuição do peso corporal/ Nº de idosas que frequentam o CCP X100	20% (4 idosas)	77% (10 idosas)
Nº de idosas com diminuição de perímetro abdominal/ Nº de idosas que frequentam o CCP X100	20% (4 idosas)	54% (7 idosas)
Nº de idosas que fazem a refeição a meio da manhã/ Nº de idosas que frequentam o CCP X100	50% (10 idosas)	54% (7 idosas)
Nº de idosas que leem os rótulos dos produtos alimentares/ Nº de idosas que frequentam o CCP X100	20% (4 idosas)	69% (9 idosas)
Nº de idosas que usam na sua alimentação mais de 76% dos grupos alimentares considerados/ Nº de idosas que frequentam o CCPX100	50% (10 idosas)	61,5% (8 idosas)

Relativamente ao peso corporal só 2 idosas, conseguiram diminuir o peso, até este momento assim como o perímetro abdominal só 3 idosas baixaram o seu perímetro, estando o resultado esperado acima do resultado que até agora se atingiu (Quadro nº 10). Apesar disso a maioria das idosas continua na situação de obesidade ou pré-obesidade. Confrontando estes valores com os valores recomendados pela OMS (1989), observou-se ainda que as idosas da amostra de 2016 continuam com um risco muito elevado, de complicações metabólicas.

Em relação à terapêutica e comparando com os resultados de 2014 houve um agravamento de 9%. Verificou-se ainda em 2016 que 11 das Idosas consideram que o esquecimento de tomar a medicação interfere com a sua doença, a situação é equivalente a 2014.

Os resultados comparados são idênticos em relação ao uso de ajudas técnicas, meio de transporte mais usado e prática de atividade física. Assim como não houve alteração da situação relativamente aos problemas económicos que as idosas sentem ao não poderem comprar tudo aquilo que precisam.

A maioria das idosas em 2016 refere que não conseguem ler os rótulos nem daquilo que compram, nem do que consomem sendo 9 aquelas que referem procurar lê-los, contudo mencionam a importância da leitura dos mesmos.

Em relação ao QFA e comparando os resultados entre a amostra de 2014 e a de 2016, observou-se que há uma franca melhoria passando de 70% de idosas com baixa diversidade alimentar em 2014 para 38% em 2016. Verificou-se igualmente que a dieta dos indivíduos que consomem entre 51% e 75% dos grupos alimentares considerados baseia-se nos seguintes grupos alimentares: cereais, azeite, óleos e gorduras, vegetais, tubérculos (Batatas, nabos e outros), especiarias, condimentos e outras bebidas), doces, leite e derivados e peixe e outro pescado, situação similar com a amostra de 2014. Verificou-se ainda que o prato principal continua a ser o peixe, sendo os restantes, os acompanhamentos ou componentes para confeção.

Comparando os resultados do estudo de 2016 doBAP (2014) a nossa amostra, contrariaria alguns dos resultados da BAP (2014), no que refere ao consumo de carne e peixe, pois consomem mais peixe do que carne 72% e 68%, respetivamente, assim como vegetais 94,7%, tal como anteriormente já apresentámos.

Tendo em conta os resultados obtidos e os objetivos concretizados com a realização deste projeto, como já referido e demonstrado, estes foram amplamente alcançados. A avaliação possibilitou, ainda detetar as dificuldades e ganhos em conhecimento e em saúde, tornando possível propor novas intervenções. Nesse sentido foi realizada uma nova Sessão de educação para a saúde sobre o tema: 'A importância das refeições' com o objetivo de incentivar as idosas a realizar a refeição do meio da manhã.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: UMA REFLEXÃO

A reflexão em enfermagem é uma ferramenta de capacitação profissional na obtenção de conhecimentos, de saberes da práxis, aumentando a nossa capacidade de aprender a partir da realidade que nos rodeia, permitindo que quer o conhecimento, quer a experiência seja alicerçado e suportado pela prática. Por essa razão neste capítulo procuramos reconhecer as nossas próprias emoções e sentimentos, e conhecimentos adquiridos, tendo por princípio a definição de cuidar de Collière (2003). Para esta autora a enfermagem incorpora aspetos científicos, artísticos, humanísticos, éticos e técnicos. Tendo assim a elaboração deste relatório contribuído para a reflexão de todas as atividades desenvolvidas no estágio desenvolvido no CCP, durante o qual, foi possível desenvolver as atividades planeadas para atingir os objetivos propostos e adquirir as competências como especialista.

Os enfermeiros com especialidade em enfermagem comunitária prestam cuidados globais ao longo do ciclo de vida das pessoas, a famílias, a grupos e suas comunidades, transpondo as paredes da instituição onde trabalham para adquirir conhecimentos, desenvolver competências e partilhar junto da população/comunidade, o seu saber e o seu agir. E tendo estes como objetivos: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social. Para tal empregam estratégias de intervenção na/com e para a comunidade, capacitando-a cada vez mais na resolução dos seus próprios problemas/necessidades, estabelecendo relações de parcerias com instituições no contexto da promoção da saúde, na prevenção da doença e na aquisição de ganhos em saúde. Assim sendo, a implementação deste projeto, assenta nestas diretrizes, dirigida a um grupo específico da comunidade.

Este momento académico foi iniciado em 2012, teve vários interregnos por razões de saúde, indo acabar em 2017. Período esse, em que muita coisa mudou a nível profissional e essencialmente a nível pessoal. A pessoa que começou esse processo não é a mesma que o acaba, o período de paragem, onde deixou de ser profissional e passou para o outro lado (o de doente), fez-nos ver as coisas com outros olhos, pois devemos ser a enfermagem que queremos ter. Sentimos que hoje somos melhores enfermeiros que eramos quando iniciamos este processo.

Os momentos passados com as idosas no CCP, foi uma experiência muito enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional. Ao fazer uma análise geral de todo o percurso , consideramos que progredimos de forma contínua e autónoma no nosso processo de desenvolvimento pessoal e profissional, mas como diz Hesbeen (2000) a experiência por si só não gera conhecimento, necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada.

Este projeto permitiu ainda uma auto reflexão sobre a prática, no sentido do aperfeiçoamento contínuo e do desenvolvimento e aplicação de competências em Enfermagem Comunitária, direcionadas para a comunidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa é particularmente sujeita a problemas nutricionais, existe hoje o consenso de que envelhecimento, saúde e os hábitos alimentares, estão intimamente relacionados sabendo-se ainda que o estado de nutrição do idoso, é condicionado pelo passado e presente dos seus hábitos alimentares. Estes têm um impacto muito importante no envelhecimento saudável, assim como influenciam o aparecimento e agravamento de certas doenças crónicas (Aguiar 1991).

A existência de algumas doenças crónicas nos idosos, pode também influenciar negativamente o estado de nutricional, por diminuição do apetite e redução da ingestão de nutrientes indispensáveis. Vários outros fatores contribuem para uma má alimentação, designadamente fatores relacionados com alterações fisiológicas, ocorrência de doenças crónicas, polimedicação, problemas de alimentação (mastigação e deglutição), alterações da mobilidade com dependência funcional, causas sociais, económicas e neuro psicológicas (Reis et al,1996 e a OMS, 1995).

A elaboração deste relatório foi um grande desafio, a sua realização foi uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio na caminhada (como enfermeiro especialista) que agora se inicia. Durante este percurso surgiram diferentes oportunidades de aprendizagem que se procuraram explorar, de forma a crescermos enquanto pessoa e enfermeiros, ajudando ao mesmo tempo a delinear, selecionar e atingir os objetivos a que nos propusemos. No entanto, a aquisição de competências não resulta apenas do aumento do conhecimento, este tem que ser aplicado e demonstrado através de experimentação e de treino, sem esquecer as vertentes pessoal, social, teórica e prática.

