



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Ana Rita Pedroso Ribeiro

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA COMO
ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO PARA UM
ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL**

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais, PhD

Novembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Agradecer, no final de um percurso como o que termino agora, significa olhar para o caminho percorrido e perceber como, porquê e por causa de quem foi possível chegar aqui.

À Professora Doutora Carminda Morais pelo apoio no caminho, pela capacidade de inquietar e suscitar o entusiasmo pela área da saúde comunitária e da saúde pública. Igualmente à professora Doutora Isabel Amorim pela forma humana como me apresentou a Saúde Mental e em particular a Saúde Mental Positiva e pelo contributo científico neste trabalho, assegurando a parceria e transdisciplinaridade entre a área da saúde mental e da saúde comunitária.

A todos os docentes deste mestrado que me fizeram lembrar e reavivar a paixão pela Enfermagem Comunitária.

Gostaria de endereçar um agradecimento muito especial à professora doutora Teresa Lluch-Canut, criadora do modelo multifatorial de Saúde Mental Positiva, que prontamente respondeu aos meus emails e me ajudou a chegar a informação extremamente relevante para o estudo de investigação que foi realizado neste trabalho.

Às enfermeiras que me orientaram nos contextos clínicos nomeadamente a enfermeira Conceição Ferreira, Sandra Peixoto e Rosa Zambrano, pelo apoio neste caminho.

A todas as colegas do mestrado, pelo caminho tão sinuoso que às vezes percorremos e que, com elas, foi mais fácil percorrer. Em particular às colegas que partilharam comigo os campos de estágio, pelas horas de conversa, pesquisa e devaneios, muitas vezes noite fora e pela amizade que criamos, em especial à Olga, à Carla, à Vânia, à Andreia e à Patrícia.

À minha amiga do coração Sandrine, que empurrei para esta aventura comigo. Não poderia fazer este caminho sem ti.

À minha família pelo apoio incondicional.

Ao meu marido por ser porto de abrigo, suporte fundamental, para que, mesmo nos momentos mais sombrios, nunca desistisse ou vacilasse.

Às minhas filhas, pelas horas de ausência.

Decálogo da Saúde Mental Positiva

- I. *“Valorize positivamente as coisas boas que tem na vida (a nível pessoal e profissional)”*
- II. *Coloque “carinho” nas atividades da vida.*
- III. *Não seja muito duro consigo e com outros.*
- IV. *Não deixe as emoções negativas bloquear a sua vida.*
- V. *Tome consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles estão acontecendo.*
- VI. *Deixe fluir as emoções e interprete a normalidade de muitos sentimentos.*
- VII. *Procure espaços e atividades para relaxar mentalmente.*
- VIII. *Tente resolver os problemas quando eles surgem.*
- IX. *Cuide das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas).*
- X. *Não se esqueça de colocar “humor” na sua vida.”*

Teresa Lluch-Canut, 2011

RESUMO

Enquadramento: Um bom estado de saúde acrescenta vida aos anos. As oportunidades que se abrem com o aumento da longevidade dependem em grande medida de um Envelhecimento Saudável (ES). Quando estas pessoas vivem estes anos adicionais com boa saúde, contribuem para o fortalecimento das sociedades; mas se estes anos adicionais forem dominados por um mau estado de saúde, as implicações para as pessoas idosas e para a sociedade são muito mais negativas (World Health Organization [WHO], 2020).

A promoção do ES é um dos desideratos do Mestre em Enfermagem Comunitária e futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que com competências específicas no planeamento em saúde atua como agente facilitador do empoderamento das comunidades em especial, as mais vulneráveis. A promoção da Saúde Mental Positiva (SMP) surge, neste trabalho, como uma ferramenta para potenciar o ES, tendo por base o modelo multifatorial de SMP de Lluich-Canut (1999).

O Estágio de Natureza Profissional (ENP), enquadrado na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) teve como objetivo a aquisição das competências comuns e específicas para a prática especializada, e este relatório em específico pretende ser a materialização das aprendizagens realizadas e das competências adquiridas, tendo por base a mais recente evidência científica, que é transversal a todo o documento, mais evidente ainda no estudo de investigação que foi realizado durante o estágio.

Metodologia: O estudo de investigação realizado está inserido num projeto de investigação no âmbito das pessoas idosas institucionalizadas em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e que inclui, além deste tema, a ansiedade, solidão e qualidade de vida. Do ponto de vista metodológico trata-se de um estudo que segue o paradigma construtivista, numa abordagem quantitativa, de carácter observacional, transversal e descritivo-correlacional. Traçaram-se como objetivos: avaliar o nível de SMP das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI; analisar a associação entre o nível de SMP e as determinantes sociodemográficas e clínicas e obter uma caracterização atualizada da população idosa residente em ERPI. Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados um questionário sociodemográfico e clínico elaborado pela equipa do projeto de investigação e o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+), originalmente criado e validado por Lluich-Canut e traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira *et al.* (2014).

Resultados: Das 181 pessoas idosas inquiridas a maioria revelou níveis intermédios e elevados de SMP em alinhamento com o encontrado na literatura. Foram identificados alguns determinantes que sugerem promover a SMP nomeadamente o facto de as pessoas idosas participarem nas atividades da instituição (Fator Atitude pró-social: $t_{Student} = 2.309, p = 0.022$; Fator Habilidades de relação interpessoal: $t_{Student} = 2.891, p = 0.004$), receberem visitas ($t_{Student} = 2.515; p = 0.013$), decidirem pela sua institucionalização ($t_{Student} = 2.166; p = 0.032$) e sentirem que têm oportunidade de participar na vida da instituição ($t_{Student} = -3.987; p = <0.001$).

Conclusões: Este estudo fornece dados importantes para o trabalho especializado do EEEC no planeamento de projetos sustentáveis, inclusivos e acima de tudo onde as pessoas idosas têm voz ativa, sendo cocriadoras do seu próprio projeto de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública, Promoção da Saúde, Saúde Mental, Empoderamento, Envelhecimento Saudável, Institucionalização

ABSTRACT

Framing: Good health adds life to years. The opportunities that open up with increased longevity depend to a large extent on Healthy Ageing. When these people live these additional years in good health, they contribute to the strength of societies; but if these additional years are dominated by poor health, the implications for older people and society are much more negative (World Health Organization [WHO], 2020).

The promotion of Healthy Ageing is one of the wishes of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of community health and public health nursing who, with specific skills in health planning, acts as a facilitating agent for the empowerment of communities in particular, the most vulnerable.

The promotion of Positive Mental Health appears, in this work, as a tool to enhance Healthy Ageing, based on Lluch-Canut's multifactorial Positive Mental Health model.

The Professional Nature Internship, part of the curricular unit Professional Nature Internship with Final Report aimed at acquiring common and specific skills for specialized practice, and this specific report intends to be the materialization of the learning carried out and the acquired skills, based on the most recent scientific evidence, which is transversal to the entire document, even more evident in the research study that was carried out during the internship.

Methodology: The research study carried out is part of a research project in the context of institutionalized elderly people in Residential Structure for Elderly People and includes, in addition to this theme, anxiety, loneliness and quality of life. From the methodological point of view, this is a study that follows the constructivist paradigm, in a quantitative, observational, cross-sectional and descriptive- correlational approach.

Were outlined: to evaluate the level of Positive Mental Health of institutionalized elderly in Residential Structure for Elderly People; analyze the association between the level of Positive Mental Health and sociodemographic and clinical determinants and obtain an updated characterization of the elderly population living in Residential Structure for Elderly People. A clinical sociodemographic questionnaire prepared by the research project team and the Positive Mental Health Questionnaire, originally created and validated by Lluch-Canut and translated and validated for the Portuguese population by Sequeira *et al.* (2014), were used as data collection instruments.

Results: Of the 181 elderly people surveyed, the majority revealed intermediate and high levels of Positive Mental Health in line with what is found in the literature. Some determinants were identified that suggest promoting Positive Mental Health, namely the fact that the elderly participate in the institution's activities (Pro-social attitude factor: $t\text{ Student} = 2.309, p = 0.022$; Interpersonal relationship skills factor: $Student = 2.891, p = 0.004$), receive visits ($t\text{ Student} = 2.515; p = 0.013$), choose institutionalization ($t\text{ Student} = 2.166; p = 0.032$) and feel that they have the opportunity to participate in the life of the institution ($t\text{ Student} = -3.987; p = <0.001$).

Conclusions: This study provides important data for the specialized work of the Specialist Nurse in Community Nursing in the planning of sustainable, inclusive projects and above all where the elderly have an active voice, being co-creators of their own health project.

Keywords: Community Health and Public Health Nursing Health Promotion, Mental Health, Empowerment, Healthy Ageing, Institutionalization

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

CV	Coefficiente de Variação
DP	Desvio Padrão
M	Média
máx.	máximo
min.	mínimo
p.e.	por exemplo

ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
MAIEC	Modelo de Avaliação e Intervenção e de Empoderamento Comunitário
PASSE	Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

SIGLAS

CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EEEC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
ENP	Estágio de Natureza Profissional
ENPRF	Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
EpS	Educação para a Saúde
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ES	Envelhecimento Saudável
ESS	Escola Superior de Saúde
ICN	International Council of Nursing
IMC	Índice de Massa Corporal
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
QSM+	Questionário de Saúde Mental Positiva
SMP	Saúde Mental Positiva
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
SUMÁRIO	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	IX1
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	5
1.1. A UCC BARCELOS NORTE	7
1.2. A USP BARCELOS e ESPOSENDE.....	8
2. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	11
2.1. INTRODUÇÃO	12
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.2.1 Envelhecimento Saudável	13
2.2.2 Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável	16
2.2.3 Saúde Mental e Envelhecimento Saudável	17
2.2.4 A promoção da Saúde Mental Positiva em ERPI	21
2.2.5 O EEEEC como agente facilitador do empoderamento para um Envelhecimento Saudável	24
2.3. METODOLOGIA.....	27
2.3.1 Questão de investigação, Finalidade e Objetivos do Estudo	27
2.3.2 Tipo de estudo	28
2.3.3 Caracterização do contexto de estudo.....	28
2.3.4 População	29
2.3.5 Variáveis	30
2.3.6 Procedimentos de recolha e tratamento de dados	30
2.3.7 Procedimentos e decisão estatística	33
2.3.8 Procedimentos éticos.....	34
2.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	35
2.5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
2.6. CONTRIBUTOS E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO EM ENFERMAGEM	61
2.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	63
2.8. CONCLUSÕES.....	64
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	67

3.1 A COMUNIDADE COMO UNIDADE DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	69
3.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	70
3.2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	70
3.2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	71
3.2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	73
3.2.4 Domínio das Aprendizagens Profissionais	74
3.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	76
3.3.1 Avaliação do Estado de Saúde de uma Comunidade, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde	77
3.3.2 Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades ...	82
3.3.3 Integração e Coordenação nos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	88
3.3.4 Realização e Cooperação na Vigilância Epidemiológica de âmbito Geodemográfico.....	90
3.4 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	92
CONCLUSÕES.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	110
ANEXO 1 - PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELA USP BARCELOS E ESPOSENDE EM CADA ÁREA FUNCIONAL	111
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA (QSM+) (Sequeira et al.,2014).....	113
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA (Sequeira et al.,2014).....	115
ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE DO IPVC.....	115
ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DAS ERPI PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO	120
APÊNDICES	125
APÊNDICE I – QUADRO DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	126
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.	128
APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	132
APÊNDICE IV – DADOS ADICIONAIS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO ...	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Média do total do QSM+, por classe de classificação da mobilidade. 48

Gráfico 2 Média do total do QSM+, por classe de autopercepção do estado de saúde. 50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Descrição dos fatores do Modelo Multifatorial de SMP (Lluch,1999).	21
Tabela 2	Evolução do nº idosos, índice de envelhecimento e índice de dependência de idosos entre 1960 e 2021 nos concelhos de Barcelos e Esposende.	30
Tabela 3	Itens, pontuação total e classificação por cada fator do construto de SMP.	33
Tabela 4	Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra: frequência absoluta e relativa.	38
Tabela 5	Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas	41
Tabela 6	α -Cronbach na avaliação da consistência interna.	42
Tabela 7	Frequência absoluta e relativa de sujeitos em diferentes níveis de SMP.	42
Tabela 8	Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.	43
Tabela 9	Comparação de médias do QSM+ e suas dimensões segundo o sexo, médias, DP, teste <i>t student</i> e valor de <i>p</i> .	43
Tabela 10	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à opção pela institucionalização, médias, DP, teste <i>t de student</i> e valor de <i>p</i> .	44
Tabela 11	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente às visitas, médias, DP, teste <i>t de student</i> e valor de <i>p</i> .	45
Tabela 12	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à participação em atividades proporcionadas pela instituição, médias, DP, teste <i>t de student</i> e valor de <i>p</i> .	45
Tabela 13	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente a sentir que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição, médias, DP, teste <i>t de student</i> e valor de <i>p</i> .	46
Tabela 14	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à perceção de problemas de sono, médias, DP, teste <i>t de student</i> e valor de <i>p</i> .	47
Tabela 15	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente ao recurso a medicação ansiolítica, médias, DP, teste <i>t de student</i> e valor de <i>p</i> .	47
Tabela 16	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes níveis de mobilidade/dependência autopercecionada, médias, DP, teste <i>one way ANOVA</i> e valor de <i>p</i> .	48
Tabela 17	– Comparação múltipla de médias pelos <i>post-hoc</i> HSD Tukey ou Games-Howell, nas dimensões do QSM+ com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de mobilidade/dependência autopercecionada.	49
Tabela 18	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as diferentes classificações do estado de saúde em geral autopercecionado, médias, DP, teste <i>one way ANOVA</i> e valor de <i>p</i> .	49
Tabela 19	Comparação múltipla de médias pelos <i>post-hoc</i> HSD Tukey ou Games-Howell, nas dimensões do QSM+ com diferenças médias estatisticamente significativas nas classes de estado de saúde autopercecionados.	50
Tabela 20	Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes níveis de dependência, médias, DP, teste <i>one-way ANOVA</i> e valor de <i>p</i> .	51
Tabela 21	Matriz de correlações entre a pontuação total no QSM+ com variáveis nominais dicotómicas, ordinais e quantitativas e valor de <i>p</i> .	52

INTRODUÇÃO

As transformações político-económicas mundiais vieram alterar o mercado de trabalho, nomeadamente ao nível da saúde, tornando-o mais complexo e diversificado e, exigindo a adaptação dos profissionais nomeadamente na aquisição de competências específicas para a prestação de cuidados (Silva, 2018).

