



PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

Taísa Ceratti Treptow
(Organizadora)



PROMOÇÃO DA SAÚDE

E QUALIDADE DE VIDA

3

Taísa Ceratti Treptow
(Organizadora)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Promoção da saúde e qualidade de vida 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Taísa Ceratti Treptow

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P965 Promoção da saúde e qualidade de vida 3 / Organizadora
Taísa Ceratti Treptow. – Ponta Grossa - PR: Atena,
2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0608-2

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.082221710>

1. Saúde 2. Qualidade de vida. I. Treptow, Taísa Ceratti
(Organizadora). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

No último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada devido aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, além de grandes avanços na saúde pública. Na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde em 1986 foi elaborada a carta de Ottawa que descrevia a promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Neste contexto, propõe uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a articulação dos saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos ou privados com o intuito de enfrentar e promover a resolução destas dificuldades no âmbito da saúde.

A obra “Promoção da saúde e qualidade de vida” da Atena Editora está dividida em dois volumes. O volume 3 está constituído em 20 artigos técnicos e científicos que destacam pesquisas principalmente na esfera pública do Sistema Único de Saúde em todos os ciclos da vida da gestação ao envelhecimento, contemplando a saúde e as mais diversas patologias. Pesquisas envolvendo a comunidade geral e universitária, abordagens e técnicas diferenciadas, além de percepções da promoção da saúde e qualidade de vida internacional. Já, o volume 4 contempla 21 artigos técnicos e científicos com pesquisas focadas principalmente na esfera ambulatorial e hospitalar juntamente com técnicas laboratoriais e profissionais, englobando interpretação de exame, suplementação, atuações profissionais, pesquisas voltadas para urgência, emergência e unidade de terapia intensiva, além de opções de tratamento para diversas patologias.

Sendo assim, o *e-book* possibilita uma infinidade de experiências nos diferentes cenários de atuação, permitindo extrapolar fronteiras e limites do conhecimento dos profissionais da área da saúde e demais interessados. Além disso, desejamos que a leitura seja fonte de inspiração e sirva de instrumento didático-pedagógico para acadêmicos e professores nos diversos níveis de ensino, e estimule o leitor a realizar novos estudos focados na promoção da saúde e qualidade de vida.

Agradecemos aos autores por suas contribuições científicas nesta temática e desejamos a todos uma excelente leitura!

Táisa Ceratti Treptow

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

INFLUÊNCIA DOS GASTOS COM SAÚDE NO ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL NOS MUNICÍPIOS CATARINENSES

Camilly Vitória Moreira Loth

Cleonice Witt

Gabriel Matheus Ostrovski

Isabely Aparecida Kroll

Mislaine Lourenço

Vitória Nader Dutra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217101>

CAPÍTULO 2..... 10

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS COM A COVID-19 NO MUNICÍPIO DE REALEZA, PARANÁ

Bianca Cestaroli

Izabel Aparecida Soares

Alexandre Carvalho de Moura

Jucieli Weber

Camila Dalmolin

Dalila Moter Benvegneu

Gisele Arruda

Silvana Damin

Vanessa Silva Retuci

Felipe Beijamini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217102>

CAPÍTULO 3..... 19

IMPACTO DO ESTÍMULO EXCESSIVO DA VISÃO DE PERTO NO DESENVOLVIMENTO DE MIOPIA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Renan Felipe Silva de Moura

Lívia Oliveira Delgado Mota

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217103>

CAPÍTULO 4..... 31

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO LEIOMIOMA UTERINO NO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2016 A JANEIRO DE 2021

Yasmin Taffner Binda

Oswaldo Aparecido Caetano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217104>

CAPÍTULO 5..... 41

OS TIPOS DE INTERVENÇÕES DE ESTILO DE VIDA E SEUS POSSÍVEIS EFEITOS NO GANHO DE PESO GESTACIONAL TOTAL: REVISÃO DE LITERATURA

Gabriela de Melo Junqueira

Sara Cristine Marques dos Santos

André Elias Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 6..... 53

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS- UMA REVISÃO NARRATIVA

Aline Lopes Ferreira
Ana Carolina Lima Furtado
Gabrielle Alexandra Andrade Alves
Juliana de Paula Ferreira
Kayky Nathan Lopes Ferreira Marota
Larissa Carolina Carvalho Marques
Maria Eduarda Santos Figueiredo
Mariana Beatriz Lima e Silva
Taynara Larissa Silva Oliveira
Claudio Marcos Bedran de Magalhães, Msc

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 7..... 66

CAMPANHA DE TESTE RÁPIDO PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Jhulye Vieira de Sousa
Kézia da Costa Falcão
Débora Pena Batista e Silva
Samy Marques Ribeiro de Oliveira
Rocyane Isidro de Oliveira
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 8..... 71

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/SEXUAL SEGUNDO RAÇA/COR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Julia Verli Rosa
Ana Luiza de Oliveira Carvalho
Juliana da Fonsêca Bezerra
Fernanda Martins Cardoso
Natália Moreira Leitão Titara
Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Maria Ludmila Kawane de Sousa Soares
Aline Furtado da Rosa
Luana Christina Souza da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217105>

CAPÍTULO 9..... 81

INCIDÊNCIA DE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E OS DIFERENTES NÍVEIS DE ANSIEDADE EM ACADÊMICOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DE UMA

FACULDADE DO MARANHÃO

Thaiza Cortês de Mesquita
Ana Clara Lisboa dos Santos
Roberth Silva Oliveira Segundo
Yanna Eutalia Barbosa Figueredo Sousa
Valéria de Sousa Viralino
Naiana Deodato da Silva
Josiene Felix de Moura Macedo
Greice Lanna Sampaio do Nascimento
Sara Ferreira Coelho
Lélia Lilianna Borges de Sousa Macedo
Francisco Mayron de Sousa e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0822217109>

CAPÍTULO 10..... 93

INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS PROMOTORAS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Ana Sobral Canhestro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171010>