Com este trabalho pretendeu-se identificar, resolver e implementar medidas de intervenção na Comunidade e em Comunidade capacitando a mesma na resolução dos seus próprios problemas. Pretendeu-se igualmente com o trabalho realizado, adquirirem-se e desenvolverem-se competências na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Foram desenvolvidas intervenções visando sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com estilos de vida, e realizaram-se atividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local.

Concluindo, consideramos que muito há a fazer ainda junto da comunidade para a qual trabalhamos, chegar ao fim desde ciclo é uma recompensa pelo esforço que lhe foi dedicado. Contudo a intervenção comunitária com os idosos do concelho de Peniche não acaba aqui, sendo este projeto apresentado em outros centros de convívio de idosos e nas unidades de saúde para ser desenvolvido e continuado. Desta forma poderemos ter contribuído na prática para uma abordagem aos idosos, com maior enfoque nas práticas alimentares, e como os dados obtidos neste estudo desejamos que estes permitam desenvolver outros estudos e projectos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acúrcio, M; Costa, C; Rocha, G. (2004,2005) A Entrevista. DEFCUL - Metodologia da Investigação.
- Aguiar, J.M.H. (1991) O tabagismo: interacção nicotina – medicamentos. *Servir*, Lisboa, V. 39, nº 4 (Jul./Agos. 1991)
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc..
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bernier, M. J. (1996) Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. *Patient Education and Counseling* V.29, nº3. Limerick
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kiellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica*, 2ª Edição. Lisboa, Livraria Santos Editora Com. Imp Lda.
- Campos M.T.F.S., Monteiro, J.B.R., & Ornelas, A.P.R.C. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de nutrição* nº 13 (3), p. 157-165, acedido em 13 de julho 2016.
- Canesqui, A.M. (1988). Antropologia e alimentação. *Revista Saúde Publica*, nº 22 S. Paulo p. 207-216
- Canesqui, A.M.G., & Diez, R.W. (2005). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*, Fundação Oswaldo Cruz/Editora, Rio Janeiro
- Castro, A.G. (2001). *Alimentação e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget
- Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano e pela Boston Consulting Group. (2008). *Estudo da avaliação das necessidades dos seniores em Portugal – Relatório Final*. Editora Fundação Aga Khan Portugal
- Cervato, A. M. (1999) *Intervenção nutricional educativa: promovendo a saúde de adultos e idosos em Universidades Abertas para Terceira Idade*. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

- CIPE. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1.0, Ordem dos Enfermeiros Portugueses (tradução) Coimbra nº 151 (fevereiro/março) ISSN: 0871-5386. p. 23-41
- Collière, M.F (1989) *Promover a vida*. Lisboa: SEP
- COMISSÃO EUROPEIA. Direcção-Geral da Saúde e da Protecção dos Consumidores. (2003) – Relatório sobre a situação das atividades da Comissão Europeia no domínio da nutrição na Europa [Em linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-ublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- FAO. (2010). Expert Consultation on Nutrition Indicators for Biodiversity2. Food consumption Disponível em <http://www.fao.org/docrep/014/i1951e/i1951e.pdf> acedido em 6 de maio de 2016.
- Fernandes, P. (2002), *A Depressão no Idoso*, 2ª edição Quarteto Editora, Coimbra.
- Ferry, M. (2004). *Anutrição da pessoa idosa*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Freire, P. (1975). *A pedagogia do oprimido*. Porto. Afrontamento, p. 64.
- Gallo, J.J., Busby-Whitehead, J., Rabins, P.V., Silliman, R.A, Murphy, J.B. (Eds.). (2001) *Reichel assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M.Y., Macías Ladino, A.M., Valencia Garcés, C.A., & Palacio Rodríguez, S. (2010). *La Promoción De La Salud Como Estrategia Para El Fomento De Estilos De Vida Saludables* Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 15, núm. 1, enero-junio, pp. 128-143 Universidad de Caldas
- Hill, M.M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Inquérito*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento em Saúde* Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 2ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE (2010). *Balança Alimentar Portuguesa 2003-2008*. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine>

_destaques&DESTAQUESdest_boui=83386467&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
=pt acedido em 6 de junho 2016

- INE (2011). Censos 2011 – XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona. Masson. ISBN 2- 7607-0584-6. 167 p.
- Kirskey O, Harper K, Thompson S. (2004) Assessment of selected patient educational materials of various chain pharmacies. *J Health Commun.*
- Lacerda, M.R. (2010) Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do individuo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência e saúde colectiva*. Curitiba vol. 15 nº 5
- Leonardo, M. (2009). *Antropologia da alimentação*. Revista Antropos. Volume 3, Ano 2.
- Machado Pais, J. (2006). *Nos Rastos da Solidão, Deambulação Sociológica*. Editora Âmbar. Porto.
- Maciel, M.E. (2001). *Cultura e Alimentação ou o que têm a ver os Macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin?* Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 7, n. 16, p. 145-156. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 8 julho 2013.
- Maciel, M.E. (2004) *Uma cozinha à brasileira*, Estudos Históricos, Rio de Janeiro, nº 33, janeiro-junho de 2004, p. 25-39.
- Maffaccioli, R.; Lopes, M. J. M. (2005) *Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo*. Acta paul. Enferm. vol.18, n.4, pp.439-445.
- Mahan, L.K., Escott-Stump, S. (1998). *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. Roca
- Malcata, F.X. (2003). *O Idoso, a Nutrição e a Sociedade: considerações sobre quantidade e qualidade de vida*. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica – Geriatria.
- Malinowski, B.K. (1984) *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventuras dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia*. S. Paulo: Abril Cultural.
- Marin, N.; Luiza, V.L.; Osório-de-Castro, C.G.S.; Machado-dos-Santos, S. (org.).(2003) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde

- Martins, J.J., Albuquerque, G.L., Nascimento, E.R.P., Barra, D.C.C., Souza, W.G.A., & Pacheco, W.N.S (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de Pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*; Florianópolis. 16(2): 254-62. Acedido a 20 de Janeiro de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2>
- Minayo, M.C.S., & Coimbra Jr, C.E.A. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 209 p. ISBN: 85-7541-008-3
- Mintz, S.W. (2001). Comida e Antropologia: uma breve revisão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 31-42. Disponível em: www.scielo.br. Acedido em: 8 julho. 2016.
- Moura, L. F.; Camargos, A. T. (2005). Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados. In: 8º Encontro de extensão da UFMG. Belo Horizonte: Anais.
- Oliveira, C.R., Rosa, M.S., Pinto, A.M., Botelho, M.A.S., Morais, A., & Veríssimo, M.T (2010). Estudo do Perfil do Envelhecimento da População. Disponível em: <http://rihuc.huc.minsaude.pt/bitstream/10400.4/992/1/ACS%20EPEPP%20LIVRO.pdf>, acedido em 6 de junho 2016.
- OMS (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. EUA, 1986. Disponível em <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/Ottawa CharterSp.PDF>. Acedido em 13 de maio de 2013
- OMS (2001). *Men, ageing and health*. Geneva: WHO.
- OMS. (2001). *Health and Ageing: a discussion paper*. Department of Health Promotion, Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- OMS. (2002). *Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-35-5.
- OMS. (2011). Measles outbreaks across Europe show no sign of slowing. Acedido em: 02/01/2016 Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-im>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Lisboa. O.E. 16p.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº 32. (p. 8).