O enfermeiro especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular ENPRF do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC).

O ENP cujo relato dos desenvolvimentos se materializa neste relatório decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) Barcelos/Esposende de 1 de março de 2022 a 31 de agosto de 2022 sob orientação da Professora Doutora Maria Carmina Soares Morais.

Tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, o relatório final surge como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Este trabalho tem como objetivo principal refletir criticamente, de forma objetiva e contextualizada o trabalho desenvolvido nesta unidade curricular, analisando de forma criteriosa e fundamentada a organização, estruturação e atividades que compuseram o ENP, integrando uma componente de investigação cujo tema, decorrente da pesquisa e das necessidades identificadas pelo contexto de estágio é a promoção da SMP como estratégia de empoderamento para um ES.

O envelhecimento constitui o culminar do sucesso do desenvolvimento humano. Se por um lado o envelhecimento é sinónimo de ganhos, traduzido pela longevidade dos indivíduos, por outro, pressupõe responsabilidade acrescida e interdisciplinar na resposta às necessidades das pessoas mais velhas (Araújo et.al,2021).

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda mudanças profundas na maneira de formular políticas em saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão a envelhecer (WHO, 2015).

O plano para a Década do ES 2021-2030, declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020, é a principal estratégia para alcançar e apoiar ações de construção de uma sociedade mais justa e saudável para todas as idades. Segundo a OMS,

o ES é o processo de fomentar e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar em idades avançadas. Existem diferentes formas de promover o ES, mas todas terão um objetivo comum: promover a capacidade funcional. Entende-se que a tónica é menos colocada no indivíduo e mais no ambiente e na forma como pode ser maximizada essa capacidade funcional dos indivíduos (WHO, 2015).

Neste contexto, a promoção da SMP como estratégia de empoderamento para um ES deve ser uma prioridade para garantir à população idosa melhor qualidade de vida, fazendo o melhor uso dos recursos comunitários e de saúde pública disponíveis.

A SMP é definida como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, o que salienta a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial (Lluch, 2002,2003). Consiste assim em tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e condutas.

Na ausência de resposta no seu meio natural de vida, a pessoa idosa tem, muitas vezes, que recorrer à institucionalização para ver asseguradas as suas necessidades. Os impactos da institucionalização podem ser muito negativos, sobretudo se não tiver sido opção do próprio recorrer a esta resposta social.

As ações de promoção da saúde tendo como público-alvo as pessoas idosas, demonstram ter um efeito benéfico na manutenção e melhoria da qualidade de vida, contribuindo para um ES (Aung et al.,2020; Chiu et al., 2020; Leandro et al.,2019; Polat & Karasu,2022), sendo o mestre em Enfermagem Comunitária e futuro EEECC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública uma peça fundamental, pelas competências específicas que lhe são reconhecidas.

O envelhecimento populacional das nossas sociedades deve, assim, ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se colocar o foco numa perspetiva positiva de promoção da saúde ao longo da vida, independentemente do *setting* em que se encontrem. Procura-se, pois, que as intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentem a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal promotor da sua saúde. A institucionalização constitui uma das respostas ao envelhecimento, revestida de especificidades próprias. Aliás, muito recentemente a crise pandémica veio evidenciar ainda mais essas especificidades sociais, físicas, culturais e até espirituais e de saúde.

Assim, a componente de investigação do ENP desencadeou-se com a seguinte questão de partida: **Qual o nível de SMP da pessoa idosa institucionalizada em ERPI e suas determinantes?**

Este estudo tem como finalidade contribuir para a promoção da SMP de pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cávado III Barcelos/Esposende, como estratégia de empoderamento para um ES, a partir das vozes das pessoas idosas.

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo que segue o paradigma construtivista, numa abordagem quantitativa, de carácter observacional, transversal e descritivo-correlacional.

Este estudo, bem como as competências adquiridas durante o estágio constituíram o enfoque central, ainda que não o único, do presente relatório. Assim, este encontra-se estruturado em três grandes capítulos: o primeiro onde é caracterizado o contexto da prática clínica, tanto do ENP, como também dos dois estágios que o antecederam e que contribuíram sobremaneira para a aquisição das competências comuns e específicas de EEEC na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; o segundo capítulo onde é apresentado o trabalho de investigação desenvolvido no ENP, com a apresentação, análise e discussão dos principais resultados; o terceiro capítulo descreve e analisa criticamente as atividades desenvolvidas no ENP para a aquisição das competências do EEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Os estágios realizados ao longo deste curso de Mestrado, de acordo com o plano de estudos aprovado no Despacho nº 2598/2021 de 8 de Março de 2021¹, enquadrados nas unidades curriculares de Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Comunitária e ENPRF, realizaram-se respetivamente na USP de Barcelos e Esposende de 27 de setembro de 2021 a 30 de novembro de 2021, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Barcelos Norte de 2 de dezembro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022 e o ENP realizou-se na USP Barcelos e Esposende de 1 de março de 2022 a 31 de agosto de 2022.

Far-se-á agora uma breve descrição das duas unidades, incidindo com mais pormenor na da USP, por ter sido a unidade onde o tempo de permanência foi maior e onde decorreu o ENP. Estas duas unidades pertencem ao ACeS Cávado III Barcelos/Esposende.

Os ACeS, de acordo com o 34º artigo do capítulo III do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto², que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, têm por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população de determinada área geográfica e para a fazer cumprir desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e de tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados. Desenvolvem, também, atividades de vigilância epidemiológica e de investigação em saúde e participam na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua.

O ACeS Cávado III Barcelos/Esposende é constituído pelos concelhos de Barcelos e Esposende e segundo o Bilhete de Identidade dos CSP³ apresenta 21 Unidades Funcionais (UF): 12 Unidades de Saúde Familiar, 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 UCC e 1 USP, onde se incluem 101 médicos, 27 médicos internos, 155 enfermeiros, 102 secretários clínicos e 48 outros profissionais (técnicos superiores, assistentes técnicos, e assistentes operacionais), para uma população inscrita de 161463 utentes.

¹ Despacho nº 2598/2021 de 8 de março de 2021: Alterações ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <https://files.dre.pt/2s/2021/03/046000000/0032100322.pdf>

² Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 de agosto de 2022: Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

³ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/Pages/default.aspx>

1.1. A UCC BARCELOS NORTE

A UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na Educação para a Saúde (EpS) na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro)

A UCC Barcelos Norte, iniciou a sua atividade a 28 de abril de 2011 e abrange um número total de 66 294 utentes de 17 freguesias do concelho de Barcelos, sendo que 3309 se situam na faixa igual ou inferior a 6 anos, 49619 na faixa etária dos 7-64 anos, 7379 dos 65-74 anos e 5987 utentes apresentam idade igual ou superior a 75 anos. Para este número de utentes abrangidos, a unidade conta com uma equipa de 9 enfermeiros distribuídos pelas seguintes especialidades: 1 enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 1 enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 1 Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária; 3 enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 1 enfermeira de Cuidados Gerais.

Relativamente aos recursos humanos pertencentes a outros grupos profissionais e que integram a unidade a tempo parcial a unidade conta com: 1 médico especialista em Medicina Geral e Familiar, 1 Assistente Social, 1 Nutricionista, 1 Terapeuta da fala e 1 Assistente Técnico.

A UCC Barcelos Norte tem como missão⁴ contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende em que se integra. A orientação no contexto da prática clínica do estágio de Enfermagem Comunitária foi realizada pela Enfermeira Coordenadora Conceição Ferreira e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Sandra Peixoto.

⁴ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/1030255/Pages/default.aspx>

1.2 A USP BARCELOS E ESPOSENDE

Os serviços de saúde pública têm como funções promover a saúde, prevenir a doença e prolongar a vida saudável da população, atuando na preparação e resposta a emergências de saúde pública, em articulação com a saúde alimentar, ambiental e animal (Decreto-Lei nº 52/2022 de 4 de agosto).

À USP compete, na área geodemográfica do ACeS em que se integra, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro).

A USP Barcelos e Esposende, onde decorreram o primeiro estágio e o ENP é constituída por médicos de saúde pública, EEEC na área de Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos de saúde ambiental, podendo integrar outros profissionais, que forem considerados necessários na área da saúde pública, nomeadamente os que garantem o apoio administrativo.

Tem como missão⁵ contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

A USP articula e partilha informação com as outras unidades integradas no ACeS, com o Hospital S. Maria Maior, E.P.E. e com as instituições públicas e privadas relevantes para a saúde da comunidade, nomeadamente com a Câmara Municipal de Barcelos no que concerne, por exemplo à emanação de orientações e conselhos à população em temas de saúde.

Devido à situação pandémica⁶ ocorrida nos últimos dois anos, a USP viu alteradas as suas prioridades de intervenção, direcionando a sua atividade para a gestão da pandemia. Assim, o plano de atividades da USP em que se baseia este relatório é o plano de atividades

⁵ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/1030220/Pages/default.aspx>

⁶ O novo coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença Covid-19, foi identificado pela primeira vez em janeiro de 2020 na China, na cidade de Wuhan. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto como Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e, em 11 de março de 2020, como pandemia. <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/novo-coronavirus-sars-cov-2-covid-19/>

2019-2021, que é o que atualmente ainda está em vigor. O próximo plano de atividades, encontra-se em fase de finalização.

Segundo o Plano de Atividades 2019-2021⁷, a USP organiza-se por áreas funcionais e cada uma é coordenada por um profissional, responsável pela mesma, ao qual cabe apoiar, monitorizar e harmonizar o desenvolvimento das atividades que integram cada área funcional. As diferentes áreas articulam entre si, quando programas ou projetos envolvam mais que uma área funcional, de modo a garantir o bom funcionamento dos mesmos. Compete às áreas funcionais propor a adoção de medidas concretas para prevenir, minimizar ou eliminar riscos identificados para a saúde da população, ou outras medidas consideradas eficazes ou adequadas para a elevação do nível de saúde da população e para a prevenção da doença. As quatro áreas funcionais em que a USP se encontra organizada são as seguintes:

- **Área do Planeamento e Administração em Saúde** - A área do planeamento e administração em saúde tem como objetivo elaborar informação e planos na área da saúde pública, funcionar como observatório da saúde e desenvolver modelos de intervenção adequados tendo em vista a obtenção do binómio eficácia-eficiência dos serviços.
- **Área da Promoção e Proteção da Saúde** - Esta área assume o papel de elemento catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais que fomentem uma efetiva e integrada intervenção contribuindo de uma forma abrangente para alteração de estilos de vida e comportamentos.
- **Área da Vigilância Epidemiológica** - A esta área compete realizar vigilância e investigação epidemiológica dos fenómenos de saúde e seus determinantes, atuando sobre os mesmos, promovendo a articulação com as restantes unidades funcionais do ACeS e instituições de referência, numa perspetiva de contribuir para a diminuição da ocorrência de situações de doença e avaliação dos riscos a que a comunidade está sujeita.
- **Área da Saúde Ambiental** - A área da saúde ambiental tem como funções a organização, coordenação e apoio a todas as ações de vigilância destinadas a prevenir, localizar e identificar os riscos ambientais e ocupacionais para a saúde ocasionados por fenómenos naturais e/ou atividades humanas.

⁷ Plano de Atividades da Unidade de Saúde Pública Barcelos e Esposende 2019-2021, disponível para consulta na referida unidade.

Em cada área funcional são definidos programas com um conjunto de objetivos e atividades a serem implementados. No Anexo I poderá ser consultado o quadro com os programas associados a cada área funcional.

De um modo geral, o impacto da pandemia COVID-19 na atividade assistencial em saúde foi muito relevante, com reflexo na qualidade dos cuidados de saúde prestados, sobretudo pela sobrecarga de trabalho imposta essencialmente nos CSP, com as tarefas dedicadas estritamente à pandemia. Assim, investir nos CSP foi considerada uma necessidade exposta pela atual pandemia, uma vez que este nível de cuidados representa a pedra angular para a recuperação global no pós-pandemia, porque representa a mais inclusiva, efetiva e eficiente forma de proteger o bem-estar e a saúde global das populações (Coelho, 2021).