CAPÍTULO 11 107

PROMOÇÃO DA SAÚDE E CUIDADO AO IDOSO NAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESPECIALIZADAS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rayana Gonçalves de Brito
Denise Machado Duran Gutierrez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171011>

CAPÍTULO 12..... 120

CONSTRUÇÃO DE PODCAST PARA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: RELATO DE EXPERIENCIA

Isael Cavalcante Silva
Ivanete Silva De Sousa
Vitoria Kisla Brasil Barros
Natalia Barbosa De Sousa
Otaline Silva Abreu
Paloma Ferreira Rodrigues
Elisabeth Soares Pereira da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171012>

CAPÍTULO 13..... 127

ESTILO DE VIDA, RELIGIÃO, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA

Estêfano de Lira Fernandes
Lanny Cristina Burlandy Soares
Natália Cristina de Oliveira
Márcia Cristina Teixeira Martins
José Lázaro Vieira dos Passos
Leslie Andrews Portes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171013>

CAPÍTULO 14..... 140

O PATRIMÔNIO NATURAL À LUZ DA ABORDAGEM ONE HEALTH

Rodolfo Nunes Bittencourt
Fábio Luiz Quandt
Ana Carenina Gheller Schaidhauer
João Carlos Ferreira de Melo Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171014>

CAPÍTULO 15..... 155

HEALTHY AGING PROMOTION IN BAIXO ALENTEJO, PORTUGAL

Ana Sobral Canhestro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171015>

CAPÍTULO 16..... 169

CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS EM DOMICÍLIOS E A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Lalesca Gomes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171016>

CAPÍTULO 17..... 174

ATENÇÃO A PACIENTES ONCOLÓGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O DIREITO À VIDA

Maria Gabriela Teles de Moraes
Carolina Nunes Werneck de Carvalho
Caroline Silva de Araujo Lima
Lionel Espinosa Suarez Neto
Renata Reis Valente
Ana Luiza Silva de Almeida
Luciane Guiomar Barbosa
Júlia Ágata Cardoso Barbosa
Ana Luiza Batista Moraes
Juliana Cidade Lopes
Jéssica José Leite de Melo
Tiago Mello dos Santos
Juliana Claudia Araujo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171017>

CAPÍTULO 18..... 183

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA MALÁRIA NO ESTADO DO AMAZONAS: UM DOS DETERMINANTES PARA O CONTROLE DA ENDEMIAS

Myrna Barata Machado
Elder Augusto Figueira
Ricardo Augusto dos Passos

Cristiano Fernandes
Bernardino Claudio Albuquerque
Rosemary Costa Pinto
Martha Cecilia Suárez Mutis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171018>

CAPÍTULO 19..... 200

TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS PARA MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: - CONSULTA DE ENFERMAGEM NA RUA

Antônio de Magalhães Marinho
Maria Lelita Xavier
Conceição de Maria Neres Silva Vieira
Carmen Dias dos Santos Pereira
Elisabete Bárbara Teixeira
Jovita Vitoria da Silva Vianna
Julia Marinho Ribeiro
Antônio de Magalhães Marinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171019>

CAPÍTULO 20..... 220

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE IDOSOS E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Daniel Monteiro Constant
Bianca Accioly Tavares
Isabela Regina Vieira Barbosa
Josué De Oliveira Leitão
Amanda Karoline da Silva Pedrosa
Maria das Graças Monte Mello Taveira
Priscila Nunes de Vasconcelos
Divanise Suruagy Correia
Ricardo Fontes Macedo
Sandra Lopes Cavalcanti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08222171020>

SOBRE O ORGANIZADORA 233

ÍNDICE REMISSIVO..... 234

INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS PROMOTORAS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Data de aceite: 03/10/2022

Ana Sobral Canhestro

Instituto Politécnico de Beja - Portugal

RESUMO: As intervenções promotoras de um envelhecimento saudável surgem como uma prioridade devido às transições demográfica e epidemiológica de ocorrerem na segunda metade do século XX, principalmente nos países desenvolvidos. Esta promoção deve ser desenvolvida ao longo da vida, porque uma infância e uma idade adulta saudáveis são um fator importante para um envelhecimento saudável. Este capítulo apresenta uma análise secundária de dados de um estudo qualitativo que investigou intervenções promotoras de um estilo de vida saudável no Baixo Alentejo, Portugal. A partir da análise das entrevistas, destaca-se que a promoção de estilos de vida saudáveis faz parte das práticas desenvolvidas nas intervenções comunitárias. Os profissionais de saúde e os municípios estão empenhados na implementação de intervenções comunitárias de promoção da saúde, baseadas em políticas dirigidas ao ambiente físico e cultural e ao processo educativo das comunidades, promovendo a participação ativa, a capacitação e a equidade. As parcerias, a participação ativa dos cidadãos e a avaliação da eficácia são consideradas essenciais no desenvolvimento de intervenções comunitárias, apesar das dificuldades encontradas. A maioria das intervenções tem como participantes as crianças e as pessoas idosas, evidenciando

dificuldades na participação de pessoas em idade ativa.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento saudável, estilos de vida saudáveis, Comunidade, Intervenção.

ABSTRACT: Healthy aging interventions emerge as a priority due to the demographic and epidemiological transitions in the second half of the twentieth century, mainly in the developed countries. This promotion should be developed throughout life, because a childhood and healthy adult ages are an important factor for a healthy aging. This article presents a secondary analyses of data from a qualitative study that investigates healthy lifestyle interventions in Baixo Alentejo, Portugal. From the analysis of the interviews, it is highlighted that healthy lifestyles promotion is part of the practices developed in community interventions. Health professionals and municipalities are committed to implementing community interventions to promote health, based in policies addressed to physical and cultural environment and to the educational process of communities, promoting active participation, empowerment and equity. Partnerships, active citizen participation and evaluation of effectiveness are considered essential in the development of community interventions, despite the difficulties encountered. The majority of the interventions have as participants the children and the elderly, evidencing difficulties in the participation of people in active age.