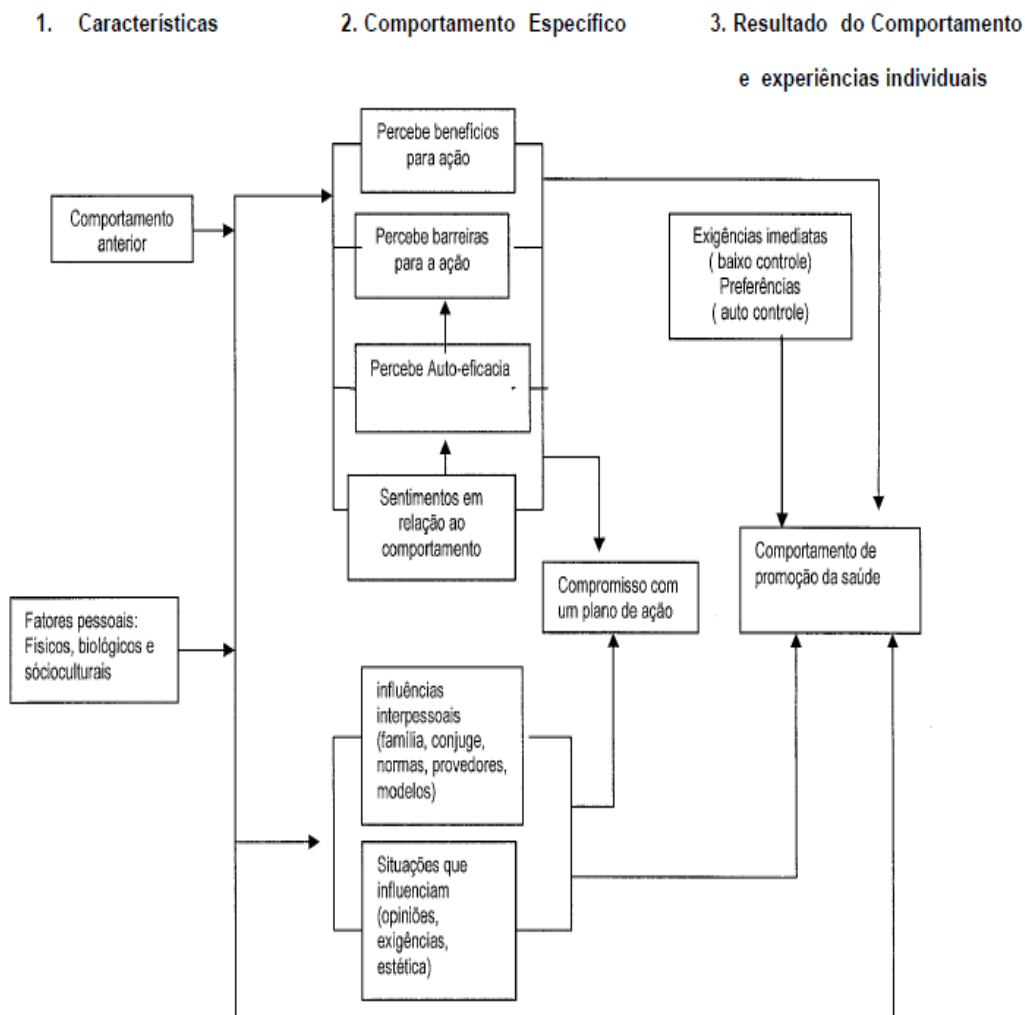
- Ordem dos Enfermeiros. (2003) *Divulgar: competências dos enfermeiros*
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tempo de Mudança*. Revista da ordem dos Enfermeiros. Nº 22. Julho 2006, p. 29-31.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *O Enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=379&print>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Um novo modelo de desenvolvimento profissional. Certificações de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Suplemento de Revista. Nº 26. Junho 2007, p. 9-20.
- Orem, D. (1993). *Modelo de OREM conceptos de enfermagem en la práctica*. Barcelona: Ediciones científicas e técnicas.
- Orem, D. (2001). *Nursing-concepts of practice*. 6ª ed. St. Louis: Mosby Year Book
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2011). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100 (thousands), Estimates, 1950-2010. World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition.
- Pender, N. (2011) - [Correio electrónico] 20-06-2011. The Health Promotion Model Manual.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ªed. Boston: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.
- Potter, P. A; Perry, A. G. (2005) – *Fundamentos de enfermagem*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. Vol. 1.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva
- Raynor DK; Dickinson D (2009) Key principles to guide development of consumer medicine information--content analysis of information design texts. *Ann Pharmacother*, V.43
- Reis, J. P. L; Correia, F; Freitas, P. (1996). Consequências de má nutrição no idoso. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica - Geriatria*. Coimbra, Vol IX nº88
- Rice R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. Loures: Lusociência
- Rivière, C. (1995). *Introdução à Antropologia*. Edições 70. Lisboa

- Rodrigues, L.S., & Geraldo, A.S. (2006). Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora*, Vitória, nº 4, p. 1-29.
- Sakraida, T.J. & Pender, N.J. (2006). Health promotion model. In: Tomey AM, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 6 ed. St Louis-Missouri (US): Mosby-Elsevier. p.452-471.
- Sanjek, R. (1990). The secret life of fieldnotes. In: SANJEK, Roger (ed.) *Fieldnotes. The makings of Anthropology*. Cornell University Press. p. 187-270.
- Santin, S. (1994). *Educação Física: educar e profissionalizar*. Porto Alegre: EST.
- Santos, I; Silva, A. C. S (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Florianópolis: Texto contexto enfermagem*. v. 19, n. 4, p. 745-753
- Silva, A. (2008). O enfermeiro de família no domicílio. *Nursing*, 237
- Silva, A. (2009). Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas com demência. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011).- *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.
- Stocking Jr., G. (1992), The ethnographer's magic: fieldwork in british anthrpology from Tylor to Malinowski. In George Stocking Jr., *The Ethnographer's magic and other essays*, Madison, The University of Wisconsin Press.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*, 2º edição. Loures. Lusociência.
- Streubert. H; Carpenter. D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2º Ed. Loures: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.
- Venâncio, R.; Ramos, D.; Veríssimo, R., Silva, A.E (2007) - Património Cultural de Peniche – um elemento diferenciador. Congresso Internacional de Turismo em Peniche – Leiria e Oeste, Leiria, 20p.

- Victor, J.F., Lopes, M.V.O., & Ximenes, L.B. (2005) Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta paul. enferm.*, Set 2005, vol.18, nº 3, p.235-240. ISSN:1982-0194. Acedido em 16/01/2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000300002&script=sci_artt_ext.
- Vieira, S. (2009) *Conselhos para diabéticos*. Loures: Lusociência
- Wesley, R. (1995). *Teorias y modelos de enfermería*. México: McGraw-Hill.

ANEXOS

ANEXO I. Diagrama da Nola Pender (2011)



Fonte: VICTOR, Janaína; LOPES Marcos; XIMENES Lorena (2005).

APÊNDICES

APÊNDICE I. Guião da entrevista a realizar as pessoas que frequentam o CCP

d) Rendimento Mensal	
6-Composição do agregado familiar	
7 – Condições Habitacionais	
a) Tipo de casa	
b) Acessibilidades	
c) Casa própria /casa alugada	
d) Encargos	
8 – Religião	
Valores Antropométricos	
9- Peso Corporal:_____ Kg	10- Altura:_____ m
11- IMC:_____	Perímetro de cintura: _____cm

História de Saúde	
12-De que doença crônicas sofre?	
13-Ano de diagnóstico de doença crônica	
14- Vê bem?	
15 -Usa óculos?	
16 -Tem prótese dentária?	

Sim_____

Não_____

a) Consegue comer com ela?

Sim_____

Não_____

17-Costuma fazer cuidados de higiene bucal?

18-Vai ao dentista?

Sim _____

Não _____

Terapêutica

19 -Toma terapêutica ?