Durante o ENP foi possível acompanhar uma nova fase de reestruturação dos programas da USP e definição de objetivos e metas a serem atingidos, tendo em conta a retoma da atividade assistencial que até então tinha estado suspensa.

A orientação no contexto da prática clínica do ENP foi realizada pela Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária, Rosa Zambrano.

2- TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

Uma das razões para o envelhecimento se ter tornado uma questão política chave, é que tanto a proporção como o número absoluto de pessoas idosas está a aumentar em todo o mundo; por um lado, pelo aumento da esperança média de vida e por outro, pela diminuição da taxa de fecundidade (WHO,2015).

O envelhecimento constitui o culminar do sucesso do desenvolvimento humano. Se por um lado o envelhecimento é sinónimo de ganhos, traduzido pela longevidade dos indivíduos, por outro, pressupõe responsabilidade acrescida e interdisciplinar na resposta às necessidades das pessoas mais velhas (Araújo et.al, 2021).

A promoção da SMP para um ES deve ser uma prioridade para garantir uma população idosa com mais qualidade de vida, fazendo o melhor uso dos recursos comunitários e de saúde pública disponíveis.

O estudo de investigação que se apresenta surge enquadrado no ENP que decorreu na USP Barcelos e Esposende e tem como finalidade contribuir para a promoção da SMP das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, como estratégia de empoderamento para um ES, a partir das vozes das pessoas idosas. Perceber se existe relação entre o nível de SMP e um conjunto de determinantes sociodemográficas e clínicas, ajudará a conhecer a realidade das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI, definindo linhas estratégicas de ação, através da recolha de dados científicos que permitirão a implementação de projetos que vão de encontro àquelas que são as necessidades percebidas de todos os envolvidos, permitindo a obtenção de ganhos numa perspetiva salutogénica, num caminho de coprodução em saúde.

Este estudo integra-se num projeto de investigação mais abrangente que engloba quatro temáticas - SMP, Qualidade de Vida, Solidão e Ansiedade - aplicadas à mesma população e surge da necessidade da USP caracterizar este grupo da população, através de uma avaliação multidimensional, integrado no programa de vigilância das condições de instalação e funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social.

Este estudo de investigação inicia com um enquadramento teórico onde são apresentados os conceitos fundamentais que definem a linha orientadora da investigação; segue-se a apresentação das opções metodológicas; apresentação dos resultados; análise e discussão dos resultados colocando-os lado a lado com a mais recente evidência científica e

por fim as principais limitações, contributos para a prática, investigação, gestão e formação em enfermagem e termina com as principais conclusões e implicações futuras.

2.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.2.1 Envelhecimento Saudável

Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver para além dos 60 anos, sendo que as consequências para a saúde serão profundas (WHO, 2015).

Efetivamente, a esperança de vida tem vindo a aumentar e é cada vez mais frequente atingir os 100 anos. A esperança média de vida ronda os 84 anos em muitos países europeus, tal como em Portugal. Também ao nível macrodemográfico, a população portuguesa é das mais envelhecidas do mundo, sendo o envelhecimento uma característica estrutural das sociedades modernas (Fernandes et al., 2022).

Os dados mais recentes, embora ainda provisórios dos Censos 2021, dão conta de um índice de envelhecimento em Portugal de cerca de 182%, tendo este valor quase duplicado num período de 20 anos e sendo cerca de 7 vezes maior se nos remontarmos ao ano de 1960. Já o índice de dependência de idosos é de cerca de 37% (Pordata, 2022).

Se as pessoas viverem esses anos extras de vida com boa saúde, haverá poucos limites para sua capacidade de fazer o que valorizam. Mas se esses anos extras forem caracterizados pelo declínio da capacidade física e mental, as consequências para as pessoas idosas e para a sociedade serão muito mais negativas (WHO, 2015).

Uma vida mais longa não é sempre acompanhada de boa saúde e a prevalência das doenças crónicas bem como os custos que lhes estão associados continuam a aumentar (Oxley, 2009 in Canhestro e Basto, 2016).

O Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da OMS recomenda mudanças profundas na maneira de formular políticas em saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão a envelhecer. Este documento procura avançar o debate sobre a resposta de saúde pública mais apropriada ao envelhecimento das populações em direção a um território novo e muito mais amplo. Traça uma mensagem principal: a de que o envelhecimento da população pode ser considerado uma preciosa oportunidade tanto para os indivíduos como para as sociedades e que uma ação de saúde pública abrangente relacionada com o Envelhecimento é uma necessidade urgente (WHO, 2015).

O plano para a Década do ES 2021-2030, baseia-se nas orientações do relatório acima referido, ajustado ao calendário da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), pretendendo ser uma década de “colaboração concertada, catalisadora e sustentável”, em que as pessoas idosas serão o centro do plano e que aglutinará esforços dos governos, sociedade civil, organismos internacionais, profissionais, instituições académicas, meios de comunicação social e setor privado para melhorar a vida destas pessoas, bem como das suas famílias e comunidades (WHO, 2020).

Segundo a OMS, o ES é o processo de fomentar e manter a capacidade funcional que permite o bem-estar em idades avançadas (WHO, 2015).

Segundo o The Swedish National Institute of Public Health (2007), o ES é: *“the process of optimising opportunities for physical, social and mental health to enable older people to take an active part in society without discrimination and to enjoy an independent and good quality of life”* (p.8).

O relatório da OMS sobre Envelhecimento e Saúde elenca três conceitos importantes: o de capacidade funcional, o de capacidade intrínseca e o de ambiente. A capacidade funcional compreende os atributos relacionados com a saúde que permitem a uma pessoa ser e fazer o que é importante para ela. Compreende a capacidade intrínseca da pessoa, as características do ambiente que afetam essa capacidade e as interações entre a pessoa e essas características. A capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais da pessoa. Compreende a herança genética do indivíduo, juntamente com as características pessoais (algumas fixas como a idade e o sexo e outras que são moldadas pelo contexto onde está inserido como o nível de escolaridade, a profissão, etc.), as características de saúde (são as que surgem - além das alterações normais do processo fisiológico de envelhecimento- por exposição a influências positivas e negativas do contexto, como fatores de risco (hipertensão arterial, p.e.), doenças, lesões e síndromes geriátricos mais amplos). O ambiente compreende todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto de vida (lar, comunidade e sociedade em geral; as pessoas e as suas relações, as atitudes e valores, as políticas de saúde, sociais e os sistemas que as sustentam) (WHO, 2015).

Fomentar a capacidade funcional diz respeito, por exemplo, à capacidade de uma pessoa idosa, com condições físicas limitadas, poder conservar a mobilidade que necessita se utilizar um dispositivo de apoio e viver perto de um meio de transporte público com acesso a pessoas com mobilidade reduzida, enquanto outra, sem essas condições terá mais

dificuldade em movimentar-se. Existem diferentes formas de promover o ES, mas todas terão um objetivo comum: promover a capacidade funcional (WHO, 2015).

Entende-se que a tónica é menos colocada no indivíduo e mais no ambiente e na forma como pode ser maximizada essa capacidade funcional dos indivíduos.

De uma forma geral, as famílias e a sociedade preocupam-se com os custos necessários para a manutenção da saúde das pessoas idosas, esquecendo que o investimento na promoção da capacidade funcional pode trazer imensos benefícios para todos, menos desgaste para as famílias e menos custos para o sistema de saúde a médio prazo (Belasco & Okuno,2019).

O envelhecimento populacional das nossas sociedades deve assim ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se colocar o foco numa perspetiva positiva de promoção da saúde ao longo da vida, em que as intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal promotor da sua saúde. Embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, estes não necessitam de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Canhestro & Basto,2016).

Garantir que as pessoas se mantêm saudáveis até à idade avançada através do desenvolvimento de políticas que promovam o ES, promove o bem-estar e a independência, e a participação das pessoas idosas. Criar um ambiente que ajude as pessoas a prevenir uma saúde pobre, promova a participação ativa nas suas comunidades e apoie as pessoas idosas quando ficam doentes ou necessitem de cuidados é crucial para assegurar que os países possam alcançar o ES. Contudo, o envelhecimento da população e o aumento do número de pessoas idosas nas nossas sociedades irá requerer muitas mudanças no mercado de trabalho e particularmente nos sistemas de assistência social e nos sistemas de saúde, pelo que se as políticas não forem adaptadas apropriadamente poderão conduzir a uma desaceleração no progresso social e económico (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021).

“A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, contudo há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade” (Portugal, 2017, p.8).

Fomentar um ES exigirá adotar medidas em múltiplos níveis e setores, dirigidas a prevenir a doença, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e facilitar a capacidade funcional (WHO, 2020).

2.2.2 Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável

O conceito de promoção da saúde surge em 1986, em *Ottawa*, como sendo o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

A orientação salutogénica surge como linha orientadora no sentido de desviar o foco dos fatores de risco para se concentrar na saúde, olhando o “todo” da pessoa, em vez da doença. Assim, o modelo salutogénico é útil em todos os campos dos cuidados de saúde, mas é especificamente importante para a promoção da saúde (Antonovsky, 1996).

A pandemia COVID-19 mostrou claramente que o mundo precisa de se comprometer com uma abordagem transformadora que promova a saúde e o bem-estar, sendo que as cinco estratégias definidas pela Carta de *Ottawa* continuam válidas, mas é necessário implementá-las de uma forma criativa num mundo muito diferente definido pelas rápidas mudanças políticas, sociais, económicas e ambientais bem como por uma profunda transformação tecnológica e digital (Kickbusch,2021).

Uma das áreas mais afetadas pela pandemia COVID-19 foi a da promoção da saúde, sendo por isso necessário desenvolver e implementar estratégias de intervenção efetivas para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas bem como prevenir problemas de saúde (Polat & Karasu,2022).

A pandemia mostrou a importância da necessidade de um sistema de saúde forte e da colaboração intersectorial para proteger a saúde das populações e promover a equidade. Assim, no período de recuperação pós pandémico é necessário passar de uma lógica de proteção da saúde para uma lógica de prevenção e promoção da saúde em todas as políticas (Diallo,2022).

A promoção da saúde das pessoas idosas deve ser uma componente importante de qualquer estratégia de promoção da saúde da população ao longo do ciclo de vida, desenvolvendo não apenas a capacitação individual, mas também a capacitação da comunidade, de acordo com os princípios basilares da promoção da saúde (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019).

As ações de promoção da saúde tendo como público-alvo as pessoas idosas, demonstram ter um efeito benéfico na manutenção e melhoria da qualidade de vida, contribuindo para um ES (Aung et al.,2020; Chiu et al., 2020; Leandro et al.,2019; Polat & Karasu,2022). Estas ações ganham especial relevância devido ao envelhecimento acelerado da população portuguesa, tornando a promoção da saúde mental necessariamente uma componente crucial dessas ações (CNS,2019).

2.2.3 Saúde Mental e Envelhecimento Saudável

A OMS define Saúde Mental como “um estado de bem-estar em que o indivíduo compreende as suas próprias habilidades, consegue lidar com o normal stress da vida, trabalha de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de dar o seu contributo para a comunidade” (WHO, 2021a, p.1).

É necessário integrar a promoção da saúde e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde da população de forma abrangente, e os governos têm um papel importante no uso de informações sobre fatores de risco e proteção para a saúde mental para implementar ações de prevenção de patologias mentais e proteger e promover a saúde mental em todas as fases da vida (WHO, 2021a).

Em Portugal têm sido feitos esforços, desde a publicação da Lei da Saúde Mental⁸ em 1998, para colocar em destaque a saúde mental por ser uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos, interdependente da saúde física, e o peso económico da doença mental no nosso país ser apontado (num valor subestimado) em 3,7% do PIB. Apesar da sua importância central no bem-estar dos indivíduos e impacto transversal na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, não tem sido considerada uma prioridade a nível das políticas de saúde e das comunidades (CNS, 2019).

Segundo o mesmo relatório (CNS, 2019), o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e extensão a 2020, definiu as estratégias para a área da saúde mental, incluindo a reforma dos serviços de saúde mental. Porém, embora contenha objetivos concretos, o Plano não teve o apoio político e os recursos financeiros necessários à sua plena implementação.

⁸ Lei n.º 36/98 de 24 de julho de 1998- Lei da Saúde Mental. <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>

A nível internacional, foi criado o Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS 2013-2020 em maio de 2013. Em 2019, o plano de ação foi estendido até 2030. Em 2021, a 74ª Assembleia Mundial da Saúde endossou atualizações do plano de ação, incluindo atualizações das opções de implementação e indicadores do plano. Este Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental 2013-2030 atualizado baseia-se no seu antecessor e estabelece ações para promover a saúde mental e o bem-estar para todos, para prevenir condições de doença mental para as pessoas em risco e alcançar a cobertura universal dos serviços de saúde mental. Os quatro principais objetivos originais do plano permanecem inalterados: liderança e governança mais eficazes para a saúde mental; a prestação de serviços de assistência social e de saúde mental abrangentes e integrados em contextos comunitários; implementação de estratégias de promoção e prevenção; e sistemas de informação, evidências e pesquisas fortalecidos (WHO, 2021a).