KEYWORDS: Healthy aging, Healthy lifestyles, Community, Intervention.

INTRODUÇÃO

As intervenções de promoção da saúde são uma prioridade tendo em conta as transições demográfica e epidemiológica. A esperança de vida aumentou progressivamente nas últimas décadas e espera-se que continue a aumentar. Comumente associadas ao envelhecimento demográfico, as doenças não transmissíveis, tais como as doenças cardíacas, a pressão arterial elevada, o cancro e a diabetes são as principais causas de morbidade e mortalidade, tendo como consequência o aumento dos gastos em saúde e a redução da vida das pessoas idosas. Muitos estudos atuais sugerem que as doenças não transmissíveis podem não ser uma consequência necessária do envelhecimento se um estilo de vida mais saudável for adotado ao longo da vida. É reconhecido atualmente que um estilo de vida saudável parece ser mais influente do que os fatores genéticos na manutenção da saúde durante todo o processo de envelhecimento e que, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, a saúde deficiente não deve ser um resultado necessário do envelhecimento (Nuñez *et al.*, 2003; Oxley, 2009).

Embora a promoção de estilos de vida saudáveis deva ser desenvolvida ao longo da vida, a idade adulta e, em particular, a meia-idade devem ser o foco de intervenções específicas para uma efetiva promoção do envelhecimento saudável e para reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis. No entanto, por estarem ocupados com múltiplas tarefas profissionais e familiares, os adultos de meia-idade participam pouco em intervenções de promoção da saúde e, apesar dos grandes benefícios da adoção de comportamentos promotores da saúde, nem sempre são capazes de incorporar e manter comportamentos saudáveis no seu dia-a-dia.

ENQUADRAMENTO

Portugal integra no presente a lista dos países mais envelhecidos do mundo e a região do Alentejo constitui, desde há vários anos, a região mais envelhecida de todo o território nacional, e apresenta também a percentagem mais elevada de pessoas com declínio do nível de saúde, como consequência de doenças agudas e crónicas (Santana, 2000; Santana *et al.*, 2008; INE, 2012).

O envelhecimento progressivo das nossas sociedades deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para que haja uma promoção efetiva da saúde ao longo do curso de vida (Runciman *et al.*, 2006), no entanto esta nova realidade é também um desafio para muitos sectores da sociedade e as projeções recentes preveem um aumento global da despesa pública relacionada com o envelhecimento da população, existe, no entanto, um consenso geral de que o impacto destes custos pode ser minimizado mantendo pessoas saudáveis, autónomas e independentes durante o período mais longo possível (Oxley, 2009; Davim *et al.*, 2010; Drennan *et al.*, 2005; Ming *et al.*, 2006).

O quadro político da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o envelhecimento

compreende uma abordagem ao longo do curso de vida para o envelhecimento saudável, reconhecendo que as ações para garantir a qualidade de vida na velhice devem começar muito antes de uma idade mais avançada ser atingida.

No centro da manutenção ou melhoria da saúde do indivíduo, das famílias, dos grupos e das comunidades estão as atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença. A promoção da saúde é o processo de permitir às pessoas aumentar o controlo sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorar a sua saúde (OMS, 1986; Nutbeam, 1998). As evidências crescentes mostram que, para que as comunidades sejam eficazes e sustentáveis necessitam de mais do que informação, precisam de estar efetivamente envolvidas nas decisões sobre a implementação de intervenções para promover a saúde ou prevenir a doença (Rifkin, 2016). A participação é essencial para a efetividade das ações de promoção da saúde (Nutbeam, 1998). A promoção da saúde abrange não só ações direcionadas para o reforço das competências e capacidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas para a mudança das condições sociais, ambientais e económicas de forma a influenciar a saúde pública e individual. Inclui intervenções políticas e sociais destinadas a mudar políticas e serviços, bem como a promover a responsabilidade pela saúde (Nutbeam, 1998).

Os princípios dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) estão articulados, desde 1978, na declaração de Alma-Ata assinada pelos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978). Portugal é um dos países que tem estado determinado a pôr em prática os princípios dos CSP com excelentes resultados na maioria dos indicadores de saúde. Os CSP são hoje o pilar central do sistema de saúde português, assente numa rede de centros de saúde que abrange todo o país. Em 2005, Portugal iniciou uma reforma dos Cuidados de Saúde Primários e foram criados cinco tipos diferentes de pequenas equipas, chamadas unidades funcionais dos grupos de centros de saúde, sendo uma delas a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que é coordenada pelos enfermeiros e tem como uma das suas tarefas específicas: proporcionar intervenções comunitárias em resposta às necessidades da comunidade (Biscaia *et al.*, 2008).

A declaração de Helsínquia sobre saúde em todas as políticas (OMS, 2013) reforça a ideia da ação intersectorial e da política pública saudável como elementos centrais para a promoção da saúde, para uma efetiva equidade na saúde e a concretização da saúde como um direito humano. A saúde em todas as políticas é uma abordagem das políticas públicas em todos os sectores que, tem sistematicamente em conta as implicações das decisões para a saúde, procura sinergias e evita impactos nocivos para a saúde, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. Implica a responsabilidade dos decisores políticos pelos impactos que as decisões políticas têm na saúde das populações, a todos os níveis. Inclui uma ênfase nas consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, determinantes da saúde e do bem-estar (OMS, 2013).

Para o desenvolvimento de intervenções comunitárias de promoção da saúde, é

fundamental construir parcerias entre os CSP e a administração local, bem como com as instituições da comunidade (por exemplo, escolas). O papel fundamental da administração local no combate aos determinantes sociais da saúde e nas intervenções de promoção da saúde tem sido cada vez mais reconhecido porque os municípios oferecem ambientes de apoio para uma vida saudável e também porque são por excelência os parceiros de outras organizações comunitárias e dos CSP, para a realização de intervenções de promoção da saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Em Portugal, o envolvimento dos municípios em questões tradicionalmente relacionadas com o sector da saúde não é muito expressivo, e apenas desde a década de 1990, um número relativamente reduzido de municípios se começou a envolver explicitamente neste aspeto da vida dos cidadãos (Loureiro *et al.*, 2013).