Sim_____

Não _____

20- Esquece-se de tomar a medicação?

Sim _____

Não _____

a) Com que frequência ?

- Diária _____
- Semanal _____
- Mensal _____

b) Tem outras razões para não tomar a medicação prescrita pelo médico?

21 -Acha que o esquecimento da toma de medicação pode interferir com a sua doença?

Sim ____

Não _____

Não sabe_____

Praticas Alimentares

22-Quem elabora as suas refeições?

23 -Quantas refeições faz por dia ?

24-Horario

a) Qual o intervalo entre as refeições?

24- Bebidas Alcoólicas

a) Não bebe_____

b) Sumo/ refrigerantes_____

c) vinho: _____copos/dia

d) cerveja_____copos /dia

e) bebidas brancas _____

25- Quem elabora a sua lista de compras (alimentos)?

26- Quem faz as suas compras?

27- Onde adquire os seus alimentos?

a) A que distância de sua casa?

b) Acessibilidade (como vai fazer compras)?

28- Quanto faz as suas compras?

a) Quanto gasta?

29 -Compra comida sempre que precisa?

Informação sobre os alimentos

30- Informa-se frequentemente sobre alimentação?

31 -Lê os rótulos dos alimentos que adquire?

Sim _____

Não _____

32 -Lê os rótulos dos alimentos que consume?

Sim _____

Não _____

33 -Onde obtém essa informação?

34 -Como gostava que fosse a sua alimentação'

35 -Qual a " comida" que gosta mais?

Acessibilidade e Exercício Físico

36 -Usa ajudas técnicas para se deslocar?

Sim _____ Não _____

37 -Desloca-se de

A pé _____

Transporte públicos _____

Carro próprio_____

Carro de outro_____

38-Pratica exercício físico?

Sim_____ Não_____

38.1- Se Sim:

a) Quantas vezes por semana?_____

b) Que tipo de exercício físico?_____

c) Qual a duração do exercício físico?_____

APÊNDICE II. Questionário sobre Diversidade Alimentar

Questionário sobre Diversidade Alimentar (FAO, 2010)

Pequeno Almoço	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia

Pergunta N.º	Grupo alimentar	Exemplo	Sim=1 Não=0
1	Cereais	Milho, arroz, aveia, centeio, trigo, cevada e outros grãos utilizados na alimentação em Portugal e que são consumidos sob a forma de pão, bolachas, cereais de pequeno almoço, massas e acompanhamento de outras comidas.	
2	Tubérculos	Batatas, nabos, rabanete, mandioca, inhame.	
3	Vegetais e tubérculos ricos em vitamina A	Cenouras, brócolos, batata doce, beterraba, abóboras, ervilhas	
4	Vegetais de folha verde escura	Couve, espinafres, repolho e outros vegetais desta cor, ricos em vitamina A	
5	Outros vegetais	Tomate, cebola, alface, pimento e outros vegetais não incluídos na anterior	

6	Frutos ricos em Vitamina A	Manga, pêssegos, papaia, melão e meloa comidos sós ou em saladas ou sumos naturais.	
7	Outras frutas	Todas as outras frutas consumidas naturais ou em sumo.	
8	Carnes	Fígado, rins, coração ou outros órgãos de animais que fazem parte da alimentação habitual.	
9	Outras carnes	Carne de vaca, porco, cabrito, galinha ou frango, pato ou peru ou de outros animais habitualmente consumidos.	
10	Ovos	De galinha, de pato ou de outros animais, habitualmente consumidos entre nós.	
11	Peixe e outro pescado	Incluem-se todos os peixes, moluscos e crustáceos habitualmente consumidos entre nós.	
12	Leguminosas, nozes e sementes	Feijão seco, lentilhas, nozes, avelãs, amendoins	
13	Leite e derivados	Leite, queijo, iogurte, outros derivados	
14	Azeite, óleos e gorduras	Azeite, óleos, manteiga, margarina e outras gorduras utilizadas na confecção de refeições	
15	Doces	Açúcar, mel, refrescos e sumos, chocolates, bolos	
16	Especiarias, condimentos e outras bebidas	Especiarias (pimenta), condimentos (sal, molho de soja, pimentão, picantes), café, chá, bebidas alcoólicas	
Ao nível individual	Você fez alguma refeição ou comeu alguma coisa fora de casa?		

APÊNDICE III. Cronograma

Cronograma

Atividades	outubro 2014	novembro 2014	dezembro 2014	janeiro 2015	fevereiro 2015	março 2015
Reuniões com Professora Orientadora: Professora Quintela						
Reuniões com Enfermeira Orientadora: Vereadora Clara Abrantes						
Pesquisa Bibliográfica						
Diagnóstico da situação (Atualização do Diagnóstico realizado em 2013)						
Análise dos dados						
Determinação de prioridades/Fixação de Problemas						
Preparação operacional						
Implementação do Projeto						
Avaliação do Projeto						
Redação de Relatório						

Cronograma

Atividades	outubro 2016	novembro 2016	dezembro 2016	janeiro 2017	fevereiro 2017	março 2017
Reuniões com Professora Orientadora: Professora Quintela						
Reuniões com Enfermeira Orientadora: Vereadora Clara Abrantes						
Pesquisa Bibliográfica						
Análise dos dados						
Implementação do Projeto						
Avaliação do Projeto						
Redação de Relatório						

APÊNDICE IV. Projeto: Sorrir em Peniche

Projeto: Sorrir em Peniche

Para 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu várias metas para a saúde oral, exigindo um reforço das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, assim como, um maior envolvimento dos profissionais de saúde dos serviços públicos e privados. A cárie dentária e as doenças periodontais são um sério problema de saúde pública, uma vez que afetam grande parte da população, influenciando os seus níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida. Estas podem ser vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes. Um dos objetivos referidos no Programa Envelhecimento Ativo da OMS (2002) é promover a saúde oral entre as pessoas mais velhas, encorajando-as a manter os seus dentes naturais o maior tempo possível.

Os fatores de risco associados ao aparecimento de doenças orais são comuns a diversas doenças crónicas, como é o caso da diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras. A adoção de estilos de vida promotores de saúde ajudam a prevenir muitas destas doenças, incluindo a cárie dentária e as doenças periodontais. A carência de dentes, frequente nas pessoas idosas, deve-se, essencialmente, à progressão da cárie dentária e das doenças periodontais ao longo da vida. A progressão da cárie dentária e das doenças periodontais têm como consequência a destruição dentária e a destruição dos tecidos de suporte dos dentes, respetivamente. Ambas têm um denominador comum – a placa bacteriana.

O processo de envelhecimento reduz a capacidade de mastigação influenciando, deste modo, as escolhas alimentares. Este facto contribui para défices nutricionais e, conseqüentemente, para um risco aumentado de aparecimento de outras doenças. Os idosos tendem a evitar alimentos ricos em fibras, escolhendo alimentos com menor valor nutricional, mas com elevado teor de gorduras saturadas e colesterol. A carência de dentes dificulta a comunicação verbal, promovendo o isolamento dos idosos, originando graves conseqüências a nível da saúde física e emocional.

A polimedicação é frequente neste grupo etário, provocando efeitos importantes na saúde oral, um deles é a diminuição do fluxo salivar (xerostomia). A carência de dentes associada às doenças orais não é uma conseqüência direta do envelhecimento.

Hoje, é possível manter uma dentição saudável ao longo da vida.

Finalidade:

- Contribuir para a melhoria da saúde oral da população sénior.

Objetivos gerais:

- Melhorar a qualidade de vida na população idosa;
- Acompanhar e melhorar a saúde oral dos idosos;
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre a alimentação e higiene oral.