Em Portugal, foi publicado o decreto-lei nº 113/2021 de 14 de dezembro que, com base no documento internacional referido acima, assim como na nova Lei de Bases da saúde, nomeadamente na sua base 13 (estabelece que os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade), bem como dando cumprimento ao Plano de Recuperação e Resiliência (compromisso de reforma da saúde mental), estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, nomeadamente a criação da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, com o objetivo de promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados.

A saúde mental é essencial para o bem-estar e funcionamento plenos dos indivíduos e das comunidades, que geralmente se encontra associada à ausência de patologia mental, mas que vai para além desta, envolvendo de forma significativa capacidades positivas. A ausência de doença mental contribui para a saúde mental, mas não assegura, por si só, uma boa saúde mental. Por outro lado, uma pessoa pode sofrer de uma doença mental e ter, pelo menos em algumas fases da vida, saúde mental (Almeida,2018).

O estado de saúde mental dos indivíduos é um processo dinâmico, ao longo de toda a vida, em que vão variando os níveis de bem-estar e os sintomas de doença. Na tentativa de

manutenção do equilíbrio deste com o ambiente, é necessário promover a componente positiva da saúde mental, capacitando os indivíduos com as ferramentas necessárias para lidar com as circunstâncias adversas, potenciar os fatores de suporte e minimizar os fatores desfavoráveis (CNS,2019).

A maioria das abordagens da saúde mental, sob o ponto de vista da investigação, tem privilegiado o estudo de psicopatologia, com base na existência de sinais e sintomas, em vez do estudo das qualidades que podem proteger as pessoas com problemas de Saúde Mental (Sequeira, [et al.], 2014).

O conceito de SMP foi apresentado pela primeira vez por Marie Jahoda, afastando-se do conceito redutor de mera ausência de doença mental (Jahoda,1958).

Considerou a SMP como um comportamento individual, não coletivo, e estabeleceu que o ambiente social e cultural pode facilitar ou dificultar a consecução da saúde através das normas para avaliar um comportamento saudável que, longe de serem fixas e objetivas variam com o lugar, o tempo, a cultura e as expectativas de cada grupo social (Ortega,2015).

Keyes (2002) operacionaliza o conceito de saúde mental como uma síndrome de sentimentos positivos e funcionais da vida. O diagnóstico de saúde mental completa é descrito como *flourishing* e de saúde mental incompleta é descrito como *languishing*, funcionando o conceito de saúde mental como um continuum.

Com base no trabalho de Jahoda, LLuch propõe-se avaliar empiricamente o modelo conceptual de SMP de Jahoda, uma vez que, apesar de largamente citado em estudos posteriores, o modelo ter sido expandido, nomeadamente no que à avaliação do construto e aos instrumentos para o medir dizia respeito, propondo um modelo multifatorial de SMP constituído por seis fatores que juntos, constituem o constructo de SMP (Lluch,1999).

O modelo multifatorial de SMP é baseado numa visão holística de saúde, considera que existe uma relação estreita entre saúde física e mental (LLuch-Canut *et al.*, 2013) e apresenta os seguintes seis fatores: (F1) Satisfação pessoal; (F2) Atitude pró-social; (F3) Auto-controlo; (F4) Autonomia; (F5) Capacidade de resolução de problemas e (F6) Habilidades de relação interpessoal (Lluch,1999), conforme se descrevem na tabela seguinte:

Tabela 1 – Descrição dos fatores do Modelo Multifatorial de SMP (Lluch,1999).

Fatores do Modelo Multifatorial de SMP	Descrição
(F1) Satisfação Pessoal	Diz respeito à satisfação consigo próprio (autoconceito/autoestima), com a sua vida pessoal e com as perspectivas de futuro.
(F2) Atitude Pró-social	Inclui a sensibilidade da pessoa face ao seu ambiente social, atitude e desejo de ajudar e apoiar os outros e a aceitação dos outros e da diferença.
(F3) Autocontrolo	Refere-se à capacidade da pessoa para enfrentar o stress e situações de conflito, o equilíbrio emocional, a tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress.
(F4) Autonomia	Capacidade de a pessoa tomar as suas próprias decisões, aplicando critérios próprios, autorregulando a própria conduta e mantendo um bom nível de segurança pessoal.
(F5) Resolução de Problemas e Autoatualização	Faz referência à capacidade da pessoa para tomar decisões e ir resolvendo os problemas que a vida apresenta assim como a capacidade para adaptar-se à mudança, desenvolvendo uma atitude flexível e de crescimento pessoal contínuo.
(F6) Habilidades de Relação Interpessoal	Diz respeito à capacidade da pessoa para comunicar e estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o meio envolvente e a habilidade de comunicar sentimentos, de dar e receber afeto.

Nota: Fonte: Lluch, 2020

Estes fatores são necessários para a manutenção de uma SMP e permitem ao ser humano desenvolver capacidades para enfrentar a sua vida diária (Alves,2020).

Este modelo sustenta-se em determinados postulados (Lluch,2020):

- a) A SMP é um estado dinâmico e flutuante;
- b) A SMP engloba sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos e negativos;
- c) A SMP tem alguns limites que são necessários controlar; [todos os estados emocionais (tristeza, alegria, p.e.) têm limites que, se se ultrapassam (por defeito ou por excesso) podem provocar patologia]
- d) Os fatores que enformam o Modelo Multifatorial de SMP estão interrelacionados de forma que uns podem compensar os outros.

A autora apresenta a SMP como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, o que salienta a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial (Lluch, 2002,2003). Consiste assim em tentar estar e sentir-se o melhor possível

dentro das circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e condutas.

Este conceito reforça a ideia de que é importante viver e sentir todos os momentos agindo conforme cada um, permitindo a expressão de sentimentos, canalizando-os e gerindo-os de forma coerente. Este ponto é importante, por exemplo numa situação de perda, em que chorar e acompanhar são aspetos positivos da vida (Alves et al.2020).

Os resultados dos vários estudos realizados ao longo dos anos, suportam a definição de SMP como um constructo dinâmico e flutuante ao longo da vida, que inclui pensamentos e sentimentos tanto positivos como negativos (Mantas et al., 2015). Para avaliar o Modelo multifatorial, Lluh (1999) criou e validou o questionário de SMP que foi posteriormente traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira et al. (2014).

A principal característica do ES é a capacidade de aceitar as mudanças fisiológicas decorrentes da idade, sendo que as doenças e limitações não impedem a vivência pessoal de uma velhice bem-sucedida (Castro et al.,2020). A saúde mental das pessoas idosas pode ser fomentada através da promoção de hábitos ativos e saudáveis. É, para isso necessário, criar condições de vida e ambientes/contextos que melhorem o bem-estar e estimulem as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis e integrados. A promoção da saúde mental depende em grande medida de estratégias que levem a pessoa idosa a dispor dos recursos necessários à satisfação das suas necessidades básicas, pelo que as políticas não podem ser apenas voltadas para a prevenção da doença, mas devem ser capazes de capacitar e desenvolver atividades que substituam funções perdidas e que estimulem a participação ativa da pessoa idosa na sua saúde e em aspetos da vida social (OMS, 2017).

2.2.4 A promoção da Saúde Mental Positiva em ERPI

Atualmente, as condições de habitabilidade, a presença da mulher no mercado de trabalho (sendo ela, anteriormente, vista como a principal cuidadora dos pais e dos sogros); a diminuição da taxa de natalidade (o que reduz as famílias e a disponibilidade de cuidadores familiares); os novos tipos de famílias – mães/pais solteiros, casais divorciados ou sem filhos – tornam difíceis as oportunidades de experienciar o envelhecimento no ambiente familiar. Consequentemente, os aumentos das taxas de institucionalização refletem, não só o aumento do tempo de vida, mas também, o aumento do número de pessoas idosas, o aumento do número de pessoas idosas com incapacidades e as dificuldades crescentes das famílias em dar suporte a esses membros da família (Lima, 2010).

Na ausência de resposta no seu meio natural de vida, a pessoa idosa necessita de especiais empenho e competência das respostas sociais para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada indivíduo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia. Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso a essas respostas sociais, em que se inclui o alojamento em Estrutura Residencial, a título temporário ou permanente (Portugal, 2005).

Considera-se ERPI, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem e tem como objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (Portaria nº67/2012, 2012).

É fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que as pessoas idosas são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspectiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos (Portugal, 2005).

Desta forma, e de modo a evitar um processo doloroso entre a passagem do meio familiar para o institucional, é desejável que a opção da institucionalização provenha da própria vontade da pessoa. O modo como a pessoa se adapta à vida institucional está diretamente relacionada com a forma como essa decisão foi tomada (Faria & Carmo, 2015).

No que se refere aos efeitos da institucionalização, os dados são aparentemente contraditórios, dando conta da complexidade do fenómeno. Os efeitos negativos ou positivos da institucionalização são influenciados pelo contexto e pela instituição, por um lado, e pelas diferenças individuais e a capacidade de adaptação por outro (Rosa,2012). Mais recentemente, numa revisão integrativa realizada por Leal et al. (2021) dão-nos conta que a institucionalização da pessoa idosa pode provocar mudanças nos aspetos que englobam a saúde mental, resultando em fragilidade.

O mesmo estudo revela que a ausência da companhia diária dos seus familiares, habitar num local diferente do seu lar e com pessoas desconhecidas, além de muitas vezes já possuir limitações devido à presença de doenças crónicas, favorecem o isolamento social, a solidão e a sensação de abandono. Ainda assim, promover um cuidado individualizado que aborde os aspetos sociais, emocionais, espirituais e físicos prestados pela equipa de enfermagem estimulam a manutenção da qualidade de vida e saúde mental da pessoa idosa (Leal et al.,2021).

O estudo “Impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS e seus utentes em Portugal”, elaborado pela ATES – Área Transversal de Economia Social do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa, em colaboração com a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, visou compreender o impacto da pandemia de COVID-19 nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e nos seus utentes e deu conta que o grupo mais afetado pela pandemia de COVID-19 foram os idosos. As principais razões que afetaram os utentes das IPSS decorreram da situação de isolamento a que estiveram sujeitos, nomeadamente solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress e ansiedade, tristeza e medo assim como o agravamento de doença mental ou cognitiva preexistente, a regressão da capacidade locomotora e o agravamento geral do estado de saúde (Martins e Pinto, 2021).

Desta forma, cuidar da saúde mental é extremamente importante e a participação em atividades em grupo, de que estes contextos são facilitadores, tem um papel importante. Em grupo, as pessoas idosas compartilham as suas emoções, trocam experiências, e participam em atividades diversas, que contribuem para melhorar a qualidade de vida. A participação em grupos favorece mudanças no estilo de vida, uma vez que neles são realizadas atividades culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas, de lazer e convivência. Dessa forma, podemos perceber que os grupos de convivência possibilitam que as pessoas idosas recuperem a sua autonomia, desenvolvam meios para viver de forma digna dentro de um parâmetro considerado saudável (Castro et al., 2020). Neste sentido é que possibilitar às pessoas mais velhas decidir e participar nas atividades das instituições a que pertencem é fundamental na promoção do seu bem-estar (Rosa, 2012).

Nas instituições, é importante implementar projetos com as pessoas idosas e não para as pessoas idosas. É necessário passar da perspetiva assistencialista e dar-lhes voz e oportunidades para participarem socialmente. É necessário promover o trabalho em rede de *stakeholders* com vista a uma maior partilha de boas práticas e de conhecimento. Promover

a liderança e capacitação, ou seja, aproveitar os conhecimentos das pessoas idosas e reconhecer que estas são capazes de continuar a adquirir competências afigura-se como outra área de ação. Não menos importante é o reforço da investigação, dos dados e da inovação para que as políticas possam ser desenhadas com base no conhecimento profundo da realidade e não com base no senso comum (Matos, 2021).

2.2.5 O EEEEC como agente facilitador do empoderamento para um Envelhecimento Saudável

Não se pode evitar o envelhecimento e, à medida que envelhecemos, o risco de desenvolver doenças aumenta, mas pode tornar-se mais suportável proporcionando apoio, mantendo/otimizando a autonomia e promovendo hábitos físicos, mentais e sociais saudáveis (OMS, 2017).

A promoção do ES é um imperativo internacional para os decisores políticos e para os profissionais, porque as pessoas e as comunidades necessitam de aumentar o conhecimento sobre a forma de promover uma boa saúde, de modo a evitar os efeitos negativos relacionados com o envelhecimento (Canhestro & Basto, 2016).

“Aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas é um ponto de referência para a formulação de um modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação, e imprima dinâmicas e sinergias de cooperação entre interventores e instituições no âmbito dos diversos programas prioritários e outros programas e projetos da saúde e vários parceiros empenhados na melhoria dos padrões de saúde, de participação, de segurança e de investigação.” (Portugal, 2017, p.6).

O Plano Local de Saúde (PLS) é um documento estratégico com orientações para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos públicos ou privados, da área da saúde e de outros setores de atividade, possam contribuir para a promoção e obtenção de ganhos em saúde de toda a população residente na área de influência dos ACeS (Portugal, 2016).

O EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, assume, na atualidade, um papel fundamental na promoção da saúde, integrando a coordenação dos programas e projetos de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), com vista à melhoria da saúde das pessoas.

