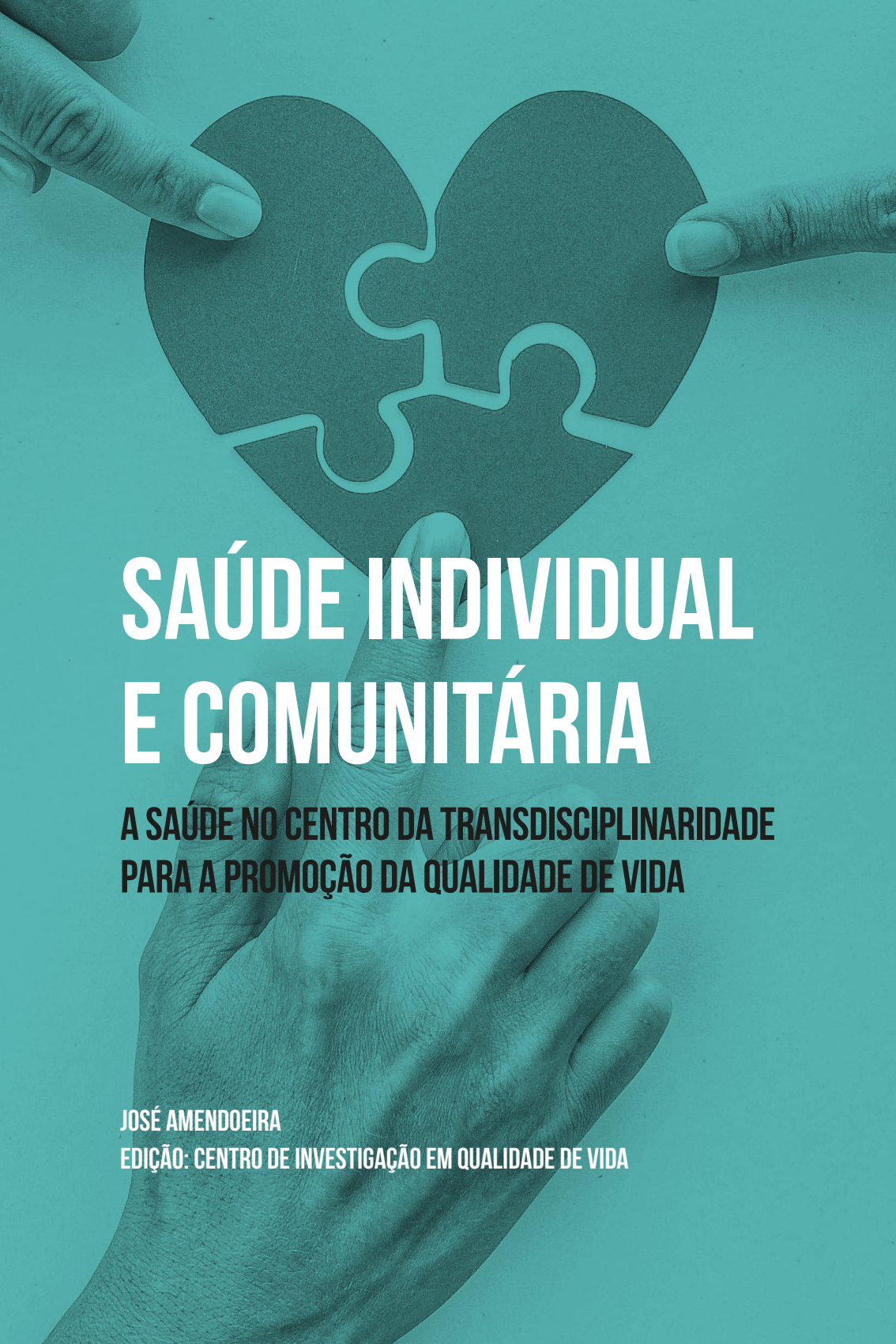




SAÚDE INDIVIDUAL E COMUNITÁRIA

**A SAÚDE NO CENTRO DA TRANSDISCIPLINARIDADE
PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

JOSÉ AMENDOEIRA

EDIÇÃO: CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM QUALIDADE DE VIDA

SAÚDE INDIVIDUAL E COMUNITÁRIA

**A SAÚDE NO CENTRO DA TRANSDISCIPLINARIDADE
PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

JOSÉ AMENDOEIRA

EDIÇÃO: CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM QUALIDADE DE VIDA



Fonte:

https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Modelo-dos-Determinantes-Sociais-da-Saude-proposto-por-Dahlgren-e-Whitehead-e_fig1_317129275

A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida

FICHA TÉCNICA

Título: Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida

Editor: José Amendoeira

Edição: Centro de Investigação em Qualidade de Vida

Instituto Politécnico de Santarém

Instituto Politécnico de Leiria

Coleção: Edições CIEQV

Produção: Relgráfica, Lda.

www.relgrafica.com

Conceção gráfica: Patrícia Santos, Relgráfica, Lda.

Financiamento: FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P. - projeto UID/CED/04748/2020

(Centro de Investigação em Qualidade de Vida).

ISBN: 978-989-54983-5-2

Depósito Legal: 498846/22

Tiragem: 200 exemplares

junho 2022

SIGLAS E ABREVIATURAS

AE – Agrupamento de Escolas

APN – Associação Portuguesa dos Nutricionistas

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

CrAdLiSa – Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EBSCO – Elton B. Stephens Company

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EIPAS – Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável

EOHSP – European Observatory on Health Systems and Policies

HLS-EU – European Health Literacy Survey

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

LA – Literacia Alimentar

LS – Literacia em Saúde

MBDHBM – Bioecological Model of Human Development Bronfenbrenner e Morris

MESH - Medical Subject Headings

NUT – Nomenclatura da Unidade Territorial para Fins Estatísticos

ODPHP – Office of disease prevention and health promotion

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PrS – Promoção da Saúde

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RSL – Revisão sistemática da literatura

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SCHFI V 6.2 – Escala de autocuidado para a pessoa com Insuficiência cardíaca
versão 6.2 SCODI - Self-Care of Diabetes Inventory

SDOH – Social determinants of health

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOC – Sense of coherence

UCC – Unidade(s) de Cuidados na Comunidade

UMIS - Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde

UN – United Nations

WC - Water Closet

WHO – World Health Organization

Coord. – Cordenador(es)

Ed. – Editor(a)

et al – e outros

nº – número

Org. – Organizador(es)

pdf – formato portátil de documento

s.d. – sem data

ÍNDICE

Nota da Edição	13
Prefácio	15
Introdução	17
Capítulo 1 - Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida	19
José Amendoeira, Hélia Dias, Regina Ferreira, Mário Silva, Marta Rosa, Maria do Carmo Figueiredo, Alcinda Reis, Teresa Coelho	
Capítulo 2 - Gravidez e Período Neonatal	37
Hélia Dias, Clara André, Conceição Santiago, Olímpia Cruz, Anabela Cândido, Teresa Carreira, Teresa Coelho, José Amendoeira	
Capítulo 2.1 - A Interculturalidade no Cuidar a mulher grávida autóctone e migrante	51
Alcinda Reis, Emília Coutinho	
Capítulo 3 - Pós neonatal e juventude	61
Regina Ferreira, Ana Spínola, Clara André, Celeste Godinho, Fátima Saragoila, Conceição Pires da Rosa, Alcinda Reis, José Amendoeira	
Capítulo 3.1 - Promoção de Saúde e Alimentação Saudável	77
Maria do Carmo Figueiredo	
Capítulo 4 - Adultos na Vida Ativa	95
Mário Silva, José Amendoeira, Irene Santos, Marta Rosa, José Lourenço, Aniceta Paz, Gina Marques	
Capítulo 4.1 - A Saúde Mental: Uma dimensão relevante	113
Maria Teresa Coelho	
Capítulo 5 - Envelhecimento Saudável. A resposta dos Cuidados Domiciliários	117
Marta Rosa, José Amendoeira, Isabel Barroso, Joaquim Duarte, Gina Marques, Helena Caseiro, Júlia Santos	
Capítulo 5.1 - Mais anos vividos. Envelhecer com Qualidade de Vida	129
Gina Marques, José Amendoeira	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Indicadores de Saúde ao longo da Vida	31
Figura 2 - Desenho do estudo Mum2You	42
Figura 3 - Descrição da fase 1 – Validação da escala Smoke-Free Families (SFF)	43
Figura 4 - Descrição da fase 2 – Desenvolvimento de estudo para caracterização do consumo de tabaco na mulher grávida e identificação dos fatores associados	44
Figura 5 - Descrição da fase 3 – Elaboração das recomendações que contribuam para a efetividade das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental na mulher grávida.	45
Figura 6 - Mapa conceptual do conceito de Literacia Alimentar	87
Figura 7 - Variáveis independentes, níveis de medida e Escalas	123
Figura 8 - Fases de desenvolvimento da investigação e respetivas atividades a desenvolver	125

NOTA DA EDIÇÃO

Amendoeira, Barroso et al. (2012) consideram que

Os determinantes sociais de saúde, adquirem neste domínio de investigação e reflexão sobre as práticas, o significado que se torna necessário descodificar por referência aos contextos onde as pessoas nascem, vivem e se constroem como cidadãos capazes de construir saúde (p.8).

Constitui-se ainda como relevante para a concetualização que apresentamos, o sentido que a World Health Organization (WHO, s.d.) atribui à equidade em saúde,

(...) is committed to health equity. World Health Organization/Europe works in many interrelated areas – including gender, prison health and the socioeconomic determinants of health – to provide an evidence-based, systematic and accountable approach to reduce health inequalities among people in the WHO European Region (para.1).

Os objetivos do Desenvolvimento Sustentável mormente,

Goal 2. *End hunger achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture;* **Goal 3.** *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages;* **Goal 4.** *Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all;* **Goal 5.** *Achieve gender equality and empower all women and girls;* **Goal 12.** *Ensure sustainable consumption and production patterns* (Nações Unidas, 2015, pp. 4 -24).

A Promoção da Saúde está associada à sustentabilidade, comprometendo-se com:

O processo de construção e implementação do PNS 2021-2030, a nível nacional, envolvendo também os Programas de Saúde Nacionais, e dos Planos Locais de Saúde, a nível local, oferecem esta abordagem e, como tal, uma renovada esperança e oportunidade para Portugal atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e mais Saúde Sustentável até 2030 (DGS, 2020, p.12).

José Amendoeira – Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Santarém
Coordenador da Área Científica – Saúde Individual e Comunitária - CIEQV

PREFÁCIO

O Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) desenvolve investigação na área temática da Qualidade de Vida, num paradigma multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar de vários domínios, incluindo: a) comportamento motor; b) dinâmica organizacional; c) produção e tecnologia alimentar / comportamento alimentar; d) atividade física e estilos de vida saudáveis; e) educação e formação; f) saúde individual e comunitária. Consideramos o conceito de qualidade de vida como muito abrangente, compreendendo não só a saúde física, o estado psicológico, o desenvolvimento motor, a sustentabilidade, o nível de independência, as relações sociais nos diversos contextos, em casa, na escola e no trabalho e a sua relação com o meio ambiente e produtivo.

A estratégia do CIEQV assenta em grandes vetores de desenvolvimento do conhecimento, numa perspetiva multidisciplinar no âmbito da área das ciências sociais e humanidades. A Educação é um vetor determinante da nossa atividade, orientando os resultados da investigação e do desenvolvimento para a formação dos cidadãos e dos estudantes, docentes e investigadores do ensino superior na área da Qualidade de Vida. Este conceito sustenta-se numa orientação para uma atividade humana com padrão de qualidade, onde as dinâmicas organizacionais e o estilo de vida jogam um papel determinante, sustentado pela boa conduta na atividade física, desporto e alimentação. A área científica da saúde individual e comunitária faz o pleno do quadro que configura o âmbito e a esfera de intervenção deste centro. Deste modo, o CIEQV estrutura-se em função de quatro vetores de expansão (Educação – Atividade Física – Alimentação – Saúde), interagindo e multiplicando as ações e os projetos de investigação e intervenção na qualidade de vida.

Neste sentido, são objetivos das principais linhas de investigação do CIEQV: a) Investigar a qualidade de vida das populações (e as relações com a atividade física, alimentação e saúde); b) Investigar os processos (que contribuem para) da qualidade de vida; c) Investigar a intervenção dos técnicos (na qualidade de vida); d) Investigar a formação e qualificação dos técnicos (que intervêm para a qualidade de vida); e) Investigar as dinâmicas organizacionais (que contribuem) para a qualidade de vida.

No CIEQV, a área científica de Saúde Individual e Comunitária incorpora treze investigadores integrados, dos quais três são doutorandos. Investigam a saúde e qualidade de vida, conceitos que se caracterizam pela singularidade com que cada técnico, influenciando a sua capacidade de tomar decisões informadas e adequadas para a intervenção profissional, no processo de cuidar assumindo um indivíduo, família e dimensão comunitária. A abordagem da saúde ao longo do ciclo de vida tem sido uma orientação para o desenvolvimento da investigação, no âmbito da qualidade de vida. Os estudos têm proporcionado a clarificação dos conceitos teóricos que permitem,

identificar, compreender e planear a intervenção profissional no campo das necessidades de saúde, nos diferentes níveis de relação da saúde com a comunidade (Rodrigues et al., 2020).

Esta edição ilustra cabalmente a produção de conhecimento dos investigadores da área da saúde individual e comunitária, a valorização da recolha metodológica e consistente dos indicadores de saúde proporcionando uma análise e discussão estratégica relativamente às políticas na área da saúde. No segundo capítulo, temos uma abordagem ao ciclo de vida associado à natalidade, na gravidez e no período neonatal, refletindo em particular o contexto sociocultural da mulher grávida. São apresentados estudos do período pós neonatal e dos momentos críticos da juventude, sempre associado ao âmbito da qualidade de vida, em especial no que concerne à alimentação saudável. Investigar sobre os adultos ativos trata-se de um desafio enorme com campo de estudo imenso, em especial no que respeita à saúde mental, tão relevante nos tempos que vivemos. E por fim, embora muito relevante, a investigação centrada nas populações idosas, envolvendo o envelhecimento saudável e ativo, na perspetiva de uma boa qualidade de vida nesta fase muito especial.

Este livro constitui um marco determinante de referência da investigação e do conhecimento dos investigadores do CIEQV, da área da saúde individual e comunitária, traduzindo-se num documento estratégico e decisivo para a investigação futura, neste âmbito da qualidade de vida das populações.

José Fernandes Rodrigues
Coordenador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida
Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém

INTRODUÇÃO

A mobilização de uma vasta equipa de investigadores que remonta a 2006, cedo enquadrou a investigação com um foco para uma Escola Promotora de Saúde, privilegiando a relação Escola-Meio e, com esta estratégia aproximar a investigação ao desenvolvimento e, assim à Comunidade e, individuo, numa orientação para a Centralidade e foco, nestes.

A oportunidade de trabalhar em proximidade com as organizações de saúde, numa perspetiva de abordagem dos Indicadores de Saúde ao Longo da Vida, permitiu à equipa de professores investigadores ir conhecendo, aprofundando e consolidando o enunciado precedente, nomeadamente a partir de 2012.

Entre 2012 e 2015, a atividade de Investigação e Extensão à Comunidade, foi financiada pela FCT e Parque de Ciência e Tecnologia do Alentejo. Em 2012, foi criada a Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS), constituindo-se até à atualidade o núcleo dinamizador da investigação produzida por professores investigadores e estudantes do 1º Ciclo e 2º Ciclo, na Enfermagem como área científica, organizando-se a Missão da Escola na interseção do Ensino da Investigação e da Extensão à Comunidade.

Relevamos um outro projeto, no âmbito da Modernização dos Institutos Politécnicos, orientação que consideramos ter sido muito relevante para a afirmação da capacidade e competência existente no subsistema de Ensino Politécnico. No projeto *YourPEL*, foi promotor o Instituto Politécnico de Santarém (IPSantarém)-Escola Superior de Saúde (ESSaude) e copromotores o Instituto Politécnico de Viseu-ESSaude e o Instituto Politécnico de Leiria-ESSaude e, decorreu entre 2016 e 2019, constituindo-se um projeto demonstrativo da capacidade e competência que possuímos para investigar na área das Ciências da Saúde, subáreas Enfermagem e Saúde Pública.

A persistência na submissão de projetos a nível nacional e internacional, embora sem recomendação para financiamento, tem-se constituído como aprendizagem e desenvolvimento de parcerias, com as quais oportunamente, seremos vencedores.

Os resultados obtidos com a linha de investigação desenvolvida entre 2012 e 2019, permitiu à equipa de Investigação concetualizar e desenhar uma orientação para o estudo dos Indicadores de Saúde ao longo da Vida, numa orientação para o Envelhecimento Saudável ao longo do Ciclo Vital.

Esta reorientação, conduziu-nos à proposta de adesão da equipa de professores investigadores ao Centro de Investigação em Qualidade de Vida, adesão que se concretizou em 22 de abril de 2020, resultando em simultâneo, a criação da Área Científica – Saúde Individual e Comunitária. Chegamos

assim à concretização do sonho enunciado no primeiro parágrafo.

Este Livro constitui-se assim como o resultado do compromisso inerente a todo o processo, que estamos certos ficará mais consistente com o Quadro de Referência que propomos como o referencial teórico-metodológico da Área Científica – Saúde Individual e Comunitária.

CAPÍTULO 1

Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida.

Um quadro de referência para a qualidade de vida e saúde

José Amendoeira, Hélia Dias, Alcinda Reis,
Regina Ferreira, Maria do Carmo Figueiredo, Mário
Silva, Teresa Coelho, Marta Rosa, Gina Marques

RESUMO

Estudamos os Indicadores, nomeadamente aqueles que procuram analisar as características locais e culturais da população, organizados em quatro domínios: Gravidez e Neonatal; Pós-Neonatal e Juventude; Adulto em Vida Ativa e Envelhecimento saudável (pessoa idosa). A saúde da mulher, fetos e recém-nascidos, é influenciada por diversos fatores como os determinantes sociais da saúde, o consumo de tabaco e álcool. O foco na Promoção da Saúde em crianças e jovens, maximiza o seu potencial de crescimento e desenvolvimento por meio do seu *empowerment* e da família, em parceria com os profissionais de saúde. O *empowerment* dos adultos é um fator de proteção à sua saúde, que lhes permite tomar decisões e desenvolver o autocuidado enquanto agente terapêutico. O envelhecimento da população traz muitos desafios à qualidade de vida das pessoas idosas e dos seus cuidadores. Pretendemos continuar a estudar os Indicadores de Saúde ao Longo da Vida das Pessoas, considerando os principais Indicadores de Saúde, comparáveis entre vários e diferentes contextos (teóricos e metodológicos), ao longo da vida. O *design*, combina métodos e técnicas qualitativas e quantitativas nas quais a participação do público-alvo é central. Pretendemos ainda mobilizar instrumentos essenciais ao contributo para o diagnóstico do estado de saúde, implementados e testados para cada um dos quatro domínios principais. A abordagem salutogénica, conduzir-nos-á à identificação de ganhos em saúde, associados à adoção de estilos de vida saudáveis. A identificação e análise dos principais indicadores de saúde como resultados, contribuirão para uma tomada de decisão informada. O impacto de múltiplos fatores promotores, protetores e de risco, no âmbito dos Indicadores de Saúde ao longo da Vida.

Palavras-chave: Enfermagem Familiar; Indicadores de Saúde ao longo da Vida; Literacia em Saúde; Promoção da Saúde

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Em consonância com a Organização Mundial da Saúde (OMS), acreditamos que os Indicadores de Saúde contribuem para atingir as metas de desenvolvimento sustentável.

A escolha dos indicadores certos no domínio do desenvolvimento saudável é importante para medir o progresso, que é significativo para o bem-estar humano. Considerando a abordagem dos Indicadores de Saúde ao longo do ciclo de vida, mobilizamos o que recomenda a World Health Organization (2017)

The life-course approach aims at increasing the effectiveness of interventions throughout a person's life. It focuses on a healthy start to life and targets the needs of people at critical periods throughout

their lifetime. It promotes timely investments with a high rate of return for public health and the economy by addressing the causes, not the consequences, of ill health (p1).

Apoiamos como matriz concetual o proposto pelo European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP, 2019), quando define como tópicos a serem considerados neste domínio e, ainda numa perspetiva meta teórica

Each Profile provides a short synthesis of: health status; the determinants of health, focusing on behavioural risk factors; the organization of the health system; and the performance of the health system in terms of its effectiveness, accessibility and resilience (...) (p.1).

Assumindo uma abordagem mais concreta e definida como “A *lifelong approach is based on the interaction of multiple promotive, protective and risk factors throughout people’s lives. It adopts a temporal and societal perspective on the health of individuals and generations, including intergenerational determinants of health*” (WHO, 2017, p.1). Consideramos neste domínio que “*Social determinants of health (SDOH) are the conditions in the environments where people are born, live, learn, work, play, worship, and age that affect a wide range of health, functioning, and quality-of-life outcomes and risks.* (Office of disease prevention and health promotion [ODPHP], 2020a, para. 1). A direção que adotamos para a construção do Quadro de Referência é baseada na concetualização de que:

Peoples relationship and interaction with family, friends, co-workers, and community members can have a major impact on their health and well-being. Healthy People 2030 focuses on helping people get the social support they need in the places where they live, work, learn and play (ODPHP, 2020b, para.1).

Em Portugal, a recente intensificação do movimento migratório de vários países de origem, e o recente fenómeno de deslocalização de refugiados verificado no nosso país desde 2015, reforçam a importância da preparação dos profissionais de saúde em Portugal, para uma prática clínica consistente com cuidados adequados às pessoas migrantes (Reis, 2015; Coutinho, Rodrigues et al., 2018).

MATRIZ PARA INDICADORES DE SAÚDE – DOMÍNIOS DO CICLO VITAL

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015) uma abordagem pelo ciclo de vida e por domínios, permite uma compreensão integrada do conjunto de determinantes da saúde que podem ser priorizados, dada a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco (por exemplo: tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, consumo de álcool), essencial para a prevenção de doenças crónicas e suas complicações. A matriz de indicadores de saúde vem evoluindo na perspetiva apresentada antes, sendo os temas mobilizados pela WHO (2017), como temas organizadores para esse objetivo. *“Sexual and reproductive health; Maternal and newborn health; Child and adolescent health and Healthy ageing”*, numa perspetiva da abordagem da Promoção da Saúde (PrS) e do bem-estar *“Pregnancy and birth would be a healthy and positive experience for all involved. The early years would give the best possible start for the mental and physical health of both mother and child in a healthy, supportive environment”* (WHO, 2017, p.1). A OMS (2016) recomenda que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante a gravidez, parto e período pós-natal. O ciclo gravídico pós-parto é considerado um momento privilegiado em que o pré-natal é uma oportunidade de PrS, rastreio, diagnóstico e prevenção de doenças (OMS, 2016). A saúde da grávida é influenciada por vários fatores, nomeadamente, os determinantes sociais de saúde; dentre esses determinantes, destacam-se o comportamento pessoal e estilos de vida saudável, incluindo o consumo de tabaco e álcool. A obtenção de ganhos em saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis surge como uma oportunidade para influenciar positivamente a saúde da mulher, desde o período pré-concepcional, gravidez e pós-parto, à saúde do feto e do recém-nascido, nomeadamente na prevenção de complicações (DGS, 2015). Em Portugal, poucos estudos caracterizam o consumo de tabaco e álcool durante o ciclo gravídico puerperal. Um estudo realizado em 2005, mostrou a prevalência de 22,9% de grávidas que fumavam (Alves et al., 2013); quanto ao consumo de álcool em 2014, num outro estudo, constatou-se que 19% das grávidas relataram ter ingerido bebida alcoólica após terem tomado conhecimento que estavam grávidas (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2015).

Os jovens serão capazes de fazer melhores escolhas em Saúde, evitando um comportamento negativo em relação à Saúde individual. Situamo-nos, também em relação aos jovens, na capacitação para a adoção de comportamentos sexuais ou de consumos de risco que podem ser prejudiciais para os anos de vida. Eles seriam guiados para longe de ameaças ao seu bem-estar, paz e segurança. As mudanças ocorridas nos últimos anos na saúde da população portuguesa conduziram a uma melhor estado de saúde, no entanto, as crianças e os jovens requerem atenção especial em relação aos determinantes de saúde relacionados com o estilo de vida.

Quanto ao adulto na vida ativa, consideramos (...) A intervenção positiva sobre os determinantes de saúde, parte do pressuposto que o comportamento das pessoas se constitui como fator protetor para a saúde e promotor do bem-estar, nomeadamente no domínio do adulto em vida ativa (DGS, 2015).

Neste sentido,

valorizamos, no âmbito dos determinantes sociais da saúde, as seguintes dimensões: Comportamento pessoal e estilos de vida; influências na comunidade que podem manter ou prejudicar a saúde, as condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços de saúde e as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, gerais (Amendoeira *et al.*, 2013, p.9).

Numa perspetiva de PrS e de *empowerment* do adulto, cidadão ativo, capacitado para a tomada de decisão no âmbito do autocuidado, por forma a que sejam mais autónomos e responsáveis face à sua saúde e bem-estar e à saúde e bem-estar de quem deles depende, numa perspetiva salutogénica. Face a esta contextualização, perspetiva-se a importância de adotar uma abordagem com foco em estratégias que enquadrem a intervenção nos determinantes sociais e de saúde do adulto em vida ativa. O *empowerment* do adulto é um fator de proteção para a sua saúde e bem-estar, pois a sua continuidade e a PrS, permite-lhe a tomada de decisões informada sobre o autocuidado, assumindo a responsabilidade pela sua saúde e bem-estar, como indivíduo, na família e na comunidade, numa perspetiva salutogénica. De acordo com Amendoeira, Rosa et al. (2014) “(...) o fenómeno de envelhecimento poderá ser encarado como um dos maiores triunfos da humanidade, mas também como um dos nossos maiores desafios pelas demandas sociais e económicas que acarreta para a sociedade mundial (...)” (p4).

Importa igualmente relevar que,

The population of Europe has undergone a fundamental change in its age structure, with people living longer than ever before. Higher life expectancy and consistently lower birth rates has meant that our population is becoming steadily older, with over half the EU's population predicted to be over-65 by 2070 (AAL, s.d., para.1).

O Envelhecimento Saudável, pode ser definido “como um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e me-

lhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida” (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS] & OMS, 2021, p.1) constituindo-se num foco da OMS entre 2015-2030, substituindo o conceito de Vida Ativa, desenvolvido pela mesma organização desde 2002.

No entanto ambos os conceitos enfatizam a capacitação das pessoas idosas para que consigam manter-se um recurso para a família, comunidade e economia.

Capacitar num contexto da PrS significa estabelecer parcerias com os indivíduos ou grupos favorecendo o seu *empowerment*, através da mobilização de recursos humanos e materiais, para promover e proteger a sua saúde entendendo-se por *empowerment* o processo através do qual as pessoas aprendem a desenvolver controlo sobre as decisões e as ações que influenciam a sua saúde.

A Carta de Ottawa para a PrS (WHO, 1986) e os documentos subsequentes sobre o tema, enfatizam em todas as políticas, “*Activities to strengthen public health capacities and service aim to provide conditions under which people can maintain to be healthy, improve their health and wellbeing, or prevent the deterioration of their health*” (WHO, 2022, p.1). Considerando os determinantes no geral, destacamos os Estilos de Vida (alimentação, atividade física, sono, gestão do stress ou tabagismo), que representam uma oportunidade de PrS, com possibilidade de influenciar positivamente a saúde (Martins & Nogueira, 2017). A adoção de um Estilo de Vida Saudável representa uma oportunidade e um desafio para a pessoa, família e comunidade, pela possibilidade de desenvolver uma atitude preventiva em relação à saúde. É importante, portanto, promover o aumento da literacia para a saúde, fazer com que cidadãos e comunidades sejam capacitados na criação de condições que favoreçam a tomada de decisões críticas sobre as suas opções (Martins & Nogueira, 2017). A família constitui-se a par da comunidade, como centrais ao processo de cuidados, procurando corresponder efetivamente às necessidades e expectativas em saúde (Vieira et al., 2012). A centralidade do cuidado com a criança, emerge na família. Capacitá-lo para a tomada de decisões resulta dessa parceria, com resultados na PrS e prevenção de doenças (Ferreira et al., 2019).

Segundo Kayser et al. (2019) na segunda metade do século XX, o conceito de *Empowerment* surge no contexto da saúde, num pensamento centrado na pessoa e no envolvimento da mesma, face às necessidades e à conceção que temos da própria saúde. No âmbito da avaliação das necessidades de saúde do adulto, a vigilância epidemiológica dos determinantes da saúde inclui o tratamento dos dados e da identificação das assimetrias loco-regionais, mobilizando parceiros para esse fim como a comunidade académica (DGS, 2015). Também surge de forma integrada e em estreita relação com os indicadores de saúde ao longo da vida, estilos de vida saudáveis cujo conceito e relevância trazem preocupações para o campo da saúde no que se refere aos hábitos alimentares, atividade física, hábitos de sono e segurança. Salutogénese é um termo proposto por Antonovsky (1993a, 1993b, 1996), que acompanha a orientação

patogénica e não necessariamente a substitui, descreve uma abordagem com foco nos determinantes da saúde, que apoiam a saúde e o bem-estar humano, em vez de se focar exclusivamente nos fatores que causam a doença. O mesmo autor menciona a relevância de avaliar a pessoa globalmente, procurando saber como o indivíduo percebe o seu potencial de saúde e se responde positivamente às condições do meio (físico, biológico, psicológico e social), e o foco da intervenção deve ser nos fatores de proteção de natureza individual e social (Antonovsky, 1996). As intervenções dos profissionais de saúde, centradas no conhecimento adequado das necessidades das pessoas, com vista à promoção da literacia para a saúde, e cujo resultado será a sua capacitação para a auto-gestão no processo saúde / doença, é de crucial importância. Essa constatação também promove um paradigma, cujo envolvimento da pessoa e da parceria na promoção de sua saúde é fundamental. É assim que

Reconhecendo que a PrS é o processo de capacitação das pessoas, para que elas possam intervir, decisoramente, no seu projeto de saúde e, reportando-nos à enfermagem no paradigma da transformação, esta reconhecerá nas pessoas as capacidades e habilidades para serem agentes e parceiros nos cuidados (Figueiredo & Amendoeira 2019, p.7).

A PrS é o principal processo para incentivar as pessoas a adotarem um estilo de vida saudável e comportamentos que contribuam para a prevenção de doenças não transmissíveis (Alzahrani et al., 2019). Os comportamentos de PrS entendidos como estratégias para manter a saúde e estilos de vida, promovem a saúde e melhoram a qualidade de vida. Uma vez que esses comportamentos de PrS são elementos significativos da saúde, eles devem ser transmitidos às pessoas (Walker & Avant, 2011; Khani et al., 2020). Os comportamentos de PrS incluem componentes como responsabilidade pela própria saúde, autorrealização e relacionamentos interpessoais. O Modelo de Promoção da Saúde (N. Pender & A. Pender 1996; Pender, 2011; Pender et al., 2006) apresenta uma estrutura simples e clara, onde a enfermagem focaliza o cuidado na pessoa / grupo ou comunidade, permitindo o planeamento, intervenção e avaliação de suas ações. As intervenções são orientadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou aumentem o bem-estar da pessoa, focando-se em fatores que influenciam comportamentos saudáveis, explorando o complexo processo biopsicossocial que motiva o envolvimento das pessoas em comportamentos promotores de saúde (Victor et al., 2005; N. Pender & A. Pender, 1996; Pender, 2011; Pender et al., 2006). Os períodos de transição, de maior vulnerabilidade na vida, quando as pessoas estão mais abertas a mudanças, podendo ser usados como uma forma de entrada para que estas se comprometam com a saúde. Isso permitirá às pessoas enfrentar, prosperar e recuperar-se das consequências de crises financeiri-

ras, desemprego e insegurança. Destaca-se a importância da identificação dos determinantes da saúde para o cuidado aos migrantes, com o fim de promover a continuidade e qualidade dos cuidados de saúde essenciais, desenvolvendo, reforçando e implementando medidas de saúde e segurança no trabalho, de acordo com objetivo definido “Melhorar a qualidade, aceitabilidade, disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, por exemplo, superando barreiras físicas, financeiras, de informação, linguísticas e outras culturais (...)” (WHO, 2019, p. 8). O Bioecological Model of Human Development Bronfenbrenner e Morris (MB-DHBM, 2006), operacionaliza o conceito de Desenvolvimento referente ao resultado da função conjunta entre um processo proximal, as características de cada pessoa em desenvolvimento, o contexto imediato em que vive e a quantidade e frequência de tempo que a pessoa em desenvolvimento é exposta a um processo proximal específico e ao ambiente. O êxito desta abordagem assenta em ações intersetoriais da participação comunitária e no *empowerment* dos vários grupos populacionais de forma adequada às diferentes fases da vida em que se encontram e às suas especificidades culturais, num crescendo mensurável dos seus processos de identificação e de consciencialização das ameaças à sua saúde. De acordo com a DGS (2015), o êxito desta abordagem e do planeamento das intervenções dela decorrentes, assenta numa caracterização adequada do perfil de saúde de uma dada população o que enfatiza o interesse da criação de observatórios de indicadores de saúde nas diferentes regiões, sabendo-se que de acordo com a Organization for Economic Co-operation and Development (OECD, 2017) “o estado de saúde da população portuguesa e as desigualdades em saúde, estão associados a uma série de determinantes da saúde” (p.5).