A promoção da saúde em geral, e a promoção de um envelhecimento saudável em particular, é um processo em que a enfermagem comunitária desempenha um papel importante, garantindo sempre a participação ativa dos cidadãos e o envolvimento de todos os intervenientes relevantes. O trabalho dos enfermeiros comunitários está cada vez mais a dar ênfase à promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida, a fim de um envelhecimento saudável. Trabalhar em parceria com grupos para alcançar uma compreensão profunda dos contextos locais pode ajudar os enfermeiros na construção de imagens das necessidades e pontos de vista relacionados com a saúde das pessoas (Manthorpe *et al.*, 2004; Runciman *et al.*, 2006; Ming *et al.*, 2006).

METODOLOGIA

Este capítulo apresenta uma análise secundária de dados de um estudo qualitativo (Canhestro, 2018) destinado a compreender, na perspetiva dos profissionais de saúde e representantes dos municípios, como a promoção de estilos de vida saudáveis é efetivada no Baixo Alentejo, Portugal. Foi desenvolvido com recurso a uma metodologia qualitativa: análise de conteúdo qualitativo das catorze entrevistas semi-estruturadas realizadas. Os principais entrevistados foram selecionados intencionalmente, com base no método de amostragem em bola de neve, sendo profissionais de saúde e representantes dos municípios, que foram identificados como tendo um papel importante no desenvolvimento de intervenções comunitárias de promoção da saúde.

As entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas pela investigadora. Todas as entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos participantes, e transcritas posteriormente. Foi utilizado o método de análise de conteúdo temático proposto por Bardin, resultando no processo de categorização (Bardin, 2009). Este método baseia-se na análise dos conteúdos descritos com base nas entrevistas, de forma a identificar as divergências e convergências dos sujeitos definidos e agrupá-los em categorias. Esta trajetória metodológica é organizada em três fases: Pré-análise; Exploração do material; e,

finalmente, Tratamento dos resultados: inferência e interpretação (Bardin, 2009).

A investigadora que conduziu as análises familiarizou-se com os dados transcritos, lendo várias vezes as transcrições com o objetivo de identificar os principais temas e subtemas. As questões-guia também auxiliaram na identificação de temas no processo de análise.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi obtida a aprovação pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. A autora forneceu informações sobre o estudo a todos os participantes. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes, a quem foi garantido o sigilo e o seu direito de se recusarem a responder a qualquer pergunta ou a retirarem-se do estudo a qualquer momento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das entrevistas, destaca-se que a promoção de estilos de vida saudáveis faz parte das práticas desenvolvidas tanto no contexto clínico nos CSP (consultas de Medicina e de Enfermagem) como no contexto das intervenções comunitárias. As escolas são o principal contexto comunitário onde essas intervenções são desenvolvidas, muitas vezes integradas no programa de saúde escolar e especialmente com o objetivo da promoção de uma alimentação saudável e da prevenção da obesidade infantil, como é amplamente recomendado (George, 2014). Estes resultados destacam a tradicional parceria entre Escolas e Centros de Saúde já referida por Loureiro *et al.* (2011), que salientam que o papel dos municípios na saúde tem sido residual, no entanto o alargamento das suas competências ao nível da Educação, possibilita um maior investimento dos municípios na promoção da saúde das comunidades, aspeto que é reforçado pelas conclusões do nosso estudo. Os profissionais de saúde da comunidade são os principais promotores de intervenções comunitárias para promover estilos de vida saudáveis, no entanto os municípios também desempenham um papel importante na promoção de atividades maioritariamente para a promoção da atividade física, atividades que implicam maiores investimentos em recursos humanos qualificados, espaços e equipamentos adequados, sendo reconhecido pelos profissionais entrevistados que a existência de condições que favorecem a prática da atividade física é, hoje, uma realidade em todos os concelhos do Baixo Alentejo.

A maioria das intervenções desenvolvidas pelos municípios são para crianças e pessoas idosas. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos portugueses (Loureiro *et al.*, 2011; Bárrios & Fernandes, 2014), sublinha-se que o envelhecimento da população, a complexidade e a natureza multidisciplinar da saúde estão a levar, cada vez mais, os municípios a intervir na área da promoção da saúde e da prevenção da doença.

As intervenções de promoção da saúde para pessoas de meia-idade e outros

adultos em idade ativa são menos frequentes e os profissionais reconheceram que este grupo populacional participa menos porque estão ocupados e, portanto, menos disponíveis e que, muitas vezes, o *timing* das intervenções não é compatível com a sua disponibilidade. As intervenções para promover a saúde das pessoas de meia-idade são consideradas cruciais, uma vez que se trata de um período importante na idade adulta, reconhecido como uma fase transacional dinâmica de desenvolvimento, com importantes mudanças de funções e do estado de saúde e onde são tomadas decisões importantes que terão impacto na vida posterior (Grossbaum & Bates, 2002; Fagulha, 2005; Papalia *et al.*, 2006), sendo importante um efetivo apoio profissional e acesso a informação que ajude na tomada de decisão (Manthorpe *et al.*, 2004). A meia-idade é onde, muitas vezes, têm início as doenças não transmissíveis tais como as condições cardíacas, a pressão arterial elevada, o cancro e a diabetes que são as principais causas de morbidade e mortalidade (Lachman, 2004), tornando-se numa etapa-chave para a prevenção e controlo dessas doenças (Darnton-Hill *et al.*, 2004). As intervenções preventivas e as intervenções de promoção de saúde podem direcionar-se para pessoas que estão de boa saúde, mas também para pessoas já com doença crónica e embora, a promoção da saúde e a prevenção da doença tenham origem em diferentes campos teóricos, na prática, as intervenções tendem a sobrepor-se (Wosinski *et al.*, 2016).