Objetivos específicos:

- Sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do seu papel na promoção da adesão dos idosos à Saúde oral;
- Formar e capacitar os cuidadores formais e informais que lidam com idosos para a valorização e cuidados desta área;
- Proporcionar assistência odontológica clínica individualizada aos idosos;
- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação saudável.

População-alvo:

- Idosos que se encontram em Centros de convívio ou Centro de Dia e Lares da IPSS do Concelho de Peniche.

Justificação:

Os Dados do Observatório para a monitorização do fenómeno do Envelhecimento populacional de Peniche do ano 2012, mostram que, praticamente todos os entrevistados, referiram estar reformados (89,1%). Verificou-se igualmente que 65,1% dos entrevistados apenas vão ao médico quando estão doentes, a prevenção é relegada para segundo plano, já que o acesso aos cuidados de saúde é preferencialmente feito quando já existem sintomas de doença. Em relação á Saúde oral, verifica-se que a amostra estudada, teve dores de dentes nos últimos seis meses (83,5%), sendo que as mesmas não impedem de fazer a sua vida habitual (71,1%), não frequentaram uma consulta de estomatologia durante o ultimo ano

(73,2%), mas a maioria deles (63,4%) usam uma prótese dentária. Após a análise destes dados pode-se afirmar que as pessoas idosas não possuem hábitos de consulta regular no dentista.

Pode discutir-se o impacto das medidas preventivas de saúde oral, não apenas no que diz respeito à dentição, mas também sobre patologias osteoarticulares, à alimentação saudável e a qualidade de vida em geral das pessoas. Veja-se por exemplo que as pessoas entrevistadas (40,8%) dizem que possuem uma má saúde oral, fruto não apenas de hábitos mantidos durante muitos anos, como também de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde oral.

Em relação aos cidadãos seniores, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), destina-se aos utentes maiores de 65 anos e com complemento solidário para idosos. Abrange 2 cheques dentista por ano, com validade de 12 meses, a partir da data da emissão do 1º cheque, este é emitido pelo médico de família com base em critérios clínicos. Os cheques pagam os tratamentos que o estomatologista/médico dentista considerar necessário efetuar, desde que incluídos no plano de tratamentos. Estes destinam-se a pagar a totalidade dos atos previstos no plano de tratamento estabelecido na primeira consulta pelo estomatologista/médico dentista, não podendo ser utilizados para pagamento de próteses. No entanto, os beneficiários do complemento solidário para idosos têm direito a benefícios adicionais de saúde, que incluem, entre outros, o reembolso financeiro de até 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, com um limite máximo de 250 euros, por cada período de três anos. Para receber estes apoios é necessário solicitar o reembolso da despesa na Unidade Saúde onde está inscrito, no prazo de 180 dias (6 meses) a contar da data que está nos recibos. Conforme dados da Segurança Social do distrito de Leiria, recebem o complemento solidário de Inserção cerca de 11,381 utentes, 68% do sexo feminino. Segundo os dados do Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde – Ministério da Saúde de 2013, só de 87% dos cheques dentista emitidos foram utilizados, tendo sido emitidos um total nacional de 9287. Na região da ARS Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) a percentagem é de 62%. O número total de beneficiários do reembolso do pagamento em próteses dentárias é de 348 utentes, e dos beneficiários do Programa de saúde Oral é de 5489 utentes (ARSLVT, 2013).

Assim em sintonia com o Plano Regional de Saúde da ARSLVT /2013-2016 que tem entre outros objetivos: garantir o acesso das populações mais vulneráveis a cuidados personalizados de Higiene Oral e/ou Medicina Dentária; e reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais, nas populações alvo, tendo como meta atingir uma taxa de utilização de cheques - dentista de aproximadamente 80%.

Estratégicas:

- Sensibilização dos profissionais de saúde para os cuidados de saúde oral na população sénior;
- Apoiar a formação dos cuidadores formais sobre procedimentos de higiene e vigilância da saúde oral nos idosos;
- Sensibilização dos idosos e seus cuidadores informais para as questões da higiene oral;
- Promoção da saúde oral na população sénior.

Metas:

- Que 75% dos profissionais de saúde, tenham ações de sensibilização sobre os cuidados de saúde oral á população sénior;
- Que 60% dos cuidadores formais tenham formação sobre os procedimentos em saúde oral;
- Que a taxa de utilização de Cheques-Dentista chegue aos 80%;
- Implementar o Projeto Sorrir em Peniche em 80% das IPPS do Concelho de Peniche;
- Implementar o projeto Sorrir em Peniche a 50% da população sénior;
- Que 50% da população alvo tenha efetuado o Rastreio Oral;
- Que 50% da população alvo tenha efetuado a Avaliação de Prótese Dentárias;
- Que 50 % da população alvo tenha Encaminhamento para Consulta Odontológica através do médico de família/Higienista Oral;
- Que 50% da população alvo tenha consulta com Higienista oral.

Atividades:

- Sessões de Educação para a Saúde aos idosos e cuidadores informais da importância de Cuidados básicos de saúde Oral;
- Ações de formação a Cuidadores Formais das IPSS do Concelho de Peniche sobre a importância de Cuidados básicos de saúde Oral;
- Ações de formação aos Profissionais de saúde sobre a importância de Cuidados básicos de saúde Oral;
- Divulgação do Programa de saúde oral para idosos – Cheque dentista, aos profissionais de saúde, Idosos e seus Cuidadores;
- Rastreio Oral aos idosos;
- Avaliação de Prótese Dentárias aos idosos;
- Encaminhamento para Consulta Odontológica através do Médico de família/ Higienista Oral.

Indicadores de avaliação do projeto

- % de profissionais de saúde com ações de sensibilização sobre os cuidados de saúde oral á população sénior
$$\text{N}^{\circ} \text{ de ações efetuadas} / \text{N}^{\circ} \text{ de ações propostas} \times 100$$
$$\text{N}^{\circ} \text{ de profissionais de saúde presentes às ações de sensibilização} / \text{N}^{\circ} \text{ total de profissionais de saúde} \times 100$$
- % dos Cuidadores formais com formação sobre os procedimentos em saúde oral;
$$\text{N}^{\circ} \text{ de ações efetuadas} / \text{N}^{\circ} \text{ de ações propostas} \times 100$$
$$\text{N}^{\circ} \text{ de Cuidadores formais presentes às ações de sensibilização} / \text{N}^{\circ} \text{ total de Cuidadores formais} \times 100$$
- Taxa de utilização de Cheques - Dentista nos Idosos chegue aos 80%;
$$\text{N}^{\circ} \text{ de cheques emitidos} / \text{N}^{\circ} \text{ total de cheques possíveis} \times 100$$
$$\text{N}^{\circ} \text{ de cheques utilizados} / \text{N}^{\circ} \text{ total de cheques emitidos} \times 100$$
- % das IPPS do Concelho de Peniche;
$$\text{N}^{\circ} \text{ de IPPS abrangida pelo projeto} / \text{N}^{\circ} \text{ total de IPSS do Concelho} \times 100$$
- % da população sénior;
$$\text{N}^{\circ} \text{ de indivíduos da população alvo abrangida pelo projeto} / \text{N}^{\circ} \text{ total de idosos} \times 100$$

- % de idosos com rastreio oral
 $\text{N}^\circ \text{ de idosos com rastreio realizado} / \text{N}^\circ \text{ total de idosos} \times 100$
- % da população alvo tenha efetuado a Avaliação de Prótese Dentárias
 $\text{N}^\circ \text{ de idosos com Avaliação de Próteses Dentarias realizado} / \text{N}^\circ \text{ total de idosos} \times 100$
- % da população alvo tenha Encaminhamento para Consulta Odontológica através do Médico de família/Higienista Oral
 $\text{N}^\circ \text{ de idosos com Encaminhamento para Consulta odontológica através de Médico de família} / \text{N}^\circ \text{ total de idosos} \times 100$
 $\text{N}^\circ \text{ de idosos com Encaminhamento para Consulta odontológica através de higienista oral} / \text{N}^\circ \text{ total de idosos} \times 100$
- % da população alvo tenha consulta com Higienista Oral
 $\text{N}^\circ \text{ de idosos com Encaminhamento para Consulta de higienista oral} / \text{N}^\circ \text{ total de idosos} \times 100$

Bibliografia

WHO (2002). Active Ageing. A policy framework. Geneva

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people. The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81-92

Projecto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas, acedido em 21 de novembro de 2014
Consultado em: https://www.saudeoral.min-saude.pt/siso/paginas_acessoGeral/entrada.html

Direção Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular normativa nº7/DSPPS/DCVAE, Lisboa.