Sendo a saúde mental um estado transversal a todas as idades, é importante a sua promoção ao longo do ciclo de vida, permitindo às pessoas viver uma vida saudável.

A obtenção de ganhos em saúde está diretamente relacionada à adoção de estilos de vida saudáveis, considerando-se relevante a avaliação da qualidade dos cuidados, o que permite conhecer as relações subjacentes aos resultados no contexto dos cuidados de saúde, considerando os determinantes sociais e de saúde. A identificação e análise dos resultados contribuirão para uma tomada de decisão mais segura e informada, para um desempenho mais motivador e de qualidade dos profissionais e organizações de saúde e para a satisfação da pessoa, em todos os domínios em estudo. No que se refere à exclusão social como determinante da saúde, destaca-se a importância do estudo de indicadores de saúde relacionados com os movimentos migratórios na realidade regional do estudo, sabendo que os migrantes muitas vezes são mais vulneráveis a problemas de saúde *vis-à-vis* com os autóctones, nomeadamente nas condições de vida relacionadas com a alimentação, as barreiras linguísticas e de comunicação, determinantes culturais, que podem incorporar fatores de risco para a sua saúde e para a comunidade que os acolhe.

Hábitos de vida pouco saudáveis, como o tabagismo, baixa atividade física, alimentação não saudável, consumo de álcool e sono inadequado, estão associa-

dos a um maior risco de doenças não transmissíveis. São essenciais, mudanças no padrão geral da dieta, que apoiam a base científica destacando os benefícios da dieta mediterrânea, por vários estudos.

Destacamos o importante papel dos profissionais de saúde na promoção de um estilo de vida saudável e fisicamente ativo ao longo da vida. A colaboração de grupos profissionais multidisciplinares, incluindo enfermeiros, profissionais do exercício, enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem na Comunidade e Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Mental; fisioterapeutas e médicos, de entre outros que poderão garantir o sucesso do processo que nos propomos desenvolver, na dimensão transdisciplinar, a partir da Área Científica Saúde Individual e Comunitária.

Os indicadores de saúde apontam para a realidade internacional de forma que os migrantes são mais vulneráveis aos problemas de saúde, em comparação com os autóctones, e o estado de saúde dessas pessoas é um importante indicador de integração no país de acolhimento (Oliveira, 2021). Assim, fundamenta-se a necessidade de estudar a interferência das desigualdades e das condições de vida no estado de saúde das populações, bem como identificar as condições alimentares, as dificuldades linguísticas e de comunicação, determinantes culturais e comportamentais, entre outros, que personificam a saúde, fatores de risco no âmbito dos determinantes sociais e individuais da saúde que determinam atitudes e crenças em relação à saúde e à doença, que é urgente identificar e trabalhar (Oliveira, 2021). Dando continuidade a essa perspetiva, é importante uma abordagem teórica que considere a Saúde e a Doença como entidades cada vez mais estudadas numa perspetiva salutogénica com foco na PrS e no aprofundamento desta e de outras estratégias no âmbito da literacia em saúde (LS), enquadrando os Determinantes Sociais de Saúde e Doença, de acordo com a OMS. Os Determinantes Sociais da Saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, pelo que queremos investigar sobre o género, migração e saúde, e os determinantes sociais relacionados com a nutrição, sexualidade e consumos nocivos. Desde 2014, a Escola Superior de Saúde de Santarém como Escola Promotora de Saúde, desenvolve a sua ação num território com uma população real, e com este projeto queremos contribuir para que as Autoridades Regionais de Saúde contem com um Observatório que mobilize os resultados das intervenções de impacto na saúde, avaliadas formal e periodicamente. Com este projeto pretendemos inovar na perspetiva sobre os Indicadores do Estado de Saúde e a sua importância para uma mudança na vida das pessoas, quando se espera alcançar resultados de saúde apoiados de um ponto de vista ontológico, com o desenvolvimento de estratégias que possam identificar os componentes do modo de vida de pessoas reais. Mas não basta colocar essas questões sem a oportunidade de possibilitar a identificação de novos conhecimentos, como a possibilidade de identificar como modelo conceitual conhecido e, conseguindo isso identificaremos claramente a epistemologia como suporte para propor uma nova teoria do conhecimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudar os Indicadores de Saúde ao longo da vida é relevante para definir o perfil de saúde, considerando uma população loco-regional?

Considerando a abordagem dos Indicadores de Saúde sobre o perfil de saúde ao longo da vida, a ideia central deste projeto é providenciar uma sinopse de intervenções efetivas ao longo da vida. O impacto de múltiplos fatores promotores, protetores e de risco deve ser avaliado por ferramentas metodologicamente fortes, congruentes e consistentemente adaptadas à população-alvo, identificando indicadores ao longo da vida. Esta perspectiva significa que avançamos no paradigma de metodologias críticas, pela realização de Revisão Sistemática de literatura, revendo anualmente a evidência científica, constituindo-se para nós enquanto Escola Promotora de Saúde, essencial desenvolver. A investigação-ação participativa não é uma metodologia, é uma abordagem que combina métodos e técnicas de investigação qualitativa e quantitativa e na qual a participação do público-alvo é central. Tem em consideração processos, resultados e impacto, ao contrário dos ensaios clínicos (Springett et al., 2011). O conhecimento científico é gerado a partir da ação e experimentação em contexto, com participação democrática e aprendizagem social. Assim, é a qualidade das relações entre os investigadores e o grupo-alvo que determina a qualidade da investigação e das técnicas que se aplicam. Nessa perspectiva, existe um conjunto de critérios que definem este tipo de pesquisa (Springett et al., 2011). A decisão por um estudo de investigação-ação foi uma opção co construída. O objetivo de melhorar a prática (Streubert & Carpenter, 2013), pressupõe estudar o contexto para identificar e descrever problemas ou áreas que precisam de ser melhoradas. Os investigadores da ação não fornecem linhas metodológicas estritamente prescritas. O objetivo de aprender ao longo da ação na investigação - ação continua dominante, enquanto a escolha do método depende das peculiaridades da situação. Pode descrever-se como um processo cíclico que implica planeamento, ação, reflexão e avaliação. Os investigadores diferem na sua abordagem do que vem primeiro - análise ou implementação. Se a análise vier primeiro, o processo começa com uma revisão da situação problemática. Esta é a nossa forma de pensar Investigador responsável e equipa sobre o desenvolvimento da investigação, demonstrada pelo desenvolvimento (1ª fase) Análise Documental e de Conteúdo. Considerando a abordagem pelos Indicadores de Saúde e respetivo perfil ao longo da vida, a ideia principal deste projeto é aumentar a eficácia das intervenções ao longo da vida de uma pessoa. Concentra-se no início de vida saudável e atende às necessidades das pessoas em ganhos críticos na saúde, ao longo da vida. Promove investimentos oportunos com uma alta taxa de GANHOS para a saúde pública e a economia, abordando as causas, não as consequências, dos problemas de saúde. O impacto de múltiplos fatores promotores, protetores e de risco deve ser avaliado por ferramentas metodologicamente fortes, congruentes e consistentemente adaptadas à população-alvo. Assim, fundamenta-se a necessidade de estudar a interferência

das desigualdades e das condições de vida no estado de saúde das populações, bem como identificar as condições alimentares, as dificuldades linguísticas e de comunicação, determinantes culturais e comportamentais, entre outros.

Mas não basta colocar essas questões sem a oportunidade de possibilitar a identificação de novos conhecimentos, como a possibilidade de identificar como modelo conceitual conhecido e, conseguindo isso, identificaremos claramente a epistemologia como suporte para propor uma nova teoria do conhecimento.

É suportado na perspectiva salutogénica que valorizamos tal como Langeland et al. (2022) referem:

(...) we need to further unravel what salutogenic interventions entail and study their effectiveness and develop salutogenic interventions that at least fulfill the five salutogenic criteria. It is reasonable to think that more specific salutogenic interventions, including health promotion aims, are likely to make the SOC and other relevant salutogenic outcomes more sensitive for change. Also, we need several longitudinal salutogenic intervention studies with larger samples size and stronger research designs such as RCTs to increase the knowledge about the SOC's ability to change in the long run (p.215).

RESULTADOS ESPERADOS

A realidade atual remete para a importância de um olhar focalizado nos determinantes de saúde, conceptualizados nas suas diferentes dimensões: comportamento pessoal e estilos de vida; influências na comunidade que podem manter ou prejudicar a saúde; condições de vida e de trabalho; acesso a serviços de saúde e condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais, e da necessidade de “investigação e reflexão sobre as práticas, o significado que se torna necessário descodificar por referência aos contextos onde as pessoas nascem, vivem e se constroem como cidadãos capazes de construir saúde” (Amendoeira et al., 2013, p.8).

De acordo com Sørensen et al. (2012) os determinantes da saúde poderão ser classificados em fixos ou biológicos, tais com a idade; sexo ou fatores genéticos, em sociais e económicos, como a pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social; ambientais; e estilos de vida, destacando-se a alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e o comportamento sexual, e ainda o acesso aos serviços da comunidade como os que se reportam à saúde. Os determi-

nantes da saúde influenciam assim o estado de saúde individual, familiar ou comunitário, identificando simultaneamente os mesmos autores, a dificuldade frequentemente registada na atribuição do seu peso específico. Acompanha-se a perspectiva de Amendoeira et al. (2013) relativamente a que, de entre os determinantes da saúde, os estilos de vida saudáveis merecem particular destaque no planeamento e definição das intervenções pelos profissionais de saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde na preparação de um envelhecimento saudável, mas ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas – desde a saúde materna e do recém-nascido, à saúde da criança e do jovem e à saúde do adulto em vida ativa. Para Martins e Nogueira (2017), a obtenção de ganhos em saúde está diretamente relacionada com a adoção de estilos de vida saudável, identificando-se aqui uma oportunidade de influenciar-se positivamente a saúde das pessoas, como no caso das doenças crónicas não transmissíveis. A mesma fonte salienta a simultaneidade desta oportunidade também como desafio, extensíveis para além do indivíduo, à sua família e à comunidade.

Amendoeira et al. (2013) enfatizam a necessidade de que em Portugal, em linha com a conceptualização adotada no Plano Nacional de Saúde (PNS), revisão e extensão a 2020 sejam planeadas intervenções que promovam a centralidade no cidadão, na sua singularidade, e na corresponsabilidade na promoção da sua saúde de acordo com o seu estatuto de singularidade. Emerge aqui, a necessidade de identificar **os indicadores de saúde** a serem mobilizados para a mensuração da participação das pessoas e do seu empowerment, entendidos como os “instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde como os fatores que a determinam” (Martins & Nogueira, 2017, p. 30). Com a publicação da Lei n.º 95/2019 (2019), no nosso país, identifica-se de forma clara o direito dos cidadãos à proteção da saúde ao longo da vida, salientando-se que esta é uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do estado, através do Serviço Nacional de Saúde, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. A proteção da saúde incorpora a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, assumindo-se a garantia a todos os cidadãos, do direito à adequada resposta às suas necessidades em saúde no contexto do estado de saúde identificado nas pessoas e na comunidade onde se encontram; isto é, uma vez caracterizado o seu perfil de saúde que é “objetivável através de um conjunto organizado de indicadores” (Martins & Nogueira, 2017, p. 23).

De acordo com Figueiredo e Amendoeira (2019)

O modelo de sistemas de Neuman (1995) integra-se no paradigma da integração e na escola de pensamento dos efeitos desejados. Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os stressores e a reação da pessoa aos mesmos (...) (pp. 9-10).

Os três eixos que compõem o sistema no seu todo são: o ser humano, os stressores e a resposta da pessoa aos mesmos (Neuman, 1995; Neuman & Fawcett, 2011). Enquanto modelo holístico com uma visão multidimensional e de totalidade da pessoa, vê esta como um cliente/sistema em permanente equilíbrio dinâmico com o ambiente no sentido da estabilidade (Neuman, 1995; Neuman & Fawcett, 2011).

O core é considerado a energia básica que contém os fatores de proteção e sobrevivência do ser humano. Este “não é uma estrutura estática, encontrando-se em constante troca de matéria, energia e informação (...) entre o cliente e o ambiente, com entrada ou saída do sistema em qualquer momento” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 4).

Indicadores de Saúde ao longo da Vida¹

Transversal	Específico	Variáveis
Indicadores demográficos(T)	Todas as taxas <i>Tx fecundidade geral</i> <i>Tx brutas de natalidade</i> <i>Índice sintético de fecundidade</i> <i>Taxa de mortalidade neonatal</i> <i>Tx mortalidade neonatal precoce</i> <i>Tx de mortalidade pós-neonatal</i> <i>Tx de mortalidade perinatal de 28 e mais semanas</i> <i>Tx de mortalidade fetal de 28 e mais semanas</i> <i>Tx mortalidade perinatal</i>	Sim/Não Nº de partos; nº nados vivos Nº filhos por mulher em idade fértil
Núcleo familiar – agregado familiar (T)	<i>Grupo etário (E)</i> <i>Sexo (E)</i> <i>Estado civil (E)</i> <i>Coabitação (E)</i> <i>Tipo de família (E)</i>	<i>18/19-49</i> <i>Mulher</i> <i>Nº pessoas;</i> <i>Nº filhos e idade</i> <i>Monoparentais;</i> <i>reconstruída; clássica; mesmo sexo</i>

31

Étnico cultural (T)	<i>Raça/Etnia (E)</i> <i>Cultura/religião (E)</i> <i>Língua materna (E)</i>	
Movimentos migratórios (T)	<i>Tipo de migração (E)</i> <i>País de origem (E)</i> <i>Percurso migratório (E)</i> <i>Processo de migratório (E)</i> <i>Regularização (E)</i>	<i>migrante; refugiado; temporária</i> <i>Qual</i> <i>traumático, condições de saúde</i> <i>tempo de permanência;</i> <i>adaptação; expectativas;</i> <i>Sim/Não</i>
População economicamente ativa (T)	<i>Emprego (E)</i> <i>Profissão/Ocupação (E)</i> <i>Escolaridade (E)</i> <i>Nível socioeconômico (E)</i>	<i>Sim/Não</i> <i>Qual</i>
Alojamento, tipologia e modalidades (T)	<i>Área de residência (E)</i>	<i>Rural/urbana</i> <i>Exposição meio ambiental</i>
Violência doméstica Sim/Não (T)	<i>Presente ou ausente (E)</i> <i>Tipo de violência (E)</i> <i>Identificação do período de violência contra mulher (E)</i>	<i>Sim/Não</i> <i>Física, verbal, psicológica, sexual...</i> <i>Pré-concepcional;</i> <i>pré-natal; pós-natal</i>
Estilos de Vida (T)	<i>Atividade física (E)</i> <i>Consumo Tabaco (E)</i> <i>Consumo de álcool (E)</i>	<i>Prática, tipo de atividade e frequência</i> <i>SFF(3)- Smoke-Free Family (préconcepcional, pré-natal e pós-natal)</i> <i>Nível de dependência à nicotina (Teste de Fagerstrom)</i> <i>Literacia sobre tabagismo (conhecimentos do risco do consumo do tabaco, crenças/ atitudes)</i> <i>Avaliação biomarcador (cotinina)</i> <i>Sim/não</i> <i>Em que períodos (préconcepcional, pré-natal e pós-natal)</i> <i>Em simultâneo com o consumo de Tabaco (sim/não)</i> <i>Outras</i>
Saúde mental (T)	<i>Saúde mental da mulher no ciclo reprodutivo (E)</i>	<i>Depressão (Escala de Edimburg)</i> <i>Stress</i>

Centro de saúde (T)	<i>Consultas PF e/ou preconcepcionais (E)</i> <i>Vigilância Pré-natal (E)</i> <i>Vigilância pós-parto (E)</i>	<i>Sim/Não; tipo, n.º de consultas</i> <i>Teve consultas: Sim/Não</i> <i>Tipo de consultas</i> <i>Nº Consultas (início 1º, 2º, 3ºT)</i> <i>História obstétrica</i> <i>Atitudes face à gravidez</i> <i>Outras atividades (CPP)</i> <i>Teve consultas: Sim/Não</i> <i>Amamentação</i> <i>Outras atividades (Cantinho amamentação; RPP)</i>
Hospitais (T)	<i>Caraterização do parto (E)</i> <i>Caraterização do RN (E)</i>	<i>Idade gestacional, tipo de parto</i> <i>(Índice de Apgar, peso ao nascer, adaptação à vida extra-uterina)</i>
Força de trabalho em Saúde (T)		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAL Programme (s.d.). *Ageing well in the digital world*. <http://www.aal-europe.eu/about/>

Alves, E., Azevedo, A., Correia, S., & Barros, H. (2013). Long-term maintenance of smoking cessation in pregnancy: an analysis of the birth cohort generation XXI. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(9), 1598-1607. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt026>.

Alzahrani, S., Malik, A., Bashawri, J., Shaheen, S., Shaheen, M., Alsaib, A., Mubarak, M., Adam, Y., & Abdulwassi, H. (2019). Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE open medicine*, 7, <https://doi.org/10.1177/2050312119838426>

Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Martins, N., Veiga, I., André, C., Ferrão, N., António, M., & Luís, E. (2012). Determinantes sociais de saúde e compreensão dos indicadores de saúde numa população concreta. In C. Balsa et al. *Ação pública e problemas sociais em cidades intermediárias* (pp- 4-19). ISBN: 978-989-20-4086-4088

Amendoeira, J., Rosa, M., & Bettencourt, A. (2014). Tecnologias de informação e comunicação na promoção do envelhecimento ativo: desafio deste século. *Revista da UIIPS*, 5 (2), 112-127. ISSN 2182-9608

Antonovsky, A. (1993a). The implications of salutogenesis: An outsider's view. In A. P. Turnbull, J. M. Patterson, S. K. Behr, D. L. Murphy, J. G. Marquis, & M. J. Blue-Banning (Eds.), *Cognitive coping, families, and disability* (pp. 111–122). Paul H. Brookes Publishing.

Antonovsky, A. (1993b). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development* (6th ed., pp.793-828). John Wiley.

Coutinho, E., Rodrigues, E., Carvalho, A., & Parreira, V. (2018). A competência cultural em enfermagem e a mediação intercultural preventiva. *Revista Migrações*, 15, 66-81. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/709083/PAG_66-81EMILIA+COUTINHO.PDF/614bbf39-c81b-4961-8086-8cdeb7623600

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt/historico/boasvindas/>

Direção Geral da Saúde. (2020). *Plano nacional de saúde 2021-2030 saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>

European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Country health profiles..* <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory-old/publications/country-health-profiles>

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson. <https://doi.org/10.1177/0894318412457067>

Ferreira, R., Duarte, M.E. & Figueiredo, M. C. (2019). Sono e repouso na adolescência. In P. Sousa (Ed.). *Tecnologia & inovação na promoção de comportamentos saudáveis em adolescentes* (pp.49-65). Grácio Editor. ISBN: 978-989-54412-1-1

Figueiredo, M.C., & Amendoeira, J. (2019). Promoção da saúde em enfermagem. Um ensaio: Do modelo salutogénico ao modelo de sistemas. *Revista Servir*, 60(1-2), 6-13. <https://revistas.rcaap.pt/servir/issue/view/1282>

Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E. Somekh, D., & Vera-Muñoz, C. (2019). A new understanding of health related empowerment in the context of an active and healthy ageing. *BMC Health Services Research*, 19(242), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4082-5>

Khani, F., Pashaeypoor, S., Nikpeyma, N., & Kazemnejad, A. (2020). Effect of life-style education based on Pender model on health-promoting behaviors in HIV positive individuals: A randomized clinical trial study. *Nursing Practice Today*, 7(1),

45-52. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i1.2299>

Langeland, E., Vaandrager, L., Nilsen, A., Schraner, M., & Magistretti, C. (2022) Effectiveness of Interventions to Enhance the Sense of Coherence in the Life Course. In M.B. Mittelmark, G.F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C.M. Magistretti (Eds). *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed.), (pp.201-219). Springer Open. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>

Lei n.º 95/19 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I série, n.º 169. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Martins, J., & Nogueira, P. (2017). *Semântica da Informação em Saúde 2017*. Direção Geral da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/22501>

Nações Unidas (2015). Agenda 2030 - *objetivos de desenvolvimento sustentável*. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3rd ed). Library of Congress.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson. <https://doi.org/10.1177/0894318412457067>

Office of disease prevention and health promotion (2020a). *Healthy people 2030: Building a healthier future for all - social determinants of health*. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>

Office of disease prevention and health promotion (2020b). *Healthy people 2030: Building a healthier future for all - social and community context*. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/social-and-community-context>

Oliveira, C. (2021). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2021*. Alto Comissariado para as Migrações. ISBN 978-989-685-123-1

Organização Pan-Americana de Saúde & Organização Mundial da Saúde (2021). *Envelhecimento saudável*. <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>

Organization for Economic Co-operation and Development (2017). *Preventing ageing unequally*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264279087-en>.

Organização Mundial da Saúde (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Human reproductive programme. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancy-experience-summary/pt/>

Pender, N. & Pender, A. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Appleton & Lange Stanford. ISBN-13: 9780838536599

Pender, N.J. (2011). *Health promotion model manual*. University of Michigan. <https://hdl.handle.net/2027.42/85350>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed). Pearson Prentice Hall. ISBN-13: 978-0131194366

- Reis, A. (2015). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros*. Novas Edições Académicas. ISBN:978-3-639-75361-5
- Rodrigues, J., Borrego, C., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., & Matos, R. (2020). Conceptual framework for the research on quality of life. *Sustainability*, 12 (12), 4911. <https://doi.org/10.3390/su12124911>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Ed.) (2015). *O Consumo de álcool na gravidez*. <http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/ListsSICADESTUDOS/Attachments/157/RelatorioDivulgacaoEstudoAlcoolGravidez.pdf>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Springett, J., Wright, M., & Roche, B. (2011). *Developing quality criteria for participatory health research: An agenda for action*. Discussion papers, research group-public health 2011-302, Social Science Center. https://www.researchgate.net/publication/254460895_Developing_quality_criteria_for_Participatory_Health_Research_An_agenda_for_action
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5.ª Ed.). Lusodidacta. ISBN: 9789898075345
- Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (3), 235-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>
- Vieira, M., Reis, A., & Barroso I. (2020). Literacia para a saúde na perspetiva das crianças em meio escolar. *Revista da UIIPS*, 8 (1), 161-176. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19887>
- Walker, L., & Avant, K. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed). Pearson. ISBN-13: 978-0134754079
- World Health Organization (s.d.). *Health determinants*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants>
- World Health Organization (2000). *Charter for health promotion: First international conference on health promotion*. https://www.healthpromotion.org.au/images/otawa_charter_hp.pdf
- World Health Organization (2017). *Health through life stages*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/life-course>
- World Health Organization (2019). *Sustainable development goals*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- World Health Organization (2022). *Public health services*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services>

CAPÍTULO 2

Gravidez e Período Neonatal

Hélia Dias, Clara André, Conceição Santiago,
Olímpia Cruz, Anabela Cândido, Teresa Carreira,
Teresa Coelho, José Amendoeira

RESUMO

A saúde da grávida é influenciada por diversos fatores. A obtenção de ganhos em saúde pela adoção de estilos de vida saudável surge como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde da mulher e do recém-nascido num período do ciclo de vida com maior disponibilidade para a mudança de comportamentos. Evidencia-se a importância de abordar os diferentes fenómenos característicos deste ciclo numa perspetiva de qualidade de vida, alinhada com os objetivos de desenvolvimento sustentável, particularmente o objetivo 3 “Saúde de qualidade”. Assim, o domínio da gravidez e período neonatal tem por objetivo central desenvolver investigação em saúde nesta perspetiva. Este capítulo apresenta algumas premissas centrais que possibilitam diversas abordagens. Ilustram-se duas abordagens: O protocolo do projeto de investigação sobre o “Consumo de tabaco na gravidez: A singularidade da mulher na intervenção em enfermagem” (Acrónimo: Mum2You) e uma reflexão sobre a “A interculturalidade no cuidar da mulher grávida autóctone e migrante” que configura uma abordagem intercultural neste domínio.

Palavras-chave: Consumo de tabaco; Gravidez; Multiculturalidade; Período neonatal; Qualidade de vida

ENQUADRAMENTO

A “gravidez e período neonatal” enquanto domínio da área científica “saúde individual e comunitária” foca-se na abordagem dos diversos fenómenos que se relacionam com esta(s) etapa(s) do ciclo de vida, quer na perspetiva da mulher/par/família/comunidade quer do recém-nascido até aos 28 dias de vida. A OMS (2016) preconiza que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período neonatal, considerando o ciclo gravídico-puerperal como um momento privilegiado, em que os cuidados se constituem uma oportunidade para a PrS, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. A saúde da mulher grávida é claramente influenciada por diversos fatores, nomeadamente os determinantes sociais de saúde, destacando-se o comportamento pessoal e os estilos de vida saudável. Evidencia-se a importância de abordar os diferentes fenómenos característicos deste ciclo. Assume relevância uma abordagem sustentada numa perspetiva de qualidade de vida, alinhada com os objetivos de desenvolvimento sustentável, particularmente o objetivo 3 que se relaciona com a “Saúde de qualidade” e com o “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (Nações Unidas, 2015).

À escala mundial, Portugal é um dos países com melhores indicadores na saúde materna e infantil. Como fatores fundamentais destacam-se a vigilância adequada das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo e a implementação de

medidas de saúde pública na mulher grávida (DGS, 2015a; Ministério da Saúde, 2018; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2019). Nas áreas 3.1 e 3.2, do objetivo 3, a taxa de mortalidade materna encontra-se abaixo do estabelecido, contudo, a nível europeu, Portugal em 2017-2018 situava-se entre os países com taxas mais elevadas, 10,5% e 19,5%, respetivamente (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). Dados estatísticos mostram um novo padrão de gravidez entre as mulheres portuguesas: maternidades tardias, considerado como a principal suspeita do aumento da mortalidade materna desde 2017. Esta é influenciada por fatores como a idade e a gravidade da patologia à mortalidade infantil, apesar dos bons resultados estatísticos gerais, verificou-se um ligeiro aumento, nos últimos anos, nos nascidos-vivos de baixo peso e prematuros, representando em 2019, 8,9% e 8%, respetivamente, com proporções maiores nas mães com menos de 19 e com 35 ou mais anos (INE, 2020). Nas áreas 3.5 e 3.7, do objetivo 3, a continuidade e otimização de resultados e ganhos em saúde materno e infantil impõem-se como o desafio atual, conseguido se enquadrado num conjunto alargado de intervenções centradas nas necessidades de cada mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo (DGS, 2015a). Em Portugal, o acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva constituem-se uma mais-valia, ao favorecerem e promoverem ganhos em saúde através da continuidade dos cuidados à mulher ao longo do seu ciclo reprodutivo (Lei n.º 95/2019, 2019). Os atuais estilos de vida permitem identificar dinâmicas comportamentais associadas a fatores de risco determinantes para o estado de saúde das populações (Ministério da Saúde, 2018) e em particular da mulher grávida.

Deste modo, observa-se como os determinantes da saúde influenciam o estado de saúde ao nível individual, familiar ou comunitário qualquer que seja a sua tipologia. Contudo, ao nível da fase da gravidez e período neonatal destacam-se na linha de investigação e desenvolvimento o que se pretende construir neste domínio: o núcleo familiar/agregado, familiar, o grupo étnico cultural, os movimentos migratórios, o nível socioeconómico e a atividade laboral, as situações de violência doméstica e de género, os estilos de vida, a saúde mental e as condições de acesso aos serviços de saúde, quer aos cuidados de saúde primários (CSP) quer ao hospital.

Assim, este domínio tem por objetivo central: desenvolver investigação em saúde numa perspetiva de ganhos em saúde em qualidade de vida no domínio da gravidez e período neonatal em alinhamento com os objetivos do desenvolvimento sustentável para a Agenda 2030 das Nações Unidas (2015).

Em linha com o referido, este capítulo apresenta duas abordagens que se sustentando nas premissas a este domínio, ilustram duas vertentes em termos de operacionalização:

1 - O protocolo do projeto de investigação sobre o “Consumo de tabaco na gravidez: A singularidade da mulher na intervenção em enfermagem” (Acrónimo: Mum2You);

2 - Uma reflexão sobre a “A interculturalidade no cuidar a mulher grávida autócotone e migrante”, onde a partir da evidência atual se aponta a necessidade de privilegiar-se uma articulação cultural consciente pelos profissionais de saúde, configurando uma abordagem intercultural neste domínio.

PROTOCOLO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE O “CONSUMO DE TABACO NA GRAVIDEZ: A SINGULARIDADE DA MULHER NA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM” (MUM2YOU)

INTRODUÇÃO

A saúde da grávida é influenciada por diversos fatores, como a LS, as condições socioeconómicas e os determinantes sociais de saúde (Lowdermilk & Perry, 2009; Néné et al., 2016; Rodrigues et al., 2020). Destes determinantes, o consumo de tabaco é o fator de risco individual e social mais significativo, para a saúde da mulher em idade reprodutiva (DGS, 2019). O conhecimento sobre o consumo de tabaco na mulher é um fenómeno ainda recente, mas já estão identificados riscos específicos deste comportamento (Vitória et al., s.d.). Concretamente, o consumo de tabaco pela mulher grávida é reconhecido como a principal causa evitável de complicações na gravidez, com resultados negativos para a mãe, feto e recém-nascido (DGS, 2015a; DGS, 2015b). Destacam-se: aborto espontâneo, placenta prévia, descolamento da placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer, morte súbita, problemas do ouvido interno, da garganta e respiratórios (Vitória et al., s.d.). As complicações poderão ser reduzidas substancialmente, se a mulher parar de fumar antes de engravidar ou nas primeiras semanas após a conceção (DGS, 2015b). A obtenção de ganhos em saúde pela adoção de estilos de vida saudável surge como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde da mulher e do recém-nascido (DGS, 2015b). Torna-se necessário continuar a intervir na prevenção e promoção da cessação tabágica (DGS, 2019). Em Portugal, são escassos os estudos que caracterizam o consumo de tabaco durante a gravidez. Um estudo verificou uma prevalência de 22,9% de mulheres grávidas fumadoras (Alves et al., 2013). Outro, que envolveu mulheres imigrantes e portuguesas verificou que cerca de nove em cada dez das auscultadas não consumia tabaco durante a gravidez, sendo a maior percentagem de consumo entre as mulheres portuguesas (Coutinho, 2014). Numa revisão sistemática da literatura (RSL) (André et al., 2015; Cândido et al., 2016), para identificar instrumentos que caracterizam o consumo de tabaco na mulher grávida, emergiram fatores que contribuem para este consumo: sociodemográficos; literacia sobre tabagismo; saúde reprodutiva e a dimensão da saúde mental. Outros resultados são a diminuição do consumo de tabaco após o conhecimento da gravidez, estando este associado à crença de que o tabaco prejudica

o bebé. Noutra perspetiva, os resultados mostram que o consumo de tabaco parece melhorar o mau humor da mulher durante a gestação. Associado ao facto da nicotina para além da dependência física provocar também dependência psicológica. Assim, a par com o efeito estimulante existe também um efeito tranquilizante (Vitória et al., s.d.). Em relação à LS, um estudo romeno de 2020, corrobora a RSL, ao constatar que o ensino (literacia) é um fator significativo da cessação do tabagismo durante a gravidez e que as mulheres com interações positivas com os parceiros apresentaram maiores possibilidades de parar de fumar durante a gravidez (Dascăil et al., 2020). De acordo com o artigo 14.º da Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco, relativo à cessação tabágica, existem direitos fundamentais a seguir, tais como: a mulher grávida ser devidamente informada sobre os malefícios do uso do tabaco e da exposição ao fumo ambiental; e direito a um ambiente livre de fumo; intervenções centradas na igualdade de género culturalmente apropriadas e socialmente aceitáveis; e isentas de qualquer forma de julgamento, punição ou discriminação. A legislação portuguesa sobre o tabaco – lei nº 63/2017 (2017), põe em prática estas recomendações da OMS. A cessação tabágica na mulher grávida, nem sempre tem merecido a abordagem necessária pelos profissionais de saúde, o que implica que estes estejam capacitados para abordar esta questão, e particularmente atentos às mulheres solteiras e/ou provenientes de áreas menos favorecidas, social e economicamente (DGS, 2015b). Neste âmbito, as intervenções de enfermagem devem ser centradas na mulher e na sua singularidade para uma melhor efetividade das mesmas. A carência de formação no apoio à cessação tabágica tem sido uma das principais barreiras à intervenção identificada pelos profissionais de saúde. Outras são a falta de tempo na consulta, o receio de prejudicar a relação com as grávidas (em particular quando estas não estão motivadas para mudar o seu comportamento) e a baixa perceção do risco associado ao consumo, em especial quando os profissionais são eles próprios fumadores (DGS, 2015b). Os profissionais de saúde dispõem de um guia orientador para abordar o tabagismo na gravidez de forma breve (Vitória et al., s.d.). Esta abordagem não expressa as necessidades individuais da mulher grávida, dado não contemplar o contexto sociodemográfico e cultural, a LS e os fatores relacionados com a gravidez (adaptação fisiológica, psicológica e emocional) ao seu futuro papel de mãe (Lowdermilk & Perry, 2009; Néné et al., 2016; Dias et al., 2018). A aprendizagem de novos conhecimentos e a capacitação são facilitadoras da mudança de comportamentos nocivos, como é o caso do consumo de tabaco durante a gravidez. Considera-se importante uma abordagem de intervenção para a cessação tabágica que conjugue estes fatores, num período do ciclo de vida da mulher onde existe grande disponibilidade para a mudança de comportamentos. Reconhecido ainda que a nível nacional não existem dados representativos do comportamento face ao consumo de tabaco das mulheres grávidas portuguesas (DGS, 2015b). Com o projeto Mum2You pretende-se uma caracterização do consumo de tabaco pela grávida, numa região de saúde que se torne uma mais-valia para a caracterização nacional.