No que diz respeito ao género, neste estudo verificou-se que os homens participam menos do que as mulheres em intervenções comunitárias, aspeto que é corroborado por estudos internacionais (OMS, 2007; Papalia *et al.*, 2006; Zhang *et al.*, 2011).

Os inquiridos referem ainda as questões culturais, económicas e educativas como determinantes importantes da participação nas intervenções comunitárias. As questões económicas (muitas vezes relacionadas com o nível educacional) influenciam drasticamente os comportamentos de saúde e saúde das pessoas (Bicudo, 2009; Loureiro & Miranda, 2010; Pender *et al.*, 2011) e também a procura de cuidados de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Não é possível afirmar que existe uma relação direta entre a saúde e o nível educacional em todas as situações, pois nem sempre o conhecimento é sinónimo de adoção de estilos de vida saudáveis (Loureiro & Miranda, 2010), no entanto, reconhece-se que o nível educacional influencia a escolha dos comportamentos a adotar porque *“a capacidade de um indivíduo obter, processar e compreender a informação é essencial para ser um consumidor informado e para que possa tomar decisões adequadas para o autocuidado, a saúde e o bem-estar”* (Pender *et al.*, 2011, p. 267) mas também porque competências educacionais limitadas têm sido associadas a comportamentos de saúde negativos (por exemplo, pessoas com o nível mais baixo de educação consomem mais tabaco, álcool e substâncias ilícitas, efetuam menos atividade física, usam menos o cinto de segurança); a uma menor disponibilidade e acesso a serviços de saúde e a rastreios preventivos de saúde (por exemplo, vacinas contra a gripe, mamografias, colonoscopias), bem como uma menor adesão à terapêutica para o controlo de doenças crónicas e

consequentemente pior saúde e mortalidade mais elevada (Loureiro & Miranda, 2010; Pender *et al.*, 2011; Crisp *et al.*, 2014).

Os participantes no nosso estudo, descreveram uma gama interessante de parcerias colaborativas intersectoriais nas intervenções de promoção da saúde, maioritariamente iniciadas pelas equipas dos CSP. Os municípios e outras organizações comunitárias também procuram o sector da saúde como parceiro preferencial nas intervenções de promoção da saúde. Estas conclusões sugerem que os profissionais estão conscientes de que as intervenções desenvolvidas em parceria alcançam resultados de saúde ou resultados intermédios de saúde de uma forma mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderiam ser alcançados apenas pelo sector da saúde (Nutbeam, 1998; WHO, 2013). Resultados semelhantes foram encontrados por Runciman *et al.* (2006) que reforçam o importante papel que os enfermeiros comunitários têm nestas parcerias, que surgem como uma resposta estratégica às políticas, e como uma resposta pragmática por parte dos enfermeiros comunitários para partilhar a carga e desenvolver trabalho. No entanto, temos de salientar, que estas parcerias também devem considerar o cidadão como um parceiro e um membro ativo no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde e das atividades de promoção de saúde (Manthorpe *et al.*, 2004; Runciman *et al.*, 2006; Guedes *et al.*, 2012). Refira-se ainda que estas parcerias, nomeadamente no que diz respeito aos municípios, estão normalmente integradas em rede, uma área onde os municípios têm grande experiência (Loureiro *et al.*, 2013). Apesar das vantagens mencionadas, são também referidas pelos nossos participantes algumas dificuldades no trabalho em parceria, referindo dificuldades de articulação com as Escolas e na articulação entre o sector da saúde e os municípios.

No que diz respeito à participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde, os inquiridos estão conscientes desta importância e procuram promovê-la, o que é coerente com as recomendações da OMS: *“as atividades de promoção da saúde devem ser participativas, envolvendo todos aqueles com interesse na iniciativa; interdisciplinares, envolvendo uma variedade de perspetivas disciplinares; integradas em todas as fases do desenvolvimento e implementação de uma iniciativa de promoção da saúde; e ajudarem na capacitação de indivíduos, comunidades, organizações e governos para resolver problemas de saúde importantes”* (Nutbeam, 1998, p. 22). Esta perspetiva dos profissionais entrevistados é também corroborada por Rifkin (2016) que refere que há cada vez mais indícios de que, para termos intervenções mais eficazes, as comunidades e os cidadãos precisam de ter mais do que informação, precisam de estar envolvidos nas decisões sobre a implementação dessas intervenções. A identificação e envolvimento dos líderes comunitários no processo de planeamento de intervenção é uma das estratégias, mencionadas pelos entrevistados, para promover a participação ativa dos cidadãos. Esta estratégia já tinha sido referida por Davim *et al.* (2006) como fundamental para aumentar a participação ativa dos cidadãos. O papel proeminente dado pelos

entrevistados ao estabelecimento de uma parceria entre os profissionais e os participantes durante o planeamento e execução das intervenções, está em consonância com o que é considerado essencial por vários autores (Nuñez *et al.*, 2003; Davim *et al.*, 2006; Ming *et al.*, 2006; Runciman *et al.*, 2006) no entanto são relatadas dificuldades: alguns entrevistados relatam uma falta de cultura de participação, considerando que as pessoas continuam a deixar importantes decisões de saúde nas mãos de profissionais de saúde. Este aspeto está em linha com alguma passividade da população portuguesa nas suas relações com os profissionais de saúde e com o sistema de saúde, referido no relatório *Um futuro para a saúde - todos nós temos um papel a desempenhar* (Crisp *et al.*, 2014) e não parece ser exclusivo da população portuguesa uma vez que, também num estudo realizado em Espanha, as dificuldades na participação ativa dos cidadãos foram reconhecidas como uma ameaça à intervenção comunitária (Adella *et al.*, 2016).