A promoção da SMP como estratégia de empoderamento para um ES, surge como temática a investigar, tendo por base, além das necessidades identificadas pela pesquisa bibliográfica realizada e pelos diversos documentos nacionais e internacionais, as necessidades identificadas na sequência da auscultação dos profissionais da USP, que referiram algumas questões importantes, nomeadamente: a falta de dados de caracterização da população idosa residente em ERPI da área de abrangência do ACeS, o facto da Saúde Mental surgir, no novo PLS que está a ser elaborado, como uma prioridade de intervenção, e o facto de recentemente o EEEC integrar o programa de Vigilância das Condições de Instalação e Funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social, passando a integrar também a vigilância das condições de saúde dos mesmos.

É importante que estes enfermeiros especialistas e os que realizam agora o percurso formativo com vista à especialização na área, percebam o seu papel enquanto dinamizadores e impulsionadores de projetos que se traduzam em valor para a saúde, e tenham consciência de que o seu trabalho pode e deve, efetivamente influenciar as políticas de saúde; mais ainda, o EEEC na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pelas competências que lhe são reconhecidas, tem à sua disposição ferramentas que, ao serem utilizadas com rigor e competência, permitem que o enfermeiro tenha uma voz ativa na formulação de políticas de saúde que sejam o reflexo da qualidade do seu trabalho.

Na literatura não foram encontrados estudos que avaliassem o nível de SMP especificamente na população idosa, nem tão pouco na população idosa residente em ERPI. Existem, no entanto, alguns estudos que, não tendo como objetivo principal analisar a população idosa, acabaram por ter uma amostra maioritariamente de pessoas idosas e por isso serão utilizados para comparar com os resultados obtidos neste estudo.

Foram encontrados na literatura alguns estudos internacionais e nacionais que avaliaram o nível de SMP em diversas populações e que a seguir se apresentam.

A nível internacional Lluh-Canut *et al*, 2013, avaliaram o nível de SMP em pessoas com condições crónicas de saúde e a sua correlação com variáveis sociodemográficas e o *status* físico de saúde, tendo a maioria dos sujeitos apresentado níveis intermédios ou altos de SMP. Na amostra em estudo a maioria dos sujeitos eram pessoas idosas e com baixo nível de escolaridade (ensino básico ou analfabetismo). Não foram encontradas neste estudo diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na pontuação total, no entanto na análise por fatores as mulheres têm uma pontuação superior no fator Atitude Pró-social e Habilidades de Relação Interpessoal enquanto os homens pontuam mais nos fatores

Satisfação Pessoal e Autocontrole. Não foram correlacionados os valores de SMP com a escolaridade. De um modo geral também não foi identificada nenhuma condição crónica específica que estivesse correlacionada com a SMP, embora os sujeitos que tomam mais medicação apresentam níveis mais baixos de SMP, tendo este estudo concluído que o aspeto chave não será o tipo de doença que a pessoa tem, mas antes a forma como o problema evolui e a abordagem terapêutica que requer, alertando para a importância de estratégias que maximizem o cuidado e o autocuidado da saúde (física e mental), para que as pessoas acometidas por doenças crónicas possam manter um estado físico e mental ótimo.

No estudo de Llobet *et al*,2020, foi analisada a SMP e o autocuidado em sujeitos com condições crónicas de saúde. Neste estudo a amostra era também constituída maioritariamente por pessoas idosas e com nível de instrução similar ao estudo anterior. A maioria dos sujeitos apresentou níveis altos ou moderados de SMP, tendo sido correlacionada a pontuação da análise fatorial com o sexo, nomeadamente as mulheres que obtiveram maior pontuação nos mesmos fatores do estudo de Lluch-Canut *et al.*,2013, bem como a pontuação dos homens. A relação entre o nível de SMP e o número de condições crónicas não revelou diferenças estatisticamente significativas.

O estudo de Ortega, 2015, analisa a efetividade de um programa de intervenção psicossocial de enfermagem para potenciar o autocuidado e a SMP em pessoas com problemas crónicos de saúde. Apresenta uma amostra maioritariamente de pessoas idosas do sexo feminino, com o nível básico de ensino, com doença crónica. A maioria dos sujeitos estudados apresentaram níveis intermédios de SMP tanto de forma global como por fatores. O Programa de Intervenção Psicossocial de Enfermagem implementado foi efetivo, incrementando a capacidade dos sujeitos para atuarem como agentes de autocuidado e a SMP. Estes resultados reforçam a necessidade da intervenção uma vez que o grupo controle deste estudo diminuiu tanto a capacidade de autocuidado como de SMP.

Mantas *et al.*, 2015, avaliam a SMP e sentido de coerência em profissionais de saúde mental, onde globalmente, a amostra em estudo obteve níveis elevados de sentido de coerência e de SMP.

Hurtado-Pardos *et al.*, 2017, avaliaram o nível de SMP e a prevalência de mal-estar psicológico numa comunidade de professores universitários de enfermagem na Catalunha, tendo obtido uma amostra com níveis elevados de SMP.

O estudo de Sequeira *et al.*, 2020, avaliou o nível de SMP entre estudantes universitários portugueses e espanhóis. A maioria dos sujeitos estudados são do sexo

feminino com uma idade média de 21,5 anos. O score médio obtido através da aplicação do questionário de SMP indicou um nível intermédio de SMP.

O estudo de Teixeira et al., 2022, teve como objetivo avaliar a SMP e sua relação com características sociodemográficas, literacia em saúde mental e a escala de vulnerabilidade psicológica em estudantes universitários portugueses com idades compreendidas entre os 17 e os 62 anos. Os resultados mostraram que a maioria dos alunos revelaram um alto nível de SMP seguido do nível intermédio. Estudantes do sexo masculino relataram maior satisfação pessoal e autonomia em comparação com estudantes do sexo feminino.

Perante a revisão bibliográfica, a SMP da pessoa idosa institucionalizada em ERPI constituiu o objeto do presente estudo. Assume-se, assim, que a proteção das pessoas, nomeadamente dos grupos vulneráveis, bem como a sua capacitação, “trazendo a voz dos cidadãos”, promove a expressão das suas reais necessidades e a tomada de decisão consciente (Gandra & Silva, 2019). Estas emergem de um processo de advocacia inerente aos cuidados de enfermagem nomeadamente na ajuda, defesa e proteção do cliente, (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.33) sendo o EEEC capaz de, ao ser facilitador do empoderamento das comunidades, influenciar também as políticas de saúde. (Figueira et al., 2018).

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 Questão de investigação, Finalidade e Objetivos do Estudo

Definiu-se a seguinte questão de partida, que pretende conduzir toda a investigação (Vilelas, 2020).

- **Qual o nível de Saúde Mental Positiva da pessoa idosa institucionalizada em ERPI e suas determinantes?**

Da revisão bibliográfica realizada e da questão de investigação que nasce da mesma, decorre todo o estudo de investigação que a seguir se apresenta, numa lógica que se pretende participada, onde a promoção da saúde e o empoderamento da pessoa idosa são objetivos a ser alcançados.

Este estudo tem como **finalidade** contribuir para a promoção da SMP das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, como estratégia de empoderamento para um ES, a partir das vozes das pessoas idosas.

Tendo em conta a finalidade do mesmo, definiram-se os seguintes **objetivos**:

1. Avaliar o nível de SMP das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI;
2. Analisar a associação entre o nível de SMP e as determinantes sociodemográficas e clínicas;
3. Obter uma caracterização atualizada da população idosa residente em ERPI.

2.3.2 Tipo de estudo

O paradigma construtivista da investigação científica tem, progressivamente, aumentado a perspectiva de complementaridade e transdisciplinaridade em relação aos fenómenos da saúde (Baixinho et al., 2019), pelo que, atendendo à abordagem quantitativa por um lado e à consideração das vozes das pessoas idosas por outro, este se configura como enformador do estudo que se apresenta. Este é, portanto, um estudo que segue o paradigma construtivista, numa abordagem quantitativa, de carácter observacional, transversal e descritivo-correlacional. Os estudos quantitativos pressupõem a existência de leis gerais que regem os fenómenos, admitindo que as opiniões e informações podem ser traduzidas em números, podendo ser analisadas e classificadas, para, com os resultados obtidos poder ser feita uma generalização da amostra para a população (Vilelas, 2020).

Neste estudo será avaliado o nível de SMP das pessoas idosas, far-se-á uma caracterização das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI e serão analisadas as associações e as correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o nível de SMP.

2.3.3 Caraterização do contexto de estudo

Este estudo foi desenvolvido nas ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende. Tal como o retrato mundial da evolução demográfica, também o ACeS viu a pirâmide etária dos seus utentes sofrer uma reformulação, tendo em conta o aumento do número de pessoas idosas, pelas razões que já se foram enumerando ao longo deste trabalho. Na tabela seguinte apresentam-se os dados relativos à evolução do nº de pessoas idosas, índice de envelhecimento e índice de dependência de idosos ao longo dos anos 1960 até 2021 nos concelhos de Barcelos e Esposende que nos dão conta do aumento de todos os indicadores, registando, por exemplo no concelho de Barcelos, a quase duplicação num espaço de 20 anos (2001-2021) do índice de dependência de idosos e num índice de envelhecimento cerca de três vezes superior em 2021 em relação a 2001 no mesmo concelho.

Tabela 2 – Evolução do nº de pessoas idosas, índice de envelhecimento e índice de dependência de idosos entre 1960 e 2021 nos concelhos de Barcelos e Esposende.

	1960		2001		2011		2021 (dados provisórios)	
	Barcelos	Esposende	Barcelos	Esposende	Barcelos	Esposende	Barcelos	Esposende
Nº de pessoas idosas	5474	1751	13156	4006	16547	5049	23020	7041
Índice de Envelhecimento	17.2	19.9	53.4	60	82.7	89.3	156.4	147.4
Índice de Dependência de Idosos	11.9	13.1	15.8	17.8	19.3	20.1	29.4	30.5

Nota: Fonte: Pordata, 2022

Segundo a Carta Social (<https://www.cartasocial.pt/sintese>), correspondem à área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende 22 ERPI, distribuídas pela cidade de Barcelos e Esposende, com capacidade para 821 pessoas idosas e estando inscritas 820, registando uma ocupação perto dos 100%.

2.3.4 População

A população deste estudo são as pessoas idosas institucionalizadas em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, que aceitaram participar no mesmo. Tendo em conta os objetivos do estudo foram definidos:

❖ Critérios de inclusão

- Pessoa com idade igual ou superior a 65 anos institucionalizada em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende;
- Possuir capacidades cognitivas⁹ para responder ao questionário

❖ Critérios de exclusão

- Não apresentar capacidades cognitivas para responder aos instrumentos de colheita de dados;
- Não falar ou compreender português.

⁹ Foi confirmado com a direção técnica e equipa de enfermagem das ERPI que os idosos que aceitaram participar no estudo possuíam capacidades cognitivas para o fazer segundo o *Mini-mental state*, sendo que foram incluídos os idosos com os seguintes scores (Guerreiro *et al.*, 1994): Analfabetos: > 15 pontos; 1-11 anos e escolaridade: > 21 pontos; escolaridade > 11 anos: > 27 pontos.

2.3.5 Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” (Vilelas, 2020, p.171).

Sendo assim, para o presente estudo foram definidas as seguintes variáveis, que foram operacionalizadas conforme tabela em Apêndice I:

Variável dependente:

- Saúde Mental Positiva

Variáveis independentes:

- Idade
- Sexo
- Número de filhos
- Escolaridade
- Opção pela institucionalização
- Visitas
- Participação nas atividades da instituição
- Sentir que participa ativamente na vida da instituição
- Problemas de sono percebidos
- Recurso a medicação ansiolítica
- Percepção de mobilidade/dependência
- Como classifica o estado de saúde em geral
- Nível de dependência
- Utilização de equipamento adaptativo

2.3.6 Procedimentos de recolha e tratamento de dados

❖ Instrumentos de colheita de dados

Para dar respostas aos objetivos a alcançar com este estudo, foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados: o **Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica** (Apêndice II), elaborado pelo grupo de investigação que permitiu caracterizar a amostra em estudo e fornecer informações importantes acerca das pessoas inquiridas. As últimas questões do questionário diziam respeito a dados relativos à medicação habitual,

anteriores e nível de dependência¹⁰, fornecidos pela direção técnica das ERPI com a autorização das pessoas idosas. Posteriormente foram associadas e correlacionadas com a variável dependente e o **Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)** (Lluch 2003), traduzido e validado para a população portuguesa por Sequeira et al.,2014. (Anexo II).

O QSM+ resulta da tradução para português do *Cuestionario de Salud Mental Positiva* construído por Lluch (1999) com base no modelo multifatorial de Jahoda (1958). Relativamente à adaptação do QSM+ para a população portuguesa, a amostra foi constituída por 942 Estudantes do Ensino Superior de uma Instituição de Ensino Portuguesa e os dados foram recolhidos através de uma plataforma online, tendo sido encontrados valores de *Alpha de Cronbach* 0.92, apresentando assim uma boa consistência interna. Trata-se de um questionário com 39 questões que contém uma série de afirmações sobre a forma de pensar, sentir e agir de cada um, agrupadas em seis dimensões (Satisfação pessoal, Atitude pró-social, Autocontrolo, Autonomia, Capacidade de realização de problemas e Habilidades de realização interpessoal) (Sequeira et al.,2014).