PLANO E MÉTODOS

Questão de investigação e objetivos

Questão de investigação: Quais os fatores relacionados com a singularidade da mulher grávida que contribuem para a efetividade das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental?

Objetivos:

- a) Validar a escala Smoke-Free Families (Melvin & Tucker, 2000) para a população portuguesa;
- b) Caraterizar o consumo de tabaco na mulher grávida;
- c) Identificar os fatores associados ao consumo de tabaco na mulher grávida
- d) Definir recomendações que contribuam para a efetividade das intervenções de enfermagem de promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental na mulher grávida.

Tipo de estudo

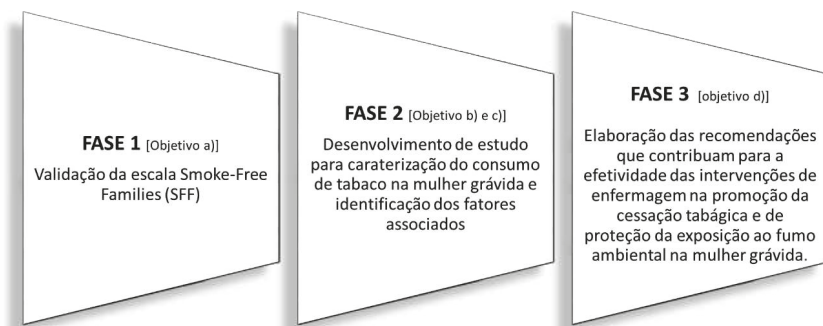
Exploratório-descritivo, explicativo e transversal.

Desenho do estudo

O estudo decorrerá em três fases articuladas com os objetivos do estudo, conforme apresentado na figura seguinte.

Figura 2

Desenho do estudo Mum2You

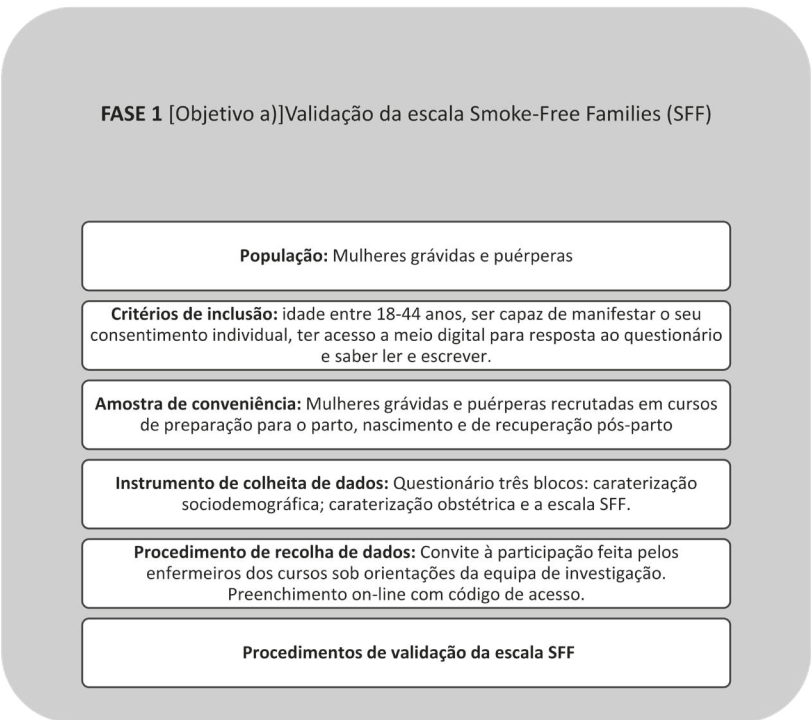


A descrição das 3 fases é apresentada sob a forma de figuras, uma correspondente a cada fase, por forma a relevar a objetividade e particularidade de cada e a sua articulação.

A descrição da fase 1 apresenta-se na figura 3.

Figura 3

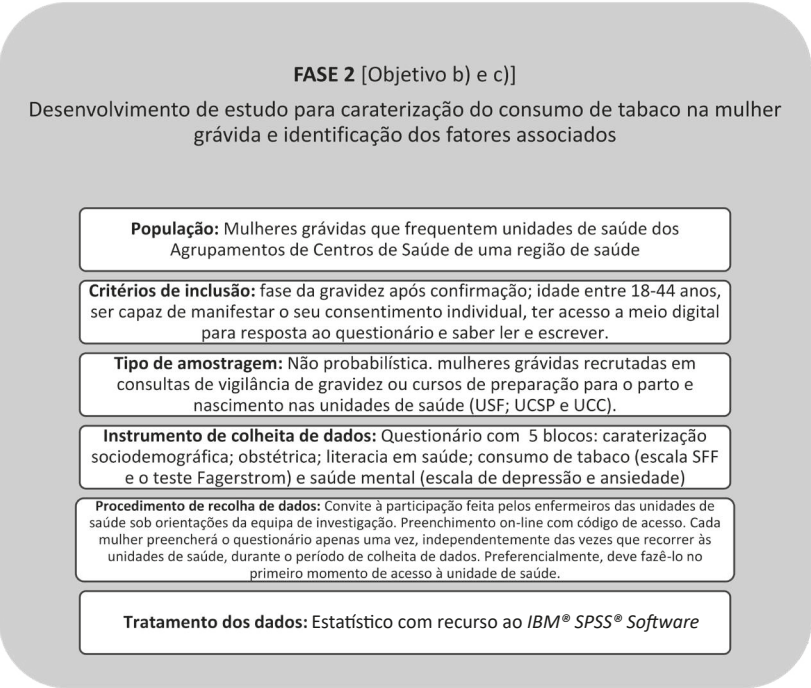
Descrição da fase 1 – Validação da escala Smoke-Free Families (SFF)



A fase 2 explicita-se na figura 4.

Figura 4

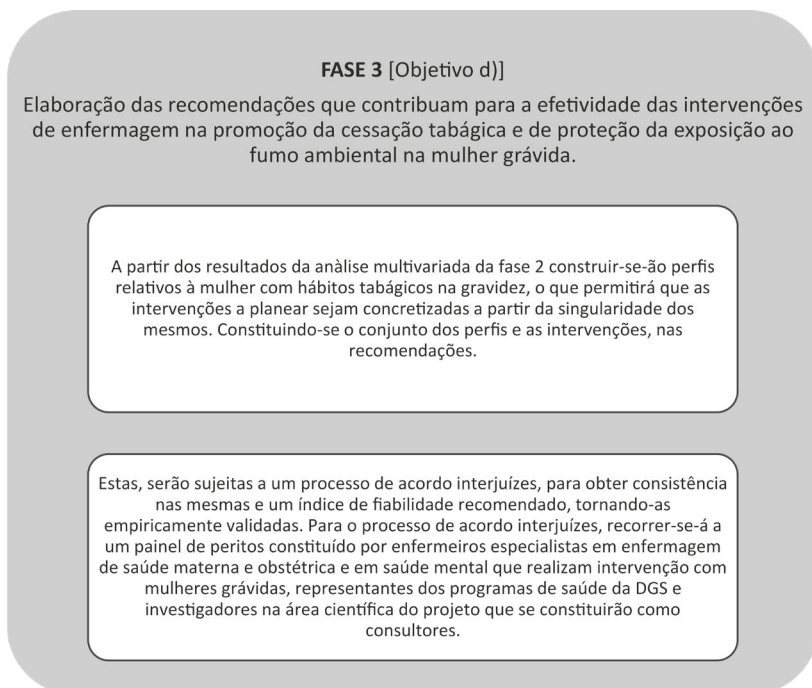
Descrição da fase 2 – Desenvolvimento de estudo para caraterização do consumo de tabaco na mulher grávida e identificação dos fatores associados



A fase 3 é descrita na figura 5.

Figura 5

Descrição da fase 3 – Elaboração das recomendações que contribuam para a efetividade das intervenções de enfermagem na promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental na mulher grávida.



Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados (fases 1 e 2) incluirão as seguintes variáveis e escalas:

- Caraterização sociodemográfica: idade, nível de escolaridade, raça/etnia, estado civil, posição perante o trabalho, coabitação e exposição ao fumo ambiental (fase 1 e 2);
- Caraterização obstétrica: índice obstétrico, idade gestacional da gravidez atual, consulta preconcecional (realização e abordagem do tema do tabagismo), vigilância pré-natal (realização e início e abordagem do tema do tabagismo) e grau de satisfação com a gravidez atual (fase 1 e 2);
- Consumo do Tabaco: avaliado pelo Smoke-Free Families (Melvin &

Tucker, 2000) que avalia o status da mulher fumadora na gravidez e pós-parto (fase 1 e 2). Para validação da escala para a população portuguesa seguir-se-á a metodologia proposta por Sousa e Rojjanasrirat (2011). E também, o teste Fagerström sobre a dependência tabágica na versão portuguesa de Ferreira et al. (2009) (fase 2).

- **Literacia em saúde:** avaliada pelo *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) na versão portuguesa (HLS-EU-PT) de Pedro et al. (2016). Instrumento que avalia a LS. Integra 3 domínios: cuidados de saúde, PrS e prevenção da doença e 4 níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização que se relacionam com a tomada de decisão (fase 2).
- **Saúde mental:** avaliada pela Escala de Ansiedade e Depressão Clínica de Zigmond & Snaith (1983) na versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al. (2007) a incluir na fase 2.

Considerações éticas

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (Declaration 022021Health). Dado envolver a colheita e tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis das participantes, para cada uma das fases consta um modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo que permita às participantes assinar a declaração em que concordam com o que foi proposto e explicado e que consentem livre e esclarecidamente participar no estudo.

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados estão em consonância com as 3 fases do projeto e podem sintetizar-se em:

1.

Designação: Versão portuguesa da escala Smoke-Free Families

Descrição: Tradução, adaptação e validação da escala Smoke-Free Families para a população portuguesa (mulheres grávidas e puérperas)

2.

Designação: Perfis do consumo de tabaco na mulher grávida

Descrição: Desenvolvimento de estudo para caracterização do consumo de tabaco na mulher grávida e identificação dos fatores associados para delimitação dos perfis de consumo

3.

Designação: Recomendações para a cessação tabágica na mulher grávida

Descrição: Elaboração das recomendações que contribuam para a efetividade das intervenções de promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental em mulheres grávidas com recurso a uma validação por peritos.

CONCLUSÃO

A natureza multifatorial do consumo do tabaco tem surgido como relevante, mas igualmente, tem sido observada uma intervenção de caráter mais geral e menos focada na singularidade dos processos de vida das pessoas ao longo do ciclo de vida, o que pode fazer supor que os resultados em saúde podem neste sentido serem comprometidos.

Neste sentido, este projeto integrado no domínio da gravidez e período neonatal, tem um caráter de inovação que decorre da construção de um olhar global sobre o consumo de tabaco na gravidez, particularmente, mostrando que as razões de manter o consumo podem estar ligadas a uma multiplicidade de fatores que ultrapassam a fundamentação da intervenção clássica dos programas de cessação tabágica.

A gravidez enquanto etapa de vida é já por si, caracterizada por um processo de natureza biopsicossocial complexo, quando cursa em simultâneo com o consumo de tabaco potencia uma situação de saúde/doença, com implicações que ultrapassam em muito o seu desfecho. Urge ser entendida esta complexidade, podendo este estudo contribuir para a identificação de perfis da mulher grávida que fuma e de algumas intervenções que reflitam a singularidade dos mesmos. Permite ter a visão do ciclo de vida da mulher, de uma etapa específica-gravidez, que se constituiu numa das maiores transições de vida, situacional e desenvolvimental e da particularidade da saúde mental que pode contribuir para intervenções mais eficazes, como sejam as entrevistas motivacionais. Globalmente, a estrutura do plano de investigação e métodos, permite que os resultados se alicercem nos três eixos estratégicos do Plano Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco: os cuidados centrados na pessoa, a continuidade de cuidados no ciclo de vida e a concetualização da gravidez como momento de oportunidade para a intervenção e mudança (DGS, 2015a). A identificação precoce dos fatores de risco que podem ser modificáveis contribuirá para o sucesso da gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E., Azevedo, A., Correia, S., & Barros, H. (2013). Long-term maintenance of smoking cessation in pregnancy: an analysis of the birth cohort generation XXI. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(9), 1598-1607. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt026>
- André, C., Cândido, A., Santiago, C., Cruz, O., Carreira, T., & Amendoeira, J. (2015). Consumo de tabaco na mulher grávida: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 2), 113-118. <http://hdl.handle.net/10400.15/1186>
- Cândido, A., André, C., Santiago, C., Dias, H., Cruz, O., Carreira, T., & Amendoeira, J. (2016). Factores that contribute to tobacco use in pregnant women - Systematic literature review. *Atención Primaria* 48, Esp. 8 - 9. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-48-num-sc-X0212656716X40748>
- Coutinho, E.C. (2014). *Vigilância de gravidez e percepção do cuidado cultural em Enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas* [Doctoral Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84811>
- Dascăl, M., Meghea, C., & Blaga, O. (2020). A cross section study of relationship characteristics and smoking cessation during pregnancy in a sample of romanian pregnant women. *Maternal and Child Health Journal*, 24(9), 1113–1120. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02898-3>
- Dias, H., Santiago, C., Cruz, O., André, C., Cândido, A., Carreira, T., & Amendoeira, J. (2018, outubro11-13). *Programas de cessação tabágica no ciclo gravídico-puerperal: Uma scoping review* [Poster presentation]. 2ª Reunião Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia-rRA-CS. Coimbra <http://hdl.handle.net/10400.15/2384>
- Direção-Geral da Saúde (2015a). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015b). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2015. Cessação tabágica na gravidez. Guia para profissionais de saúde*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-Cessa%C3%A7%C3%A3o-Tab%C3%A1gica-Gravidez.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RelatorioTabaco2019.pdf.pdf>
- Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependên-

cia à nicotina: Validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27 (2), 37-56. <http://hdl.handle.net/10362/94893>

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Estatísticas Demográficas – 2019*. Instituto Nacional de Estatística. ISSN 0377-2284. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&x_pgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71882686&PUBLICACOESmodo=2

Lei nº 63/2017 da Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (2017). Diário da República: I série, n.º 149. <https://dre.pt/application/file/a/107802136>

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I série, n.º 169. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na maternidade* (7ª ed.). Lusociência. ISBN:978-989-8075-16-1

Melvin, C., & Tucker, P. (2000). Measurement and definition for smoking cessation intervention research: the smoke-free families experience. Smoke-Free Families Common Evaluation Measures for Pregnancy and Smoking Cessation Projects Working Group. *BMJ Journals*, 9 (Suppl III), iii87–iii90. https://doi.org/10.1136/tc.9.suppl_3.iii87

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Ministério da Saúde. ISBN 978-989-99480-1-3. <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

Nações Unidas (2015). *Agenda 2030 - Objetivos de desenvolvimento sustentável*. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

Néné, M., Marques, R., & Batista M. (Coord.). (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lidel. ISBN: 978-989-752-146-1

Organização Mundial da Saúde (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Human reproductive programme. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/anc-positive-pregnancy-experience-summary/pt/>

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Pedro, A., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275. <http://hdl.handle.net/10362/22883>

Rodrigues, J., Borrego, C., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., & Matos, R. (2020). Conceptual framework for the research on quality of

life. *Sustainability*, 12 (12), 4911. <https://doi.org/10.3390/su12124911>

Serviço Nacional de Saúde (2019, maio 14). *Mortalidade materna*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/14/mortalidade-materna/>

Sousa, V., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 268-274. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

Vitória, P., Raposo, C., Peixoto, F., Nunes, E., Clemente, M., Rebelo, L., & Ribeiro, C. (s.d.). *Abordar o tabagismo na gravidez. Guia para profissionais de saúde baseado na entrevista motivacional*. Conselho de Prevenção do Tabagismo. https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Tab_Gravidadez-2.pdf

Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6), 361-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.

CAPÍTULO 2.1

A Interculturalidade no Cuidar
a mulher grávida autóctone e migrante

Alcinda Reis, Emília Coutinho

RESUMO

A multiculturalidade nas organizações de cuidados de saúde é hoje uma constatação nomeadamente pela diversidade dos países de origem de profissionais e de migrantes que procuram cuidados. Relativamente aos períodos da gravidez e neonatal, esta diversidade é emergente pela elevada afluência de mulheres migrantes aos cuidados de saúde, pelo que urge contribuir-se com a produção de conhecimento orientador da operacionalização dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 das Nações Unidas para uma saúde de qualidade e na redução das desigualdades. Para obtenção de mais ganhos em saúde, a evidência atual aponta a necessidade de privilegiar-se uma articulação cultural consciente pelos profissionais de saúde, configurando uma abordagem intercultural no período visado. Esta assenta num processo de negociação no planeamento e implementação dos cuidados propostos por profissionais culturalmente competentes, às mulheres migrantes e portuguesas, num país que oferece cuidados gratuitos no período pré e neonatal, tanto a autóctones como migrantes.

Palavras-chave: Competência cultural; Gravidez; Interculturalidade; Mulher Migrante; Neonatal

A INTERCULTURALIDADE NO CUIDAR A MULHER GRÁVIDA AUTÓCTONE E MIGRANTE

Pensar-se em multiculturalidade nas organizações de cuidados de saúde, é olhar-se para as pessoas com diversas origens culturais que a eles afluem e que procuram um país de acolhimento, de acordo com o seu estatuto de migrantes (Fonseca et al., 2009; Reis, 2015). Cuidar destas pessoas, implica um planeamento pelos diferentes profissionais de saúde, de forma consentânea e articulada às necessidades em saúde, socialmente enquadradas para as pessoas migrantes. No que concerne ao período da gravidez e neonatal, vários estudos evidenciam que

as mulheres migrantes se deparam com enormes desafios no que à questão da acessibilidade aos cuidados de saúde diz respeito. As dificuldades parecem intensificar-se durante a gravidez e a maternidade, períodos de maior vulnerabilidade à doença e ao risco, para elas e para as/os suas/seus descendentes (Topa, 2016, p.13),

com reflexos na adesão aos cuidados de saúde propostos (Reis, 2015).

Cabe aqui a explicitação do conceito de multiculturalidade, que em contexto de organizações de saúde, se remete à constatação da diversidade cultural vivenciada (Giménez-Romero, 2010), relevando-se especificidades entre profissionais de saúde e pessoas migrantes, de natureza linguística, religiosa entre

outras. Neste sentido, a articulação cultural entre quem cuida e quem é cuidado, precisa evoluir de forma consciente por parte dos profissionais de saúde – configurando a desejável abordagem de interculturalidade proposta por Giménez-Romero (2010), com a concretização de processos de negociação para o planeamento e implementação dos cuidados propostos às pessoas migrantes.

A este propósito, na realidade internacional, surge especificamente identificada a necessidade de que os diversos profissionais de saúde desenvolvam competências interculturais no cuidar migrantes particularmente no âmbito da vulnerabilidade de crianças, jovens e mulher grávida, como determinante para a integração dos migrantes nos países de acolhimento (WHO, 2010; 2019), sendo que para Topa (2016), nesta fase do ciclo de vida “para além do stress associado à gravidez e pós-parto, estão todas as dificuldades inerentes à condição de imigrante” (p. 71). Nesta sequência e em linha com o terceiro objetivo da OMS para o desenvolvimento sustentável: *Good Health and Well Being* para a Agenda 2030 das Nações Unidas, propõe-se como uma das linhas orientadoras de programas inovadores nos sistemas de saúde dos diferentes países, considerando como resposta essencial às necessidades mínimas destas populações vulneráveis “*Strengthening health systems so that they can continue to provide essential health services during crises is at the core of emergency preparedness. Minimum health services include immunization, family planning, care during pregnancy (...)*” (WHO, 2019, p.72).

No contexto nacional, a intensificação recente do movimento migratório de diversos países de origem, e o também recente fenómeno da recolocação dos refugiados a que se tem assistido desde 2015, reforçam a importância da preparação dos profissionais de saúde, e em particular dos enfermeiros, para uma prática clínica consentânea com os cuidados adequados às pessoas migrantes, promovendo-se na equipa multidisciplinar que possam ser ultrapassadas as barreiras culturais identificadas (Reis, Spínola et al., 2018; Oliveira & Gomes, 2018). Esta necessidade é reforçada pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2020)

Em 2020 verificou-se, assim, pelo quinto ano consecutivo, um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 12,2% face a 2019, totalizando 662.095 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência, valor mais elevado registado pelo SEF, desde o seu surgimento em 1976 (p.20).

Por outro lado, Oliveira e Gomes (2018) referem que os indicadores de saúde apontam, na realidade nacional e internacional, para que as pessoas migrantes estejam mais vulneráveis a problemas de saúde, relativamente a pessoas autóctones, sendo que o estado de saúde destas pessoas se constitui num importante indicador da integração no país de acolhimento. Fundamenta-se assim a necessidade de ser estudada a interferência das desigualdades e das condições de vida no estado de saúde das populações, bem como de serem identificadas as condições de alimentação, as dificuldades linguísticas e de comunicação, determinantes culturais e de

comportamento, entre outros, que corporizam fatores de risco para a saúde no âmbito dos determinantes sociais e individuais de saúde que determinam atitudes e crenças face à saúde e à doença, que urge identificar e trabalhar, e em particular no domínio da gravidez e neonatal (Oliveira & Gomes, 2018; Topa, 2016).

No que respeita ao cuidar migrantes em enfermagem, Campinha-Bacote (2011) e mais recentemente Wall-Bassett et al. (2018), salientam que as diferentes conceções de saúde e doença bem como a identificação das diferentes visões do mundo entre enfermeiros e pessoas migrantes serão sempre determinantes das relações interétnicas instituídas na razão direta da coerência cultural na prática clínica desenvolvida. Contudo a prática clínica de enfermagem tem-se por vezes caracterizado por uma “visão algo simplista de alguns profissionais de saúde, ao negarem e minimizarem diferenças culturais com pessoas migrantes nos primeiros momentos de interação, configurando por vezes maiores dificuldades subsequentes na transposição de «muros» relacionais” (Reis, 2015, p. 242); em sequência constata-se por vezes situações de tensões culturais nas organizações de cuidados de saúde que resultam em potenciais conflitos ou em conflitos efetivos. A este propósito Giménez-Romero (2010) sublinha a importância de se assumir a consciência da necessidade da evolução da constatação factual da multiculturalidade social, para uma concretização de propostas sociopolíticas efetivas, assentes num plano normativo conducente a decisões estratégicas nas organizações. A evolução desta proposta nas unidades de saúde inicia-se pelo registo, aceitação e aprendizagens mútuas assentes nas diferenças culturais entre profissionais e migrantes, com vista à construção da interculturalidade – com o desenvolvimento de ambientes de convivência saudável que vão para além da diversidade cultural constatada e/ou da mera curiosidade despoletada.

No âmbito do cuidar em enfermagem, cabe a explicitação de Campinha-Bacote (2011), no que concerne ao desenvolvimento das competências interculturais dos profissionais, considerando-se que este desenvolvimento ocorre ao longo de um percurso “desejavelmente” iniciado pela motivação intrínseca dos mesmos. Fará por isso sentido que os enfermeiros estejam munidos de conhecimento “substantivo” (McFarland et al., 2012) como orientador da sua prática clínica, e conscientes da diversidade cultural que caracteriza hoje os contextos de cuidados, mas que queiram desenvolver a sua sensibilidade cultural e avançar de forma objetiva no desenvolvimento da sua competência intercultural.

Já Leininger (2001), na sua teoria da diversidade e universalidade de cuidado cultural tinha aberto o caminho a todo o desenvolvimento que posteriormente se faria sobre o cuidado cultural ao apresentar as três importantes premissas: a da Preservação ou Manutenção do Cuidar Cultural; a da Acomodação ou Negociação do Cuidar Cultural; e a da Repadronização. Em termos de preservação ou manutenção cultural, o enfermeiro deve apoiar a pessoa na conservação dos seus aspetos culturais que desenvolvem comportamentos saudáveis. A acomodação ou a negociação cultural é, assim, o reconhecimento que certa prática, embora não tenha a utilidade científica reconhecida, tem um significado ao nível cultural. Por tal, o enfermeiro deve negociar a integração dessa prática nos cuidados, para alcançar uma maior adesão das pessoas aos cuidados propostos. A repadroni-

zação, ou reestruturação cultural associa-se à ação do enfermeiro em facultar a modificação dos comportamentos de origem cultural que sejam lesivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar da pessoa cuidada (Leininger, 2001).

Procurando a clarificação do processo de construção das competências interculturais nos enfermeiros, urge definir-se o que é entendido por “Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” e ainda por “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015), como pode consultar-se no Código Deontológico do Enfermeiro, ou ainda por prestar “cuidados culturalmente sensíveis” (p.10088) como se enfatiza no Regulamento n.º 190/2015 (2015), do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. No Regulamento n.º 140/2019 (2019), referente às competências comuns do enfermeiro especialista, a OE define também no domínio da melhoria contínua da qualidade, a importância de que este tipo de profissional “Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo” (p. 4747) e ainda que “Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais” (p. 4748), abrindo caminho para um maior desenvolvimento da produção de evidência científica que clarifique e sustente a prática clínica intercultural dos enfermeiros, visando a produção de ganhos em saúde nomeadamente no domínio da gravidez e período neonatal das mulheres migrantes.

Previamente importa salientar as competências descritas no Regulamento n.º 391/2019 (2019 da OE sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) e compreender-se que, em função do que aí é legislado, este Enfermeiro

assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção: (i) Planeamento familiar e preconcepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período preconcepcional; (ii) Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré -natal; (iii) Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; (iv) Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós -natal; (v) Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri- menopáusico; (vi) Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; (vii)

Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença (p.13561).

O mesmo regulamento refere ainda que este profissional “Cuida o grupo alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população” (p.13565), entendendo-se o conceito de mulher como a

entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (p.13561).

Em função das políticas de saúde vigentes em Portugal, nem sempre ou raramente é possível, ao EEESMO, assumir a responsabilidade pelos cuidados no âmbito do planeamento familiar e pre concecional, nem tão pouco da gravidez, com prejuízo manifesto para a qualidade dos cuidados. A vigilância de gravidez e assistência pré-natal são importantes indicadores de qualidade dos cuidados de saúde de um país. Refletem não só a saúde de cada mulher durante o período de gravidez, como a saúde de cada criança no período pré-natal e neonatal, a qual condiciona, a saúde individual e coletiva, presente e futura das nações. No seu estudo, com mulheres migrantes e portuguesas, Coutinho (2014) reporta-se à vigilância adequada da gravidez, que passa não apenas por considerar o número mínimo de consultas, seis ou mais, como também o início dessa vigilância, a ocorrer antes do fim do primeiro trimestre, e que todas as mulheres, antes da gravidez realizem uma consulta préconcepcional. Constatou que 86,8% das grávidas portuguesas e 71,7% das grávidas migrantes fizeram vigilância adequada de gravidez, num país em que os cuidados materno-infantis são gratuitos, levantando inquietações quanto aos motivos da não vigilância adequada de gravidez, por 13,2% de portuguesas e 28,3% de migrantes. Verificou que as grávidas migrantes apontaram a barreira linguística como determinante da não vigilância de gravidez, com maior destaque pelas oriundas da China, Roménia, Moldávia entre outras. No entanto, refere que as grávidas provenientes de países de expressão portuguesa, como S. Tomé, Cabo Verde e Guiné, apesar de partilharem a língua, não partilham a mesma cultura referindo desconhecimento cultural, o que se constitui como uma importante barreira à vigilância de gravidez.

O estudo de Topa (2016) sobre cuidados de saúde materno-infantis a mulheres migrantes na região norte do nosso país, sustenta a necessidade de mais investigação no âmbito deste tema, tendo-se identificado

uma assimetria de poderes nas relações de cuidado materno-infantis,

que se por um lado, têm como função proteger as mulheres garantindo-lhes um melhor bem-estar e prevenção de problemas futuros, por outro lado, limitam, constroem e reprimem as ações destas mulheres, aumentando assim a vulnerabilidade a que estão sujeitas durante o período de gravidez e puerpério (p. 14).

É, pois, esperável, que os profissionais de saúde sejam culturalmente competentes no contexto das suas organizações, isto é, sejam capazes de prestar cuidados consistentes com a diversidade cultural dos migrantes, desde logo minimizadores das suas vulnerabilidades na fase do ciclo de vida do período da gravidez e neonatal, pelo que urge produzir conhecimento específico neste domínio.

No que se refere à produção de conhecimento com foco neste período, Coutinho, Amaral et al. (2017b), desenvolveram um estudo que pretendeu compreender a natureza do cuidado de enfermagem culturalmente competente, na interação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e puérperas, tendo entrevistado 36 participantes, 21 enfermeiras e 15 puérperas emergindo várias categorias: “Atributos reconhecidos pelas puérperas aos enfermeiros que as cuidaram”, “Atitudes que as puérperas reconhecem como estratégias para os enfermeiros lhes transmitirem confiança”; “Constrangimentos verbalizados em relação ao processo de cuidados”; “Significado atribuído à enfermagem transcultural”; “Recursos utilizados como mediadores culturais”; “Significado sobre o cuidado cultural e competência cultural”. As autoras concluíram que, embora os enfermeiros tenham relatado que prestam cuidados humanizados, os resultados mostram alguma dissonância nas perspetivas de quem cuida e de quem é cuidado, porquanto os constrangimentos reconhecidos pelas puérperas no processo de cuidar, exigem que os enfermeiros revejam as suas atitudes e que desenvolvam práticas centradas na pessoa, ajustadas à sua singularidade e à realidade sociocultural de cada uma, que revelem consciência crítica e cuidados sensíveis à cultura de cada mulher. Smith (2018) também dá conta do facto de que nem todos os enfermeiros têm práticas culturalmente competentes.

De acordo com Coutinho et al. (2018, p. 66), o “processo de competência cultural centrado no cliente implica que no contexto dos cuidados de enfermagem o profissional assuma a centralidade das suas intervenções”. Alguns achados ajudam a perceber o caminho que ainda se terá que percorrer para que essa seja uma realidade comum na prática de todos os enfermeiros. Diferentes estudos também dão conta do esforço desenvolvido pelos enfermeiros para se tornarem culturalmente competentes. É exemplo disso um estudo levado a cabo no âmbito do projeto MEIOS (Reis, Spínola et al., 2018; Domingos, 2019), onde se realça a importância de um cuidado centrado na pessoa migrante por parte do enfermeiro especialista e concretamente do EEESMO. Os resultados obtidos mostram a importância dessa premissa, como as estratégias utilizadas pelo EEESMO na interação com a mulher imigrante; estratégias utilizadas pelo EEESMO para se tornar mediador intercultural; funções do mediador intercultural percebidas pelo EEESMO; sig-

nificado de cuidado culturalmente competente. No entanto, de acordo com as mesmas autoras, são vários os obstáculos com que os enfermeiros se deparam, presentes nas categorias: constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante; recursos escassos nos serviços para cuidar de imigrantes e dificuldades reconhecidas pelo EEESMO para se tornar mediador intercultural.

Coutinho, Domingos et al. (2020), ajudam a compreender os “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” reveladora do investimento que é necessário fazer num cuidado centrado na pessoa. Sobressaem a “Barreira cultural”, a “Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual”, o “Número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais”, a “Escassez de tempo” e a “Desvalorização da mulher pelo companheiro”. De entre as barreiras culturais identificadas pelos informantes destacam-se: a dificuldade linguística, a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população, o desconhecimento cultural por parte do enfermeiro, a não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres, o choque religioso, a dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação, o choque cultural, os preconceitos e tabus, a incapacidade em lidar com os costumes das pessoas e o esconderem informação sobre a mutilação genital feminina.