Sendo de referir que os serviços de saúde, por si só, nunca podem criar uma grande participação comunitária autossustentável, uma vez que as pessoas e as comunidades têm outras prioridades no seu dia-a-dia e não será realista definir e seguir modelos padrão de participação comunitária, uma vez que podem colidir com aspetos culturais e históricos fortemente enraizados nas comunidades, assim é muito importante que a participação ativa dos cidadãos seja vista como um processo e se estenda a outros aspetos da vida comunitária numa perspetiva inclusiva de desenvolvimento comunitário (Rifkin, 2009). *“Programas que mobilizam comunidades só em torno de questões de saúde provaram ter vidas curtas”* (Rifkin, 2009, p. 33). Embora não existam muitas evidências científicas para ligar diretamente a participação da comunidade a melhores resultados em saúde (Rifkin, 2009), esta é cada vez mais reconhecida como fundamental para melhorar e manter as intervenções que trazem contribuições significativas para a sua melhoria (Rifkin, 2014), particularmente nos grupos vulneráveis (Rifkin, 2009). Recomendam-se iniciativas práticas específicas para capacitar os cidadãos e começar a alterar os aspetos culturais que funcionam como entraves à sua participação em decisões relacionadas com a sua saúde (Crisp *et al.*, 2014).

O nosso estudo também relatou dificuldades inerentes aos profissionais, que muitas vezes assumem o papel de liderança no planeamento e implementação de intervenções sem tentarem envolver os cidadãos. A saúde é uma área em que as principais decisões se baseiam no conhecimento de peritos, é por isso uma área tradicionalmente mais hermética na participação dos cidadãos, o que justifica de alguma forma as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde e pelos cidadãos, ou seja, é importante que os cidadãos queiram participar ou expressar a sua opinião sobre o planeamento e organização dos cuidados de saúde, por outras palavras, a participação deve depender da vontade dos cidadãos e não de uma obrigação previamente estipulada (Serapioni & Matos, 2013). Parece também claro que muitas das dificuldades dos profissionais de saúde surgem do facto de os profissionais de saúde continuarem a ter uma formação e uma prática centradas no modelo

biomédico, que, sendo essencial para a prevenção e controlo da doença, tem limitações quando direcionada para a promoção da saúde (OMS, 2008). Neste modelo biomédico, a participação dos cidadãos é vista como a sua mobilização para responder à informação que lhes é prestada pelos profissionais de saúde e não como o seu envolvimento ativo na tomada de decisões (Bhatia & Rifkin, 2013), sendo os peritos profissionais que assumem o papel de protagonista e os cidadãos que têm um papel mais passivo.

Os resultados do nosso estudo mostram que os profissionais consideram importante a avaliação de que as intervenções promotoras da saúde são eficazes gerando ganhos na saúde dos envolvidos. Para avaliar a eficácia das intervenções os profissionais procuram utilizar indicadores objetivos, mas nem sempre é fácil encontrar indicadores fiáveis e válidos (Nutbeam, 1999) com o conseqüente relato de algumas dificuldades sendo, por vezes, adotada uma avaliação subjetiva baseada na percepção que os profissionais têm da melhoria da saúde e dos estilos de vida, após as intervenções. A resolução deste aspeto parece ser crucial, uma vez que a avaliação das intervenções é muito importante, permitindo modificar ou adaptar o planeamento ou as estratégias, podendo mesmo influenciar as políticas de promoção da saúde e de redução das desigualdades (Lopes *et al.*, 2014).

De forma a aumentar a eficácia das intervenções, os participantes mencionam algumas estratégias, enfatizando um planeamento de saúde adequado que parta da avaliação das necessidades de saúde, e que considere as características da comunidade ou do grupo, e as oportunidades e recursos existentes. Este planeamento deve ser realizado com a participação ativa da comunidade, aspetos corroborados por vários autores (Nuñez *et al.*, 2003; Manthorpe *et al.*, 2004; Ming *et al.*, 2006; Runciman *et al.*, 2006; Pender *et al.*, 2011; Bárrios & Fernandes, 2014). Outra estratégia que é considerada essencial, pelos entrevistados, é a capacitação e responsabilização das pessoas pela sua saúde, em linha com o recomendado pela OMS, reforçado em várias Conferências Internacionais para a Promoção da Saúde, e esta estratégia está fortemente ligada à anterior porque a participação ativa requer cidadãos empoderados, que expressam as suas opiniões e os seus conhecimentos experienciais para que se planeiem intervenções mais adequadas (Serapioni e Matos, 2013). O início precoce de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis é também considerado estratégico e cumpre as recomendações internacionais (OMS, 2003; WHO, 2005a; WHO, 2005b; WHO, 2009; CDSS, 2010; Marmot, 2014), sendo amplamente reconhecida que uma infância saudável e a idade adulta são determinantes importantes do envelhecimento saudável (Oxley, 2009; Sanders, 2006; Hartman-Stein e Potkanowicz, 2003; Nuñez *et al.*, 2003; Marmot, 2014).

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados, uma vez que se referem a particularidades relacionadas com os catorze participantes e expressam a sua perspetiva

a partir do seu envolvimento em intervenções de promoção da saúde e consequentemente promotoras do envelhecimento saudável no Baixo Alentejo – Portugal, os resultados podem, no entanto, ser comparados com os de outros estudos desenvolvidos ou que se venham a desenvolver.

As intervenções comunitárias para promover estilos de vida saudáveis são desenvolvidas maioritariamente por profissionais de saúde que trabalham na comunidade e também por profissionais dos municípios. As parcerias, a participação ativa dos cidadãos e a avaliação da eficácia são consideradas essenciais no desenvolvimento de intervenções comunitárias, pelos inquiridos, apesar de algumas dificuldades assinaladas.

Crianças, jovens e pessoas idosas são os principais participantes dos programas de promoção de estilos de vida saudáveis. As intervenções de promoção da saúde para pessoas de meia-idade e outros adultos em idade ativa são menos frequentes. A idade e o sexo são considerados como o principal fator relacionado com os participantes que influenciam o desenvolvimento de intervenções para promover estilos de vida saudáveis.