As pontuações variam entre 39 (valor mínimo) e 156 (valor máximo), sendo que quanto maior for o valor obtido maior será o nível de SMP. Neste estudo é adotada a classificação teórica que foi também adotada por Teixeira et al. (2020) numa adaptação do trabalho de Garcia (2016) que categoriza a classificação nos níveis de SMP em Nível baixo ou *Languising*: resultados entre 39-78; Nível intermédio: resultados entre 79-117 e Nível alto ou *Flourishing*: resultados entre 118-156.

As respostas a cada item são apresentadas numa escala de *Likert* de 1 a 4, que diz respeito à frequência com que cada afirmação acontece na vida do indivíduo, respetivamente “sempre ou quase sempre”, “na maioria das vezes”, “algumas vezes” e “raramente ou nunca”. Dos 39 ítems, 19 aparecem formulados de forma positiva e 20 ítems de forma negativa. Os ítems enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36 e 37. Assim, conforme a enunciação do ítem, de forma positiva ou negativa, as respostas apresentadas terão pontuações diferentes. Nos ítems positivos: “sempre

¹⁰ O nível de dependência foi identificado utilizando o índice de Katz (Katz et al.,1963), visto ser a escala de aplicação geriátrica utilizada pelas instituições, com as seguintes atribuições: Dependência total (0 pontos); Dependência grave (1-2 pontos); Dependência moderada (3-4 pontos); Dependência ligeira (5 pontos); Independência (6 pontos).

ou quase sempre” (4 pontos), “na maioria das vezes” (3 pontos), “algumas vezes” (2 pontos), “raramente ou nunca” (1 ponto), sendo pontuados de forma inversa os itens negativos.

O QSM+ permite obter valores totais de SMP ou por fatores específicos conforme se apresenta na tabela seguinte:

Tabela 3 – Itens, pontuação total e classificação por cada fator do construto de SMP

Fator	Itens	Pontuação min. e máx.	Nível Baixo ou Languising	Nível Intermédio	Nível Alto ou Flourishing
Satisfação pessoal (F1)	4,6,7,12,14 ,31,38,39	8/32	8-16	17-24	25-32
Atitude pró-Social (F2)	1,3,23,25,37	5/20	5-10	11-15	16-20
Autocontrolo (F3)	2,5,21,22,26	5/20	5-10	11-15	16-20
Autonomia (F4)	10,13,19,33,34	5/20	5-10	11-15	16-20
Resolução de problemas e auto atualização (F5)	15,16,17,27,28, 29,32,35,36	9/36	9-18	19-27	28-36
Habilidades de relação interpessoal (F6)	8,9,11,18,20,24,30	7/28	7-14	15-21	22-28

Nota: Fonte: Teixeira et al.,2020

A utilização deste questionário na sua versão portuguesa teve a autorização do seu autor (Anexo III), Professor Doutor Carlos Sequeira, bem como da adaptação do ítem nº 30 que originalmente se encontra redigido da seguinte forma: “tenho dificuldade em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes”, que para este contexto específico, e por sugestão do autor, foi redigido da seguinte forma: “tenho dificuldades em relacionar-me com os meus “superiores hierárquicos”, ou seja, pessoas que me possam dizer orientações (enfermeiros, médicos, diretores da instituição...)”.

❖ Período de recolha de dados

Os dados foram obtidos, após a autorização da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do IPVC (Anexo IV), foram recolhidos entre os dias 11 de julho e 31 de agosto de 2022 em 20 ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende. De todas as ERPI, apenas duas não participaram no estudo; sendo que uma delas referiu não ter pessoas idosas com critérios de inclusão para o estudo, e da outra, a equipa de investigação não recebeu, até à data de conclusão da colheita de dados, a aceitação para participar no estudo.

2.3.7 Procedimentos e decisão estatística

Para a análise dos dados do inquérito por questionário foi criada uma matriz no programa estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS - versão 28.0).

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0.05$). Não existem valores omissos.

A análise exploratória de dados incidu sobre a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e pela média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV)¹¹, valores mínimo (Mín) e máximo (Máx) para as variáveis quantitativas.

Os testes paramétricos são globalmente mais potentes do que os não paramétricos, pelo que se recomenda a sua utilização (Marôco, 2007), após se verificar uma distribuição normal para se testar a significância dos valores obtidos.

A verificação da normalidade foi efetuada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* (D), com correção de *Lilliefors*, quando $n \geq 50$ ou pelo teste de *Shapiro-Wilk* (W) quando $n < 50$. Exceto se apresentarem forte assimetria e/ou curtose, ao abrigo do Teorema Limite Central, apenas nas variáveis com $n < 30$ foi importante a suposição da normalidade, para efeito de comparação de médias.

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de *Levene*. No caso de heterocedasticidade foi efetuada a correção dos graus de liberdade.

A comparação entre duas amostras independentes, com variáveis quantitativas com distribuição normal, foi efetuada pelo teste t de medidas independentes. No caso de incumprimento da normalidade, foi usado o teste *U Mann-Whitney*.

A comparação entre três ou mais amostras independentes foi realizada pela *one-way* ANOVA de medidas independentes. No caso de incumprimento dos pressupostos, usamos o teste *H Kruskal-Wallis*. Na presença de diferenças estatisticamente significativas, será usado o *post-hoc* HSD *Tukey* (variâncias homogéneas) ou o teste de *Games-Howell* (variâncias não-homogéneas).

¹¹ coeficiente de variação (CV) (Pestana & Gageiro, 2014; p.111): $CV=(M/DP)*100$, $CV \leq 15\%$ → fraca dispersão; $15\% < CV \leq 30\%$ → moderada dispersão; $CV > 30\%$ → forte dispersão.

O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, r , quando as variáveis são quantitativas com distribuição normal, ou pela correlação de *Spearman* r_s , quando pelo menos uma das variáveis é qualitativa ordinal.

A análise da relação entre uma variável quantitativa e uma variável nominal dicotômica discreta, foi efetuada pelo coeficiente de correlação bisserial de pontos (R_{bp}).

A interpretação da magnitude da correlação (*Pearson*, *Spearman* ou bisserial de pontos) foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana e Gageiro (2014, p.347), para quem independentemente do sinal (+ ou -), se:

R_{bp} ou r ou $r_s \leq 0.19$	correlação Muito Fraca
$0.20 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 0.39$	correlação Fraca
$0.40 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 0.69$	correlação Moderada
$0.70 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 0.89$	correlação Forte
$0.90 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 1.0$	correlação Muito Forte

A consistência interna foi verificada pelo α -*Cronbach*, de acordo com a seguinte classificação (Pestana & Gageiro, 2014; p.531):

Muito Boa	$\alpha \geq 0.90$
Boa	$0.80 \leq \alpha < 0.90$
Razoável	$0.70 \leq \alpha < 0.80$
Fraca	$0.60 \leq \alpha < 0.70$
Inaceitável	$\alpha < 0.60$

2.3.8 Procedimentos éticos

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores, sendo que a Enfermagem como ciência humana, tem preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas (Nunes,2020).

O código de Nuremberga surgiu para balizar as responsabilidades morais do investigador perante os sujeitos em estudo e toda a comunidade científica. O investigador deve, por isso, diligenciar um conjunto de regras que salvaguardem os direitos da população em estudo, sobretudo nas disposições éticas e legais.

O código deontológico do enfermeiro é uma área do conhecimento que define um conjunto de normas com base nos processos do moral e do direito, definindo as boas práticas da profissão de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Enquanto guia norteador da

prática profissional, expressa os deveres e responsabilidades dos enfermeiros para com os direitos da pessoa e comunidade. Como tal, neste trabalho serão seguidas as suas disposições.

Antes de iniciar o estudo, foi solicitado parecer à Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do IPVC. A esta Comissão foi garantido o direito de monitorização. Foi também solicitada autorização à direção técnica de todas as ERPI envolvidas no estudo (Anexo V). A realização deste estudo responde às condições do protocolo da Comissão de ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do IPVC e responde ao circuito de gestão documental estabelecido pelo ACeS e seguido pela USP.

Para a elaboração deste estudo foram tidos em consideração os seguintes princípios que regem a conduta ética em investigação: pedido consentimento legal às pessoas idosas que aceitaram participar do estudo antes da realização do mesmo; sendo explicados a natureza e os objetivos do estudo (Termo de Consentimento Livre e Informado, Apêndice III); respeitada a vontade em colaborar ou não no presente estudo; garantido o direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações, bem como o direito dos participantes selecionados a mudarem de ideias e abandonar a investigação sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificar um eventual abandono, em consonância com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. O grupo de trabalho compromete-se ainda a destruir todo o material produzido no âmbito deste trabalho de investigação, 2 meses após o término do estudo.

2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos, foram aplicados os instrumentos de colheita de dados a **181 pessoas idosas**, residentes em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende.

Devido à extensão dos dados obtidos e para tornar o trabalho mais inteligível, remete-se para Apêndice (IV) as listagens das profissões, antecedentes bem como os testes aplicados para verificação dos pressupostos da normalidade e homocedasticidade.

❖ Caraterização sociodemográfica e clínica

A Tabela 4 apresenta os valores de frequência absoluta (n) e relativa (%) da caracterização sociodemográfica da amostra.

Os resultados demonstraram uma maior proporção de sujeitos do sexo feminino em relação aos sujeitos do sexo masculino (72.4% *versus* 27.6%). A maioria dos sujeitos estão na condição de viuvez (54.1%), seguindo-se o estado civil de solteiro (22.7%).

As profissões mais frequentes são: agricultor/a (28.7%) e operário/a fabril (17.8%). O pedido de reforma antecipada não foi feito pela maioria dos sujeitos (58%). Contudo, nos casos em que tal pedido foi efetuado, a principal razão foi por invalidez (92.0%). Na escolaridade, predominam os níveis mais baixos de literacia: 1º ciclo do ensino básico (63%) e analfabetismo (26.5%).

A quase totalidade dos sujeitos tem uma crença religiosa (99.4%), sendo que quase todos a enquadram na rotina diária (97.8%).

A maioria dos sujeitos não escolheu ser institucionalizado (53%). As principais razões que levaram à institucionalização foram: falta de suporte social/familiar (49.2%) e incapacidade/doença (34.8%). Quase todas as pessoas idosas recebem visitas (93.4%). Nestes casos, a maioria das visitas é feita por filho/a (39.7%) e família em geral (35.6%). As visitas são realizadas, maioritariamente, numa frequência semanal (52.5%), seguindo-se a frequência mensal (30.9%).

Acerca da participação em atividades proporcionadas pela instituição, a maioria afirmou participar ativamente (81.2%), sendo os jogos de mesa/tabuleiro (34%), atividade física (27.2%) e artes manuais (25.9%) as atividades mais frequentes. A maioria das pessoas idosas afirmou ter oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência (64.1%), e quanto ao facto de sentir que tem oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição, 57,5% afirmou que “Sim” e 42.5% que “Não”.

A maior parte dos sujeitos refere algum tipo de doença (72.9%), podendo a lista ser consultada no Apêndice referido no início deste capítulo, embora destacando-se a patologia osteoarticular, patologia cardíaca, Diabetes *Mellitus* (DM) e hipertensão arterial. Dos sujeitos inquiridos, 55.2% sente que tem problemas de sono. A maior parte afirmou consumir bebidas alcoólicas (78.5%), sobretudo às refeições (94.9%). A quase totalidade dos sujeitos não é fumador (96.7%).

O recurso a equipamento adaptativo é bastante frequente na quase totalidade dos sujeitos (90.1%), principalmente óculos (38.7%), cadeira de rodas (33.1%), andarilho (22.1%) e bengala (20.2%). De notar que muitas pessoas idosas possuem mais do que um equipamento adaptativo, daí que a frequência absoluta e relativa excede os n=181 e 100%, respetivamente.

A mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho/a) é, na maioria dos sujeitos, auto percebida como razoável (45.3%), seguindo-se de má (29.8%) e a auto percepção do estado de saúde é, na maioria dos casos, razoável (56.4%). Em relação ao nível de dependência, a maior frequência de sujeitos situa-se na dependência moderada (29.8%), seguindo-se a dependência ligeira (27.1%) e dependência grave (23.8%).

Relativamente à medicação, verifica-se que a maior parte dos sujeitos é polimedicado (86.2%), toma ansiolíticos (59.7%) e não toma antidepressivos (52.5%).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra: frequência absoluta e relativa.