Mobilizando o desenvolvimento investigativo encetado em tantas teorias e modelos de enfermagem, nomeadamente os de competência cultural, como o de Campinha-Bacote (2011) em que são realçados os principais constructos de competência cultural, desejo cultural, conhecimento cultural, habilidades culturais, consciência cultural, e encontros culturais, estes poderão ser adotados como base na formação em enfermagem. Neste sentido, destacam-se os estudos de Coutinho, Rodrigues et al. (2018) e Coutinho, Parreira et al. (2017a), que defendem a formação em enfermagem transcultural e mediação intercultural, nomeadamente a mediação preventiva, por se tratar de uma formação estrutural na capacitação do enfermeiro para um cuidado cultural sensível no acompanhamento de pessoas em contextos culturais diversos, como alvo dos seus cuidados a vivenciar processos de transição. A mediação intercultural preventiva foca-se na formação e capacitação das pessoas que assumem a sua responsabilidade social, e sociedades que se tornarão, por certo, mais inclusivas decorrente da oportunidade de se reinventarem, pelo extraordinário desafio que se lhes é colocado pela presença do outro, pois cada pessoa transforma o ambiente e é por ele transformado. Cada indivíduo, com as suas crenças, valores e práticas rituais, na complexidade das interações que vai estabelecendo, influencia e é influenciado resultando dessa partilha intercultural a construção de uma nova comunidade, que por certo será mais igual e de paz. O desafio da enfermagem é providenciar cuidados em consonância com os valores culturais. E é no encontro intercultural entre pessoa e enfermeiro, quer seja este capacitado em mediação intercultural, ou trabalhando em parceria com um mediador intercultural, que tudo acontece, e que um gesto, uma palavra, ou ambos, se podem tornar tão significativos e sublimes ou tão insensíveis e até agressivos, em função do significado que cada um lhes atribui. Tem-se então todo um horizonte à frente, no caminho para a interculturalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Coutinho, E. C. (2014). *Vigilância de gravidez e percepção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas* [Doctoral dissertation Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84811>
- Coutinho, E., Parreira, V., Martins, B., Chaves, C., & Nelas, P. (2017a). The informal intercultural mediator nurse in obstetrics care. In A.P. Costa, L.P. Reis, F. N. Sousa, A. Moreira, D. Lamas. *Computer Supported Qualitative Research*, 71 (pp. 63-75). Springer. ISBN:13: 978-3319827766
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, V., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2017b). O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural, 2, *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1510>
- Coutinho, E., Rodrigues, E., Carvalho, A., & Parreira, V. (2018). A competência cultural em enfermagem e a mediação intercultural preventiva. *Revista Migrações*, 15, 66-81. https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/709083/PAG_66-81_EMILIA+ COUTINHO.PDF/614bbf39-c81b-4961-8086-8cdeb7623600
- Coutinho, E., Domingos, A., Parreira, V., Nelas, P., Chaves, C., Duarte, J., Karimo, N., & Reis, A. (2020). A mulher imigrante na centralidade da interação com o enfermeiro: constrangimentos e estratégias de superação. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 783-796. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.783-796>
- Domingos, A. R. D. (2019). *Competência Cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/6176>
- Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2009). *Mighealthnet – Relatório sobre o estado da arte em Portugal*. Centro de Estudos Geográficos. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1825.7040>
- Giménez-Romero, C. (2010). *Interculturalidade e mediação*. Alto Comissariado para a imigração e diálogo intercultural (Ed.). ISBN 978-989-685-008-1.
- Leininger, M. (2001). A mini journey into transcultural nursing whith its founder. *Nebraska Nurse*, 32, 16-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11998294/>
- McFarland, M., Mixer, S., Webhe-Alamah, H., & Burk, R. (2012). Ethnonursing: A qualitative research method for studying culturally competent care across disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*, 11 (3), 259-270. <https://doi.org/10.1177/160940691201100306>
- Oliveira, C. (Coord.) & Gomes, N. (2018). *Indicadores de integração de imigran-*

tes - relatório estatístico anual. Alto Comissariado para as Migrações. ISBN 978-989-685-096-8

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/Legislacaoordem-dos-enfermeiros/CodigoDeontologico.pdf>

Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República: II série, n.º 79. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República: II série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/diario-republica/26-2019-119190226>

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República: II série, n.º 85. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Reis, A. (2015). *Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros*. Novas Edições Académicas. ISBN:978-3-639-75361-5

Reis, A., Spínola, A., Backström, B., Chaves, C., Santiago, C., Santinho, C., Coutinho, E., Quintela, M., Karimo, N., & Dénis, T. (2018). Projeto MEIOS: da estratégia aos outcomes identificados em contextos de cuidados de saúde. *Revista da UIIPS*, 6 (2), 13-19. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16125>

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2020). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo-2020. Departamento de Planeamento e Formação - Núcleo de Planeamento: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras*. SEF. <https://www.sef.pt/pt/pages/conteudo-detalhe.aspx?nID=92>

Smith, L. (2018). A nurse educator's guide to cultural competence. *Nurs Manage*, 49(2), 11-14. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000529955.66161.1e>

Topa, J. (2016). *Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto: percursos, discursos e práticas*. [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositório Científico do ISMAI. <http://hdl.handle.net/10400.24/1534>

Wall-Bassett, E., Hegde, A., Craft, K., & Oberlin, A. (2018). Using Campinha-Bacote's framework to examine cultural competence from an interdisciplinary international service learning program. *Journal of International Students*, 8 (1), 274–283. <https://doi.org/10.32674/jis.v8i1.165>

World Health Organization (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. WHO Regional Office for Europe World Health Organization. ISBN: 978 92 890 0204 2.

World Health Organization (2019). *Stronger collaboration, better health: global action plan for healthy lives and well-being for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516433>

CAPÍTULO 3

Pós neonatal e juventude

Regina Ferreira, Ana Spínola, Clara André, Celeste
Godinho, Fátima Saragoila, Conceição Pires da Rosa,
Alcinda Reis, José Amendoeira

RESUMO

A obesidade infantil é um fenómeno internacional identificado como pandemia do século XXI, atualmente reforçado pela pandemia COVID-19. Interrompeu-se a rotina de milhares de crianças e consequentemente de suas famílias. O tempo de confinamento em casa, limitado a um determinado espaço, acesso a alimentos facilitado, horas em frente ao écran e menos atividade física potenciam o sedentarismo e o consumo de alimentos hipercalóricos de má qualidade nutricional. As taxas de incidência de obesidade infantil duplicaram nos últimos 30 anos para crianças entre os 12 e 19 anos e quase triplicaram dos 6 aos 11 anos, atingindo uma taxa global de 17%, com maior prevalência em crianças latinas e negras.

A PrS no ambiente escolar alinha-se com o acesso à saúde de qualidade e segura, com desenvolvimento de intervenções adequadas às crianças/famílias promotoras de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividade física, assumido como contexto de excelência.

Palavras-chave: Atividade física; Centralidade dos cuidados; Escola; Família; Obesidade

INTRODUÇÃO

Urge intervir em fatores ligados ao estilo de vida e à forma como cada família gere o capital de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que pode ser entendido como estilo de vida (DGS, 2013).

É fundamental proporcionar às gerações vindouras oportunidades de alcançar a plenitude do seu potencial de saúde, melhorando o nível de LS (Reis, Saboga-Nunes et al., 2019). É pertinente uma abordagem da saúde no ciclo de vida, especificamente no crescimento e desenvolvimento com qualidade de vida, perspetivando um futuro saudável.

Um estudo prévio à organização de domínios foi realizado com a participação de crianças e educadores de um Agrupamento de Escolas (AE) da região NUT II (Nomenclatura da Unidade Territorial para Fins Estatísticos) e com a colaboração de enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). O estudo mostrou que de 210 crianças entre os 3 e 10 anos, 39,9% estavam acima do peso e 49,9% eram obesas. Constatou-se que apenas 13% das crianças do 1º ciclo realizavam, diariamente, o pequeno-almoço completo (Godinho, Amendoeira et al., 2018). Em consonância com este estudo, a proposta atual baseia-se nos contextos mencionados (UCC e AE) e constitui uma resposta às políticas de saúde. A priorização de intervenções de carácter de continuidade pedagogicamente adequadas ao nível de educação e baseadas em evidência científica é identificada como fun-

damental (DGS,2015a). O grupo-alvo é selecionado a partir dos estudantes do 1º ciclo do AE.

Desenvolver competências e capacitar para a tomada de decisão com responsabilização progressiva e autodeterminação em relação à saúde das crianças e dos jovens é imprescindível (DGS, 2013). Visa-se a construção do seu projeto de vida em alinhamento com a necessidade de fortalecimento da sua capacidade da redução de riscos e da gestão de riscos para a sua saúde (United Nations [UN], 2015).

A implementação de projetos centrados em contextos específicos como a escola, está consonante com a sua valorização como espaço de ligação à família (Bissoli, 2014; DGS, 2016). O contexto de escola é fundamental para a promoção da adoção de estilos de vida saudáveis e também quando se visa como meta a redução da mortalidade prematura de doenças não transmissíveis através da prevenção e tratamento e PrS mental e do bem-estar (UN, 2015).

Pretende-se desenvolver um projeto de investigação-ação participativa, de forma sequencial e cíclica de diagnóstico, planeamento, ação e reflexão (Dias & Gama, 2014; Godinho, Amendoeira et al., 2018), através do qual se busca intervir com o grupo-alvo de forma inovadora.

Privilegia-se uma abordagem colaborativa de envolvimento da comunidade educativa, profissionais de saúde e académicos, na produção de evidências e garantindo a continuidade do primeiro para o segundo ciclo do ensino básico, integrando as diferentes experiências e perspetivas.

Este projeto tem como finalidade ajudar gerações jovens a atingirem a plenitude do seu potencial de saúde, melhorando o nível de LS (Reis, Saboga-Nunes et al., 2019). Centra-se numa abordagem da saúde ao longo do ciclo de vida, especificamente no crescer e desenvolver-se em segurança perspetivando a juventude à procura de um futuro saudável e integra duas áreas específicas: alimentação e prática da atividade física.

ENQUADRAMENTO

FAMÍLIA-CENTRALIDADE DOS CUIDADOS

Falar de obesidade infantil inclui também falar não só da criança, mas também dos seus pais e suas famílias. Por isso é fundamental que os cuidados sejam centrados na família.

A centralidade dos cuidados é um conceito multifacetado e complexo que tem evoluído nos últimos anos. Alvo de desenvolvimento de inúmeros estudos nas últimas décadas e de diferentes áreas profissionais com inúmeras definições. Considerado como um primado à qualidade da prestação dos cui-

dados, pois é um dos seis objetivos de melhoria da qualidade a atingir, definido para o novo sistema de saúde do século XXI –*Crossing The Quality Chasm* (Ferreira & Amendoeira, 2015) e um dos valores e princípios do Sistema de Saúde Europeu e do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012/2016 – com extensão a 2020 (DGS, 2020).

Envolve a presença, participação, trabalho colaborativo e capacitação dos pais e da criança. Neste sentido a família é entendida como unidade de cuidados ou sistema familiar. A centralidade dos cuidados na família tem como principais atributos: a participação dos pais na saúde das crianças; a colaboração entre a equipa de saúde e os pais na tomada de decisão; adequar o plano de cuidados à família; não julgar a relação colaborativa da família na partilha da tomada de decisão pelas opções ou decisões tomadas pela família; forma de cuidar de crianças e famílias que assegura que os cuidados são prestados no seu todo (família) e não apenas no indivíduo (criança) e no qual toda a família se reconhece como cuidadores.

A partilha de informação centrada na família estimula o envolvimento, a expressão de sentimentos e a capacitação; a centralidade dos cuidados converge para a satisfação dos pais relacionada com a comunicação e a tomada de decisão; em contexto escolar, verifica-se a otimização na utilização dos serviços de saúde, a adesão à medicação e a qualidade de vida; promove a minimização dos níveis de ansiedade e stress, melhorando os resultados clínicos e a satisfação da criança e família; facilitadora de estratégias promotoras de uma mudança positiva (Godinho, Ferreira et al., 2019).

Os cuidados centrados na família facilitam a abordagem multidisciplinar, a importância da negociação e perícia na interação com a família, permite a discussão da melhoria de recursos na família, ajuda a família nas dificuldades e orientação/prevenção da vulnerabilidade, conhecer práticas religiosas e espirituais, melhora a qualidade de vida, fortalece os mecanismos de *coping*, promove o bem-estar (Ferreira, et al., 2019).

Com a família estabelece-se, assim, uma relação de parceria, conceito que é sustentado por crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (Casey, 1998) com vantagens benéficas quer para os pais/família – segurança, autoconfiança, conhecimento, capacitação quer para a criança – proteção e amor.

É possível implementar programas de capacitação parental bem-sucedidos e que são direcionados a grupos étnicos, culturais e socioeconómicos específicos. Sendo um auxílio na implementação de um programa de capacitação parental em grupos com características específicas, de forma a conseguir a sua adesão.

Importa ainda referir que resultados de pesquisas indicam que os pais têm a maior influência e são os principais modelos na vida de uma criança (Sca-

glioni et al., 2011). As crianças são mais propensas a adotar os mesmos hábitos alimentares que seus pais. Portanto, é provável que as crianças adotem os mesmos hábitos de vida que seus pais.

Outros achados relevantes a considerar reportam que muitos pais e filhos apresentam peso superior ao normal, mas a maioria dos pais rotula incorretamente os seus filhos com sobrepeso e obesidade como sendo de peso normal. Os pais revelam incerteza e falta de conhecimento sobre alimentação saudável, tamanho de porções, recomendações de atividade física, tendências de obesidade e riscos à saúde. Com base nas respostas dos pais, as principais barreiras para o “estado de peso saudável” foram o custo alimentar, a falta de conhecimento e a falta de tempo (Vittrup & McClure, 2018).

OBESIDADE INFANTIL E ATIVIDADE FÍSICA

A obesidade infantil identificada até algum tempo atrás como pandemia do século XXI, com taxas de incidência que, nos últimos 30 anos, quase triplicaram em crianças de 6 a 11 anos, atingindo uma taxa global de 17%, com maior prevalência em crianças latinas e negras (Berger-Jenkins, 2014). Identificou-se menor qualidade de vida em crianças em idade escolar com obesidade, devido a experiências quotidianas, limitações físicas e psicossociais associadas a essa situação (Powell, 2018).

Resultados do estudo europeu *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) for Europe* foram avaliadas 7210 crianças (48,9% raparigas e 51,1% rapazes) em 228 escolas do 1º ciclo do Ensino Básico (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2019). Na sequência da tendência invertida da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil constata-se uma redução de 8,3% na prevalência de excesso de peso infantil (37,9% para 29,6%) e de obesidade infantil de 15,3% em 2008 para 12,0% (menos 3,3%). Contudo, mantem-se o aumento da prevalência de obesidade infantil com a idade, tendo sido possível constatar que 15,3% de crianças de 8 anos tinham obesidade (das quais 5,4% obesidade severa), comparativamente com as crianças de 6 anos que apresentaram 10,8% de obesidade, das quais 2,7% apresentavam obesidade severa (Mendes et al, 2019).

No âmbito do acompanhamento de um projeto participativo de ação-pesquisa, ressalta-se, no contexto do diagnóstico da situação realizada, cuja população-alvo era de 210 crianças entre 3 e 10 anos de idade, que 39,9% estavam acima do peso e 49,9% obesas (Godinho, Ferreira et al., 2019). Em Portugal, cerca de 29,6% e 12% das crianças portuguesas estavam acima do peso e obesas, respectivamente (INSA, 2019). Apesar da diminuição dessas prevalências entre 2008 e 2019, com respectivas reduções de 7,2% (37,9% para 30,7%) e 3,6% (15,3% para 11,7%). A intervenção precoce nessa faixa etária permanece justificada, premissa apoiada por diferentes autores, que

destaca a necessidade urgente de fortalecer os sistemas de saúde para promover dietas saudáveis e vigilância da obesidade infantil (Williams et al., 2020). Numa RSL sobre a relação entre comportamento alimentar e atividade física em crianças em idade escolar, um dos principais resultados é a demonstração de uma redução efetiva das taxas de obesidade em crianças, em situações em que a atividade física adequada e as refeições equilibradas foram incorporadas durante a infância (Durbin et al., 2018).

Nesse contexto, é urgente intervir em fatores fundamentalmente ligados aos estilos de vida e à forma como cada família gerencia o capital da saúde de seus elementos ao longo da vida, por meio de opções individuais expressas no que podemos entender como estilo de vida. Em revisão de escopo, identificaram a centralidade do cuidado infantil e familiar como transversal nos achados globais (Godinho, Ferreira et al., 2019). Da mesma forma, os resultados obtidos corroboram a importância de intervenções voltadas às crianças/famílias, no contexto escolar, para promover a aquisição de hábitos alimentares saudáveis (DGS, 2019). A promoção da atividade física na escola ao lado de sua função educacional também é defendida, assumindo nesse contexto um lugar de excelência para a PrS (DGS, 2019). A importância da atividade física no currículo escolar também se considera um fator que a associa positivamente ao desenvolvimento intelectual de crianças de 6 a 10 anos (Coelho et al., 2017). Há uma diminuição nessa prática à medida que a idade aumenta: durante os dias da semana, em média, 84,1% das crianças de 6 a 9 anos participam, no mínimo, de 60 minutos/dia no jogo ativo, e apenas 64,8% dos adolescentes de 10 a 14 anos o fazem (DGS, 2017). Além disso, em estudo desenvolvido na região de Lisboa, 9,9% das escolas do 1º ano e 9,0% das escolas do 2º ano proporcionaram aos alunos menos de 60 minutos de atividade física por semana, enfatizando a relevância nessa área de intervenção (Mendes et al., 2019).

A promoção de um desenvolvimento infantil harmonioso e o bem-estar da criança e da família constituem a matriz organizadora de um futuro saudável, de qualidade de vida. Esta é também uma preocupação da OMS, segundo a qual, na Região Europeia, as doenças não transmissíveis continuam a representar uma alta carga sobre a mortalidade prematura (WHO, 2020). Ao mesmo tempo, os hábitos alimentares inadequados estão entre os cinco fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável e mortalidade em Portugal (DGS, 2020a). Atualmente essa realidade tem sido acentuada pela pandemia COVID-19 e pela interrupção da atividade física das crianças e maior consumo de alimentos de baixa caloria e de baixa qualidade nutricional, com confinamento em casa (DGS, 2020b).

Compartilha-se a perspectiva da OMS de que, para as áreas acima mencionadas, há subutilização de intervenções preventivas com alto potencial de efetividade e baixo custo (WHO, 2020). Supõe-se a relevância da implementação de projetos predominantemente orientados para a formação de indivi-

duos para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde que promovam mudanças no comportamento em saúde, por meio de programas educativos, facilitando o acesso a alimentos saudáveis, totalmente integrados ao contexto individual e comunitário do projeto. Projetos regional e multidisciplinar têm revelado um impacto significativo em diversas áreas do estilo de vida infantil, como responsabilidade pela saúde, nutrição, perspectiva positiva e estilo de vida global (Sousa et al., 2020). Nesse contexto, os determinantes sociais da saúde que adquirem, neste domínio da pesquisa e reflexão sobre as práticas, o significado que se torna necessário descodificar por referência aos contextos em que as pessoas nascem, vivem e constroem-se como cidadãos capazes de construir a saúde, numa complexa interação de fatores individuais (Rodrigues et al., 2020). No desenvolvimento da intervenção em saúde, o uso de métodos de avaliação é valorizado como elemento crucial para medir o impacto dos programas de PrS nas pessoas e contextos, no nível dos determinantes sociais da saúde (Godinho, Figueiredo et al., 2020).

A ESCOLA COMO CONTEXTO

A PrS em meio escolar implica o desenvolvimento de intervenções mais adequadas às crianças/famílias para a promoção da aquisição de hábitos alimentares saudáveis (DGS,2015b), bem como a prática de atividade física a par da sua função educativa, assumindo este contexto um lugar de excelência (DGS,2015b; Rodrigues, C. & Reis, 2020; Rodrigues, M. & Reis, 2020). A evidência científica na área da PrS em meio escolar, a inovação e a necessidade de recentrar a ação nos resultados implica desenvolver intervenções adequadas à população mais jovem. A menor qualidade de vida em crianças em idade escolar com obesidade foi identificada decorrente de experiências diárias, limitações físicas e psicossociais associadas à situação (Powell, 2018). É essencial desenvolver competências e capacitação para a tomada de decisão, com responsabilidade progressiva e autodeterminação em relação à saúde das crianças (DGS, 2013). Visa-se a construção do seu projeto de vida alinhada com a necessidade de fortalecimento da capacidade de redução e gestão de riscos para a saúde (UN, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS,2015b) destaca um incremento a nível da saúde na Comunidade escolar evidenciando o princípio de que todas as crianças têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar. Reforça assim o conceito de LS, basilar para a tomada de decisões responsáveis em matéria de saúde.

Vários estudos têm relatado a influência do ambiente escolar nos comportamentos relacionados à saúde das crianças. Reconhece-se a escola como a via

mais significativa na gestão da obesidade e na promoção de um estilo de vida saudável entre as crianças em idade escolar.

Com o interesse contínuo em implementar políticas escolares para enfrentar o problema da obesidade infantil na Malásia, foi identificada a necessidade urgente de informações sobre a associação entre o ambiente escolar e o estado de peso das crianças. O estudo teve como objetivo investigar a associação entre fatores ambientais escolares (físicos, económicos, políticos e socioculturais) com o Índice de Massa Corporal (IMC) de crianças em idade escolar, bem como a ingestão alimentar e o nível de atividade física. Participaram no estudo 400 crianças entre os 9 e os 11 anos. Cerca de 33,4% da variação do IMC das crianças em idade escolar foi explicada pelo envolvimento de profissionais de saúde, exercício simples antes da aula, incentivo à caminhada/passeio de bicicleta para/da escola, sem alimentos de alta caloria disponíveis para venda na escola, opções saudáveis de alimentos e bebidas para venda. Os achados da pesquisa sugerem que melhorias no ambiente alimentar escolar podem permitir que os alunos façam escolhas alimentares mais saudáveis e reduzam o IMC (Suhaila et al., 2019).

Também um estudo realizado na China relatou associação entre o IMC de crianças em idade escolar com a disponibilidade de refrigerantes nas lojas escolares, a disponibilidade e o número de estabelecimentos de alimentação nas proximidades da escola (Li et al., 2011). Nos Estados Unidos, as crianças em idade escolar que receberam batatas fritas, produtos similares de batata e sobremesas em refeições escolares subsidiadas mais de uma vez por semana foram associadas a uma probabilidade significativamente maior de obesidade (Fox et al., 2009).

Compreender os fatores potenciais presentes num determinado contexto ambiental/escolar que possa impactar os hábitos alimentares e atividades físicas das crianças será uma estratégia eficaz para identificar/minimizar o problema da obesidade infantil (Adilin et al., 2015). A combinação de “intervenções ambientais” com “intervenções educativas” aumenta o impacto na obtenção de peso saudável e ajuda a manter esse efeito a longo prazo. Os mesmos autores referem ainda que a possibilidade de fazer tarefas simples de aumento de gasto energético e promover atividades físicas em sala de aula resulta em mudanças positivas nos comportamentos relacionados à saúde entre as crianças em idade escolar (Caballero et al., 2003; Bassett et al., 2013).

Além disso, os resultados revelaram que a melhoria em termos de consumos de alimentos e bebidas disponíveis na escola pode ajudar as crianças em idade escolar a fazer escolhas alimentares mais saudáveis, reduzindo assim o seu IMC. Os alimentos e bebidas disponíveis nas escolas têm um impacto significativo na dieta e no peso das crianças, pois têm acesso a elas regularmente (Story et al., 2008). 35 a 47% da ingestão alimentar de crianças e adolescentes começa a partir da escola (Briefel et al., 2009).

PLANO E MÉTODOS

Objetivos

Capacitar os alunos do 1º ciclo e suas famílias para a tomada de decisão responsável na adoção de uma alimentação saudável e na prática de atividade física, visando a construção do seu projeto de vida; caracterizar a população alvo a nível da alimentação saudável e da prática de atividade física; desenvolver um programa de intervenção na criança/família ao nível da alimentação saudável e da prática de atividade física; avaliar o impacto do programa de intervenção na construção do projeto de vida das crianças no âmbito da alimentação saudável e da prática de atividade física.

Porque se continua a verificar nas crianças portuguesas excesso de peso e obesidade?

Os hábitos alimentares inadequados são um dos principais determinantes da perda de anos de vida saudável pelos portugueses. A importância da formulação de políticas alimentares e de nutrição no âmbito da PrS começou a ser expressa nos anos oitenta, sendo a alimentação e a nutrição consideradas como áreas prioritárias na construção de políticas de saúde pública, contudo continuamos a observar elevadas taxas de obesidade e excesso de peso nos diferentes grupos etários, nomeadamente nas crianças.

Com a finalidade de prevenir o excesso de peso e a obesidade infantil nos alunos do 1º ciclo, seria fundamental capacitar os alunos do 1º ciclo e seus pais/família, para a tomada de decisão responsável na adoção de uma alimentação saudável e na prática de atividade física, visando a construção do seu projeto de vida.

Pelo exposto, faz sentido o desenvolvimento de um projeto de investigação-ação participativa, de forma sequencial e cíclica de diagnóstico, planeamento, ação e reflexão (Dias & Gama, 2014; Godinho, Amendoeira et al., 2018), através do qual se busca intervir com o grupo-alvo de forma inovadora. Privilegia-se uma abordagem colaborativa de envolvimento da comunidade educativa, profissionais de saúde e académicos, na produção de evidências e garantindo a continuidade do primeiro para o segundo ciclo do ensino básico, integrando as diferentes experiências e perspetivas.

Esta metodologia orienta para uma abordagem sistémica dos fenómenos em estudo, definindo o problema a partir da prática e pretendendo voltar à prática para a resolução/transformação do que foi identificado numa primeira fase do estudo (Godinho, Amendoeira et al., 2018). Integra um conjunto de fases, que se desenvolvem de forma contínua numa sequência em espiral, desde o diagnóstico, planificação, ação e reflexão, implicando a realização de tantos ciclos quanto os necessários para alcançar as mudanças pretendidas ou a melhoria dos resultados (Springett et al., 2011).

A metodologia de investigação-ação tem na sua base valores democráticos e igualitários, moralmente, envolve diferentes pessoas com diferentes valores, é inclusiva e relacional, pressupõe diálogo, envolvimento dos participantes; é um processo colaborativo, que ocorre em contextos sociais e educativos (família, escola, unidades de saúde) e envolve outras pessoas, direta ou indiretamente em todas as etapas do processo de pesquisa (McNiff, 2017). Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar a criança/família a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde. Todos os participantes são agentes, não meramente destinatários ou espetadores. Com esta metodologia desenvolvem-se ciclos de ação e reflexão: observar, refletir, agir, avaliar, modificar e mover-se em novas direções (McNiff, 2017). Considerando as perspetivas metodológicas, pela sua complementaridade na concretização da metodologia de investigação ação-reflexão adotam-se as seguintes etapas: diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação/reflexão.

RESULTADOS ESPERADOS

A priorização de intervenções de carácter de continuidade pedagogicamente adequadas ao nível de educação e baseadas em evidência científica é identificada como fundamental (DGS, 2015b).

Pretende-se desenvolver um programa de intervenção ao nível da alimentação saudável e da prática de atividade física. A conceção do programa de intervenção decorre da caracterização da população alvo a nível da alimentação saudável e da prática da atividade física, que permitirá a identificação de prioridades de intervenção. Partindo da identificação das prioridades, definem-se indicadores para o programa de Intervenção de saúde no âmbito das áreas referidas, visando a construção do projeto de vida dos alunos do 1º ciclo.

A intervenção engloba a criança/família, a comunidade educativa e profissionais de saúde numa perspetiva socio ecológica, dirigida para os seis eixos estratégicos do programa de saúde escolar: capacitação, ambiente escolar e saúde, condições de saúde, qualidade inovação, formação e investigação em saúde escolar e parcerias, adequada às características da população em estudo e do meio ambiente onde está inserida. O envolvimento de todos os parceiros da equipa multidisciplinar numa relação colaborativa torna-se fundamental para a articulação efetiva no contexto comunitário. Tem-se identificado que a implementação de estratégias multidisciplinares, apresentam resultados de grande efetividade pela maior proximidade entre os diferentes participantes do estudo, o que se traduz em ganhos em saúde (Sousa et al., 2020).

A metodologia de investigação-ação na fase de reflexão/avaliação, a par da monitorização de todo o processo, revela-se essencial para a introdução de

mudanças e promotoras de benefícios, para tal importa avaliar o impacto do programa de intervenção na construção do projeto de vida das crianças/família no âmbito da alimentação saudável e da prática de atividade física.

Com a avaliação do impacto da intervenção perspectiva-se caminhar para a fase de “*Move-in new direction*” das crianças e famílias e idealmente constituírem-se como embaixadoras para a continuidade do programa de intervenção por meio da divulgação, conscientização e motivação dos seus pares nomeadamente na comunidade escolar.

CONCLUSÃO

Pretende-se maximizar o crescimento e desenvolvimento da criança e família melhorando a LS e consequentemente a sua qualidade de vida.

A ênfase no investimento e na colaboração são essenciais para a prevenção da obesidade infantil. Sem uma ação coletiva, o problema da obesidade infantil será oculto e difícil de controlar. Se as taxas de obesidade infantil aumentarem ainda mais, muitas complicações de saúde em crianças e adolescentes aumentarão. De fato, abordar os elementos presentes no ambiente escolar pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção da obesidade, uma vez que este exerce influência significativa sobre o comportamento das crianças e suas famílias. Reconhece-se, assim, que a escola tem um impacto importante no processo de aquisição de estilos de vida das crianças e suas famílias e que portanto urge capacitar e apoiar de forma continuada e adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adilin, M., Holdsworth, M., McCullough, F., Swift, J., & Norimah A. (2015). Whole school mapping to investigate the school environment's potential to promote a healthy diet and physical activity in Malaysia. *Malaysian Journal of Nutrition*, 21(1), 1–14. <https://eprints.whiterose.ac.uk/92636/>
- Bassett, D., Fitzhugh, E., Heath, G., Erwin, P., Frederick, G., Wolff, D., Welch, W., & Stout, A. (2013). Estimated energy expenditures for school-based policies and active living. *Am Journal of Preventive Medicine*, 44(2), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.017>
- Berger-Jenkins, E., Rausch, J., Okah, E., Tsao, D., Nieto, A., Lyda, E., Meyer, D., & McCord, M. (2014). Evaluation of a coordinated school-based obesity prevention program in a hispanic community: Choosing healthy and active lifestyles for kids/healthy schools healthy families. *American Journal of Health Education*, 45 (5), 261-270. <https://doi.org/10.1080/19325037.2014.932724>

Bissoli, M.F. (2014). Development of children's personality: the role of early childhood education. *Psicologia em Estudo*, 19 (4), 587- 597. <https://doi.org/10.1590/1413-73722163602>

Briefel, R., Wilson, A., & Gleason, P. (2009). Consumption of low-nutrient, energy-dense foods and beverages at school, home, and other locations among school lunch participants and nonparticipants. *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (Supl.2), S79-90. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.064>

Caballero, B., Clay, T., Davis, S., Ethelbah, B., Rock, B., Lohman, T., Norman, J., Story, M., Stone, E., Stephenson, L., & Stevens, J. (2003). Pathways: a school-based, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78(5), 1030–1038. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.5>

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. A. Glasper, A. Tucker (Eds.), A, & Elizabeth Fradd, *Advances in Child, health nursing* (pp. 183-193). Scutari Press. ISBN: 9781871364910

Coelho, E., Mourão-Carvalho, I., Teixeira, L., & Vasques, C. (2017). Associação entre a atividade física e desenvolvimento intelectual de crianças dos 6 aos 10 anos. In L. P. Rodrigues, F. M. Clemente, R. Lima (Eds.) *10.º Estudos de Desenvolvimento Motor da Criança* (pp.153-158) Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Desporto e Lazer de Melgaço. <http://hdl.handle.net/10198/14721>

Dias, S. & Gama, A. (2014). Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2),150-154. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8377?locale-attribute=pt>

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. <https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/pnsij/>

Direção Geral da Saúde (2015a). *Programa nacional de combate à obesidade*. <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-desaudef/programas-nacionais/programa-nacional-de-combate-a-obesidade.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015b). *Programa nacional de saúde escolar*. http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

Direção Geral da Saúde (2016). Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar. ENPAF 2016-2025 *Direção-Geral da Saúde*. ISBN: 978-972-675-243-1

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para a promoção da ativi-*

dade física. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/>

Direção-Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

Direção-Geral da Saúde (2020a). *Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: modelo de intervenção e ferramentas*. https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2021/01/PNPAS_aconselhamentobreve-.pdf

Direção Geral da Saúde (2020b). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/10/Relato%CC%81rio PNPAS_2020.pdf

Direção Geral da Saúde (2015c). *Plano nacional de saúde 2012-2016: revisão e extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt/historico/boasvindas/>

Durbin, J., Baguioro, M., & Jones, D. (2018). Pediatric obesity in primary practice: A review of the literature. *Pediatric Nursing*, 44(4), 202–206. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=131366571&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Nursing-sensitive outcomes. Trial: model for evaluating the quality of care". *Revista da UIIPS*, 3 (5), 396-407. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672011000400009>

Ferreira, R., Gonçalves, J., Sousa, H., Amendoeira, J., & Silva, M. (2019). The child/family. The centrality of care. *European Journal of Public Health*, 29 (Suppl. 2). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz095.001>

Fox, M. K., Dodd, A. H., Wilson, A., & Gleason, P. M. (2009). Association between school food environment and practices and body mass index of US public school children, *Journal of the American Dietetic Association*, 109 (Suppl.2), 108-117. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.065>

Godinho, C., Amendoeira J., Cândido, A., Dias, H., Figueiredo, M.C., Martins, R., Pinto, C. (2018). Monitorização de um Projeto de investigação-ação. *Revista da UIIPS*, 6 (2), 20-28. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16126>

Godinho, C., Ferreira, R., Silva, M., Saragoila, F. & Rosa, P. (2019). Family-centered nursing interventions. A review of the scope, *European Journal of Public Health*, 29 (1), p.9. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz034.025>

Godinho, C., Figueiredo, M. C., André, C., Spínola, A., Dias, H., Amendoeira, J., Ferreira, M., Quaresma, J., Madeira, F., Duarte, J. (2020). Projeto YOUR

PEL- desafios em literacia para a saúde nos jovens. *Revista da UIIPS*, 8 (1), 283-292. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19900>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2019). *Childhood obesity surveillance initiative*. COSI Portugal 2019. <https://www.insa.min-saude.pt/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-relatorio-2019/>

Li, M., Dibley, M. J., Sibbritt, D., & Yan H. (2011). School environment factors were associated with BMI among adolescents in Xi'an City, China. *BMC Public Health*, 11(11), 792. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-792>.