Ministério da Saúde Geral de Saúde (2013). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS, Lisboa.

Administração Regional de Saúde Lisboa Vale do Tejo, Plano Regional de Saúde 2013- 2016

Entidade Reguladora de Saúde, 2014 - Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

APÊNDICE V. Projeto: Mexa-se pela sua saúde

Projeto: Mexa-se pela sua saúde

A velhice surge, atualmente, como uma vitória sobre o tempo – tempo que se transforma em longevidade. Embora a longevidade constitua uma notável conquista da ciência, todas as pessoas são unânimes em afirmar que mais importante do que ter a existência prolongada é envelhecer com dignidade e qualidade de vida, nunca se deu tanta importância à prática de atividades físicas como nas últimas décadas. Seus benefícios e efeitos positivos com relação ao bem-estar e à competência comportamental são indiscutíveis. Há evidências de que essas atividades têm implicações sobre a qualidade e a expectativa de vida. QUALIDADE DE VIDA é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Na velhice, de forma geral, as atividades físicas, realizadas regularmente, não somente favorecem a capacidade de resistência e flexibilidade, mas também facilitam a velocidade psicomotora, a coordenação, o desempenho neuropsicológico, o controle postural, além de proporcionar a socialização e a sensação de bem-estar. As melhorias vão desde a facilitação na execução de tarefas diárias até o aumento da atividade psicossomática. A sua importância é incontestável já que apresenta benefícios a curto, médio e longo prazo. As atividades da vida diária são importantes para a prevenção da atrofia de músculos e articulações, além de fazerem bem para a mente, principalmente dos idosos. Lavar o carro, cuidar do jardim, passear com o cachorro, ir ao mercado a pé, limpar a casa, subir e descer escadas são atividades quotidianas e simples que devem fazer parte da rotina dessas pessoas.

Finalidade:

Atenuar problemas de saúde física e emocionais mais comuns na velhice e melhorar a qualidade de vida, o bem-estar, social e emocional da população idosa;

Objetivos gerais:

- Proporcionar atividades físicas para a população idosa do concelho de Peniche;

- Sensibilizar e fomentar a prática regular de atividade física, visando o envelhecimento ativo.

Objetivos específicos:

- Promover uma atividade física/desportiva regular aos Idosos;
- Promover e inculcar o gosto pela prática de atividades físicas/desportivas;
- Facultar atividades que permitam aos Idosos realizarem as suas tarefas diárias com maior qualidade;
- Promover o bem-estar pessoal e social;
- Minimizar os efeitos negativos do envelhecimento (desvalorização física, económica e social);
- Promover momentos de descontração, de interação entre grupos;
- Promover a socialização entre pares;
- Promover movimentos expressivos realizados de forma prazerosa;
- Propor atividades físicas adaptadas às reais necessidades dos idosos;
- Melhorar a auto estima, o equilíbrio da destreza motora, levando-os a ter mais confiança nas suas potencialidades;
- Promoção através de atividades estimulantes e a auto confiança diante de suas capacidades;
- Resgatar a cultura de movimento dos participantes;
- Ampliar os conhecimentos dos idosos no que se refere à relação entre ritmos, jogos e movimentos;
- Proporcionar aos participantes novas vivências corporais e possibilidades de movimento;
- Contribuir para a melhora da qualidade de vida dos participantes.

População-alvo:

- Idosos residentes do Concelho de Peniche e inscritos na Unidade de Saúde.

Justificação:

Com o envelhecimento, algumas alterações relacionadas à saúde tornam-se presentes, e entre elas está a ocorrência de doenças crónico-degenerativas, que

podem determinar ao idoso um certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade para realizar as atividades básicas da vida diária, contribuindo para a sua qualidade de vida (Chaimowicz, 1997). Já Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) esclarecem que a capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e pode ser considerada como um componente chave para a avaliação da saúde dessa população. Ela geralmente é dimensionada em termos de autonomia, habilidade e independência para realizar determinadas atividades.

A prática de atividade física orientada e realizada regularmente pode ocasionar benefícios como: maior longevidade, melhoria da capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, prevenção do declínio cognitivo, manutenção da independência e autonomia e benefícios psicológicos, como, por exemplo, melhoria da autoimagem, da autoestima, do contato social e prazer pela vida, além da redução do número de medicamentos de uso contínuo, redução da frequência de quedas e fraturas (ACSM, 2000; Shephard, 2003; Weuve et al., 2004).

Acreditando que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo e, que este pode ser estimulado e dentro dos limites de flexibilidade individual permitida pela idade e estabelecida por condições individuais de saúde, estilo de vida e educação, é que se enquadra uma proposta de atuação como esta – a conquista da longevidade, da velhice bem-sucedida com verdadeira qualidade de vida. E que estas atividades favoreçam a descontração e momentos de liberação, de cooperação, de interação, de criatividade e de aquisição de conhecimentos, contribuindo em muito para a vida em comunidade. Dessa forma, aparece o Projeto MEXA-SE PELA SUA SAUDE, que procura através de diferentes modalidades físicas e recreativas proporcionar momentos de descontração, interação entre grupos, desinibição, socialização entre pares. Fazendo que os idosos passam a apresentarem uma mais atitude positiva perante a vida, a terem mais confiança, maior auto-estima e uma vida mais saudável, com uma sensação de bem-estar pelos benefícios proporcionados pelas experiências corporais, como mencionam Pires et al. (2002), quando referem que a elaboração de um programa de atividade física para a terceira idade deve levar, basicamente, em consideração, a preparação do idoso para que este possa cumprir as suas necessidades básicas diárias, ou seja, tentar impedir que este perca a sua

autossuficiência, através da manutenção da sua saúde física e mental. Neste contexto, este projeto procura desenvolver, por meio de práticas de atividades físicas e lazer, a promoção da saúde e qualidade de vida e o aspeto do envelhecimento biopsicossocial.

Projeto dinamizado pela Unidade de saúde: UCC Peniche

Enfermeiros responsáveis pelo projeto:

- Enfermeira Cristina Costa;
- Enfermeira Berta Rios.

Estratégicas:

- Realização de reuniões para estabelecimento de parcerias;
- Planeamento das atividades físicas;
- Realização das sessões de atividade física;
- Realização de sessões de educação para a saúde a idosos e cuidadores informais;
- Realização de ações de formação a cuidadores formais das IPSS do Concelho de Peniche;
- Realização de ações de formação a profissionais de saúde do Concelho de Peniche.