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	131	72.4
Masculino	50	27.6
Estado civil		
Solteiro(a)	41	22.7
Casado(a)	28	15.5
União de facto	2	1.1
Divorciado(a)/Separado(a)	12	6.6
Viúvo(a)	98	54.1
Reforma antecipada		
Sim	76	42.0
Não	105	58.0
Motivo para a reforma antecipada		
invalidez	70	92.0
cuidador do cônjuge	2	2.6
acordo com a empresa	1	1.3
decisão própria	1	1.3
desemprego	1	1.3
vantagens sociais	1	1.3
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	48	26.5
1º ciclo do ensino básico	114	63.0
2º ciclo do ensino básico	10	5.5
3º ciclo do ensino básico	6	3.3
Ensino secundário	1	0.6
Ensino superior	2	1.1
Crença religiosa		
Sim	180	99.4
Não	1	0.6

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
Frequência da prática religiosa		
Rotina diária	176	97.8
Quando estou triste	2	1.1
Quando estou ansioso(a)	2	1.1
Opção pela institucionalização		
Sim	85	47.0
Não	96	53.0
Motivo da institucionalização		
Falta de suporte social/familiar	89	49.2
Incapacidade/doença	63	34.8
Solidão	28	15.5
Outro	1	0.6
Visitas		
Sim	169	93.4
Não	12	6.6
Relação da visita com o inquirido		
Filho/a	67	39.7
Família em geral	60	35.6
Amigos/as e colegas	25	14.8
Irmão/ã	17	10.1
Netos	10	5.9
Nora	3	1.8
Cônjuge	3	1.8
Namorado	1	0.6
Vizinhos	1	0.6
Frequência das visitas		
Diariamente	4	2.2
Semanalmente	95	52.5
Mensalmente	56	30.9
Anualmente	14	7.7
Participação em atividades proporcionadas pela instituição		
Sim	147	81.2
Não	34	18.8
Tipo de atividades em que participa		
Jogos de mesa/tabuleiro	50	34.0
Atividade física	40	27.2
Artes manuais	38	25.9
Leitura	8	5.4
Música	7	4.8
Dança	4	2.7
Oportunidade de apresentação de sugestão de atividades, segundo a preferência		
Sim	116	64.1
Não	65	35.9

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição		
Sim	104	57.5
Não	77	42.5
Portador de alguma doença		
Sim	132	72.9
Não	49	27.1
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	39	21.5
Não	142	78.5
Frequência do consumo		
refeição	37	94.9
1 vez por semana	1	2.6
em festas	1	2.6
Hábitos tabágicos		
Sim	6	3.3
Não	175	96.7
Frequência dos hábitos tabágicos		
Até 5 cigarros/dia	5	83.3
Mais de 5 cigarros/dia	1	16.7
Problemas de sono percebidos		
Sim	100	55.2
Não	81	44.8
Recurso a equipamento adaptativo		
Sim	163	90.1
Não	18	9.9
Tipo de equipamento adaptativo		
Óculos	63	38.7
Cadeira de rodas	54	33.1
Andarilho	36	22.1
Bengala	33	20.2
Canadianas	11	6.7
Aparelho auditivo	2	1.2
Muleta axilar	1	0.6
Apoio na mobília	1	0.6
Percepção da mobilidade/dependência		
Muito boa	5	2.8
Boa	36	19.9
Razoável	82	45.3
Má	54	29.8
Muito má	4	2.2

Variáveis e categorias	n	%
Como classifica a sua saúde		
Muito boa	3	1.7
Boa	27	14.9
Razoável	102	56.4
Má	45	24.9
Muito má	4	2.2
Nível de dependência		
Dependência total	8	4.4
Dependência grave	43	23.8
Dependência moderada	54	29.8
Dependência ligeira	49	27.1
Independência	27	14.9
Medicação ansiolítica		
Sim	108	59.7
Não	73	40.3
Medicação antidepressiva		
Sim	86	47.5
Não	95	52.5

A Tabela 5 apresenta a média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV), valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas da caracterização sociodemográfica.

A média de idades dos sujeitos é de 81.7 anos (DP 8.38). Têm, em média, 2.7 filhos (DP 2.78) e estão institucionalizados em média há 4.6 anos (DP 4.36).

A idade registra fraca dispersão ($CV < 15\%$); as outras duas variáveis sociodemográficas têm forte dispersão ($CV > 30\%$).

Tabela 5 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.

Variáveis	M	DP	CV	Mín	Máx
Idade	81.7	8.38	10.3%	65	96
Nº de filhos	2.7	2.78	103.0%	0	12
Anos de institucionalização	4.6	4.36	94.8%	0.1	26

❖ Propriedades psicométricas dos instrumentos no estudo

Verificou-se a consistência interna como meio de estimação da fidelidade das dimensões do QSM+. Por recurso à estatística α -Cronbach (Tabela 6), que varia entre 0 e 1, observa-se que o Questionário de SMP (QSM+) possui muito boa consistência interna (0.906). Em relação a cada fator os valores podem ser consultados na mesma tabela.

Tabela 6 – α -Cronbach na avaliação da consistência interna.

Dimensões	α -Cronbach	Classificação
Questionário Saúde Mental Positiva ($k=39$)	0.906	consistência interna <i> muito boa</i>
Satisfação pessoal ($k=8$)	0.706	consistência interna <i> razoável</i>
Atitude pró-social ($k=5$)	0.504	consistência interna <i> inaceitável</i>
Autocontrolo ($k=5$)	0.748	consistência interna <i> razoável</i>
Autonomia ($k=5$)	0.650	consistência interna <i> fraca</i>
Resolução de problemas e auto atualização ($k=9$)	0.896	consistência interna <i> boa</i>
Habilidades de relação interpessoal ($k=7$)	0.712	consistência interna <i> razoável</i>

Nota: k , é o número de itens avaliados

❖ Saúde Mental Positiva

Neste estudo utiliza-se a interpretação do QSM+ apresentada por Teixeira et al. (2020), que apresenta os valores *cut-off* adaptados do trabalho de Garcia (2016) e que se apresentam na legenda da tabela 7.

Em termos gerais, o nível de SMP situa-se nos níveis intermédio (50.3%) e nível alto ou *Flourishing* (49.2%). De notar que apenas uma pessoa idosa foi classificada com nível baixo ou *Languising*. Em termos de satisfação pessoal, Atitude pró-social e Autonomia, a maior parte das pessoas idosas são classificadas com nível alto. Nas dimensões Autocontrolo, Resolução de problemas e auto atualização, e Habilidade de relação interpessoal, a maior parte das pessoas idosas é classificado com nível intermédio.

Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa dos inquiridos segundo os níveis de SMP.

Itens	Nível baixo ou Languising		Nível intermédio		Nível alto ou Flourishing	
	n	%	n	%	n	%
Níveis de Saúde Mental Positiva	1	0.6	91	50.3	89	49.2
Satisfação pessoal	2	1.1	47	26.0	132	72.9
Atitude pró-social	9	5.0	76	42.0	96	53.0
Autocontrolo	34	18.8	104	57.5	43	23.8
Autonomia	3	1.7	38	21.0	140	77.3
Resolução de problemas e auto atualização	64	35.4	64	35.4	53	29.3
Habilidades de relação interpessoal	10	5.5	90	49.7	81	44.8

Nota: Níveis de SMP: 39-78 pontos, nível baixo ou Languising, 79-117 pontos, nível intermédio, 118-156 pontos, nível alto ou Flourishing
 Satisfação pessoal: 8-16, nível baixo; 17-24, nível intermédio; 25-32, nível alto
 Atitude pró-social: 5-10, nível baixo; 11-15, nível intermédio; 16-20, nível alto
 Autocontrolo: 5-10, nível baixo; 11-15, nível intermédio; 16-20, nível alto
 Autonomia: 5-10, nível baixo; 11-15, nível intermédio; 16-20, nível alto
 Resolução problemas e auto atualização: 9-18, nível baixo; 19-27, nível intermédio; 28-36, nível alto
 Habilidades de relação interpessoal: 7-14, nível baixo; 15-21, nível intermédio; 22-28, nível alto

O total do QSM+ e a Autonomia têm fraca dispersão; as restantes dimensões registam moderada dispersão ($15 < CV \leq 30$). Em termos médios, o total e suas dimensões, classificam-se entre nível intermédio e alto. De notar que em nenhum caso o valor médio está situado no nível baixo. (tabela 8)

Tabela 8 – Análise descritiva das variáveis quantitativas.: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.

Variáveis	M	DP	CV	Mín	Máx	Classificação da
						Média
TOTAL QSM+	116.3	16.43	14.1%	76	151	nível intermédio
Satisfação pessoal	26.6	4.01	15.1%	14	32	nível alto
Atitude pró-social	15.8	2.71	17.2%	8	20	nível intermédio
Autocontrolo	13.2	3.13	23.7%	6	20	nível intermédio
Autonomia	17.0	2.37	13.9%	7	20	nível alto
Resolução de problemas e auto atualização	22.6	6.60	29.2%	12	36	nível intermédio
Habilidades de relação interpessoal	21.2	3.83	18.1%	11	28	nível intermédio

❖ Estudos de comparação de médias do QSM+ e variáveis sociodemográficas e clínicas

A Tabela 9 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre mulheres vs homens. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que apenas existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto aos níveis de SMP na dimensão Atitude pró-social ($t=2.393$, $p=0.018$), devido à média mais elevada nos sujeitos do sexo feminino (Fem: $M=16.1$; Masc: $M=15.0$). O caso da dimensão Habilidades de relação interpessoal regista diferenças marginalmente significativas ($p < 0.10$).

Tabela 9 – Comparação de médias do QSM+ e suas dimensões segundo o sexo, médias, DP, teste *t student* e valor de *p*.

Dimensões	Feminino		Masculino		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	116.8	15.83	114.8	18.01	0.726	0.469
Satisfação pessoal	27.0	3.94	25.8	4.11	1.753	0.081
Atitude pró-social	16.1	2.58	15.0	2.92	2.393	0.018*
Autocontrolo	13.2	2.95	13.1	3.61	0.097•	0.923
Autonomia	16.9	2.46	17.4	2.08	-1.492	0.138
Resolução de problemas e auto atualização	22.3	6.31	23.2	7.33	-0.858	0.392
Habilidades de relação interpessoal	21.5	3.74	20.3	3.97	1.943	0.054

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 10 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à opção pela institucionalização. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “QSM+” ($t=2.166$; $p=0.032$) e “Satisfação pessoal” ($t=3.002$; $p=0.003$). Nos dois casos, devido às médias mais elevadas na opção “Sim”, os resultados sugerem que a opção pela institucionalização contribui para um melhor nível de SMP global, e particularmente na Satisfação pessoal.

Tabela 10 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas segundo a opção pela institucionalização, médias, DP, teste *t* de student e valor de *p*.

Opção pela institucionalização	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	119.06	16.021	113.81	16.474	2.166	0.032*
Satisfação pessoal	27.56	3.669	25.82	4.137	3.002•	0.003*
Atitude pró-social	15.81	2.639	15.70	2.791	0.281	0.779
Autocontrolo	13.29	3.214	13.04	3.074	0.540	0.590
Autonomia	17.33	2.222	16.74	2.468	1.681	0.094
Resolução de problemas e auto atualização	23.35	6.798	21.85	6.376	1.530	0.128
Habilidades de relação interpessoal	21.71	3.817	20.66	3.800	1.851	0.066

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade

A Tabela 11 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente às visitas. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “QSM+” ($t=2.515$; $p=0.013$), “Atitude pró-social” ($t=2.806$; $p=0.006$) e “Habilidades de relação interpessoal” ($t=2.514$; $p=0.013$). Nos três casos, devido às médias mais elevadas na opção “Sim”, os resultados sugerem que receber visitas contribui para um melhor nível de SMP global, mas particularmente na Atitude pró-social e nas Habilidades de relação interpessoal com os outros.

Tabela 11 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas segundo a recepção de visitas, médias, DP, teste *t de student* e valor de *p*.

Dimensões	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	117.08	16.004	104.92	18.822	2.515	0.013*
Satisfação pessoal	26.82	3.843	24.08	5.468	1.706•	0.114
Atitude pró-social	15.90	2.645	13.67	2.934	2.806	0.006*
Autocontrolo	13.26	3.094	11.75	3.494	1.620	0.107
Autonomia	17.09	2.203	16.00	4.045	0.923•	0.375
Resolução de problemas e auto atualização	92.05 ⊕	---	76.21 ⊕	---	836.5 ⊗	0.311
Habilidades de relação interpessoal	21.34	3.762	18.50	4.011	2.514	0.013*

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

⊕ Mean rank

⊗ teste U Mann-Whitney

A Tabela 12 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à participação em atividades proporcionadas pela instituição. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “Atitude pró-social” ($t=2.309$; $p=0.022$) e “Habilidades de relação interpessoal” ($t=2.891$; $p=0.004$). Nos dois casos, devido às médias mais elevadas na opção “Sim”, os resultados sugerem que participar nas atividades proporcionadas pela instituição contribui para um melhor nível de atitude pró-social e na capacidade de se relacionar com os outros.

Tabela 12 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas segundo a participação em atividades proporcionadas pela instituição, médias, DP, teste *t de student* e valor de *p*.

Dimensões	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	117.16	16.346	112.47	16.484	1.504	0.134
Satisfação pessoal	26.80	3.849	25.94	4.638	1.130	0.260
Atitude pró-social	15.97	2.577	14.79	3.102	2.309	0.022*
Autocontrolo	13.13	3.097	13.29	3.335	-0.276	0.783
Autonomia	16.99	2.468	17.12	1.903	-0.276	0.783
Resolução de problemas e auto atualização	22.72	6.732	21.85	6.046	0.690	0.491
Habilidades de relação interpessoal	21.54	3.698	19.47	4.009	2.891	0.004*

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

A Tabela 13 apresenta a comparação a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente a sentir que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “QSM+” ($t=-3.987$; $p<0.001$), “Atitude pró-social” ($t=-4.111$; $p<0.001$), “Autocontrolo” ($t=-3.759$; $p<0.001$), “Resolução de problemas e auto atualização” ($t=-5.485$; $p<0.001$) e “Habilidades de relação interpessoal” ($t=-2.611$; $p=0.010$). Em todos os casos, devido às médias mais elevadas na opção “Não”, os resultados sugerem que as pessoas idosas que sentem que não têm a oportunidade de participar ativamente na vida da instituição, apresentam maiores níveis de SMP.