McNiff, J. (2017). *Action Research: All You Need to Know*. Sage. ISBN 9781526414274.

Mendes, S., Bica, M., Baleia, J., Goiana-da-Silva, F., & Rito, A. (2019). Eight years of sugar-sweetened beverages consumption among Portuguese children aged 6 to 8 years old: COSI Portugal 2008 – 2016. *Boletim Epidemiológico Observações*, 8(11), 17-21.

Powell, B., Engelke, K., & Swanson, S. (2018). Quality of Life in School-Age Children with Obesity. *Pediatric Nursing*, 44 (4), 183–188. <https://thescholarship.ecu.edu/handle/10342/6059>

Reis, A., Saboga-Nunes, L., Spínola, A., Santos, I., & Santiago, C. (2019). *Communicating with migrants: children's health literacy, digital technology, health promotion tools* [Paper presented]. 12th European Health Conference: Building bridges for solidarity and public health, Marselha.

Rodrigues, J., Borrego, C., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J. & Matos, R. (2020). Conceptual framework for the research on quality of life, *Sustainability*, 12 (12), 4911. <https://doi.org/10.3390/su12124911>

Rodrigues, C., Reis, A. (2020). Do comer bem ao crescimento saudável. *Revista da UIIPS*, 8 (1), 68-79. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19879>

Rodrigues, M., Reis, A. (2020). A promoção do movimento nas crianças como enfermeira comunitária. *Revista da UIIPS*, 8 (1), 177-191. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19888>

Scaglioni S., Chiara A., Fiammetta V., & Sabrina T. (2011). Determinants of children's eating behaviour. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94 (suppl.6), 2006s–2011s <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.001685>

Sousa, P., Martinho, R., Reis, C., Dias, S., Gaspar, P., Dixe, M., Ferreira, R., & Luís, L. (2020). Controlled trial of an mHealth intervention to promote healthy behaviours in adolescence (TeenPower): Effectiveness analysis. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14301>

Springett, J., Wright, M.T., & Roche, B. (2011). *Developing quality criteria for par-*

ticipatory health research: An agenda for action, discussion papers, research-group public health , 2011-302, Social Science Center. <https://ideas.repec.org/p/zbw/wzbhea/spi2011302.html>

Story M., Kaphingst, K., Robinson-O'Brien, R., & Glanz K. (2008). Creating healthy food and eating environments: policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253-272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926> .

Suhaila G., Ruzita T., & Norimah, K. (2019). Food choices and diet quality in the school food environment: A qualitative insight from the perspective of adolescents. *Malaysian Journal Of Medicine And Health Sciences*, 15(SP1), 16-24. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-750689>

United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development-Resolution adopted by the General Assembly on 25September 2015*. Department of Economic and Social Affairs Sustainable Development. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Vittrup, B. & McClure, D. (2018). Barriers to childhood obesity prevention: Parental knowledge and attitudes, *Pediatric nursing*, 44 (2), 81-94 <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1c86ecb7-fcf0-4a0f-aa2fa04a4df9a0ce%40redis>

Williams, J., Buoncristiano, M., Nardone, P., Rito, A. I., Spinelli, A., Hejgaard, T., Kierkegaard, L., Nurk, E., Kunešová, M., Musić Milanović, S., García-Solano, M., Gutiérrez-González, E., Brinduse, L. A., Cucu, A., Fijałkowska, A., Farrugia Sant'Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Pudule, I., Duleva, V., ... Breda, J. (2020). A snapshot of european children's eating habits: Results from the fourth round of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). *Nutrients*, 12(8), 2481. <https://doi.org/10.3390/nu12082481>

World Health Organization (2020). *Noncommunicable diseases: Progress Monitor 2020*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-000049-0

CAPÍTULO 3.1

Promoção da saúde e alimentação saudável

Maria do Carmo Figueiredo

RESUMO

Ter uma alimentação saudável é uma preocupação dos países europeus da Organização Mundial da Saúde, reunindo-se na conferência *“Future steps to tackle obesity: digital innovations into policy and actions”*, a 29 de junho de 2021, por iniciativa do Ministério da Saúde Português. A conferência terminou com o *Lisbon Call to Action*, propondo que as crianças com menos de 18 anos sejam protegidas de ambientes digitais com exposição ao marketing digital de produtos alimentares não saudáveis.

A alimentação é um dos principais determinantes de saúde na promoção da saúde da população. Corresponde ao nível 2 - determinantes estruturais, na classificação dos níveis de políticas públicas para intervenção, relacionados com os estilos de vida.

O Governo, no seu programa para a saúde definiu como prioridade promover a saúde defendendo que a obtenção de ganhos em saúde resulta da intervenção nos vários determinantes, assumindo como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável.

Palavras-Chave: Alimentação Saudável; Dieta mediterrânica; Literacia em saúde; Promoção da saúde

INTRODUÇÃO

A alimentação existe desde os primórdios da humanidade. Consiste no processo pelo qual os organismos obtêm e assimilam alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais, incluindo o crescimento, movimento, reprodução e manutenção da temperatura corporal, sendo também um elemento da cultura humana para manter ou melhorar a sua saúde.

Uma alimentação saudável garante, principalmente, que o organismo receba todos os nutrientes de que precisa, pressupondo que esta deve ser completa, variada e equilibrada, proporcionando a energia adequada e o bem-estar físico ao longo do dia. Alimentos ricos em fibra como produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura devem ser os “alimentos base” do quotidiano para uma alimentação saudável.

O Despacho n.º 11418/2017 de 2017, aprovou a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS), em articulação com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) da DGS que “visa incentivar o consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas” (p. 29595).

Esta estratégia enquadra -se num dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020), nomeadamente no eixo

das “Políticas Saudáveis”, baseando -se na premissa de que todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações (p. 29596).

Esta estratégia segue as advertências da OMS para uma abordagem integrada da “saúde em todas as políticas”.

A EIPAS apresenta quatro Eixos estratégicos:

1) Modificar o meio ambiente onde as pessoas escolhem e compram alimentos através da modificação da disponibilidade de alimentos em certos espaços físicos e promoção da reformulação de determinadas categorias de alimentos; 2) Melhorar a qualidade e acessibilidade da informação disponível ao consumidor, de modo a informar e capacitar os cidadãos para escolhas alimentares saudáveis; 3) Promover e desenvolver a literacia e autonomia para o exercício de escolhas saudáveis pelo consumidor; 4) Promover a inovação e o empreendedorismo direcionado à área da promoção da alimentação saudável (Despacho n.º 11418/2017, 2017, pp. 29596-7).

Deste modo o conteúdo a seguir apresentado está alinhado com estes quatro eixos em resposta à PrS da saúde dos cidadãos sobre alimentação saudável.

Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade...) (DGS, 2012; Torres & Real, 2021).

As escolhas alimentares são influenciadas a nível individual, comunitário e global, por fatores como: o contexto social, a disponibilidade alimentar, a formulação de políticas, estratégias de marketing, preço dos alimentos e os níveis de Literacia Alimentar (LA), que conduzem a que a manutenção da qualidade da alimentação implique uma constante adaptação dos hábitos alimentares (Torres & Real, 2021).

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A Epidemiologia constitui-se como instrumento para o desenvolvimento de políticas no setor da saúde, e como disciplina da Saúde Pública, preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e PrS da comunidade. É neste sentido que se apresentam alguns dados epidemio-

lógicos de patologias associadas com vários determinantes de saúde, entre os quais a alimentação.

O relatório COSI (WHO, 2021) sobre vigilância nutricional em crianças dos 6 aos 9 anos, apresenta prevalências elevadas de excesso de peso e obesidade infantil, a nível europeu, de 29% em meninos e 27% em meninas e a prevalência de obesidade 13% em meninos e 9% em meninas. A implementação de políticas recomendadas pela WHO tem apresentado resultados positivos, na redução da prevalência da obesidade infantil. Segundo dados da *European Commission* (2019), Portugal encontra-se abaixo da média europeia, mas com valores de consumo diários elevados (8,6%).

De acordo com o Relatório do PNPAS (DGS,2020), os hábitos alimentares foram, em 2019, o quinto fator de risco que mais contribuiu para uma redução do número de anos de vida saudável, devido ao elevado consumo de carne vermelha, ao baixo consumo de cereais integrais e elevada ingestão de sódio. No que se refere à morbilidade e mortalidade, a prática de hábitos alimentares inadequados é responsável por 9,5% dos anos perdidos de vida saudável (*DALY*) em Portugal, sendo ainda o quarto fator de risco, que mais contribuiu para o total de óbitos (14%) (WHO, 2021).

Os adolescentes em Portugal consomem, cerca de 53g de açúcares livres por dia, quando a meta definida para 2020 era de 25g diárias (Lopes et al., 2017). 29,6% apresentam excesso de peso e 12% dos jovens estão diagnosticados com obesidade (WHO, 2021).

De acordo com Gregório et al. (2020), 53,6% da população portuguesa adulta apresenta excesso de peso, sendo que 1,5 milhões de pessoas mostra obesidade. Existem registos nos CSP, que 16,7% têm pré-obesidade e 11,9% têm obesidade.

Em concordância com dados do INE (2021), os acidentes vasculares cerebrais continuam a estar na origem do maior número de óbitos em 2019 (10 975), representando 9,8% da mortalidade e uma taxa de 106,5 mortes de residentes por 100 mil habitantes. Os tumores malignos do cólon, reto e ânus representaram 3,4% da mortalidade em 2019, com 3 829 óbitos. Estes óbitos ocorreram em pessoas dos 71 aos 84 anos, variando o número de anos perdidos de 9 a 13 (INE, 2021).

O impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,9 % da taxa de prevalência da diabetes entre 2009 e 2018, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 16,3% nos últimos 10 anos (Raposo, 2020). Em 2018 na Rede dos CSP de Portugal Continental encontravam-se registados 862.197 utentes com Diabetes (Raposo, 2020).

A Balança Alimentar Portuguesa relativa ao quinquénio 2012-2016, que é um instrumento analítico que mede o consumo alimentar do ponto de vista da oferta dos alimentos e não o consumo real, calcula as disponibilidades edíveis diárias por habitante, traduzidas em calorias, proteínas, hidratos de carbono, gorduras e álcool (INE, 2017). Esta, em comparação com a Roda dos Alimentos,

mostra um excesso da disponibilidade dos grupos de carne, pescado e ovos, défices em frutos e hortícolas e excesso de gorduras e óleos, deficitária disponibilidade para as leguminosas secas. O leite e produtos lácteos continua a diminuir. Foi apurado um aporte calórico diário médio disponível para consumo por habitante de 3 834 quilocalorias (kcal), muito superior às 2 000 kcal/habitante/dia recomendadas.

Segundo a DGS (2017), 80% da população portuguesa e 84% dos adolescentes não praticam atividade física suficiente, face às recomendações da OMS, de pelo menos uma hora diária de exercício. 64% das crianças dos 10-11 anos, são pouco ativas fisicamente e nos jovens de 16-17 anos, este valor passa para 95%, uma constatação preocupante (DGS, 2017).

RODA DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA

A «Dieta Mediterrânica» levada à letra é um modo de viver, próprio das pessoas que vivem perto do mar, no meio das terras. Do grego – *δίαιτα* – “modo de viver” e do latim – *mar mediterraneum* – “o mar no meio das terras” (Graça, 2015, p.19). Trata-se de um estilo de vida que resultou da adaptação do Homem ao clima e à fauna e flora da bacia do Mediterrâneo, sendo reconhecido pela OMS (Partidário et al., 2014).

Em 1993, em Boston, foi apresentada pela primeira vez a pirâmide da dieta mediterrânea (Silva, 2015). A Pirâmide alimentar não é, nem pode ser vista, como alternativa à Roda dos Alimentos. Antes tem de ser vista como complementar. As duas representações integram mensagens fundamentais para a promoção da Dieta Mediterrânica, a Roda com mais informação nutricional, a Pirâmide com mais informação sociocultural, pelo que em 2017 a Universidade do Porto criou a roda da alimentação mediterrânica que foi adotada, pela DGS, para promover a saúde e a prevenção de diversas doenças crónicas. Esta ferramenta pedagógica, explica os vários conceitos ligados ao padrão alimentar mediterrânico tendo como base a Roda dos Alimentos Portuguesa.

A dieta mediterrânica não representa somente uma alimentação equilibrada e saudável, mas também um conjunto de técnicas, conhecimentos e crenças, aliados a um estilo de vida do qual são indissociáveis o convívio e partilha às refeições. Trata-se de um modelo cultural, histórico e de saúde (Associação Portuguesa dos Nutricionistas [APN], 2014).

A roda da alimentação mediterrânica funciona como um bom guia para a promoção de estilos de vida saudável, onde se privilegia o consumo de alimentos de diversos grupos, dando especial importância às proporções e frequência de ingestão, devendo ser adaptada às necessidades específicas das crianças, grávidas e em outras condições de saúde (APN, 2014).

Como princípios de um estilo de vida saudável, privilegia-se a atividade física

diária, uso de alimentos tradicionais e da época, confeccionados através de práticas culinárias simples assentando numa base de sustentabilidade (APN,2014).

A hidratação é fundamental para a manutenção do equilíbrio do organismo. Ao longo do dia, a água deve ser a bebida diária de eleição, devendo ser consumidos diariamente 1,5 a 2l de água (cerca de 8 copos). As quantidades de água necessárias por dia poderão variar consoante a idade, género, atividade física, condições ambientais ou condições pessoais. Prática de atividade física diária, de pelo menos 30 minutos (WHO, 2020a);

“Fazer as refeições em família ou entre amigos, promove a convivência entre as pessoas à mesa” (APN, 2014, p.2).

FINALIDADES DA ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNICA

A Dieta Mediterrânica é um modelo alimentar de elevada qualidade e adequação nutricional, e a adesão a esta dieta está associada a uma melhor qualidade de vida, sobretudo ao nível da saúde mental (Bonaccio et al., 2013) ; as intervenções na população sobre Dieta Mediterrânica podem funcionar como estratégias efetivas em termos de redução de custos, uma vez que ajudam na proteção contra diversos problemas de saúde (Piscopo, 2009); conduz a uma redução considerável da mortalidade, sobretudo ao nível das doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e outras patologias (Demarin et al., 2011); o consumo regular de cereais integrais pode contribuir para a redução de fatores de risco relacionados com as doenças crónicas não transmissíveis (Gil et al., 2011); está associada a uma menor adiposidade total e local (Boghossian et al., 2013); a prática de um padrão alimentar mediterrânico, rico em azeite, pode influenciar positivamente doenças como a Obesidade, Síndrome Metabólica e Diabetes *Mellitus* (Pérez-Martínez et al, 2011); uma mudança comportamental baseada em padrões mediterrânicos promove a perda de peso e a manutenção de um peso saudável, prevenindo a Obesidade (Garaulet & Pérez de Heredia, 2010); é efetiva na redução de aterosclerose/trombose e do risco de complicações coronárias (Lorgeril & Salen, 2011); e pode ter um efeito protetor sobre o organismo de fumadores ativos e passivos (Vardavas et al.,2011), entre outras.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ATIVIDADE FÍSICA AO LONGO DO CICLO VITAL

As alterações metabólicas e fisiológicas na gravidez garantem o crescimento e o desenvolvimento do feto, justificando o aumento das necessidades energéticas e nutricionais e, naturalmente, das suas recomendações durante este período específico (Teixeira et al., 2021). De destacar que apesar da grávida carecer de um maior aporte energético, mais importante será a prática de uma alimenta-

ção nutricionalmente adequada (Teixeira et al., 2021).

Nos primeiros dois anos de vida de uma criança, a nutrição ideal promove o crescimento saudável e melhora o desenvolvimento cognitivo. Também reduz o risco de ficar com sobrepeso ou obesidade e desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, no decurso da vida.

Os conselhos sobre uma dieta saudável para bebês e crianças são semelhantes aos dos adultos, mas os seguintes elementos também são importantes:

- Os bebês devem ser amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida e continuamente até os 2 anos de idade ou mais.
- A partir dos 6 meses de idade, o leite materno deve ser complementado com uma variedade de alimentos adequados, seguros e ricos em nutrientes. Sal e açúcares não devem ser adicionados a alimentos complementares.
- Na idade escolar (6-9 anos), a alimentação saudável é um dos fatores determinantes para o normal crescimento, desenvolvimento, prevenindo as doenças associadas à má alimentação, das quais a mais conhecida é a obesidade (Direção Geral do Consumidor & APN, 2013).
- O consumo de alimentos de qualidade e em bom estado de conservação deverá ir ao encontro das necessidades diárias das crianças e incluir, necessariamente, os diferentes alimentos da dieta Mediterrânica (DGS, 2012). Os hábitos alimentares aprendidos durante a infância determinam os comportamentos alimentares na idade adulta.

De acordo com a WHO (2020b), para os adultos, uma dieta saudável inclui: frutas, vegetais, legumes, nozes e grãos inteiros; pelo menos 400 g (cinco porções) de frutas e vegetais por dia; menos de 10% da ingestão total de energia de açúcares livres, o que é equivalente a 50 g (ou cerca de 12 colheres de chá rasas) para uma pessoa de peso corporal saudável consumindo cerca de 2.000 calorias por dia, mas idealmente é inferior a 5 % da ingestão total de energia para benefícios adicionais à saúde; menos de 30% da ingestão total de energia de gorduras. As gorduras insaturadas são preferíveis às gorduras saturadas e gorduras trans de todos os tipos. Sugere-se que a ingestão de gorduras saturadas seja reduzida para menos de 10% da ingestão total de energia e as gorduras trans para menos de 1% da ingestão total de energia; menos de 5 g de sal (equivalente a cerca de uma colher de chá) por dia. o sal deve ser iodado.

Um dos pilares do envelhecimento ativo é a diminuição do risco de doença e/ou incapacidade. Nesta faixa etária as necessidades energéticas poderão eventualmente diminuir, devido a um eventual decréscimo da atividade física e da consequente redução da massa muscular (Barbosa, 2013). No entanto, grande parte das necessidades em micronutrientes (vitaminas e minerais) mantêm-se inalteradas ou podem mesmo aumentar (Barbosa, 2013).

Além do referido para os adultos, Barbosa (2013) sugere alguns cuidados para as pessoas idosas, como: não omitir refeições, evitando estar mais de 3h e 1/2 sem comer; as refeições devem ser pouco volumosas e facilmente digeríveis; preferir alimentos nutricionalmente densos como frutos e hortícolas; adaptar a consistência dos cozinhados quando existem dificuldades de mastigação, de deglutição e presença de flatulência; apresentar as refeições “de forma colorida”, sabores, formas, texturas e aromas; fazer as refeições em companhia, sempre que possível, e num ambiente calmo e agradável; experimentar novos alimentos e novas receitas evitando consumir enlatados e pré confeccionados por sistema; utilizar ervas aromáticas, condimentos e sumo de limão para temperar os cozinhados (evitando o excesso de sal), de forma a melhorar o sabor dos alimentos, minimizado assim as consequências da diminuição do paladar; beber água regularmente, mesmo não sentindo sede; moderar o consumo de açúcar, sal, gorduras e bebidas alcoólicas; após a compra de alimentos, fracioná-los em quantidades ajustadas às suas necessidades; confeccionar bem os alimentos (ovos, carnes, peixe e marisco), para evitar toxinfecções alimentares; dar uma caminhada antes das refeições para estimular o apetite e estar atento às alterações do mesmo; incentivar o consumo de pratos tradicionais portugueses adequados do ponto de vista nutricional que incluam leguminosas e hortícolas; estar atento às modificações involuntárias do apetite ou de peso; medir e registar o peso semanalmente; ser fisicamente ativo, de acordo com as capacidades individuais.

A atividade física tem um papel determinante na saúde e bem-estar das populações, sobretudo na prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis e no aumento da longevidade. Porém, o estilo de vida das sociedades europeias traduz-se em comportamentos crescentemente menos ativos, estando a economia sustentada, cada vez mais, em profissões/ocupações muito sedentárias (DGS, 2017).

As crianças e adolescentes necessitam de praticar diariamente, pelo menos, 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa. Tal deve incluir, pelo menos 3 vezes por semana, 20 a 30 minutos de atividades como correr, subir e descer, saltar ou outras atividades que solicitem o sistema musculoesquelético para a melhoria da força muscular, da flexibilidade e resistência óssea (DGS, 2017); os adultos necessitam de praticar, pelo menos, 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada, ou 75 minutos de atividades vigorosas (ou uma combinação equivalente). Adicionalmente, devem praticar atividades que contribuam para melhorar ou manter a força e resistência musculares, pelo menos, duas vezes por semana (DGS, 2017). O movimento é essencial para que o idoso mantenha o equilíbrio fisiológico e psicológico que lhe permita gozar uma velhice plena e manter-se autónomo e ativo. Se possível, a pessoa idosa deve participar, pelo menos, 30 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada (caminhada), pelo menos 5 dias por semana, ou 3 sessões de 20 minutos de atividade aeróbia vigorosa (ou uma combinação de

ambas), no sentido de promover a sua saúde e funcionalidade. É, ainda, reforçada a importância de realizarem exercícios de equilíbrio, flexibilidade e força envolvendo grandes grupos musculares, 2 a 3 vezes por semana (DGS, 2017).

Falar de alimentação implica a abordagem não só de hábitos alimentares saudáveis, de acordo com a dieta mediterrânica (DGS, 2012), mas também de atividade física e ainda de iniciativas para promover um estilo de vida saudável (WHO, 2021).

PROMOÇÃO DA SAÚDE

O PNPAS (DGS, 2012) é um dos oito programas de saúde prioritários em Portugal. Os seus objetivos remetem-nos para a importância da mobilização dos conceitos de PrS, *empowerment* e LA, quer a nível individual, quer a nível comunitário, enquanto contextos de cuidados.

Todos os grupos etários são e devem ser alvo de intervenção. Contudo e face aos dados epidemiológicos apresentados, os adultos merecem ser um grupo prioritário, na prevenção das doenças crónicas não transmissíveis e na preparação para um envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida (Rodrigues, 2013). A promoção da qualidade de vida em pessoas idosas inclui a adoção de um estilo de vida ajustado às alterações biológicas e psicológicas e sociais, ao longo do envelhecimento, sendo que cada pessoa envelhece de maneira diferente. Os adultos têm uma função intergeracional importante com as crianças e com as pessoas idosas. Falar em intergeracionalidade significa falar em espaços de diálogo e de troca de experiências entre gerações que favorecem o enriquecimento mútuo. É no seio da família que as gerações se encontram e interagem de forma intensa (Rodrigues, 2013), pelo que é de suma importância o *empowerment*, a LA e a atividade física.

O *empowerment* pode ser definido como um processo pelo qual as pessoas e comunidades ganham mestria sobre os seus assuntos, com a capacitação da comunidade no contexto de mudança do seu ambiente social e político para melhorar a equidade e a qualidade de vida (Pereira, 2017). Segundo a mesma autora, é através do *empowerment* que é possível capacitar as pessoas para aprenderem através da vida, constituindo-se o mesmo, como uma das bases teóricas mais importantes para a saúde, sendo o eixo central da PrS. O *empowerment* assume-se não como um fim, mas como um meio, sendo a sua principal vantagem: as pessoas adquirirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionem poder de intervenção, permitindo aos que nele participam a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Pereira, 2017).

É possível intervir sobre alimentação saudável no sentido da PrS, com uma ação

educativa, sistemática e integradora ao longo do ciclo vital proporcionando conhecimento e *empowerment*, para incentivar respostas saudáveis às mudanças (Calado et al., 2020). Existe um elo muito forte entre literacia, educação e saúde. A saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas e a interação entre elas é clara em todas as idades, desde a infância à velhice.

De acordo com Pereira (2017), a PrS pode ser encarada na perspectiva de um conceito amplo, que engloba atividades de educação para a saúde, e poderá ser usada com os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de obterem e manterem práticas de vida saudáveis. A PrS consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais a ações e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os fatores determinantes desta tendo por objetivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde (Arriaga, 2019).

A evidência científica enfatiza a influência dos fatores comportamentais tais como as atitudes, consciência, motivação no conceito de LA (Lopes et al., 2017). A LA aborda aspetos como a cultura, a identidade alimentar, a convivialidade e confraternização em torno da alimentação, e o próprio comportamento alimentar.

A LA permite criar uma relação positiva com a alimentação, assumindo um importante papel no aumento da autodeterminação e *empowerment* para tomar decisões alimentares conscientes, contribuindo para a melhoria da saúde pública, e na redução de custos com a mesma (Torres & Leal, 2021). A LA é um dos determinantes da tomada de decisão, e necessita de ser compreendida numa abordagem ecológica mais abrangente incluindo os fatores psicológicos, socioeconómicos, socioculturais, políticos, históricos, fatores relacionados com a sustentabilidade e os sistemas alimentares, onde se inserem variáveis tais como a motivação, preferências individuais, educação, disponibilidade alimentar, preço dos alimentos, estratégias de marketing e excesso de informação não fidedigna (Thomas et al., 2019; Torres & Leal, 2021). Estes são fatores que estão relacionados com a LA na medida em que têm capacidade de interagir e influenciar as escolhas alimentares.

De forma a poder intervir no *empowerment* comunitário sobre a LA, esta deve então ter uma abordagem em parceria, mobilizando as políticas de saúde e educação, os líderes da comunidade, família, enfermeiros das UCC, entre outros. A relação entre a avaliação da comunidade ou grupos e do ambiente comunitário, permite delinear o planeamento das intervenções centradas na comunidade a esses grupos (Melo, 2020), selecionando as estratégias mais adequadas a esse grupo ou comunidade.

A Figura 6 apresenta uma proposta, adaptada de Torres e Real (2021), que sistematiza os componentes de LA, agrupados em quatro domínios interrelacionados: planeamento e gestão, seleção, preparação e consumo, bem como fatores externos que podem influenciar os referidos domínios de LA:

Figura 6

Mapa conceitual do conceito de Literacia Alimentar (adaptado de Torres & Real, 2021)



a) Planeamento e Gestão

Os três elementos incluídos neste domínio aludem à priorização de tempo para a alimentação; a existência de um plano para garantir que os alimentos são a provisionados periodicamente e, ainda à capacidade para tomar decisões que equilibrem as necessidades alimentares com os recursos disponíveis.

b) Seleção

Os componentes abordados neste domínio referem-se à capacidade de seleção dos alimentos; de determinar os constituintes dos produtos alimentares, a sua proveniência, como os armazenar e utilizar; de conciliar uma visão crítica em relação à qualidade de determinado alimento; de interpretar rotulagem alimentar; e ainda de saber onde adquirir e selecionar fontes de informação sobre nutrição e alimentação;

c) Preparação

Os componentes incluídos neste domínio consistem em: cozinhar refeições saborosas, dispondo de capacidade para adaptar receitas, para experimentar novos alimentos e ingredientes; e a capacidade de aplicar os princípios básicos de higiene e segurança alimentar. Competências na preparação de alimentos são consideradas cada vez mais um componente essencial na tradução de conhecimentos nutricionais.

d) Consumo

Este domínio inclui componentes relacionados tanto com o ato de comer como com as suas consequências: compreender que a alimentação tem um impacto no bem-estar pessoal; demonstrar autoconsciência da necessidade de equilibrar a ingestão alimentar de cada um; compreender a importância da sustentabilidade (ambiente, sociedade e economia) na alimentação; e conviver e alimentar-se socialmente.

INVESTIGAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Em Portugal têm-se desenvolvido alguma investigação no âmbito da alimentação saudável versus dieta mediterrânica, sobretudo em crianças e adolescentes, pois a evidência científica refere que se deve intervir o mais precoce possível. Em julho de 2021, procurou-se nas bases de dados *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*) de Portugal, *EBSCO* (*Elton B. Stephens Company*) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), considerando as palavras-chave alimentação saudável ou dieta mediterrânica ou em inglês *healthy eating or mediterranean diet* (ambas, descritores no *Medical Subject Headings* [MESH], 2021), tendo como critérios o texto completo em *pdf* (formato portátil de documento) de estudos realizados em Portugal, em idioma de português e inglês, entre julho de 2016 a junho de 2021. Encontraram-se 55 evidências, das quais, 39 estudos e 16 artigos. Todos apresentam contributos para a intervenção em alimentação saudável nas diferentes etapas do ciclo de vida.

Salientamos o estudo sobre “Comer e mexer para a Saúde ter! Prevenção da obesidade infantil no 1º ciclo” (Martins et al., 2020), entre a UCC Chamusca/Golegã, a Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde da

Escola Superior de Saúde de Santarém e da Área Científica de Saúde Individual e Comunitária do Centro de Investigação em Qualidade de Vida e a Câmara Municipal da Golegã. O projeto de investigação-ação participativa, apresenta-se como uma das estratégias da UCC, para responder às políticas de saúde, em particular, na área de intervenção do Programa Nacional de Saúde Escolar que defende que “é fundamental priorizar intervenções com caráter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica” (DGS, 2015, p. 29).

Um outro estudo destacado tem como tema “O papel da literacia para a saúde no consumo de fruta, vegetais, ingestão hídrica e polifracionamento alimentar: um olhar sobre a adolescência” no âmbito do Projeto CrAdLiSa [Incrementando nas Crianças e Adolescentes a Literacia para a Saúde] projeto de investigação-ação participativa (Sequeira, 2019), que apresenta um referencial de literacia para a saúde, modelos conceptuais, literacia para a saúde e saúde pública, literacia para a saúde e PrS, literacia para a saúde e nutrição, literacia para a saúde e estado nutricional e padrões alimentares e hábitos alimentares dos adolescentes.

Evidencia-se ainda a tese de Doutoramento em Atividade Física e Saúde, sobre “Qualidade de Vida relacionada com a saúde, aptidão física, índice de massa corporal e dieta mediterrânica em adolescentes” (Evaristo, 2018), em que foram realizados três estudos transversais e um longitudinal, e cujos resultados reafirmam a importância de

programas de saúde pública, apontando abordar as taxas de sobrepeso e obesidade, e aumentar os níveis de aptidão física e adesão à dieta Mediterrânica, como parte integrante de um estilo e qualidade de vida para melhorar a saúde dos adolescentes (Evaristo, 2018, p. XVII).

A maioria dos estudos são relatórios de estágio/relatórios para a obtenção do grau de mestre, no âmbito da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, educação pré-escolar e ensino do 1.º ciclo do ensino básico, marketing digital, comunicação multimédia, design, matemática, psicologia, ciências da educação, biotecnologia e inovação, desporto, ciências sociais, gestão de unidades de saúde, qualidade e tecnologia alimentar, gerontologia social, nutrição clínica e atividade física e saúde, o que corrobora que a intervenção em alimentação saudável é multidisciplinar e tem relação com o desenvolvimento de parcerias comunitárias.