Metas:

- Que 1% dos idosos, do concelho de Peniche, demonstre intenção de participar nas atividades propostas no referido projeto;
- Que 20% das IPPS do Concelho de Peniche, participem em pelo menos uma das atividades propostas pelo projeto;
- Que 20% dos idosos do Concelho de Peniche, participantes na 1ª caminhada planeada no âmbito do Projeto, se inscreva para outra atividade proposta pelo projeto;
- Que dos idosos presentes na primeira sessão de atividade física, pelo menos 20% participe em metade das sessões de atividades, promovidas no âmbito

do Projeto;

- Que 20% cuidadores informais, participam na sessão de educação para a saúde;
- Que 50% cuidadores formais, participam na ações de formação;
- Que 50% profissionais de saúde, participam na sessão de ações de formação;

Tipo de atividades propostas:

Caminhada – O melhor exercício aeróbico para idosos, sem dúvida é a caminhada, por não implicar em riscos maiores à saúde, por adequar-se a cada caso, É uma atividade realizada em grupo é mais atraente para o idoso. Aumenta a socialização e o controle do cansaço é mais efetivos, pois os idosos ajudam -se uns aos outros e não deixam que o companheiro ultrapasse os limites.

Jogos Coletivos – Auxilia na coordenação motora, na velocidade de reação, no equilíbrio estático e dinâmico, na noção espaço-temporal e nas relações entre pares.

Jogos Recreativos – Estas atividades são adaptadas ao idoso de acordo com as capacidades motora e participativa destes. Promovem o movimento, o equilíbrio, a velocidade de reação, a lateralidade e força muscular.

Ginástica Localizada – Nessa modalidade os exercícios são realizados de forma localizada e repetitiva para maior fortalecimento e rendimento corporal. Sua prática melhora a amplitude articular, o equilíbrio e a postura.

Dança Livre – Desenvolve a capacidade coordenativa, melhora a noção espaço-temporal, a capacidade motora, articular e cardiorrespiratória e o eixo de equilíbrio. A dança permite, de uma forma específica, relacionar o sistema educativo com a formação corporal e, por isso ela pode beneficiar a pessoa idosa no seu estado mental, na redução das tensões e frustrações e na liberação das emoções reprimidas que se acumulam no quotidiano.

Sessão Especial – Atividade dinâmica e divertida (sessão de desportiva-social), realizada a cada semestre, em data a designar, que congrega todos os participantes do projeto.

Atividades desenvolvidas:

- **Atividades físicas:**
 - Movimentos espontâneos, expressivos e criativos com material alternativo;
 - Músicas e danças;
 - Brincadeiras recreativas com ou sem material (bolas de meia, bolas de borracha, balões, bastões, saquinhos de areia, etc);
 - Movimentos corporais para melhora do equilíbrio, plasticidade e força muscular;
 - Ginástica cerebral (exercícios para a ativação da memória);
 - Exercícios de coordenação, atenção e destreza motora usando material alternativo;
 - Exercícios de alongamento e posturais (passivo, ativo, em grupo);
 - Atividades calmantes e relaxantes com músicas suaves.

- Outras atividades
 - Sessões de Educação para a Saúde aos idosos e cuidadores informais da importância da atividade física;
 - Ações de formação a cuidadores formais das IPSS do Concelho de Peniche sobre a importância da atividade física;
 - Ações de formação a profissionais de saúde do Concelho de Peniche sobre a importância da atividade física.

Funcionamento das sessões

O funcionamento das sessões segue o seguinte padrão: mobilização geral (aquecimento), parte fundamental e retorno à calma.

Na mobilização geral é promovido algum tempo de marcha (entre 10 minutos), que por norma é acompanhado por alguns exercícios de movimentação articular.

Na parte fundamental são trabalhos diversos aspetos da condição física, como a força, equilíbrio, postura flexibilidade e coordenação motora. São também desenvolvidos exercícios de trabalho de grupo (duas ou mais pessoas), bem como danças.

Na parte de retorno à calma, são realizados alguns alongamentos gerais e/ou específicos dependendo do tipo de sessão realizada e algum tempo de marcha lenta (10 minutos).

Duração das atividades

Inicialmente as sessões têm em média 30 minutos de duração podendo aumentar, gradualmente para 60 minutos. As atividades são oferecidas sempre no período da tarde 14,30-16

Distribuição dos grupos para as atividades

Os grupos de idosos, são mistas e serão formadas obedecendo as características necessárias para um bom desempenho do grupo, podendo diferir quanto ao número de participantes. De acordo com as características das sessões o grupo pode ter limite máximo de participantes, que será divulgada em cada atividade,

Local das atividades

O local das atividades será preferencialmente no Centro de saúde de Peniche ou centros de convívio, centro de dia, o outro local cedido para o efeito.

Parcerias

Promover a parceria com outras instituições promotoras de ações ligadas à Atividade Física de forma a proporcionar uma ação conjunta de modo a realizar um trabalho interdisciplinar abrangendo diferentes áreas do conhecimento.

Inscrições

As inscrições são gratuitas e podem ser feitas presencialmente, por telefone, por email ou fax para: UCC Peniche Rua Humberto Delgado 2520-446 PENICHE; Telefone: 262790024; Fax Geral 262790029; email No horário de funcionamento da Unidade 8.30h – 16.30h

Bibliografia

- Direção Geral de Saúde (2000). Autocuidado na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas, nº 1: Conservar-se em Forma em Idade Avançada. 3ª Ed. Lisboa: EUROPRESS
- Direção Geral de Saúde (2003). Saúde na Comunidade: Guia orientador para a elaboração de indicadores. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministérios da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2004). A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Acedido em 25 de novembro de 2014 de www.dgs.pt.
- Direção Geral de Saúde (2010). Envelhecimento Saudável. Acedido em 08 de novembro de 2014, de <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/envelhecimento-saudavel.pdf>
- PIRES, T. S.; NOGUEIRA, J. L.; RODRIGUES, A.; AMORIM, M. G.; OLIVEIRA, A. F. *A recreação na terceira idade*. Acedido em 7 de novembro de 2014 em <http://www.cdof.com.br>

APÊNDICE VI. Acompanhamento individualizada às idosas diabéticas

O atendimento dos Utentes com diabetes, na UCSP Peniche é realizado pelo Médico de família, ou por um Medico que faz consulta medica de diabetes a utentes sem Medico de Família, articulando-se com o Enfermeiro da CED, que pontualmente articulam com o Enfermeiro destacada para a sala de tratamentos para tratamentos curativos, também recorrem aos cuidados de Enfermagem de forma direta utentes com úlceras do pé diabético para tratamento (sala de tratamentos). Optou – se então por definir os seguintes objetivos: Capacitar as idosas para uma Alimentação saudável; Capacitar as idosas com para o autocontrolo da doença através da educação terapêutica, com vista a melhorar o controlo glicémico; Capacitar as idosas, para o autocuidado e vigilância do pé, fornecendo informação adequada, com vista a diminuir o risco de ulceração do pé; Capacitar as idosas para a avaliação de glicémica capilar; Incentivar as medidas não farmacológicas do tratamento; Reduzir os riscos das complicações de diabetes a curto e longo prazo.

Nos cuidados a utentes com o diagnóstico de diabetes é amplamente reconhecida a necessidade de envolve - las nos cuidados, ajudando as idosas a estabelecer os seus próprios objetivos, respeitando as suas prioridades e necessidades, bem como ter em conta os seus hábitos de vida e o estadio da doença (Funnell & Anderson, 2004). Selecionou – se assim as seguintes estratégias de Intervenção visando a prevenção e controlo da diabetes:

- a) Agendar consulta médica;
- b) Agendar consulta de enfermagem;
- c) Identificar as necessidades de aprendizagem dos doentes com diabetes com vista a intervenções de enfermagem efetivas para promoção do autocuidado;
- d) Facultar aparelhos de autovigilância realizando ensinios para utilização eficaz;
- e) Educar para o autocuidado do pé;
- f) Colaborar na vigilância e acompanhamento do estado de saúde;
- g) Transmitir conhecimentos que capacitem o utente a gerir a sua doença;
- h) Promover a adesão terapêutica;
- i) Promover estilos de vida saudáveis.
- j) Estimular a prática de exercício físico, como medida coadjuvante do controlo da doença.