A maioria das intervenções comunitárias para promover intervenções de estilos de vida saudáveis não são avaliadas refletindo a falta de ferramentas e métodos de avaliação padronizados.

Uma das estratégias mais mencionadas para aumentar a eficácia das intervenções de promoção da saúde é o envolvimento da comunidade e dos parceiros no planeamento, implementação e avaliação de intervenções, no entanto existem dificuldades na capacitação comunitária e falta de cultura de participação nas pessoas e comunidades.

As nossas descobertas sugerem que pode haver mérito em:

- Consultoria e envolvimento ativo de pessoas e comunidades em intervenções de promoção da saúde.
- Encontrar estratégias para permitir uma maior participação de adultos em idade ativa e particularmente em pessoas de meia-idade.
- Fortalecendo uma abordagem ao longo da vida para a promoção do envelhecimento saudável.
- Reforço das parcerias intersectoriais e multiprofissionais.
- Promover mecanismos de avaliação da eficácia das intervenções que promovem estilos de vida saudáveis.
- Considerar formas eficazes de desenvolver e avaliar a mudança de prática.
- Valorização do trabalho de promoção da saúde na comunidade pelos CSP e pelos municípios.
- Continuar a conceber intervenções com base na avaliação das necessidades de saúde das populações.
- Estar atento às tendências e mudanças em todos os sectores da sociedade e

compreender como estes podem afetar a saúde da população.

AGRADECIMENTOS

A investigadora agradece a ajuda recebida dos participantes neste estudo e do painel consultivo.

REFERÊNCIAS

Adella, C., Ruab, M., Solerc, J., Alvarez, C., & Farga, A. (2016). La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Atención Primaria*. 48(10): 642-648.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (5ª Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Edições 70.

Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32(2), 188-196.

Bhatia, M., & Rifkin, S. (2013). Primary health care, now and forever? A case study of a paradigm change. *International Journal of Health Services*. 43(3), 459-71.

Bicudo, M. (2009). *Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade - contributos de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1844>.

Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. (2ª Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Canhestro, A. S. (2018). *Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf.

Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS]. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.

Crisp, L. (coord.), Berwick, D., Kickbush, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, S. (2014). *Um futuro para a saúde - todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., & Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*. 4(4): 2018-2024.

Darnton-Hill, I., Nishida, C., & James, W.P.T. (2004). A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*. 7(1A): 101-121.

Drennan, V., Iliffe, S., Haworth, D., Tai, S., Lenihan, P., & Deave, T. (2005). The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in 'at risk' older adults. *Health and Social Care In The Community*. 13(2): 136-144.

Fagulha, T. (2005). A meia idade da mulher. *Psicologia*. 19(1-2): 13-17.

George, F. (2014). Sobre Determinantes da Saúde. Lisboa: DGS. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>.

Grossbaum, M., & Bates, G. (2002). Correlates of psychological well-being at midlife: The role of generativity, agency and communion, and narrative themes. *International Journal of Behavioral Development*. 26 (2): 120-127.

Hartman-Stein, P., & Potkanowicz, E. (2003). Behavioral determinants of healthy aging: good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*. 8(2): 17 p.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Guedes, N., Moreira, R., Cavalcante, T., Araújo, T., Lopes, M., Ximenes, L., & Vieira, N. (2012). Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25(1): 151-156.

Lachman, M. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*. (55): 305-331.

Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2015). Respostas de Enfermagem para a saúde no futuro - Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. Encontro Nacional de Enfermagem. Organizado pela Direção-Geral da Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian. (8 de abril 2015). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15264/1/Sa%C3%BAde-doen%C3%A7a_a%20proximidade%20de%20cuidados%20num%20mundo_abril%202015.pdf.

Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). Promover a Saúde – dos fundamentos à ação. Coimbra: Almedina.

Loureiro, I., Gomes, J., & Santos, M. (2011). A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projeto de Capacitação em promoção da Saúde (PROCAPS). Resultados de um estudo exploratório. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA].

Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31 (1): 23-31.

Manthorpe, J., Maim, N., & Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (6B): 97-104.

Marmot, M. (2014). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ming, L., Gao, R., & Pusari, N. (2006). Using Participatory Action Research to Provide Health Promotion for Disadvantaged Elders in Shaanxi Province, China. *Public Health Nursing*. 23 (4): 332-338.

Núñez, D., Armbruster, C., Phillips, W., & Gale, B. (2003). Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*. 20 (1): 25-32.

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.

- Nutbeam, D. (1999). Eficácia de la promoción de la salud – las preguntas que debemos responder. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte 2. (pp. 1-11). Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2007). Envelhecer com saúde: um desafio para a Europa – versão reduzida. The Swedish National Institute of Public Health.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008). Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca (versão portuguesa). Geneva: OMS.
- Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing: An Overview. OECD Health Working Papers. 42, OECD Publishing.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2006). Desenvolvimento humano. (8ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). Health Promotion in Nursing Practice. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Rifkin, S. (2009). Lessons from the community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*. 1: 31-6.
- Rifkin, S. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy and Planning*. 29: ii98-ii106.
- Rifkin, S. (2016). Pursuing Primary Health Care: Community Participation in Practice, Doing Participatory Research. *JSM Health Education & Primary Health Care*. 1(2): 1018.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*. 55 (1): 46-57.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*. 18(3): 18-25.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*. 50: 1025-1036.
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., and Santos, R. (2008). Envelhecimento e saúde em Portugal. *PNS em foco - Boletim informativo n.º 2*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Serapioni, M., & Matos, A. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31(1): 11-22.
- World Health Organization [WHO]. (1986). First International Conference on Health Promotion, Ottawa: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series N° 916. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO]. (2005a). European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization [WHO]. (2005b). The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2009). A Snapshot of the Health of Young People in Europe. Copenhagen: WHO.