Os estudos são de abordagem quantitativa, qualitativa e mistos, com recur-

so ao estudo de caso, investigação-ação, questionário, *focus group*, observação participante, notas de campo, análise documental, entrevista, fotografia e metodologia do planeamento em saúde.

Os estudos desenvolvidos com adultos centram-se em profissionais de saúde e adultos com patologia de diabetes *mellitus* e cancro da mama. Refere-se a necessidade de estudos em adultos pelas razões já apontadas anteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Partidário, A., Carvalho, A. F., Marreiros, A., Rosa, A., Rodrigues, A., Alegria, C., Almeida, C., Brites, C., Oliveira, C., Soares, C., Gonçalves, E., Pessoa, F., Carretero, I., Duarte, I., Monteiro, I., Moreno, I., Costa, J., Bernardes, J., Pinheiro, J., ... Carita, T. (2014). *A dieta mediterrânica em Portugal: cultura, alimentação e saúde*. Universidade do Algarve. ISBN: 978-989-8472-51-9

Arriaga, M. T. (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 11-15). Edições ISPA. ISBN: 978-989-8384-57-7

Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2014). *Dieta Mediterrânica – um padrão de alimentação saudável*. Direção da Associação Portuguesa dos Nutricionistas. ISBN: 978-989-8631-15-2

Barbosa, M. (2013). *Alimentação no ciclo de vida: Alimentação na pessoa idosa*. Associação Portuguesa dos Nutricionistas e Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. ISBN: 978-989-8631-11-4

Boghossian, N., Yeung, E., Mumford, S., Zhang, C., Gaskins, A., Wactawski-Wende, J., & Schisterman, E. (2013). Adherence to the Mediterranean diet and body fat distribution in reproductive aged women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(3), 289-294. <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2013.4>

Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Bonanni, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Pounis, G., Zito, F., Donati, B., Gaetano, G. & Lacoviello, L. (2013). Adherence to a Mediterranean diet is associated with a better health-related quality of life: a possible role of high dietary antioxidant content. *BMJ Open*, 13, 3(8). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003003>

Calado, M., Pedrosa, S., Amendoeira, Ferreira, R., & Silva, M. (2020). Promoção do autocuidado à pessoa diabética tipo 2 na prevenção do pé diabético. *Revista da UIIPS*, 8, 192-202. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19889>

Demarin, V., Lisak, M., & Morović, S. (2011). Mediterranean diet in healthy lifestyle and prevention of stroke. *Acta Clínica Croatica*, 50 (1), 67-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22034786/>

Despacho nº 11418/2017 dos ministros das Finanças, Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural e Mar e dos Gabinetes do Ministro da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural, da Ministra do Mar, dos Secretários de Estado dos Assuntos Fiscais, das Autarquias Locais, da Educação, Adjunto e da Saúde e Adjunto e do Comércio e das Secretárias de Estado da Indústria e do Turismo (2017). Diário da República: II Série, n.º 249/2017, de 2017-12-29. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11418-2017-114424591>

Direção Geral do Consumidor & Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). *Guia prático para educadores. Alimentação em idade escolar*. <https://pt.scribd.com>

Direção Geral da Saúde (2012). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. ISBN: 978-972-675-227-1

Direção Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para a promoção da atividade física*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/>

Direção Geral da Saúde (2020). *Relatório do Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. <https://nutrimento.pt/noticias/relatorio-do-programa-nacional-para-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-2020/>

European Commission (2019). *Eurostat your key to european statistics*. European Commission <https://ec.europa.eu/%20eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210727-1>

Evaristo, O. (2018). *Qualidade de vida relacionada com a saúde, aptidão física, índice de massa corporal e dieta mediterrânica em adolescentes*. [Doctoral dissertation, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/113481>

Garaulet, M. & Pérez de Heredia, F. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity: role of the Mediterranean diet. *Nutrition Hospital*, 25(1), 9-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20204250/>

Gil, A., Ortega, R., & Maldonado (2011). Wholegrain cereals and bread: a duet of the mediterranean diet for the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2316-2322. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980011002576>

Graça, P. (2015). Dieta mediterrânica: uma realidade multifacetada. In A. Freitas, J. Bernardes, M. Mateus & N. Braz (Coords.) *Dimensões da dieta mediterrânica, património cultural imaterial da humanidade*. Universidade do Algarve. ISBN 978-989-8472-73-1

Gregório, M., Sousa, S. & Teixeira, D. (2020). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Direção Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-313-1

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Balança alimentar portuguesa 2012-2016*. Instituto Nacional de Estatística. ISBN 978-989-25-0389-9

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Causas de morte 2019 (Dados provisórios)*. Instituto Nacional de Estatística file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/01Causas%20de%20morte2019.pdf

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., & Guiomar, S. (2017). *Inquérito alimentar nacional e de atividade física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Universidade do Porto.

Lorgeril, M., & Salen, P. (2011). Mediterranean diet in secondary prevention of CHD. *Public Health Nutrition*, 14 (12A), 2333-2337. <https://doi.org/10.1017/S136898001100259X>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel. ISBN:978-989-752-477-6

Martins, R., Nunes, M., Pinto, C., Amendoeira, J., Godinho, C., André, C. & Ferreira, C. (2020). *Comer e mexer para a saúde ter- Prevenção da obesidade infantil no 1º ciclo*. <http://hdl.handle.net/10400.15/3183>

Pereira, M.C.S.F. (2017). *Promoção da saúde nos curricula de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes*. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa <http://hdl.handle.net/10400.14/24199>.

Pérez-Martínez, P., García-Ríos, A., Delgado-Lista, J., Pérez-Jiménez, F., & López-Miranda, J. (2011). Mediterranean diet rich in olive oil and obesity, metabolic syndrome and diabetes mellitus. *Current Pharmaceutical Design*, 17(8), 769-777. <http://dx.doi.org/10.2174/138161211795428948>

Piscopo, S. (2009). The mediterranean diet as a nutrition education, health promotion and disease prevention tool. *Public Health Nutrition*, 12(9A), 1648-1655 <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980009990504>

Raposo, J. (2020). Diabetes: Factos e números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15 (1), 19-27. <http://www.revportdiabetes.com/diabetes-factos-numeros-os-anos-de-2016-2017-e-2018/>

Rodrigues, M. I. (2013). *O impacto das atividades intergeracionais no desempenho cognitivo dos idosos*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/13657>

Sequeira, R. (2019). *O papel da literacia para a saúde no consumo de fruta*,

vegetais, ingestão hídrica e polifracionamento alimentar: um olhar sobre a adolescência. Projeto CrAdLiSa. [Master's thesis, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/97153>

Silva, A. (2015). *La diète méditerranéenne. Discours et pratiques alimentaires en Méditerranée* (2). Editions L'Harmattan. ISBN 978-2-343-06151-1.

Teixeira, D., Marinho, R., Mota, I., Castela, I., Morais, J., Pestana, D., Calhau, C., Sousa, S., Bica, M., Lopes, S., Nabais, P., Vasconcelos, F., Moreira, P., Graça, P., & Gregório, M. J. (2021). *Alimentação e nutrição na gravidez*. Direção Geral da Saúde. ISBN: 978-972-675-315-5

Thomas, H., Azevedo, Perry, E., Slack, J., Samra, H., Manowicz, E., Petermann, L., Manafò, E., & Kirkpatrick, S. (2019). Complexities in conceptualizing and measuring food literacy. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(4), 563-573. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2018.10.015>

Torres, R & Real, H. (2021) Literacia nutricional e literacia alimentar: uma revisão narrativa sobre definição, domínios e ferramentas de avaliação. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 24, 56-63. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2411>

Vardavas, C., Flouris, A., Tsatsakis, A., Kafatos, A. & Saris, W. (2011). Does adherence to the mediterranean diet have a protective effect against active and passive smoking? *Public Health*, 125 (3), 121-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2010.11.012> .

World Health Organization (2020a). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance* (digital ed.). ISBN 978-92-4-001488-6 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337001>

World Health Organization (2020b, abril 29). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

World Health Organization (2021). *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. Report on the fourth round of data collection, 2015–2017. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341189/WHO-EURO-2021-2495-42251-58349-eng.pdf>

CAPÍTULO 4

Adultos na Vida Ativa

Mário Silva, José Amendoeira, Irene Santos, Marta Rosa,
José Lourenço, Aniceta Paz, Gina Marques

RESUMO

Avaliar necessidades de autocuidado, investir na saúde no ciclo vital; fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas e desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores, constituem metas para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Objetivos: Diagnosticar necessidades de autocuidado; desenvolver algoritmos e *guidelines*; analisar resultados das intervenções de autocuidado; Métodos: Estudo quantitativo, exploratório, correlacional-preditivo. Amostra de conveniência. Aplicadas – Escala de autocuidado para a pessoa com Insuficiência cardíaca (SCHFI V 6.2) e *Self-Care of Diabetes Inventory* (SCODI) – Questionário de autocuidado na diabetes, em duas organizações de cuidados de saúde. Resultados: Identificação das necessidades de autocuidado da pessoa com insuficiência cardíaca e diabetes *mellitus* tipo II. Desenvolvimento de *guidelines* e algoritmos que se traduzam em intervenções de autocuidado. Conclusões: Capacidades de *empowerment* promovem a pessoa a ser agente de autocuidado, adotar comportamentos, estilos de vida saudável e ser capaz de gerir a sua saúde.

Palavras-chave: Participação da pessoa; *Empowerment*; Autocuidado; Doença crónica;

ENQUADRAMENTO

A participação ativa dos cidadãos nos seus projetos de saúde implica, que estes estejam capacitados para assumir essa responsabilidade, necessitam de informação que lhes possibilite realizar escolhas de forma consciente, bem como, para poderem agir como agentes de mudança.

Nesta participação da pessoa, que se pretende ser ativa, consideramos que o conceito de *empowerment*, permite um olhar centrado na mesma e na sua capacidade em tomar decisões de acordo com as necessidades, numa dimensão biopsicossocial e cultural. Segundo Kayser et al. (2019) na segunda metade do século XX, o conceito de *empowerment* surge nos contextos da saúde, num pensamento centrado na pessoa e no envolvimento da mesma face às necessidades e conceção que tem da sua própria saúde. Releva quatro elementos como promotores do *empowerment*: autoeficácia, autocontrolo, autodeterminação, ser capaz de sentir um significado nas atividades e a experiência de impacto na vida diária (Kayser et al., 2019).

No âmbito das estratégias *Health 2020*, centrada nos objetivos da melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, define como prioridades estratégicas, investir na saúde ao longo do ciclo de

vida, capacitando os cidadãos; fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas; desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores (DGS, 2015).

A necessidade de promover uma cultura de cidadania visando a capacitação dos cidadãos para a autonomia e responsabilidade pela sua saúde (ou de quem deles depende) vem reforçar as dimensões supracitadas, integrando simultaneamente a relevância da promoção de literacia centrada em medidas de PrS e prevenção da doença. Também integra nesta concepção, a declaração de Alma-Ata no que concerne a uma Cidadania em Saúde (DGS, 2015), que cita “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (WHO, 1978, p.1).

Emerge o conceito de literacia em saúde como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a capacidade de a pessoa obter, processar e compreender as informações de saúde, de forma a utilizá-las em sua vida quotidiana (Cangussú, 2020). Segundo (Batista et al., 2020). Estas habilidades integram a motivação e a capacidade da pessoa associada à autonomia no cuidado em saúde, a literacia em saúde tem sido relacionada ao empoderamento e por isso, torna-se uma importante estratégia de promoção de saúde.

As intervenções dos profissionais de saúde centradas no conhecimento adequado das necessidades das pessoas, tendo em vista a promoção da literacia em saúde, e, cujo resultado será a sua capacitação para a autogestão no processo de saúde/doença, revela-se de crucial importância. Literacia em Saúde, é definida como “nível de capacidade que os indivíduos têm para obter, processar e entender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas” (Medical Subject Headings [MeSH], 2020).

A WHO (2013) refere haver evidências crescentes, de que pessoas com conhecimento, habilidades e confiança para gerir a sua saúde têm melhores resultados de saúde. Esta afirmação promove ainda um paradigma, cujo envolvimento da pessoa e a parceria na promoção da sua saúde é crucial. Integramos assim, o conceito de *Patient Participation* segundo a WHO (2013):

(...) o envolvimento no processo de tomada de decisão em relação aos problemas de saúde (...) o envolvimento da pessoa na tomada de decisões em conselhos ou comitês consultivos nos níveis macro e meso dos cuidados de saúde, mas também no nível micro em relação a: tomada de decisão no próprio tratamento; Administração do tratamento e autogestão e gestão de segurança vigilância geral, participação em pesquisas (...) (p. 8).

Os atributos definidores do conceito de participação da pessoa no contexto da prática de enfermagem, segundo Sahlsten et al. (2008), são:

1. Um relacionamento estabelecido. A participação implica uma relação boa, mútua, de confiança, de respeito, conectada, com termos afetivos associados que implicam que se estabeleça.
2. A renúncia de algum poder ou controlo pela enfermeira. O nível de controlo das enfermeiras afeta o grau de participação das pessoas. Participação implica igualdade, negociação e responsabilidade (...). O autocuidado e outras atividades que a pessoa pode gerir são atribuídos e a responsabilidade segue.
3. Informação e conhecimento compartilhados. A participação requer troca de informações e conhecimentos significativos entre o enfermeiro e a pessoa. Isso envolve obter as opiniões, expectativas e experiências da pessoa e fornecer informações/conhecimentos adaptados individualmente.
4. Envolvimento mútuo ativo em atividades intelectuais e/ou físicas. A participação requer ativação da enfermeira e da pessoa em todos os aspetos do processo de enfermagem. Convidar, encorajar e apoiar são cruciais.

Sendo o projeto Indicadores de Saúde ao longo da Vida – *WHOrYOU_ALL*, emerge num dos domínios o Adulto em Vida Ativa. De acordo com MeSH (2020) “...A person having attained full growth or maturity. Adults are of 19 through 44 years of age. For a person between 19 and 24 years of age, young adult is available.” Segundo DGS (2015) uma abordagem por ciclo de vida e por *settings*, permite uma compreensão integrada do conjunto dos determinantes de saúde que possam ser priorizados, dado a oportunidade de uma intervenção precoce nos fatores de risco (ex: tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool) que é essencial para a prevenção de doenças crónicas e das complicações que daí advêm.

A importância de avaliar as necessidades de saúde de uma população específica é transversal no âmbito dos indicadores de saúde ao longo da vida. Numa perspetiva da centralidade do cidadão pretendemos capacitar/em-poderar o adulto em vida ativa, no processo de tomada de decisão naquilo que são os estilos de vida saudável. Sabemos que para identificarmos as necessidades em saúde do adulto em vida ativa importa integrarmos um conceito em articulação com as organizações que desenvolvem e contribuem para as políticas públicas de saúde, como a DGS e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

No âmbito da avaliação das necessidades de saúde da pessoa adulta, a vigilância epidemiológica, dos determinantes de saúde incluem “o tratamento de dados e identificação de assimetrias loco-regionais” (DGS, 2015, p.23), mobilizando para este desígnio parceiros como a comunidade académica. Sendo a Escola Superior de Saúde, uma Instituição de Ensino Superior, tem

na sua missão e com desenvolver e colaborar em projetos de investigação, numa relação estreita entre as necessidades dos seus parceiros na área da saúde e o *KnowHow* que possui na construção, desenho dos estudos e consultadoria.

O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo dos tempos, dada a sua pertinência na gestão do continuum saúde/doença ao longo da vida, com aspetos característicos comumente aceites pelas diversas disciplinas científicas (Pinto et al., 2015), suportado em pressupostos sobre o ser humano relacionados com o potencial para desenvolver conhecimentos e competências, a base para Orem, (2001) afirmar que todos os seres humanos têm capacidade para se auto cuidarem por apresentarem habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, mas também por serem capazes de manter a motivação necessária para o fazerem. “A capacidade adquirida, complexa, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar” (Orem, 2001, p. 254).

Além disso, é importante referir que o autocuidado é também considerado um resultado em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, uma vez que os objetivos e resultados esperados pelos enfermeiros, decorrentes das suas intervenções, são o desempenho apropriado das ações e comportamentos por parte dos indivíduos com vista a obterem ganhos em saúde (Orem, 2001; Sidani, 2011; Petronilho, 2012; Pinto et al., 2015; Mónico et al., 2017; Silva, 2017).

Emerge assim o conceito de autocuidado, como as ações da pessoa para manter a saúde e o bem-estar. Autocuidado é o trabalho exigido a cada pessoa para manter a vida e saúde, bem como para promover o desenvolvimento (Orem, 2001; Silva, 2017). Para atingir o pleno autocuidado, a pessoa é agente de autocuidado o que permite desenvolver ações de forma autónoma (Silva, 2017).

A avaliação dos resultados da intervenção de enfermagem, centrada no que a pessoa demonstra e consegue pôr em prática em relação às necessidades, mobilizando as aprendizagens, as informações e as habilidades constituem os comportamentos de autocuidado (Silva, 2017).

É crescente a evidência da influência positiva dos estilos de vida saudável nos determinantes da saúde das pessoas e comunidades, na PrS e prevenção de doenças (DGS, 2015). Apoiar as pessoas a reduzir os riscos de obesidade, excesso de peso, tabaco e ingestão alimentar pode prevenir 38% do total de doenças crónicas (Australian Institute of Health and Welfare, 2019).

Para capacitar as pessoas a tomarem decisões responsáveis e informadas sobre a sua saúde torna-se necessário ajudá-las a adquirir a informação

correta, e igualmente a adquirir os meios essenciais para que elas próprias possam ter o controlo sobre a sua saúde e sobre as suas vidas (Silva, 2017).

Interagir de forma centrada nas pessoas é essencial na comunicação dos riscos nos estilos de vida, e as abordagens multicomponentes, dado que conjugam diferentes ações sobre as determinantes de saúde, constituem estratégias eficazes e promissoras no alcance de resultados de saúde para os grupos-alvos (Bergström et al., 2013).

Também tendo em conta a nossa preocupação, ou seja, capacitar as pessoas nesta etapa de vida, relevamos também a importância da PrS como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adoção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer, e a prática de atividade física. Também a compreensão dos determinantes de saúde, a orientação para soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas e a promoção do conhecimento (Alzahrani et al, 2019). Os comportamentos de PrS enquanto estratégias de manutenção da saúde e estilos de vida, promovem a saúde e melhoram a qualidade de vida, elementos significativos da saúde, que devem se transmitir às pessoas (Khani et al, 2020). Os comportamentos de PrS incluem componentes como a responsabilidade pela saúde, a autorrealização e os relacionamentos interpessoais.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

A importância de avaliar as necessidades de autocuidado de uma população específica é transversal no âmbito dos indicadores de saúde ao longo da vida. Numa perspetiva da centralidade do cidadão, capacitar/empoderar o adulto em vida ativa no processo de tomada de decisão naquilo que é um estilo de vida saudável, é um desafio para todos e essencialmente para os profissionais de saúde.

Pessoas com conhecimentos, habilidades e confiança para gerir a sua saúde têm melhores resultados de saúde, conferindo assim uma importância igualmente crescente ao *empowerment* enquanto processo de construção desses mesmos conhecimentos, habilidades e confiança.

A promoção do *empowerment* na pessoa pressupõe que a mesma atinja um elevado nível de autonomia e responsabilidade, traduzidas na capacidade crítica para interpretar o ambiente e fazer escolhas saudáveis. Os resultados em saúde refletem, neste caso, uma capacidade de gestão global da sua vida com um bem-estar e equilíbrio mais elevados, uma cidadania que integra o respeito pelos outros e pelo ambiente, em sintonia com os objetivos de desenvolvimento sustentável.

No âmbito das estratégias Saúde 2020 (OMS, 2014) centradas nos objetivos

da melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, pretende-se investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas e desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores (DGS, 2015).

O autocuidado enquanto foco relevante, em diferentes situações e contextos, remete-nos para comportamentos de autocuidado, respetiva monitorização e implementação de estratégias adequadas, estando inerente o reconhecimento e a gestão das mudanças ocorridas. A perspetiva do autocuidado como um resultado sensível, relaciona-se tanto na PrS e bem-estar, como na promoção da funcionalidade e/ou adaptação à nova situação de saúde.

Se o entrosamento destas dimensões é fundamental nos cuidados de saúde, nas situações de doença crónica, em que os comportamentos de autocuidado, predominantemente associados ao estilo de vida se revelam preponderantes na qualidade de vida das pessoas, este adquire uma preponderância, que justifica uma atenção diferenciada por parte de todos os intervenientes em saúde.

A PrS é a principal estratégia para incentivar as pessoas a adotar um estilo de vida e comportamentos saudáveis. Os comportamentos de PrS compreendidos enquanto estratégias de manutenção da saúde e estilo de vida, promovem a saúde e melhoram a qualidade de vida. Sendo estes comportamentos de PrS elementos significativos da saúde, estes devem ser transmitidos às pessoas.

Importa também integrar a promoção de saúde como uma estrutura simples e clara, onde a centralidade dos cuidados permitirá o planeamento, intervenção e avaliação das intervenções de autocuidado. Os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e promovem o envolvimento das pessoas em comportamentos promotores de saúde, assim como, atividades focadas para o desenvolvimento de recursos contribuem para a pessoa ser agente de autocuidado e responsável na procura do bem-estar e qualidade de vida.

A importância de avaliar as necessidades de autocuidado de uma população específica, neste caso, pessoas com insuficiência cardíaca e/ou diabetes *mellitus* tipo II, é transversal no âmbito dos indicadores de saúde ao longo da vida. Uma abordagem pelo ciclo de vida e por *settings*, permite uma compreensão integrada do conjunto dos determinantes de saúde que possam ser priorizados, dada a oportunidade de uma intervenção precoce nos fatores de risco, o que é essencial não só para a prevenção de doenças crónicas, mas, para prevenir e promover o autocuidado da população referenciada.

A participação ativa do cidadão nos seus projetos de saúde implica que ele, podendo assumir essa responsabilidade, necessita de informações que lhe permi-

tam fazer escolhas de forma consciente, bem como, poder atuar como agente de autocuidado.

Nesta participação da pessoa, que se pretende ser ativa, consideramos que o conceito de *empowerment*, permite um olhar centrado nele e na sua capacidade de tomar decisões de acordo com as necessidades, numa dimensão biopsicossocial e cultural. O *empowerment* surge no contexto da saúde, num pensamento centrado na pessoa e no envolvimento da mesma face às necessidades e conceção que tem da própria saúde. Ele destaca quatro elementos como promotores de *empowerment*: autoeficácia, autocontrolo, autodeterminação, ser capaz de sentir um significado nas atividades e na experiência de impacto na vida diária (Kayser et al, 2019).

As intervenções dos profissionais de saúde, centradas no conhecimento adequado das necessidades das pessoas, com vistas à promoção da literacia em saúde, e cujo resultado será a sua capacitação para a autogestão no processo saúde/doença torna-se de crucial importância. Literacia em saúde é o nível de habilidade que cada pessoa desenvolve e adquire, para interpretar e compreender as informações e os recursos de saúde essenciais para as tomadas de decisão em saúde apropriadas (Sahlsten et al., 2008).

Especificamente, na área do cuidado à pessoa com DM, estudos têm mostrado a efetividade desse tipo de intervenções, enquadradas no paradigma das Intervenções Complexas (MRC, 2019), com resultados comprovados no que diz respeito à situação da pessoa com DM (Pinto et al., 2015), incluindo monitorização remota, por meio de contato telefónico, por exemplo (Pinto et al., 2015).

A WHO (2013) relata que há evidências crescentes de que pessoas com conhecimento, habilidades e confiança para gerir a sua saúde têm melhores resultados de saúde. Essa afirmação também promove um paradigma, cujo envolvimento da pessoa em parceria na promoção da sua saúde é fundamental.

Na centralidade do cidadão, pretendemos formar/empoderar o adulto em vida ativa, no processo de tomada de decisão face aos estilos de vida saudáveis. Sabemos que, para identificar as necessidades de saúde dos adultos em vida ativa, é importante integrar um conceito em articulação com as organizações que desenvolvem e contribuem com as políticas públicas de saúde. O autocuidado tem evoluído ao longo do tempo, dada sua relevância na gestão do continuum saúde/doença ao longo da vida, com aspetos característicos comumente aceites pelas várias disciplinas científicas (Pinto et al., 2015) e “A capacidade adquirida, complexa, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, estrutura e funcionamento humano, bem como o seu desenvolvimento e promoção do bem-estar” (Orem, 2001, p.254).

O autocuidado também é considerado um resultado em saúde sensível ao cuidado de enfermagem, uma vez que os objetivos e resultados esperados

pelos enfermeiros, decorrentes de suas intervenções, são o desempenho adequado de ações e comportamentos pelos indivíduos (Orem, 2001; Pinto et al., 2015; Mónico et al., 2017; Silva, 2017).

Em situações de saúde/doença como a diabetes mellitus, a proposta de intervenção direciona-se para um processo que se pretende dinâmico, interativo e amparado por um conjunto de intervenções sustentadas em evidências, que racionaliza a utilização dos serviços e contribui para a obtenção de ganhos e sustentabilidade do sistema de saúde. Uma das estratégias apontadas como eficazes nesse processo é a chamada telediabetes. Usado para fornecer atendimento clínico educacional a pessoas que vivem com diabetes, podendo ser oferecido via celular e/ou computador (Pinto et al., 2017)

Surge assim o conceito de autocuidado, tal como as ações da pessoa para manter a saúde e o bem-estar, considerado como o trabalho exigido de cada pessoa para manter a vida e a saúde e promover o seu desenvolvimento (Orem, 2001; Silva, 2017). Para alcançar o autocuidado integral, a pessoa é um agente de autocuidado, o que permite que as ações sejam desenvolvidas de forma autónoma.

Numa sociedade em que as pessoas desejam cada vez mais construir uma cidadania individual e comunitária ativa, há uma necessidade congruente de treiná-los para a autogestão. Nesta dimensão, a conceção que as pessoas têm de saúde, e a forma como vivenciam os seus processos saúde/doença, traduzem-se em estratégias e objetivos traçados e planeados, tanto a nível internacional (OMS) como a nível nacional (DGS) com enfoque na PrS, LS e capacitação das pessoas. A relevância de avaliar as necessidades de autocuidado e o impacto das intervenções de enfermagem, a partir do diagnóstico elaborado, traduzir-se-á em resultados efetivos para as pessoas.

PLANO E MÉTODOS

Face à revisão da literatura apresentada, o plano de investigação proposto e as metodologias a serem utilizadas, têm na sua génese a aplicação de duas escalas já validadas para a população portuguesa que permitem a identificação das necessidades de autocuidado da pessoa adulta em vida ativa com insuficiência cardíaca e/ou com diabetes tipo II.

Numa sociedade em que se pretende cada vez mais que as pessoas construam uma cidadania ativa individual e coletiva, surge de forma congruente a necessidade de as capacitar para a autogestão. A relevância de avaliar as necessidades em saúde e o impacto das intervenções de enfermagem, baseadas no diagnóstico elaborado, traduzir-se-ão em resultados e ganhos em saúde das pessoas.

De acordo com os resultados esperados, tendo por base o conhecimento individualizado das necessidades de autocuidado de uma determinada população, pretendemos contribuir para capacitar as pessoas ao longo da vida; produzir evidência científica, numa relação próxima com os parceiros das unidades de saúde, numa perspetiva de uma prática baseada na evidência, e assim, poder implementar uma melhoria contínua dos cuidados, onde as pessoas passam a ser sujeitos ativos na tomada de decisão em relação à sua saúde.

Falar em promover o autocuidado da pessoa adulta em vida ativa emerge a seguinte questão: Como podemos capacitar quem é capacitado? Numa dimensão tão complexa como é a vida das pessoas consideramos de extrema relevância conhecer as suas necessidades, de acordo com o conhecimento, conceção de saúde e o ambiente que as envolve.

O desenvolvimento de algoritmos e *guidelines* que capacitem os cidadãos para a tomada de decisão, baseada nas necessidades de autocuidado, repercute-se num maior valor em saúde, numa maior efetividade dos cuidados de saúde, promovendo a cidadania pela tríade: Políticas saudáveis; acessibilidade e qualidade (DGS, 2015).

Consideramos os seguintes objetivos:

- Diagnosticar as necessidades de Autocuidado na população em estudo;
- Desenvolver algoritmos e *guidelines* centrados nas necessidades de autocuidado da população;
- Analisar os *outcomes* relacionados com as intervenções de autocuidado;

Estudo enquadrado no paradigma quantitativo, exploratório, correlacional-preditivo (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013; Fortin, 2009; Rebar & Gersch, 2010; Gray & Grove, 2020), pois permite selecionar as variáveis e examinar a relação entre elas. Confirma a grandeza da relação com base nas correlações. As variáveis são selecionadas pela ação que podem exercer não podendo ser manipuladas. Este tipo de estudos permite aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno e não tem ambição da generalização para uma grande população (Grove, et al., 2013).

Partimos da questão de investigação: Quais os fatores relacionados com a pessoa adulta em vida ativa com insuficiência cardíaca e/ou diabetes tipo II, e cujo diagnóstico de saúde sustenta algoritmos e *guidelines* que suportam as intervenções de enfermagem efetivas?

Temos como população, as pessoas com Insuficiência Cardíaca e/ou com Diabetes Mellitus tipo II que acedem a serviços de saúde. Uma amostra de conveniência, identificada a partir da decisão das pessoas, em participar no estudo.

Tendo por base uma cultura de relação de proximidade com as organizações prestadoras de cuidados, através de protocolos de cooperação inter-organizacionais, estas constituir-se-ão como os contextos de investigação.

Pretendemos assim enquanto desenho do estudo:

- Autoadministração das escalas – SCHFI V 6.2 – Escala de auto-cuidado para a pessoa com Insuficiência cardíaca –SCODI - questionário de autocuidados na diabetes à população, adultos em vida ativa com insuficiência cardíaca e diabetes tipo II.
- Elaboração do diagnóstico das necessidades de autocuidado de acordo com os resultados
- Desenvolvimento dos algoritmos e *guidelines* que se constituirão como suporte das às intervenções de autocuidado.
- Por último procede-se à análise dos resultados sensíveis às intervenções de autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS

De acordo com os resultados esperados, a partir do conhecimento individualizado das necessidades de autocuidado de uma determinada população, contribuirá para a formação de pessoas ao longo da vida; produzirá evidência científica, numa estreita relação com os parceiros das unidades de saúde, numa perspetiva de uma prática baseada em evidência e, assim, promover a capacidade de implementar uma melhoria contínua dos cuidados de saúde, onde as pessoas se tornem sujeitos ativos na tomada de decisões em relação à sua saúde.

Esta conceção torna-se inovadora para a sociedade, na medida em que valoriza o autocuidado como espaço de formação para uma vida com mais qualidade. Cidadãos envolvidos e responsáveis pela sua saúde, são capazes de fazer escolhas informadas, tomar decisões com base nos conhecimentos que possuem, além de serem ativos na PrS na sociedade em que estão inseridos. Centrar o processo de cuidados no cidadão significa aprender a olhar o fenómeno centrado na saúde e não na doença (Silva & Amendoeira, 2014).

Numa perspetiva de sustentar a relevância dos objetivos apresentados, mobilizamos algumas das evidências que emergiram do estudo desenvolvido no âmbito do doutoramento, cujo tema foca a autogestão dos diferentes regimes terapêuticos das pessoas com doença cardiovascular. Os resultados evidenciam a valorização das pessoas face aos cuidados de saúde centrados nas suas necessidades.

A razão do cuidado de saúde, integra a etapa da avaliação no processo de cuidados com quatro ações, **1) Gestão da informação clínica**, considerado pelas pessoas essencialmente pelas dimensões do interesse/conhecimento e preocupação por parte do profissional de saúde. Em relação à pessoa essencialmente pela aceitação/adaptação e conhecimento da situação. **2) Normatividade dos cuidados** integra intervenções colaborativas/interdependentes e complementam a informação, ou seja, intervenções centradas nos procedimentos técnicos são entendidas pela pessoa em duas dimensões – função do profissional de saúde valorizada como aquilo que tem que fazer para saber cuidar melhor. A segunda valorizada pela pessoa, por ficar a saber a evolução, o estado de saúde e de que forma pode melhorar. **3) A avaliação das necessidades de autocuidado**, as intervenções centradas no conhecimento da pessoa face ao seu contexto, às suas necessidades e a forma como o profissional de saúde está atento às mesmas, são valorizadas pela pessoa no âmbito da preocupação, interesse e acima de tudo pelo conhecimento da sua situação e por compreender o que a levou a procurar os cuidados de saúde. Promove na pessoa maior segurança, confiança e disponibilidade para proporcionar a informação necessária ao enfermeiro. **4) A centralidade das pessoas, nos conhecimentos, nas capacidades e nas decisões** permite personalizar os cuidados e ao mesmo tempo chegar mais às pessoas no sentido da sua capacitação para a autogestão regime terapêutico (Silva, 2017).