Indicadores de avaliação Acompanhamento individualizada às idosas diabéticas

✓ **Indicadores de Processo**

- % de adesão : $n.^{\circ}$ de consultas médicas efetuadas/ $n.^{\circ}$ total de consultas medicas agendadas x 100
- % de adesão : $n.^{\circ}$ de consultas enfermagem efetuadas/ $n.^{\circ}$ total de consultas enfermagem agendadas x 100;
- % de idosas que cumpre prescrição terapêutica : $n.^{\circ}$ de idosas que cumpre prescrição terapêutica/ $n.^{\circ}$ de idosas diabéticas X100;
- % de auto controle glicémico : $n.^{\circ}$ de idosas que realizam o autocontrole glicémico / $n.^{\circ}$ de idosas diabéticas X 100;
- % de auto observação do pé diabético : $n.^{\circ}$ observações de pé / $n.^{\circ}$ total de idosas diabéticas x 100.
- % reuniões efetuadas com CED da USCP Peniche

✓ **Indicadores de Resultado**

- Valores de HbA1c \leq a 7 : $n.^{\circ}$ de utentes com valores de HbA1c $<$ ou $=$ a 7/ $n.^{\circ}$ total de idosas com diabetes x 100;
- Lesões do pé: $n.^{\circ}$ de utentes com episódio de ulceração do pé/ $n.^{\circ}$ total de idosas com diabetes x 100.

•

❖ **Metas estabelecidas:**

Indicadores		Meta estabelecida	Data prevista de avaliação
	Consultas medicas	100%	dezembro 2014
	Consultas enfermagem	100%	dezembro 2014
% de idosas que cumpre prescrição terapêutica		75%	fevereiro 2015
% de auto controle glicémico		75%	fevereiro 2015
% de auto observação do pé diabético		50%	fevereiro 2015
• % reuniões efetuadas com CED da USCP Peniche		100%	fevereiro 2015
Valores de HbA1c \leq a 7 :		75%	Anual
Lesões do pé		75%	Anual

Avaliação

Relativamente ao acompanhamento individualizado às idosas diabéticas, esta intervenção foi decidida após se ter verificado existir 9 idosas com diabetes e que não cumpriam a medicação prescrita nem a alimentação recomendada, e de acordo com as idosas. Assim foram realizadas várias intervenções com os resultados transcritos no Quadro nº , tendo por base a educação terapêutica direcionada para as necessidades sentidas pelas idosas e para os fatores de risco modificáveis (sedentarismo, excesso de peso, excesso de perímetro abdominal, IMC, hábitos alimentares) com vista à adequação comportamental, assim como foram realizadas a monitorização e vigilância do estado de saúde donde se destaca o incentivo no autovigilância da observação do pé e ao autocontrole glicémico. Foi igualmente realizada a articulação com a USCP Peniche, consulta de Enfermagem de Diabetes (CED), de forma a estabelecer um plano de atuação individualizado, em conjunto em relação às 9 idosas.

Acompanhamento individualizada às idosas diabéticas		
Indicadores de atividade	Meta estabelecida	Resultado atingido
	Consultas médicas	100%
	Consultas enfermagem	100%
% de idosas que cumpre prescrição terapêutica	75%	77% (7 idosas)
% de auto controle glicémico	75%	88% (8 idosas)
% de auto observação do pé diabético	50%	55% (5 idosas)
Nº de idosas diabéticas com os valores de glicémica abaixo de 150mmHg/ Nº de idosas diabéticas X100	10%	13% (3 idosas)
% reuniões efetuadas com CED da USCP Peniche	100%	100%
Valores de HbA1c ≤ a 7 :	75%	Anual
Lesões do pé	75%	Anual

Os resultados alcançados excederam todas metas que nos propusemos obter.

APÊNDICE VII. Materiais educativos impressos

SAL TEMPERADO



O Sal Temperado pode substituir o sal refinado e, desta forma, vai haver menor concentração de sódio, evitando Tensão arterial elevada.

Nunca devemos esquecer que quanto mais natural nossa alimentação melhor. **Devemos lembrar que o que dá sabor à nossa comida são os temperos e não o sal.**

Ingredientes:

- 1 colher de sopa de alecrim desidratado
- 1 colher de sopa de manjeriço desidratado
- 1 colher de sopa de orégãos desidratado
- 1 colher de sopa de cebolinha verde desidratada
- 1 colher de sal refinado

Modo de preparação:

Misturar os ingredientes, em processador ou liquidificador, por alguns segundos. Guardar num frasco de vidro hermético.



Princípios da Dieta Mediterrânea

1. Cozinha simples que tem na sua base as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas
2. Elevado consumo de produtos hortícolas, fruta, pão e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosos
3. Consumo de produtos vegetais produzidos localmente, frescos e da época
4. Consumo de azeite como principal fonte de gordura
5. Consumo moderado de lacticínios
6. Utilização de ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal
7. Consumo frequente de peixe e menos de carnes vermelhas
8. Consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais
9. Água como principal bebida ao longo do dia
10. Convívio à volta da mesa

Conselhos para uma Alimentação Saudável
Peniche 2017

Autor
Cristina Maria Fernandim Costa

Orientador
Prof. Maria Manuel Quintela

Conselhos para uma Alimentação Saudável



As 15 regras para ter uma Alimentação Saudável

1. Coma 5 ou 6 refeições por dia.
2. Comece bem o dia com o pequeno-almoço.
3. Reduza o tamanho das refeições.
4. Dê preferência aos vegetais e à fruta.
5. Coma sopa antes do prato principal.
6. Prefira como gordura o Azeite.
7. Escolha laticínios magros.
8. Opte pelas carnes brancas.
9. Prefira peixes brancos e azuis.
10. Evite os fritos.
11. Opte pelos cereais integrais.
12. Beba água, sumos naturais ou chá.
13. Reduza a quantidade de sal.
14. Planeie as suas refeições.
15. Mastigue lentamente os alimentos.



Rótulos dos alimentos

O rótulo dos alimentos contém um conjunto de elementos identificativos do produto alimentar, dos seus constituintes e de outras características relevantes para o seu consumo.

Elementos de carácter obrigatório: o nome do produto, o lote, o peso líquido, a data de validade, as condições de utilização e de conservação, a lista de ingredientes, a informação nutricional, e os dados da empresa produtora.

A **lista de ingredientes** apresenta todos os elementos utilizados na elaboração do produto alimentar.

A **informação nutricional** apresenta o contributo energético e nutricional do produto alimentar, por 100g ou 100ml

No momento da compra, **o consumidor deve-se focar** nos valores de açúcares, gorduras saturadas e sal disponíveis por porção, **devendo optar** por consumir apenas aqueles que apresentarem valores reduzidos para os três nutrientes.



O que não se deve esquecer?

Procure ter horários certos para comer.

O intervalo entre as refeições não deve ser menor do que 2 horas e nem maior do que 4 horas.

Procure não pular as refeições pois vai fazer com que fique com mais fome e coma mais quantidade de alimentos na refeição seguinte.

Evite alimentos pré-preparados.

As refeições do meio da manhã, do meio da tarde e da ceia:

Deverão ser leves e poderão ser compostas por alimentos ricos em hidratos de carbono, vitaminas e minerais e fibra.

Devemos experimentar diversos tipos de combinações. Como por exemplo:

Uma porção de pão, uma peça de fruta e/ou um produto lácteo.