World Health Organization [WHO]. (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8 th Global Conference on Health Promotion. Helsinki: WHO.

Wosinski, J., Cordier, S., Bachmann, A., Gagnon, M., & Kiszio, B. (2016). Effectiveness of nurseled healthy aging strategies for older adults living in the community: a systematic review protocol. The JBI database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 14 (2): 1-7.

Zhang, S., Wei, C., Fukumoto, K., Harada, K., Ueda, K., Minamoto, K., & Ueda, A. (2011). A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. Environmental Health and Preventive Medicine. 16: 80-89. 16: 80-89.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aconselhamento 47, 48, 67, 68, 206, 208

Adolescente 126, 206, 208, 223

Alimentação saudável 46, 47, 97, 120, 122, 123, 124, 167

Ansiedade 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 116, 228, 229, 231

Atenção primária 3, 112, 113, 114, 116, 119, 174, 176, 178, 180, 190

B

Bruxismo 83, 92

C

Câncer 12, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 62, 63, 64, 132, 135, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181

Consulta de enfermagem na rua 200, 201, 205, 206, 210

Covid-19 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 24, 30, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 89, 91, 92, 152, 220, 221, 223, 224, 227, 229, 230, 232

Criança 8, 9, 27, 68, 206, 208

D

Diabetes mellitus 11, 42, 131, 135, 170

Doença 2, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 55, 62, 67, 68, 69, 94, 95, 97, 98, 101, 104, 107, 108, 116, 121, 131, 132, 133, 135, 141, 142, 144, 149, 152, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 192, 194, 195, 196, 210, 215

Doenças crônicas não transmissíveis 116, 127, 129, 228

Dor 31, 33, 37, 54, 55, 56, 58, 60, 62, 64, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 113, 116, 119, 218

E

Efeitos colaterais 176

Endemia 183, 185

Envelhecimento 2, 55, 93, 94, 95, 96, 97, 101, 102, 103, 105, 107, 109, 115, 116, 117, 121, 124, 126, 168, 179, 211, 220, 221, 231, 232

Equipe multiprofissional 175, 181

Estilo de vida 21, 25, 27, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 83, 93, 94, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136, 206, 228

Estratégia da Saúde da Família 6, 180, 188, 196

Exercício físico 59, 61, 120, 123, 124, 131, 230

Expectativa de vida 127, 128, 129, 131, 133, 134, 136, 221

G

Ganho de peso 32, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

Gravidez 7, 8, 32, 41, 42, 46, 48, 69, 73

H

Health 1, 8, 9, 28, 29, 31, 39, 40, 49, 50, 51, 52, 63, 72, 79, 80, 82, 92, 93, 103, 104, 105, 106, 108, 113, 118, 121, 126, 128, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 174, 175, 181, 184, 198, 199, 200, 201, 221, 232

Hipertensão arterial sistêmica 11, 170

I

Idoso 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 206, 208, 211, 222, 223, 226, 229, 230, 231, 232

Indicadores epidemiológicos 10, 70

Infecções sexualmente transmissíveis 66, 69, 73

M

Malária 141, 150, 152, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199

Medicamentos 2, 7, 8, 68, 169, 170, 171, 172, 173, 181, 216, 218

Meio ambiente 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 153, 154, 203, 204

Miopia 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Morbidade 11, 20, 31, 37, 38, 135, 179, 183

Mortalidade 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 55, 73, 94, 98, 99, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 179, 197, 229

Mulher 32, 33, 37, 38, 41, 42, 47, 48, 49, 58, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 92, 104, 206, 208, 217

O

One Health 140, 142, 143, 150, 152, 153, 154

Orientação 12, 13, 69, 77, 169, 170, 171, 172, 206, 207, 208, 209, 213, 216

P

Pandemia 10, 11, 16, 18, 24, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 89, 125, 143, 148, 150, 230

Podcast 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126

Políticas públicas 78, 95, 109, 111, 112, 117, 141, 146, 151, 174, 195, 222, 232

População 2, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 25, 27, 31, 32, 33, 38, 39, 66, 69, 75, 84, 88, 89, 94, 95, 97, 100, 103, 107, 109, 111, 112, 113, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 129, 133, 134, 135, 138, 143, 146, 172, 173, 174, 179, 180, 185, 186, 187, 189, 191, 197, 201, 210, 220, 221, 222, 223, 227, 228, 229, 230, 231

Profissionais de saúde 42, 46, 67, 77, 78, 79, 82, 93, 96, 97, 100, 101, 102, 113, 174, 175, 176, 209

Promoção da saúde 1, 2, 7, 21, 66, 69, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 122, 126, 127, 146, 167, 179, 227

Q

Qualidade de vida 1, 2, 6, 7, 32, 33, 37, 38, 46, 53, 54, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 69, 83, 89, 92, 95, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 142, 145, 146, 170, 172, 210, 218, 226, 227, 228, 231

R

Rede de atenção básica 206, 208

Religião 127, 128, 129, 134, 214

S

Saúde da mulher 47, 49, 67, 206, 208

Saúde mental 73, 89, 90, 114, 119, 206, 208, 220, 223, 224, 227, 229, 230, 231

Saúde pública 2, 2, 3, 4, 9, 11, 21, 27, 39, 63, 66, 71, 72, 75, 90, 95, 103, 104, 105, 107, 108, 117, 118, 126, 143, 145, 149, 151, 152, 167, 168, 169, 181, 184, 195, 197, 198, 199, 221, 232, 233

Serviços de saúde 2, 4, 76, 78, 98, 100, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 143, 144, 180, 183, 185, 188, 191, 195, 197, 198, 199, 210, 211, 230

Sistema único de saúde 2, 2, 3, 9, 31, 34, 66, 72, 74, 113, 147, 172, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 195, 210, 232

U

Unidade Básica de Saúde 200, 201

V

Vigilância em saúde 4, 9, 146, 147, 183, 187, 190, 195

Violência sexual 77, 79



PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br