Centrando a ação dos profissionais de saúde na capacitação das pessoas, emergem dimensões como a **relação interpessoal, julgamento clínico e tomada de decisão**, que, para além de promoverem a dimensão relacional do cuidado, são elas próprias, cuidados que o suportam. Nesta relação integrativa, estas são valorizadas pelas pessoas, na perspetiva afetiva do cuidado/na forma como se sentem cuidadas/no cuidado que sentem ao serem cuidadas e na proximidade efetiva. A disponibilidade e envolvimento nos cuidados promove a autorresponsabilização das pessoas, por sentirem mais confiança e que estão a contribuir para a procura da saúde e do bem-estar (Silva, 2017).

O julgamento clínico promove a avaliação da pessoa tendo por base a sua capacidade como agente de autocuidado, que ações desenvolve e que necessidades apresenta que possam ser colmatadas numa perspetiva de capacitação para a autogestão. A tomada de decisão como responsabilidade e decisão partilhada cujos resultados para a pessoa são reconhecidos como ganhos. Podemos integrar o conceito de concordância que emerge numa parceria/relação consultiva e consensual entre a pessoa e o profissional de saúde. Redimensiona o conceito de adesão, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo consensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas. Segundo estes autores é um conceito em construção face à adesão cujo processo evolutivo concetualiza esta preocupação emergente da capacitação das pessoas nos seus processos de saúde doença (Silva, 2010,2017).

Na capacitação para o autocuidado a evidência revela que os profissionais de saúde que na sua ação planeiam, **informar sobre os cuidados a ter no dia-a-dia** é relevada pelas pessoas, pelos contributos na sua capacitação para viver a vida. Ficam com mais conhecimentos para fazer o que devem. **A educação para a saúde**, pela importância que atribuem aos profissionais que a realizam por lhes ensinarem e explicarem todos os cuidados a ter. **A informação escrita** valorizada pelo reforço de informação, recurso para o tempo, esquecimento e segurança. **Estabelecimento de metas**, pela concordância que emerge desta relação interpessoal, que segundo as mesmas, capacita-as para a decisão sem receio de serem culpabilizadas se não o conseguirem no seu todo. **Elogiar os comportamentos de autocuidado** contribui para a tomada de consciência em relação às capacidades, à responsabilização e constituem ganhos reconhecidos pelas pessoas (Silva, 2017).

Também a **documentação do cuidado** foi relevada pelas pessoas. Os registos, a continuidade e o conhecimento. Atribuído um estatuto de elevada importância pela segurança/defesa e confiança. A partilha de informação entre os profissionais e o envio entre instituições de saúde, essenciais na articulação mantida/garantia da continuidade dos cuidados/conhecimento por parte de todos/segurança por parte da pessoa naquilo que é planeado (Silva, 2017)

No âmbito dos resultados do cuidado, **a avaliação dos comportamentos de autocuidado, apoio e satisfação das necessidades** contribuem para o bem-estar e PrS da pessoa. Valorizadas essencialmente pela tomada de consciência das necessidades, da capacidade adquirida em mobilizar e integrar estas ações e sentir-se mais capaz enquanto agente de autocuidado para a autogestão (Silva, 2017)

Podemos assim chegar a um processo de transição, cuja validação, reforço e reformulação do planeamento contribuem para o mesmo ser percecionado pelas pessoas sob a forma de acompanhamento, proximidade e saber como podem ser ajudadas, mas essencialmente pela capacidade demonstrada para as tomadas de decisão na autogestão face ao processo de saúde doença. Estas surgem associadas às pequenas coisas, os pormenores como um cuidado. Este processo da pessoa sentir-se capaz torna-se definitivo – processo de transição, quando a pessoa demonstra as habilidades e capacidades no dia-a-dia resultantes da avaliação que desenvolveu em relação às ações e intervenções de enfermagem e vice-versa (Silva, 2017).

Relevamos os quatro conceitos metaparadigmáticos que consideramos permitirem olhar para este fenómeno centrado nas pessoas. O conceito de **pessoa**, como a dimensão de ser humano, com capacidade para tomar consciência de si e decisões sobre a sua vida e bem-estar, assente em comportamentos e atitudes individuais centradas em valores e crenças cognitivas, psicológicas, sociais e culturais. **Enfermagem**, O cuidado planeado e centrado nas necessidades da pessoa tendo em vista a capacitação para a tomada de decisão no âmbito da prevenção, reabilitação, recuperação e manutenção da sua saúde e bem-estar.

O cuidado de enfermagem é assim entendido como as ações realizadas pelo enfermeiro relacionadas com a avaliação da situação clínica, as necessidades e capacidades para o autocuidado em parceria com a pessoa.

Ambiente, constitui o todo que é o espaço onde e como a pessoa vive. A vida e as capacidades de autocuidado serão influenciadas por este, interna e externamente. É mobilizado e integrado como um recurso e como fator pela sua dimensão transversal em relação à pessoa. É na relação com o ambiente que a pessoa desenvolve comportamentos e atitudes que determinam a sua forma de estar na vida em relação à saúde e bem-estar. Integra a família, a comunidade, uma instituição, unidade de saúde, enfim os recursos que existem que a pessoa tem capacidade para mobilizar. É onde a pessoa expressa as suas necessidades, para o poder satisfazer tendo em vista prevenir, recuperar ou manter o autocuidado. Pode ser o hospital, uma unidade de saúde ou a sua casa (Silva, 2017).

A saúde é ser capaz de satisfazer as necessidades da vida, um estado que leva ao bem-estar. Como um bem que se deve manter e preservar. O caminho a seguir para uma vida melhor. Percecionado como a compensação pela capacidade de ser agente de autocuidado (Silva, 2017).

Os conceitos integram esta teoria e, pela sua essência, orientam os enfermeiros nas suas ações e permitem explicitar desde a razão aos resultados do cuidado de enfermagem, suportando a prescrição das intervenções de enfermagem promotoras da autogestão regime terapêutico em pessoa com doença cardiovascular, tornando-as mais capazes para gerirem a sua situação de saúde/doença.

CONCLUSÃO

Os cuidados centrados na pessoa constituem-se assim, como um modelo a ser desenvolvido tendo como foco a capacitação da pessoa no seu processo de saúde, integrado num projeto de vida, em simbiose com o ambiente e de acordo com aquilo que é a sua conceção de saúde. Consideramos que a conceção dos cuidados de saúde tem que ser centrada nas necessidades da pessoa, e não, das organizações ou dos profissionais de saúde.

A compreensão da pessoa face às decisões que toma, promove para além de uma relação de confiança, um maior conhecimento da mesma por parte dos profissionais de saúde, cujos resultados traduzem em cuidados personalizados e humanizados. Os contextos de saúde, enquanto estruturas organizacionais, que enformam as suas decisões baseadas nas políticas públi-

ca em saúde, legislação que sustenta a dimensão jurídica das mesmas, têm na sua missão e valores, este modelo de cuidados.

O grande desafio para o sistema e para os profissionais de saúde passa pela mudança de paradigma, na visão e prospeção que promovem para a saúde das pessoas e na forma como as envolvem nos processos.

De acordo com as asserções que fomos desenvolvendo ao longo do texto, compreende-se a importância que tem este modelo para a construção de compromissos entre a pessoa, a sociedade e o sistema de saúde. A importância de centrarmos a avaliação nas necessidades de cada pessoa, naquilo que é o seu projeto de vida, na sua conceção de saúde e de acordo com o ambiente em que vive, emerge numa relação íntima entre aquilo que são as expectativas da pessoa e dos profissionais de saúde.

Neste âmbito, ao avaliarmos as necessidades da pessoa em contexto de doença crónica (Insuficiência Cardíaca/Diabetes) centrados no autocuidado, conseguiremos identificar, mais do que o que pretendemos realizar com a pessoa, será aquilo que a pessoa pretende, ou se propõe a desenvolver e de que forma os profissionais de saúde podem ajudar a mesma a atingir esses resultados.

Em conclusão, a construção de um modelo de cuidados centrado na pessoa promove o autoconhecimento, autodeterminação e consciência e capacidade de controle da sua própria vida. Quando existir efetivamente uma relação de parceria, onde a concordância enquanto conceito seja assumido por todos os intervenientes, podemos afirmar que cada pessoa terá a competência de desenvolver um compromisso com a sua saúde demonstrando no seu dia a dia, na forma como a promove e previne.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzahrani, S., Malik, A., Bashawri, J., Shaheen, S., Shaheen, M., Alsaiab, A., Mubarak, M., Adam, Y., & Abdulwassi, H. (2019). Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE open medicine*, 7, <https://doi.org/10.1177/2050312119838426>

Australian Institute of Health and Welfare. (2019). *Australian burden of disease study: Impact and causes of illness and deaths in Australia 2015*. Australian burden of disease study. <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/burden-disease-study-illness-death-2015/summary>

Bergström, H. Hagströmer, M. & Schäfer-elinder, L. (2013). A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: A cluster randomised con-

trolled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34,3847–3857. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.07.019>

Batista, M., Marques, A., Júnior, M., Alencar, G. & Sousa, M. (2020). Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item health literacy scale. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 25 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.22282018>

Cangussú, L., Alho E., Cardoso, F., Tenório, A., Barbosa, R., Lopes J., & Lopes, M. (2020). Concordância entre dois instrumentos para avaliação da literacia em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30 (2), 1-11. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021.000200004>

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt>

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.) F. A. Davis Company. ISBN:9780803637948

Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata. ISBN: 9789898075185

Gray, J., & Grove, S. (2020). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier. ISBN-13: 978-0323673174

Kayser, L., Karnoe, A., Duminski, E., Somekh, D., & Vera-Muñoz, C. (2019). A new understanding of health-related empowerment in the context of an active and healthy ageing. *BMC Health Services Research*, 19 (1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4082-5>.

Khani, F., Shahzad Pashaeypoor, S., Nikpeyma, N., & Kazemnejad, A. (2020). Effect of lifestyle education based on Pender model on health-promoting behaviors in HIV positive individuals: A randomized clinical trial study. *Nursing Practice Today*, 7(1), 45-52. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i1.2299>

Medical Subject Headings (2020). *Vocabulary produced by the national library of medicine*. <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Mónico, LS., Alferes, V., Parreira, P., Castro, P. (2017). A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Atas CIAIQ201*, 3, 724-733. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447>

Orem, D (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.), Mosby. ISBN-13: 978-0323008648

Petronilho, F. (2012). *Conceito central da enfermagem. da concetualização aos dados empíricos através de uma revisão de literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau. ISBN: 978-8269-17-1. 1-78.

- Pinto, M., Parreira, P., & Basto, M. (2015). Assessing the effectiveness of a complex nursing intervention. *BMC Health Services Research*, 16(3),47-48. https://www.researchgate.net/publication/305083206_Assessing_the_effectiveness_of_a_Complex_Nursing_Intervention
- Rebar, C., & Gersch, C. (2010). *Understanding nursing research. Reading and using research in evidence-based practice* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins. ISBN-10: 9781605477305
- Sahlsten, M., Larsson, Inga L., Sjöström, B., & Plos, K. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>.
- Sidani, S. (2011). Self-care. In D.Doran (2nd ed.). *Nursing outcomes: The state of the science*, (pp.79-130). Jones & Bartlett Learning ISBN-13: 978-0763783259
- Silva, M. J. (2017). *Enfermagem na promoção da autogestão regime terapêutico em pessoas com doença cardiovascular: uma teoria prescritiva de enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/106473>
- Silva, M., Amendoeira, J. (2014). Da adesão à promoção do autocuidado - Gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular. *Revista da UIIPS*, 2 (5), 279-296.
- World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care*. <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>
- World Health Organization (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. WHO Regional Office for Europe. ISBN: 978-92-890-0294-3.190p.

CAPÍTULO 4.1

A Saúde Mental: Uma dimensão relevante

Maria Teresa Coelho

RESUMO

Porque saúde mental e saúde global estão intrinsecamente ligadas, e, falar de saúde mental é falar das diferentes dimensões da vida das pessoas, é fundamental na implementação de estratégias em saúde ter como objetivo a capacitação das pessoas, o que, em parte, poderá ser conseguido com a promoção da literacia e/ou da literacia em saúde mental.

Salienta-se igualmente a importância da saúde mental ao longo do ciclo vital e em diferentes dimensões da vida das pessoas com impacto marcado na capacidade de tomar decisões relativas a hábitos de vida saudáveis.

Considera-se assim que a saúde mental é, para os enfermeiros, ao cuidar de pessoas nas diferentes etapas do ciclo de vida, prioridade, desafio e oportunidade.

Palavras-Chave: Enfermeiros; Saúde; Saúde mental

A Saúde mental está intrinsecamente ligada à saúde global. É claramente reconhecida não apenas a importância da saúde mental para a saúde física como também a sua relação com a qualidade de vida individual e coletiva o que torna essencial que os profissionais de saúde e os cidadãos em geral compreendam a relação estreita entre o nível de saúde mental e o bem-estar.

Falar da saúde mental é inevitavelmente falar da vida e dos diferentes aspetos que a constituem, não se esgotando a saúde mental na ausência de doença mental. Trata-se de acordo com a WHO (2014), de um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade.

Na definição apresentada estão integrados os conceitos de bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, dependência e autorrealização da capacidade intelectual e emocional (WHO, 2001) o que remete para a consciencialização de que não existe uma definição única pois a saúde mental interdepende para cada pessoa ou grupo das suas vivências, relacionadas com os fatores biológicos, genéticos e circunstanciais uma vez que o ambiente onde o indivíduo nasce, se desenvolve e envelhece é determinante para a sua saúde e bem-estar mental (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Pelo anteriormente referido explicita-se a importância da saúde mental quer no âmbito da PrS quer nos processos de adaptação a novas situações em que é fundamental que cada pessoa reconheça o próprio potencial e acredite que tem em si os recursos necessários para responder em diferentes situações.

A saúde mental pode assim ser considerada um fator determinante pelo que

a importância da sua promoção é sublinhada nas principais estratégias e planos de ação de saúde mental, tanto a nível internacional como em Portugal (Conselho Nacional de Saúde, 2019). De acordo com a mesma fonte, em Portugal, as intervenções na área da PrS mental são feitas de forma isolada, não são sustentadas no tempo e carecem de uma abordagem integrada que assegure maior equidade, tornando-se necessário integrar a PrS e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde das populações.

Neste âmbito, é importante considerar a capacitação das pessoas o que poderá acontecer através de iniciativas que ajudem a melhorar a saúde com aumento de conhecimentos gerais e/ou específicos e que se poderão constituir como a LS ou mesmo LS mental.

Promover a LA mental é fundamental para garantir que no exercício da sua autonomia a pessoa toma decisões informadas que sustentem uma melhor gestão da sua saúde. Assim, são apresentados como objetivos para a LS mental:

- Fornecer informação clara e fidedigna sobre diferentes aspetos relacionados com a Saúde Mental,
- Divulgar e promover estilos de vida saudáveis,
- Esclarecer sinais e sintomas da doença mental, facilitar o seu reconhecimento e a procura atempada de cuidados adequados,
- Enriquecer a discussão do projeto terapêutico e promover a sua adesão,
- Garantir uma melhor utilização dos serviços de saúde,
- Promover uma melhor tomada de decisões em relação aos tratamentos disponíveis,
- Combater o estigma e a exclusão social,
- Desconstruir mitos e preconceitos sobre a doença mental e promover uma melhor compreensão e aceitação destas situações,
- Promover o envolvimento da população em geral na tomada de decisões em matérias relacionadas com a Saúde Mental,
- Construir um diálogo sobre a saúde e doença mental, incentivando a participação da população em geral (saudemental.pt,s.d.)

Assumida a inter-relação entre a saúde mental e a saúde global explicitam os objetivos apresentados a importância da mesma ao longo do ciclo vital e em diferentes dimensões com forte impacto na capacidade de decisão relativamente a hábitos de vida saudáveis.

Destaca-se nesta matéria o contributo dos enfermeiros para a promoção e

proteção da saúde evidenciado no modelo de PrS desenvolvido pela teórica de enfermagem Nola Pender (Alligood, 2013) e devidamente integrado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) (Regulamento n.º 515/2018,2018), de acordo com o qual os enfermeiros especialistas desenvolvem e implementam projetos de promoção e proteção da saúde mental e de prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, mobilizando competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psico educacionais.

A saúde mental poderá assim ser considerada PRIORIDADE ao nível das políticas de saúde e dos planos organizacionais, DESAFIO para os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, para as instituições de saúde e para as comunidades, OPORTUNIDADE de transversalmente implementarem estratégias que respondam às necessidades das pessoas, garantindo que se torna efetiva a assunção da importância da saúde mental e da sua promoção na vida das pessoas, das famílias e das comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

Alligood, M. R. (2013). *Nursing theory-e-book: Utilization & application* (5th ed.). Elsevier Health Sciences. ISBN-13: 978-0323091893

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde. ISBN: 2184-6960

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 151/18. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Saudemental.pt (s.d.) <https://saudemental.pt/literacia-em-saude-mental/>

World Health Organization (2001). *The World health report: 2001: Mental-health: new understanding, new hope*. https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2001-mental-health-new-understanding-new-hope?gclid=Cj0KCQjwsdiTBhD5ARIsAlpW8CLj9YtGcX44D08Ifsycm006ywN9rY-Q2EKttTV-upFhWZPsbLDnHZyKAjnmEALw_wcB

World Health Organization (2014). *Mental health: a state of well-being*. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150680 9

CAPÍTULO 5

Envelhecimento Saudável.
A resposta dos Cuidados Domiciliários

Marta Rosa, José Amendoeira, Isabel Barroso, Joaquim Duarte,
Gina Marques, Helena Caseiro, Júlia Santos

RESUMO

O envelhecimento da população mundial e em particular da população portuguesa, acarreta enormes desafios e oportunidades de intervenção face à manutenção ou aumento da qualidade de vida das pessoas mais idosas.

A evolução social e tecnológica, a par do aumento da literacia e capacitação da população, megatendências já evidenciadas enquanto transformações globais relevantes, possibilitam-nos refletir acerca da importância do envelhecimento saudável enquanto processo desenvolvido ao longo do ciclo vital.

No âmbito do domínio Envelhecimento Saudável, pretendemos desenvolver investigação que fortaleça o conhecimento científico, sistematizando a estrutura conceptual e teórica, associada à qualidade de vida da pessoa idosa, cada vez mais capacitada para decidir acerca do seu futuro, com preferência para permanecer no seu domicílio e aí lhe serem prestados cuidados globais e adaptados às suas necessidades e expectativas. Pretendemos obter resultados que promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da saúde e do social, em prol da melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Apoio domiciliário; Envelhecimento Saudável; Pessoa idosa; Qualidade de vida.

ENQUADRAMENTO

A população mundial está a envelhecer. Segundo o relatório das Nações Unidas sobre o envelhecimento da população (2019), estima-se que até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos e o número de pessoas com 80 anos ou mais triplicará de 143 milhões em 2019 para 426 milhões. Só na Europa, em 2050, a população com mais de 65 anos atingirá 149,2 milhões.

Em mais de dois terços dos países da OCDE, pelo menos um quarto da população terá mais de 65 anos de idade em 2050. Em Portugal, no Japão, Grécia, Espanha e Coreia espera-se que quase 40% da população tenha mais de 65 anos até 2050. E a população com idade superior a 80 anos, mais do que duplique entre 2015 e 2050 (OECD, 2017).

A tendência para o envelhecimento populacional em Portugal é ainda mais acentuada, o que faz de Portugal um dos países mais envelhecidos do mundo, distinguindo-se pelo acelerado processo de envelhecimento da sua população, essencialmente a partir da década de 70. Os catalisadores deste processo de envelhecimento são essencialmente dois: a diminuição das ta-

xas de mortalidade e de fecundidade, estas associadas a diversos avanços em áreas como a saúde, a alimentação ou saneamento básico e a fatores de ordem social e cultural tais como a formação académica das mulheres e a utilização de contraceção. Se em 1960 o número de filhos por mil residentes em Portugal era de 24,1, em 2020 esse valor desceu para 8,2 (INE, 2020).

Uma sociedade onde os seus membros vivem mais tempo, é uma sociedade onde existiu melhor qualidade de vida, onde as condições proporcionadas permitiram combater doenças infecciosas e epidemias, por exemplo. Porém o envelhecimento da sociedade não traz consigo necessariamente uma vida mais saudável, mais ativa e independente. Apesar de não se considerar o envelhecimento como uma doença, o aumento da esperança média de vida acarreta a possibilidade do incremento de doenças crónicas, degenerativas e de comorbidades. Em Portugal, 73,8% da população com mais 65 anos refere ter doença crónica ou problemas de saúde prolongados e 60,8% refere sentir-se limitada na realização de atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, devido a problemas de saúde, em contraste com 22,1% da população com menos de 65 anos. Ainda, da população com mais de 65 anos, 19,2% refere que as suas limitações são severas em comparação com 4,8% relatado pelas pessoas com menos de 65 anos (INE, 2021).

Depreende-se destes dados, que embora a esperança de vida continue a aumentar, espera-se que os anos de vida pouco saudáveis, ou com incapacidade, representem cerca de 20% da vida de uma pessoa. Porém e apesar dos dados enquadradores da dependência e incapacidade na fase de vida idoso, existe cada vez mais um número de pessoas idosas saudáveis e ativas, constituindo-se também num desafio para as comunidades, sejam elas urbanas ou rurais.

À medida que envelhecem as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, algumas delas sinónimo de perda de capacidades (Fonseca, 2018). A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior período de tempo possível, autónomas e socialmente relevantes. O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, é também a comunidade onde está inserido (Fonseca, 2018). As conexões com vários contextos socioculturais, com a família, igreja, grupos culturais e vizinhança são relevantes, operando um significado interno particular e pessoal (Wiles, et al., 2012), incrementando a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa.

O enfoque social recomendado pela OMS (2015), para abordar o envelhecimento da população, requer uma transformação dos sistemas de saúde que substitua os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades das pessoas idosas.

Potenciar o envelhecimento da população tendo como horizonte intervenções planeadas de forma integrada e direcionadas para abordagem de determinantes sociais e de saúde, passíveis de serem modificados ao longo do ciclo vital, constitui-se como um desafio na sociedade atual. A aposta na vertente salutogénica, promovendo a saúde em detrimento do enfoque nas suas incapacidades e doenças, potencia a capacitação das pessoas idosas, permitindo que participem e decidam livre e conscientemente perante os estímulos diários a que são sujeitas.

Uma ação-chave para permitir a autonomia das pessoas idosas será maximizar a sua capacidade intrínseca, podendo a autonomia ser reforçada, independente do nível de capacidade da pessoa. As ações que podem ajudar a alcançar esse objetivo incluem, prestação de serviços que facilitem o funcionamento, como tecnologias de apoio e serviços baseados na comunidade ou em casa (OMS, 2015).

As mudanças tecnológicas acompanham o envelhecimento da população e criam oportunidades nunca antes disponíveis, a Internet pode permitir ligação contínua com a família, mais ou menos distante, igualmente o acesso a informações que podem orientar o autocuidado ou prestar apoio aos cuidadores. Os recursos de apoio, como os dispositivos portáteis fornecem novas oportunidades para o monitorização e cuidados de saúde personalizados (OMS, 2015).

Conforme a OMS (2015), ainda que mais evidências sejam necessárias, prever custos futuros com os cuidados de saúde, com base na estrutura etária da população trata-se de um valor questionável, reforçado por análises históricas que sugerem que o envelhecimento tem muito menos influência sobre os gastos com a saúde do que outros diversos fatores. Por exemplo, nos Estados Unidos, entre 1940 e 1990, o envelhecimento parece ter contribuído apenas com cerca de 2% dos gastos em saúde, enquanto as mudanças relacionadas com a tecnologia foram responsáveis por um crescimento entre 38% e 65% (OMS, 2015).

As megatendências globais (Ramos & Isfan, 2019) enquanto forças de longo prazo cuja identificação precoce e o ajustar das políticas públicas às novas circunstâncias, permitem a obtenção de vantagens para o desenvolvimento dos países, nomeadamente de Portugal. Temos cada vez mais um país onde a população possui mais literacia, rendimento médio/ elevado e aliando estes factos à longevidade, podemos perspetivar oportunidades de progresso, na qualidade de vida das pessoas idosas. A preparação da velhice é essencial para a valorização do potencial das pessoas capazes de interagir e produzir, tendo em conta o meio ambiente que as rodeia. Globalmente avanços em áreas chave do desenvolvimento de uma sociedade, tais como a educação, saúde e tecnologia permitirão novos e crescentes modelos de interação social entre seres humanos.

Alinha-se com estas dimensões a perspetiva da OMS (2015), acerca do en-

velhecimento saudável concebido como um processo que se mantém relevante ao longo da trajetória de vida, e deixa de ser considerado como uma condição de saúde de determinada pessoa de certa idade. É um conceito que assenta na capacidade intrínseca atribuída ao conjunto de todas as capacidades físicas e mentais que alicerçam a capacidade da pessoa em qualquer momento, e a capacidade funcional, associado ao ambiente relacionado com a saúde e a sua capacidade para realizar atividades de acordo com suas motivações e vontades.

Nesta evolução crescente de população com idade avançada, com cada vez mais potencial, e mais capacitada para decidir acerca do seu futuro, perspetivando um envelhecimento saudável, existe atualmente em Portugal, no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, respostas dirigidas a Pessoas Idosas e/ou em situação de Dependência, que representam 42% de todas as respostas sociais.

A tipologia de respostas com maior representatividade nacional são as Estruturas Residenciais, os Centros de Dia e os Serviços de Apoio Domiciliário para pessoas idosas, verificando-se uma tendência de crescimento na ordem dos 55% no ano 2019 relativas às Pessoas Idosas. Estes serviços visam essencialmente a satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária e das Atividades Instrumentais da Vida Diária, promovendo a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência da pessoa idosa e de esta se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2021).

Das respostas que entraram em funcionamento no ano 2019, 55% correspondem a respostas dirigidas a pessoas idosas, sendo o serviço de Apoio Domiciliário, no conjunto destas respostas aquela, com maior oferta de lugares (cerca de 37 % do total) totalizando 111 000 lugares, aproximadamente, em 2019 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2021).

O crescimento da tipologia da resposta Serviço de Apoio domiciliário, permite compreender a política desenvolvida nos últimos anos, embora que não explícita ou redigida formalmente, da manutenção no domicílio das pessoas idosas, em detrimento da institucionalização tradicional em estruturas diferenciadas do seu domicílio, retardando-se este processo. Aliada a este crescimento está latente a perspetiva individual da pessoa idosa, consolidada na sua capacidade decisória para permanecer no seu espaço e estrutura familiar, mantendo relações de proximidade com o seu meio ambiente habitual. Na sua maioria os Serviço de Apoio Domiciliário estão implantados na própria freguesia ou concelho de residência das pessoas idosas e na sua maioria (70%), prestam serviços todos os dias da semana (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2021).

74% das pessoas que usufruíram de Serviço de Apoio Domiciliário no ano

2019 tinham idade igual ou superior a 75 anos, e em média utilizavam a resposta no máximo há 5 anos, sendo a maioria independente na generalidade das atividades avaliadas tais como o Banho, Vestir-se, Mobilidade, Utilização do Water Closet (WC), Alimentação e Continência. Os serviços prestados neste âmbito a estas pessoas foram na sua maioria relacionados com a Alimentação, Higiene pessoal e habitacional, Tratamento de roupas e Serviço de animação (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2021).

A abordagem da qualidade de vida das pessoas idosas, que usufruem do serviço de apoio domiciliário, enquanto valor associado à sua individualidade relacionado com o seu status social e individual, na interação e relacionamento na satisfação das suas necessidades e gestão das suas expectativas, torna-se essencial para o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da saúde e do social, projetando melhoria da qualidade de vida, das mesmas. A qualidade de vida é entendida enquanto conceito multifacetado, complexo e interdisciplinar, com objetivo maior de melhorar as condições de vida social, psicológica e física (Rodrigues et al., 2020).

O desenvolvimento de serviços orientados e adaptados à manutenção e melhoria da capacidade funcional das pessoas idosas, na conjugação com as suas expectativas e motivações, é essencial para alcançar o envelhecimento saudável, enraizados numa perspetiva salutogénica, de onde decorrerá uma intervenção na área da PrS ao longo de todo o processo de envelhecimento (Langeland et al., 2022). Esta perspetiva de abordagem salutogénica apoia, orientará e integrará, toda a investigação relacionada e desenvolvida no âmbito do domínio do envelhecimento saudável.

PLANO E MÉTODOS

Questão de investigação e objetivos

O desenvolvimento de investigação na área do envelhecimento saudável prevê que a partilha dos resultados obtidos promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da saúde e do social, em prol da melhoria da qualidade de vida, das pessoas idosas com apoio domiciliário.

Partindo de uma questão geral de investigação: “Qual a perceção das pessoas idosas com apoio domiciliário, acerca da sua qualidade de vida?”, pretendemos avaliar a perceção da qualidade de vida das pessoas idosas com apoio domiciliário; identificar relação entre as variáveis sociodemográficas e a perceção da qualidade de vida das pessoas idosas; caracterizar a influência das atividades realizadas em apoio domiciliário na qualidade de vida das pessoas idosas e identificar a relação entre a capacidade funcional das atividades de vida diárias e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Desenho do estudo

No estudo do fenómeno da qualidade de vida das pessoas idosas com apoio domiciliário, utilizaremos um paradigma de abordagem quantitativa, positivista e determinista (Bryman, 2012).

A metodologia será de carácter exploratório, transversal e descritivo-correlacional visando descrever fenómenos e posteriormente identificar e analisar possíveis relações entre as variáveis (Grove et al., 2013; Rosa, 2016). Outros desenhos de estudo poderão ser mobilizados ao longo do processo de investigação neste domínio científico.

Tratando-se de um desenho descritivo-correlacional, importa caracterizar as variáveis independentes, de acordo com o seu nível de medida (M. Hill & A. Hill, 2012), associando com as Escalas, caracterizadas adiante, conforme quadro seguinte.

Figura 7

Variáveis independentes, níveis de medida e escalas

Variáveis Independentes	Níveis de medida	Escalas
Idade	Contínua	Questionário sociodemográfico da população
Sexo	Dicotómica	
Nível de escolaridade	Ordinal	
Étnia	Nominal	
Estado civil	Ordinal	
Pessoas com quem coabita	Nominal	
Apoio domiciliário	Nominal	WHQOL – OLD
Qualidade de vida	Nominal	WHQOL Bref
Atividades realizadas*	Pelo menos ordinal	Barthel
Capacidade funcional*	Pelo menos ordinal	Barthel
Atividades de vida diárias*	Pelo menos ordinal	Barthel

Nota. *Considerando os diferentes graus de dependência

Acesso ao campo e sujeitos

O acesso ao campo é da responsabilidade da coordenadora do domínio que em equipa com os demais investigadores identifica os elos de ligação no campo, para o acesso aos sujeitos da investigação.

Os sujeitos do estudo serão pessoas idosas com apoio domiciliário de uma área geográfica definida, mediante a autorização dos mesmos e das entidades que lhes prestam cuidados no domicílio. O contacto inicial é assegurado no domicílio pela investigadora com o elo de ligação na entidade, como estratégia de preparação para contactos posteriores.

Instrumentos de colheita de dados

- **Caracterização sociodemográfica das pessoas idosas** (idade, nível de escolaridade, etnia, estado civil, pessoas com quem coabita)
- **Mini Mental State Examination**, adaptado e traduzido para a população portuguesa por Guerreiro et al (2014), com o objetivo de rastrear a Capacidade cognitiva das pessoas idosas para participarem no estudo.
- **Índice de Barthel** adaptado e traduzido para a população portuguesa por Araújo et al. (2007), onde é o avaliado o nível de independência do sujeito para a realização de atividades básicas de vida diária
- **WHQOL Bref**, adaptado e traduzido para a população portuguesa por Canavarro et al., 2006), onde a qualidade de vida é avaliada segundo quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.
- **WHQOL – OLD**, adaptado e traduzido para a população portuguesa por Vilar et al. (2010), enquanto um módulo adicional, a ser utilizado com pessoas adultas idosas, enquanto complementar ao WHQOL Bref.

Previsão do tratamento e análise dos dados

Análise descritiva com recurso a medidas de dispersão e tendência central, (Marôco, 2021), teste t, coeficiente de correlação de Pearson (r), e coeficiente de determinação (R^2) através da análise de regressão linear na tentativa da explicação da forma de relação entre as variáveis em estudo (Marôco, 2021; Grove, et al., 2013). A análise inferencial incluirá medidas correlacionais entre as variáveis de interesse. A comparação entre grupos será efetuada por meio de teste de diferença de média para amostras não emparelhadas. O tratamento de dados será efetuado com recurso ao *IBM® SPSS® Software*.

Considerações éticas

A obtenção de parecer favorável do Comité da Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (emissão de pare-

cer 01-2022), sem qualquer recomendação, assim como a autorização das entidades prestadoras de apoio domiciliário são fundamentais para o início do desenvolvimento do estudo. O consentimento informado livre e esclarecido para participação, por parte de todas as pessoas idosas participantes será efetuado, pois o estudo envolverá colheita e tratamento de dados pessoais dos mesmos.

Plano de atividades - Matricial

Investigação desenvolvida em quatro fases, sequenciais de acordo com a figura 8.

Figura 8

Fases de desenvolvimento da investigação e respetivas atividades a desenvolver

Fases/ Atividades
Fase 1 - Preliminar
Convite aos parceiros da comunidade – emissão de parecer escrito
Autorização aos autores que validaram escalas a utilizar, para Portugal
Parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém
Fase 2 – Colheita de dados
Construção de documento de colheita de dados, com integração das escalas a mobilizar
Organizar formação com elementos de referência de cada instituição para normatizar a colheita de dados - Workshop
Contactar as pessoas idosas, na obtenção do Consentimento Livre Esclarecido mobilizando para o efeito a escala Mini Mental State Examination
Recolha de dados
Fase 3 – Tratamento e análise de dados
Análise e discussão dos resultados
Fase 4 - Divulgação e Disseminação
Redação de artigos científicos
Redação de resumos para encontros científicos nacionais e internacionais
Fase 5 – Translação do conhecimento na perspetiva da interação coordenadora de domínio e responsáveis pelas organizações de Saúde da área geográfica estudada

RESULTADOS ESPERADOS

No âmbito da investigação neste domínio, espera-se a obtenção de resultados que proporcionem o delinear de propostas integradas e inovadoras, no âmbito da saúde e do social, com valorização da qualidade de vida das pessoas idosas, que usufruem de serviço de apoio domiciliário. Os CSP constituem-se como contexto adequado à abordagem complexa, das situações apresentadas pelas pessoas com doença crónica, permitindo a perspetiva salutogénica compreender essa mesma complexidade por forma a promover as respostas humanas adequadas à intervenção dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

O serviço de apoio domiciliário, constitui-se enquanto pilar fundamental no apoio às pessoas idosas que se mantêm no domicílio, apesar das incapacidades ou dependências próprias dessa fase de vida, sendo preponderante no combate ao isolamento e à solidão destas pessoas.

No Serviço Nacional de Saúde cabe aos CSP, o acesso com equidade a todos os cidadãos independentemente da etapa do ciclo vital em que se encontram.

O desenvolvimento do serviço de apoio domiciliário, adequado às necessidades e vontades de cada pessoa idosa, em prol da valorização da sua qualidade de vida, possibilitará a mobilização integrada e contínua de diversos recursos e atores da comunidade, quer da área social quer da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). *Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Escola Nacional de Saúde Pública. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/95522>

Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th). Oxford University Press

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23. <http://hdl.handle.net/10316/20691>

Ramos, P. & Isfan, T. (2019). *Megatendências globais prospetiva estratégica: Como focar um mundo em mudança*. Presidência do Conselho de Ministros.

https://www.sg.pcm.gov.pt/media/49578/megatrends_16_abril_2020.pdf

Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de ageing in place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf

Gabinete de Estratégia e Planeamento (2021). *carta social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2019*. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2019.pdf>

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do mini-mental state examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *Practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier/Saunders. ISBN-13: 978-1455707362

Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Edições Sílabo. ISBN: 9789726182733

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Destaque – Informação à comunicação social – Estatísticas demográficas 2020*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

Instituto Nacional de Estatística (2021). *Estatísticas da saúde*. www.ine.pt

Langeland, E., Vaandrager, L., Nilsen, A., Schraner, M., & Magistretti, C. (2022). Effectiveness of interventions to enhance the sense of coherence in the life course. In M.B. Mittelman, G.F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C.M. Magistretti (Eds). *The Handbook of Salutogenesis* (2nd ed.), (pp.201-219). Springer Open. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber. ISBN: 9789899676374

Organization for Economic Co-operation and Development (2017). *Preventing ageing unequally*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264279087-en>.

Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FW_C_ALC_15_01por.pdf%3Bjse

Rodrigues, J., Borrego, C., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J. &

Matos, R. (2020). Conceptual framework for the research on quality of life, *Sustainability*, 12 (12), 4911. <https://doi.org/10.3390/su12124911>

Rosa, M. M. G. (2016). *Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem: a pessoa idosa em contextos da RNCCI*. [Doctoral Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/87644>

United Nations (2019). *World population prospects 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/423). ISBN:978-92-1-148316-1

Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 229-250). Fundação Calouste Gulbenkian. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645433005>

Wiles, J., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21983126/>

CAPÍTULO 5.1

Mais anos vividos. Envelhecer com Qualidade de Vida

Gina Marques, José Amendoeira

RESUMO

A maior longevidade humana alcançada nas últimas décadas, levou a uma maior representatividade, das pessoas idosas na demografia das populações, e maior atenção das políticas sociais e de saúde, sobre esta fase de vida. Sobre a reabilitação do estatuto social e promoção da qualidade de vida das pessoas idosas.

O envelhecimento ativo é o atual orientador político e científico para responder a este desafio, abrange todas as faixas etárias depois dos 65 anos, incorporando determinantes de várias ordens, sendo menos específico para as subpopulações mais idosas. Havendo interesse e pertinência no desenvolvimento do conhecimento acerca dos determinantes de saúde e bem-estar para pessoas com características e necessidades específicas, como sejam as pessoas com mais de 75 anos em isolamento social não voluntário.

A realização de estudo de cariz qualitativo, orientação fenomenológica acerca das experiências subjetivas de pessoas nesta situação, no concelho de Santarém, por certo contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento acerca dos determinantes de saúde e bem-estar das pessoas a vivenciar esta situação.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Envelhecimento saudável; Determinantes de saúde; Isolamento social; Pessoas idosas.

INTRODUÇÃO

Portugal é um dos países do mundo mais envelhecido, cerca de 22,3% da população tem mais de 65 anos, sendo o quarto país da Europa com maior percentagem de pessoas idosas, é igualmente um dos países que até 2060, continuará a envelhecer de forma mais acelerada, projetando-se que em 2050 mais de 30% da população portuguesa terá 65 ou mais anos (PORDATA, 2021).

O envelhecimento populacional deriva da melhoria das condições de vida, económica e social, que levou ao aumento da esperança média de vida, e também à redução do número de filhos por casal, em Portugal entre 1960 e 2013, o número médio de filhos, de mulheres e homens, passou de 1,03 em 1960 para 0,86 em 2013 (Cunha et al., 2021). O envelhecimento demográfico da população portuguesa é ainda adensado pelo aumento da emigração, ocorrido principalmente depois de 2011, e pelo crescimento natural negativo ocorrido a partir de 2009 (Cunha et al., 2021).

Portugal é também um dos países do mundo com maior esperança média de vida à nascença, situando-se atualmente nos 81,1 anos, 78,1 anos para os homens e 84,1 anos para as mulheres, e num cenário médio de projeção, em 2080 situar-se-á nos 87,92 anos para os homens e nos 93,30 anos, para as mulheres (PORDATA, 2021). No entanto, a expectativa de vida saudável, após os 65 anos é

em três anos menor em relação à média europeia (PORDATA, 2021). Conseguir melhorar a qualidade de vida das pessoas durante a velhice, é atualmente uma preocupação para a sociedade como um todo, para que envelhecer seja um processo natural, percebido e concretizado como positivo.

ENVELHECIMENTO ATIVO, DESAFIO E CONCRETIZAÇÃO

A questão do envelhecimento populacional continua a suscitar análise, estudo e aprofundamento enquanto fenómeno social e aspeto da saúde individual, comunitária e pública, tendo subjacente o desafio científico e político do envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2015), orientado à otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002). O termo ativo, não se refere apenas à capacidade de ser fisicamente ativo ou participar na força de trabalho, prevê garantir a proteção, dignidade e cuidado das pessoas à medida que envelhecem (OMS, 2015), representa uma visão das possibilidades de envelhecimento de forma mais holística, incluindo a participação social e o bem-estar mental e físico.

Na continuidade das políticas de promoção do envelhecimento ativo, destaca-se o incremento do recente desafio de promover um envelhecimento saudável e ativo, permitindo a coesão social e uma maior produtividade (Comissão Europeia, 2021), através da promoção da aprendizagem ao longo da vida, da participação em atividades produtivas durante a reforma, incluindo fora do mercado de trabalho, e em práticas saudáveis (Zaidi et al., 2017). E a declaração pela Organização das Nações Unidas da atual década 2020-2030, a década do envelhecimento saudável (World Health Organization, 2020), visa precisamente a melhoria da vida das pessoas idosas, tendo por objeto quatro áreas de ação interligadas, concertadas e orientadas, para mudar a forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação às pessoas idosas, de forma a combater o preconceito da idade e do envelhecimento; desenvolver ambientes amigáveis para as pessoas idosas, de forma a estimular a sua participação nas comunidades através das suas capacidades e habilidades; proporcionar prestação de cuidados integrados centrados na pessoa e CSP adaptados às pessoas idosas; e proporcionar às pessoas que precisam, acesso a cuidados de longa duração.

Tais desafios políticos apontam à necessária transição do conceito tradicional de envelhecimento, associado a estereótipos de desvalorização das experiências individuais e dos contributos das pessoas idosas para a sociedade como um todo, para uma ideia de pessoas ativas, comprometidas a nível pessoal e social.

Sensibilizar e preparar as sociedades para viverem o maior tempo de vida que agora dispõem, com boa qualidade de vida, é por certo uma das questões mais centrais e sensíveis das atuais políticas de saúde no planeamento das próximas décadas, para a área da saúde individual, comunitária e pública. Coloca

múltiplos desafios às populações e aos serviços de saúde e sociais prestados às pessoas idosas, pois reivindica a mudança do atual modelo de saúde bio-médico, reativo à doença, para uma lógica de intervenção e de PrS, a implementar ao longo de todo o ciclo vital, com enfoque na adoção de estilos de vida saudável, como forma da manutenção da autonomia e minimizar a probabilidade de dependência, mas também desafia a melhorar os cuidados sociais e de saúde às pessoas já mais idosas e dependentes.

Todavia, ainda que o tema do envelhecimento ativo incorpore o discurso, as concepções e orientações das atuais políticas mundiais nomeadamente da Comissão Europeia, e seja referência em muitos países que introduzem as recomendações deste paradigma nos seus planos nacionais de saúde e nas agendas de ação social, ainda não é sinónimo de que as mesmas estejam a ser postas em prática e a cumprir o seu papel (Walker & Maltby, 2012). E também, o conceito de envelhecimento ativo é lato e abarca múltiplas dimensões da vida, deixando em aberto quais as mais importantes, nos seus constituintes, nomeadamente para as populações mais idosas.

Para permitir que as estratégias de envelhecimento ativo, e as políticas concebidas sejam formuladas em evidências, dado que ainda não se desenvolveu uma abordagem abrangente do envelhecimento ativo (Foster & Walker, 2021). Estudos têm sido desenvolvidos na identificação e compreensão dos determinantes relacionados ao envelhecimento ativo e saudável e a sua influência na qualidade de vida das pessoas idosas.

Os seus resultados focam a promoção da aprendizagem ao longo da vida, a participação em atividades produtivas durante a reforma, incluindo fora do mercado de trabalho, e em práticas saudáveis (Zaidi et al., 2017), atividades estas com papel fundamental na satisfação com a vida e no bem-estar pessoal, bem como os seus resultados positivos na saúde e na qualidade de vida (Cabral & Ferreira, 2017).

O estado de saúde que se usufrua é apontado como diretamente relacionado com a qualidade de vida, no entanto, o significado de saúde não se relaciona apenas à ausência de doença, mas a atividades de lazer e à possibilidade de continuar a trabalhar (Paskulin et al., 2010).

Uma escala desenvolvida em Espanha, revela como principais fatores do envelhecimento ativo, o apoio afetivo, bem-estar pessoal e emocional (ter uma boa rede de apoio familiar e social); ter a saúde controlada e autonomia pessoal; ter segurança económica e ter atitude pró-social (Martín-Quintana et al., 2020).

Exercer uma atividade laboral remunerada e ou voluntária na comunidade é considerado benéfico pelas pessoas idosas para se sentirem bem, tendo a ver com o se sentir útil e ter legitimidade social (Souza et al., 2008).

À atividade física, é reconhecido o efeito de poder reduzir os efeitos negativos no envelhecimento e influenciar na prevenção de sintomas depressivos em pessoas idosas (Yamagata et al., 2013).

Aos suportes informáticos, nomeadamente a Internet é reconhecido que desempenham um papel muito importante na vida das pessoas idosas, funcionando como elemento para a sua inclusão na sociedade, independentemente das dificuldades surgidas (Comissão Europeia, 2021).

A perspetiva do percurso de vida é valorizada para compreender o papel dos fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais) no processo de envelhecimento, tendo os fatores não genéticos um impacto maior no processo de envelhecimento do que os genéticos (Kirkwood, 2005). Os fatores de risco extrínsecos na vida adulta estão associados a práticas e estruturas não saudáveis, influenciadas pelas interações entre as condições socioambientais e eventos pessoais e comportamentais (Foster & Walker, 2021).

O foco na prevenção das doenças causadoras de perda de autonomia tem forte ênfase, dado que têm fatores de risco modificáveis e por isso, sensíveis à prevenção, nomeadamente, doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, osteoarticulares, visão e audição, depressão, distúrbios nutricionais e metabólicos, obesidade, diabetes tipo II. E outras doenças menos evitáveis, como as demências (Forette, 2019).

A consciência preventiva pela adoção de estilos de vida com base numa cultura de saúde, como a alimentação saudável; a realização de atividade física moderada e prolongada; atividade intelectual; prática de atividade de lazer; ter compromissos e responsabilidades pessoais têm influência positiva na manutenção da autonomia (Forette, 2019).

Outros dois alvos passíveis de prevenção, são a fragilidade, e a inatividade, a fragilidade refere-se a estado de vulnerabilidade que é importante fator de risco para a hospitalização e morte, embora reversível, aumenta com a idade (Forette, 2019). A inatividade, compromete seriamente a saúde e a longevidade, todos os tipos de atividades, física, intelectuais, de lazer, sobretudo a atividade profissional, bem como as interações sociais, reduzem a perda de autonomia e a mortalidade, aumentam a expectativa de vida, e reduzem a demência. A prevenção passa pela manutenção e estímulo de funções cognitivas. Prolongar a atividade profissional parece ser particularmente benéfico para a saúde cognitiva (Dufouil et al., 2014), atrasar a idade da reforma em um ano está associado a uma diminuição de 3,1% de risco de demência (Forette, 2019).

UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO EM PORTUGAL

Um dos principais desafios do envelhecimento ativo é que exige uma abordagem coletiva das políticas públicas, para mobilizar uma ampla gama de recursos sociais, sustentada no compromisso com o bem-estar público, e esse princípio ainda apresenta constrangimentos em Portugal, onde a existência de bolsas de pobreza principalmente para os que têm mais de 75 anos e vivem sozinhos,

sobretudo mulheres, ou em casal, aponta para situações de vulnerabilidade quanto a recursos económicos, mas também de acesso a bens de consumo e serviços essenciais (Rodrigues & Andrade, 2014). Em que o difícil contexto financeiro relacionado com a pandemia da Covid-19, destes últimos anos por certo não contribuiu para o aliviar destas circunstâncias.

Estudo desenvolvido em Portugal, ao nível das políticas públicas locais, com vista a conhecer como o poder local e demais atores conceptualizam o envelhecimento ativo e os domínios prioritários na promoção do mesmo, revela que Portugal apresenta um modelo local que se pauta pela ausência de orientações *top-down*, sendo o envelhecimento visto e intervencionado, sob o ponto de vista da provisão de programas e projetos de cariz lúdico, social e de aprendizagem, sem, no entanto, existirem orientações mais centrais no que ao envelhecimento diz respeito (Barbosa, 2015), o que potencia desiguais realidades locais, e gera velocidades diferentes na resolução das questões relacionadas ao envelhecimento (Fernandes et al., 2020). Porque o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, que implica, antes medidas conjuntas, em rede envolvendo atores de áreas distintas e não isoladas, a adoção de um modelo de governança em rede, teria importância acrescida na formulação e concretização das políticas e iniciativas de envelhecimento ativo, na medida em que a sinalização dos problemas seria mais eficaz, bem como a partilha entre todas as entidades aumentaria o sucesso dos planos de ação, e as pessoas idosas sairiam mais beneficiadas. Sendo os atores locais reconhecidos como os mais habilitados a corresponder às necessidades e aos desafios que a população mais idosa enfrenta, estão na vanguarda da capitalização das oportunidades para o envelhecimento ativo (Age Platform Europe, Committee of the Regions and the European Commission, 2011), pois, os contextos locais abarcam serviços e instalações em áreas como a educação, saúde, prática desportiva, transportes e mesmo, políticas de emprego que estão relacionadas com boas práticas de envelhecimento ativo (Fernandes et al., 2020).

Outro estudo efetuado a nível mais amplo na população portuguesa acerca do envelhecimento ativo, revela que para os portugueses a saúde, a autonomia, as relações sociais e a satisfação com a vida são os fatores que representam de forma mais generalizada e consistente, entre os mais velhos, aquilo que significa envelhecer bem, e os fatores associados ao modelo biomédico tendem a ser cada vez mais secundarizados, comparativamente com a dimensão dos relacionamentos, que têm influência positiva sobre envelhecer com qualidade (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Cabral & Ferreira, 2017).

De uma forma geral os laços sociais e apoio efetivo desempenham um papel crucial para o bem-estar, e para o estado de saúde subjetivo, para a qualidade de vida das pessoas idosas, e sobretudo para as pessoas mais dependentes (Paúl, 2005, Fernández-Ballesteros et al., 2010; Cabral & Ferreira, 2017; Marques & Amendoira, 2020). E são aspetos que exercem influência benéfica na redução dos riscos de mortalidade (Cabral & Ferreira, 2017).

O mesmo estudo revela que, para a população portuguesa a manifestação de afetos é um importante indicador do bem-estar, e sentimento de felicidade, as redes pessoais e as atividades associadas ao envelhecimento ativo desempenham um papel crucial, que tendem a contribuir para compensar o efeito da idade, ainda que tendencialmente se seja mais doente à medida que se envelhece, não se é necessariamente mais infeliz se houver qualidade de vida e atividades de envelhecimento ativo que preencham o quotidiano (Cabral & Ferreira, 2017).

Destacando que ainda não se desenvolveu uma abordagem abrangente de envelhecimento ativo, e a existência de constrangimentos de determinantes de ordem intrínseca e extrínseca às pessoas portuguesas, conhecer e compreender o percurso de vida e as circunstâncias individuais que cada pessoa vivência, contribuem para promover uma abordagem mais inclusiva do envelhecimento ativo não restritiva apenas à idade.

AS SINGULARIDADES DO ENVELHECIMENTO ATIVO DAS PESSOAS MAIS IDOSAS

Usufruir de redes de apoio, como sejam os conviventes significativos, e sobretudo as relações familiares próximas, ostenta um papel crítico para as pessoas no combate à vulnerabilidade, na promoção da sua saúde e satisfação com a vida (Reblin & Uchino, 2008), para as pessoas mais idosas e sobretudo depois dos 80 anos, este é um aspeto ainda mais relevante e também distinto, dado que a rede social das pessoas mais idosas tende a decrescer, ser menor e mais seletiva às relações mais significativas, e à qualidade das inter-relações existentes (Litwin & Stoeckel, 2013).

Significa que para as pessoas mais idosas o apoio, o suporte emocional e afetivo não se refere tanto a um número vasto de pessoas envolvidas, mas à presença por qual a pessoa se sinta afetada e por isso significativa para si, constituindo-se em presença terapêutica.

A presença terapêutica refere-se ao cuidado de enfermagem de natureza humanística, que enfatiza o valor essencial do envolvimento relacional entre as pessoas, trata-se de um conhecimento proveniente da história e culturas de diferentes sociedades que encorajam abertamente, a influência do apoio humano para orientar e potenciar os comportamentos humanos sociais e éticos nas sociedades e organizações. Refere-se a um modo de estar disponível ou aberto em uma situação com a totalidade do seu ser individual único; um dom do “eu” que só pode ser dado, ou livremente invocado (Paterson & Zderad, 2008) e que melhora o bem-estar mental e físico (Mohammadipour et al, 2017).

Os sucessivos desafios políticos do envelhecimento ativo e saudável e a década do envelhecimento saudável visam entre outros aspetos, desenvolver ambientes amigáveis para as pessoas mais idosas de forma a estimular a sua participação nas comunidades através das suas capacidades e habilidades, para lhes

poder proporcionar prestação de cuidados integrados e adaptados às suas necessidades. Assim resulta o interesse pela realidade da população mais idosa, que em Portugal são precisamente as pessoas mais vulneráveis (Moreira, 2020).

No concelho de Santarém 65% das pessoas com 65 ou mais anos, vivem sós ou em companhia de outras do mesmo grupo etário, sendo uma realidade transversal à sociedade portuguesa tem, uma expressão significativa neste concelho, cujo contexto geográfico varia entre áreas rurais de baixa densidade e áreas urbanas, também estas propiciadoras desta realidade (Câmara Municipal de Santarém, 2019).

O envelhecimento ativo e saudável é um desafio que envolve toda a sociedade em geral, os profissionais de saúde, os Municípios com a preocupação de promover o bem-estar de toda as pessoas sem exceção, especialmente as mais vulneráveis.

E nesse sentido considerar as experiências das pessoas com mais de 75 anos e em isolamento social não voluntário, no concelho de Santarém, permitirá envolver as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e outras tidas como significativas pelas próprias pessoas no que se refere ao seu bem-estar. E a presença terapêutica pode constituir-se precisamente num “ambiente amigável” para as pessoas muito idosas em isolamento social, no entanto será necessário aceder a pessoas em isolamento social não voluntário, e às suas experiências subjetivas para compreender os significados que as próprias lhes atribuem no seu processo de vida. A compreensão das experiências vividas por estas pessoas, por certo contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento de aspetos com influência no seu bem-estar e qualidade de vida, e revelar os determinantes da saúde individual, comunitária e pública, especialmente sensíveis para as pessoas com mais de 75 anos e em isolamento social.

PLANO E MÉTODOS

Prevê-se desenvolver um estudo de caris qualitativo, com participantes de 75 ou mais anos a viver experiência de isolamento social não voluntário, ou seja, em que a falta de laços com ‘os outros’, não é voluntária (Leuschner, 2019). Estudo de caris qualitativo porque este paradigma assume que a realidade não existe fora da consciência da pessoa que a vive, tratando-se ela mesma de uma construção social impregnada de significado; no plano epistemológico, considera que o conhecimento é construído intersubjetivamente através de uma interação estreita entre a pessoa cognoscente e o objeto; e no plano metodológico, a interpretação da realidade, passa pela consideração e captação dos significados atribuídos pelos atores sociais aos diferentes aspetos do seu quotidiano (Rodriguez & Smith, 2018). E de orientação fenomenológica por ser um método de pesquisa dirigido aos significados dos fenómenos humanos, para as perceções que as pessoas têm daquilo que vivenciam (Munhall, 2012; Sá et al., 2019; Van Manen, 2003). Contribuindo para aprofundar as dimensões fenomenológicas do processo de envelhecimento (Cabral & Ferreira, 2017; Marques & Amendoeira, 2020).

Perspetiva-se aceder ao campo, pela população idosa (idade superior a 75 anos) identificada a partir das referências obtidas pelas juntas de freguesia do concelho de Santarém e pelas forças de segurança que identifiquem pessoas nessa faixa etária em situação de isolamento social não voluntário.

RESULTADOS ESPERADOS

À luz dos desafios da década do envelhecimento saudável, o conhecimento gerado pela compreensão das experiências subjetivas vividas pelas pessoas com mais de 75 anos e em isolamento social, no concelho de Santarém, por certo contribuirá para compreender alguns determinantes de saúde e bem-estar a partir do que as próprias pessoas o considerem, podendo assim identificar ambientes que lhe sejam “amigáveis”, promovendo a sua participação social ativa, pela auscultação da sua voz, nos relatos das suas experiências, contribuindo na identificação das suas necessidades específicas de cuidados de saúde e sociais. Por outro lado, o conhecimento do fenómeno a nível local pode ter importância no processo de formulação de políticas públicas, por este nível se constituir num mediador entre a administração central e a sociedade (Ruivo, 1990).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas no que concerne ao envelhecimento ativo e a atual década do envelhecimento saudável, têm em vista essencialmente promover a mudança da atitude social face às pessoas mais idosas, reconhecendo-as sobretudo num processo desenvolvimental numa etapa do ciclo da vida humana, relacionado à natureza do ser humano na sua plenitude evolutiva, por isso positivo e nunca desligadas do seu valor humano e social.

Releva-se a compreensão das experiências individuais das pessoas com mais de 75 anos e em isolamento social no concelho de Santarém, que tendo um caráter essencialmente particular, subjetivo e complexo, ajudará a identificar determinantes de saúde e bem-estar para estas pessoas, valorizando o seu ponto de vista, e poderá acrescer evidência para a formulação de estratégias individuais e comunitárias de cuidados tendo em vista o bem-estar e qualidade de vida para pessoas idosas nesta situação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Age Platform Europe (2011). How to promote active ageing in Europe - EU support to local and regional actors. Bruxelles: Committee of the Regions.

Barbosa, C. (2015). Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de

Portugal e da Suécia. *Exedra Revista Científica*, 152–172. <http://exedra.esec.pt/wp-content/uploads/2016/02/Cap11.pdf>

Cabral, M. & Ferreira, P. (2017). *O Envelhecimento activo em Portugal. Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2017/10/Envelhecimento-activo-em-portugal.pdf>

Câmara Municipal de Santarém (2019). Diagnóstico social do município de Santarém 2018/2021. Divisão de Ação Social e Saúde / Câmara Municipal de Santarém. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/DOC_212772_ANX_74134.pdf

Comissão Europeia (2021). *Livro verde sobre o envelhecimento: Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações*. <https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com202150f1greenpaperpt.pdf>

Cunha, V., Marinho, S., & Atalaia, S. (2021). Intenções de fecundidade nos núcleos parentais jovens: uma análise comparativa dos núcleos monoparentais, de casais “simples” e recompostos. In Instituto Nacional de Estatística - *Inquérito à fecundidade: 2019* (pp. 31-57). <http://hdl.handle.net/10451/48910>

Dufouil, C., Pereira, E., Chêne, G., Glymour, M., Annick, A., Saubusse, E., Risse-Fleury, M., Heuls, B., Salord, J., Brieu, M., & Forette, F. (2014). Older age at retirement is associated with decreased risk of dementia. *European Journal of Epidemiology*, (29), 353–361. <https://doi.org/10.1007/s10654-014-9906-3>

Fernandes, A., Santinha, G., Forte, T., & Diogo, S. (2020). Políticas locais e envelhecimento ativo: a realidade portuguesa à luz da perceção de diferentes atores. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território* (GOT), 79-104. Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. <https://doi.org/10.17127/2020.20.004>

Fernández-Ballesteros, R., Garcia, L., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, A., Mendoza-Nomez, V., Mendoza-Ruvalcaba, N., Orosa, T., Paul, C., & Patricia, S. (2010). The concept of ‘ageing well’ in ten Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30 (1), 41-56. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008587>

Forette, F. (2019). Les enjeux de la longévité. In Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Ed.). *A idade do amanhã: desafios éticos da longevidade* (pp.25-34). ISBN 978–972–8368–42–5

Foster, L., & Walker, A. (2021). Active ageing across the life course: Towards a comprehensive approach to prevention. *BioMed Research International*, (1), 1-11. <https://doi.org/10.1155/2021/6650414>

Kirkwood, T.B.L. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2005.01.027>

Leuschner, A. (2019). A solidão dos mais velhos na arquitetura das famílias. In

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Ed.). *A idade do amanhã: desafios éticos da longevidade* (pp.51-56). ISBN 978-972-8368-42-5

Litwin, H., & Stoeckel, K. (2013). Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: Does age make a difference? *Ageing and Society*, 33(7), 1263-1281. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000645>

Marques, G. & Amendoeira, J. (2020). A fenomenologia interpretativa como método para a compreensão da existência depois dos 80 anos. *Revista da UIIPS*, 8(1), 138-151. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19885>

Martín-Quintana, J., Alemán-Ramos, P., & Castellano-Díaz, R. (2020). Escala de envejecimiento activo. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, (37), 99-111. https://doi.org/10.7179/PSRI_2021.XX

Mohammadipour, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Parvizy, S., & Hosseini, M. (2017). Concept development of nursing presence: Application of Schwartz-Barcott and Kim's hybrid model. *Asian nursing research*, 11(1), 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.01.004>

Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-9004-53-5

Munhall, P. L. (2015). Interpretative phenomenology. In C. T. Beck (Ed.). *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*, (pp. 145-161). Routledge. ISBN-13: 978-1138955233

Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=6F84297FEE89C4E2586A6296AE0D-8CBB?sequence=6

Paskulin, L., Córdova, F., Costa, F. & Vianna, L. (2010). Elders' perception of quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 101-107. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en16.pdf>

Paterson, J. & Zderad, L. (2008). *Humanistic nursing*. Copyrighted Project Gutenberg. <https://www.gutenberg.org/cache/epub/25020/pg25020.html>

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia* (15), 275-287. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392/2189>

PORDATA (2021). *População residente: total e por grandes grupos etários*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+-total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-3018](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+-total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-3018)

Reblin, M., & Uchino, B. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201-205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>

Rodrigues, C. & Andrade, I. (2014). Ageing and poverty: how older portuguese adults became less poor in the noughties. *European Journal of Ageing*, 11(4), 285–292. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0319-7>

Rodriguez, A. & Smith, J. (2018). Phenomenology as a healthcare research method. *Evidence Based Nursing*, 21(4), 96-98 <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2018-1029 90>

Ruivo, F. (1990). Local e política em Portugal: o Poder Local na mediação entre o centro e a periferia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 30, 75-95. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/10849/1/Local%20e%20pol%C3%ADtica%20em%20Portugal%20o%20poder%20local.pdf>

Sá, F., Henriques, M., & Velez, M. (2019). A presença da fenomenologia na investigação em enfermagem: mapeamento das teses de doutoramento em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (23), 9-20. <https://doi.org/10.12707/RIV19038>

Souza, L., Lautert, L. & Hilleshein, E. (2008). Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 371-376. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200022>

Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Idea Books. ISBN: 84-8236-283-6

Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21, 117–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x>

World Health Organization (2002). *Active ageing – A policy framework*. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

World Health Organization (2020). Decade of healthy ageing 2020–2030 <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>

Yamagata, E., Yamada, Y., Sugihara, Y., Komatsu, M., Kimura, M., & Okayama, Y. (2013). Physical fitness and depression symptoms in community-dwelling elderly women. *Nihon koshu eisei zasshi*, 60(4), 231–240. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23909190/>

Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy* (1-20). <https://doi.org/10.1177/0958928716676550>

AFILIAÇÃO DOS AUTORES

José Amendoeira. Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Coordenador da Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS). Coordenador do Domínio Científico das Ciências da Vida e da Saúde da UI_IPSantarem. Coordenador da Área Científica Saúde Individual e Comunitária. Investigador Integrado no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV). Membro Colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica de Lisboa.

Hélia Dias. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Coordenadora do Domínio de Investigação “Gravidez e Neonatal”. Investigadora Doutorada Integrada no CINTESIS da Universidade do Porto na linha de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem e Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Clara André. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Conceição Santiago. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Investigadora Doutorada Integrada no CINTESIS da Universidade do Porto na linha de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem e Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Olímpia Cruz. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Teresa Carreira. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Anabela Cândido. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Alcinda Reis. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Área Transversal – Transculturalidade. Investigadora Doutorada Integrada no CINTESIS da Universidade do Porto na linha de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem e Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Emília Coutinho. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu-Instituto Politécnico de Viseu. Investigadora Doutorada Integrada da Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E) da ESEnFC/ESS-IPV.

Regina Ferreira. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Coordenadora do Domínio de Investigação “Pos Neonatal e Juventude”. Investigador Integrado no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Maria do Carmo Figueiredo. Professora Adjunta Aposentada da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Área transversal - Alimentação. Investigador Integrado no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Mário Silva. Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Coordenador do Domínio de Investigação “Adultos na Vida Ativa”. Investigador Integrado no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Teresa Coelho. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Área Transversal – Saúde Mental. Investigador Integrado no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Marta Rosa. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Coordenadora do Domínio de Investigação “Envelhecimento Saudável”. Investigador Integrado no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Gina Marques. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Doutoranda Integrada no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Ana Spínola. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Investigadora Doutorada Integrada no CINTESIS da Universidade do Porto na linha de investigação NursID – Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem e Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Celeste Godinho. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Fátima Saragoila. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Pires da Rosa. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-

-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Irene Santos. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

José Lourenço. Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Aniceta Paz. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Isabel Barroso. Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro da UMIS. Membro da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém

Joaquim Duarte. Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Helena Caseiro. Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Doutoranda Integrada no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

Júlia Santos. Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Santarém-Instituto Politécnico de Santarém. Investigador Integrado do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV).