Tabela 13 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas segundo a oportunidade percebida de participação ativa na vida da instituição, médias, DP, teste *t* de student e valor de *p*.

Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	112.25	16.945	121.71	14.071	-3.987	<0.001*
Satisfação pessoal	26.56	3.759	26.75	4.347	-0.324	0.747
Atitude pró-social	15.07	2.863	16.68	2.197	-4.111	<0.001*
Autocontrolo	12.43	3.198	14.14	2.775	-3.759	<0.001*
Autonomia	17.17	2.354	16.81	2.384	1.034	0.303
Resolução de problemas e auto atualização	20.50	6.949	25.34	4.914	-5.485•	<0.001*
Habilidades de relação interpessoal	20.52	3.831	22.00	3.692	-2.611	0.010*

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 14 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à perceção de problemas de sono. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$) quanto ao facto de percecionarem problemas de sono. Contudo, na “Satisfação pessoal”, as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$).

Tabela 14 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à percepção de problemas de sono, médias, DP, teste *t de student* e valor de *p*.

Percepção de problemas de sono	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	116.84	17.899	115.58	14.490	0.512	0.609
Satisfação pessoal	26.20	4.588	27.19	3.095	-1.718•	0.088
Atitude pró-social	15.66	2.972	15.86	2.370	-0.502	0.616
Autocontrolo	13.34	3.301	12.94	2.921	0.857	0.393
Autonomia	17.05	2.409	16.98	2.329	0.210	0.834
Resolução de problemas e auto atualização	23.22	7.083	21.74	5.894	1.533•	0.127
Habilidades de relação interpessoal	21.37	3.873	20.88	3.789	0.861	0.391

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 15 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente ao recurso a medicação ansiolítica. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas na variável “Autonomia” ($t=2.203$; $p=0.029$), devido às médias mais elevadas na opção “Não”, sugerindo os resultados que os sujeitos que não usam medicação ansiolítica têm melhor autonomia. Nas restantes variáveis existe um “certo equilíbrio” no que se refere ao QSM+ entre as pessoas idosas que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p > 0.05$).

Tabela 15 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas segundo o recurso a medicação ansiolítica, médias, DP, teste *t de student* e valor de *p*.

Recurso a medicação ansiolítica	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	116.24	15.938	116.33	17.241	0.035	0.972
Satisfação pessoal	26.44	4.079	26.93	3.913	0.801	0.424
Atitude pró-social	15.81	2.722	15.67	2.719	-0.326	0.745
Autocontrolo	13.15	3.241	13.18	2.992	0.063	0.950
Autonomia	16.72	2.647	17.45	1.811	2.203•	0.029*
Resolução de problemas e auto atualização	23.00	6.520	21.90	6.713	-1.096	0.274
Habilidades de relação interpessoal	21.12	3.952	21.19	3.677	0.123	0.903

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

• correção dos graus de liberdade, devido à heterocedasticidade.

A Tabela 16 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes níveis de mobilidade/dependência autopercionada. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os

níveis de mobilidade/dependência autopercecionada pelas pessoas idosas nas variáveis “QSM+” ($F=7.405$, $p=0.001$), “Satisfação pessoal” ($F=5.508$, $p=0.005$), “Autocontrole” ($F=5.944$, $p=0.003$), “Resolução de problema e auto atualização” ($F=5.232$, $p=0.006$) e “Habilidades de relação interpessoal” ($F=3.699$, $p=0.027$). Nestes casos será necessário recorrer a um *post-hoc* a fim de detetar quais os pares com médias significativamente diferentes.

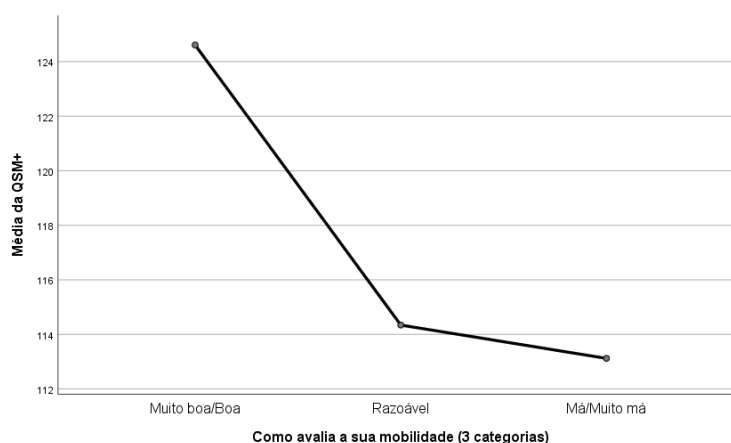
Tabela 16 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes níveis de mobilidade/dependência autopercecionada, médias, DP, teste *one way* ANOVA e valor de *p*.

Mobilidade/dependência autopercecionada	Muito boa/Boa		Razoável		Má/Muito má		Comparação	
	M	DP	M	DP	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i>
	TOTAL QSM+	124.61	16.730	114.34	14.839	113.12	16.660	7.405
Satisfação pessoal	28.15	3.896	26.70	3.790	25.50	4.092	5.508	0.005*
Atitude pró-social	16.61	2.143	15.48	2.500	15.53	3.235	2.710	0.069
Autocontrole	14.51	3.756	12.50	2.682	13.14	2.994	5.944	0.003*
Autonomia	17.44	2.570	17.23	1.983	16.41	2.629	2.933	0.056
Resolução de P e AA	25.39	6.280	21.50	6.799	22.05	6.051	5.232	0.006*
Habilidades de RI	22.51	3.802	20.94	3.703	20.48	3.863	3.699	0.027*

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

O gráfico 1 apresenta a evolução das médias das três categorias de avaliação da mobilidade/dependência autopercecionada.

Gráfico 1 – Média do total do QSM+, por classe de classificação da mobilidade/dependência.



A Tabela 17 apresenta os resultados *post-hoc* HSD Tukey ou Games-Howell das comparações múltiplas de médias nas dimensões do QSM+ com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de mobilidade/dependência autopercecionados apresentados na Tabela 16. Em todos os casos, as diferenças estatisticamente significativas

apresentadas são devidas à média mais elevada da classe de melhor mobilidade. Portanto, associada a uma muito boa/boa mobilidade está uma melhor SMP das pessoas idosas.

Tabela 17 – Comparação múltipla de médias pelos *post-hoc* HSD Tukey ou Games-Howell, nas dimensões do QSM+ com diferenças médias estatisticamente significativas nos níveis de mobilidade/dependência autopercecionada.

	Muito boa/Boa vs Razoável	Muito boa/Boa vs Má/Muito má	Razoável vs Má/Muito má
TOTAL QSM+	0.003	0.001	0.003
Satisfação pessoal	ns	0.003	ns
Autocontrolo	0.009 •	ns	ns
Resolução de P e AA	0.005	0.032	ns
Habilidades de RI	ns	0.025	ns

Nota: • *post-hoc* de Games-Howell

ns – não significativo ($p > 0.05$)

A Tabela 18 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes classificações da saúde em geral autopercecionada. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre as classificações de saúde em geral autopercecionadas pelas pessoas idosas nas variáveis “QSM+” ($F=6.199$, $p=0.002$), “Satisfação pessoal” ($F=9.732$, $p<0.001$), “Autocontrolo” ($F=4.599$, $p=0.011$), “Resolução de problema e auto atualização” ($F=4.790$, $p=0.009$) e “Habilidades de relação interpessoal” ($F=3.367$, $p=0.037$), pelo que será necessário recorrer a um *post-hoc* a fim de detetar quais os pares com médias significativamente diferentes.

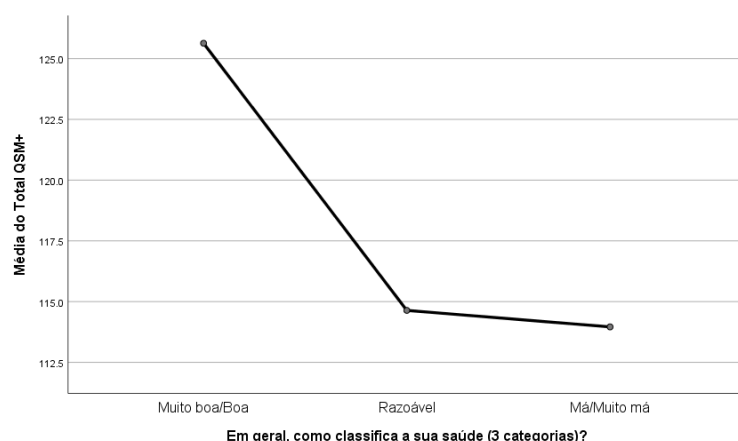
Tabela 18 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as diferentes classificações do estado de saúde em geral autopercecionado, médias, DP, teste *one way* ANOVA e valor de *p*.

Classificação da saúde em geral	Muito boa/Boa		Razoável		Má/Muito má		Comparação	
	M	DP	M	DP	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i>
TOTAL QSM+	125.63	12.291	114.64	16.779	113.96	16.206	6.199	0.002*
Satisfação pessoal	28.73	2.434	26.86	3.634	24.90	4.793	9.732	<0.001*
Atitude pró-social	16.37	2.659	15.51	2.536	15.88	3.073	1.231	0.294
Autocontrolo	14.57	3.390	12.66	3.101	13.35	2.803	4.599	0.011*
Autonomia	17.67	2.695	16.99	2.297	16.67	2.267	1.664	0.192
Resolução de P e AA	25.67	6.155	21.53	6.600	22.80	6.367	4.790	0.009*
Habilidades de RI	22.63	3.577	21.09	3.903	20.37	3.650	3.367	0.037*

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

O gráfico 2 apresenta graficamente a evolução das médias das três categorias inerentes à classificação da saúde em geral pelo próprio.

Gráfico 2 – Média do total do QSM+, por classe de classificação do estado de saúde em geral autopercecionado.



A Tabela 19 apresenta os resultados *post-hoc* HSD Tukey ou Games-Howell das comparações múltiplas de médias nas dimensões do QSM+ com diferenças médias estatisticamente significativas nas classes de estado de saúde em geral autopercecionados apresentados na Tabela 18. Em todos os casos, as diferenças estatisticamente significativas apresentadas são devidas às médias mais elevada na classe de melhor estado de saúde em geral autopercecionado. Portanto, associada a uma muito boa/boa classificação do estado de saúde em geral autopercecionado está uma melhor SMP das pessoas idosas.

Tabela 19 – Comparação múltipla de médias pelos *post-hoc* HSD Tukey ou Games-Howell, nas dimensões do QSM+ com diferenças médias estatisticamente significativas nas classes de estado de saúde autopercecionados.

	Muito boa/Boa vs Razoável	Muito boa/Boa vs Má/Muito má	Razoável vs Má/Muito má
TOTAL QSM+	0.003	0.005	ns
Satisfação pessoal	0.050	<0.001	0.010
Autocontrolo	0.022 •	ns	ns
Resolução de P e AA	0.007	ns	ns
Habilidades de RI	ns	0.028	ns

Nota: • *post-hoc* de Games-Howell

ns – não significativo ($p > 0.05$)

A Tabela 20 apresenta a comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes níveis de dependência. A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes verifica-se que apenas existem evidências estatisticamente significativas na dimensão “Resolução de problemas e auto atualização” ($F=2.936$; $p=0.022$). Pelo *post-hoc* HSD Tukey, constatou-se que as diferenças se verificam entre as pessoas idosas com dependência moderada vs independência ($p=0.030$), devido à média mais elevada das pessoas idosas com nível de independência (20.89 vs 25.37).

Tabela 20 – Comparação das médias obtidas no QSM+ e suas dimensões entre as pessoas idosas com diferentes níveis de dependência, médias, DP, teste *one-way* ANOVA e valor de *p*.

Dimensões	Categorias	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i>
Total QSM+	Dependência total	120.25	21.757		
	Dependência grave	115.67	15.451		
	Dependência moderada	115.20	17.030	1.536	0.194
	Dependência ligeira	113.78	15.831		
	Independência	122.74	15.446		
Satisfação pessoal	Dependência total	27.00	3.928		
	Dependência grave	25.74	3.941		
	Dependência moderada	26.85	4.091	0.971	0.425
	Dependência ligeira	26.61	3.763		
	Independência	27.59	4.405		
Atitude pró social	Dependência total	14.75	3.327		
	Dependência grave	15.86	2.774		
	Dependência moderada	15.80	3.018	0.499	0.737
	Dependência ligeira	15.55	2.492		
	Independência	16.15	2.231		
Resolução de problemas e autoatualização	Dependência total	26.00	7.928		
	Dependência grave	23.02	6.745		
	Dependência moderada	20.89	6.267	2.936	0.022*
	Dependência ligeira	21.88	6.183		
	Independência	25.37	6.464		
Habilidades de relação interpessoal	Dependência total	21.75	5.092		
	Dependência grave	21.00	3.836		
	Dependência moderada	21.31	3.909	0.641	0.634
	Dependência ligeira	20.57	3.506		
	Independência	21.93	3.961		

Nota: * diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

Constata-se ainda que, a um nível de significância de 5%, pelo teste *H Kruskal-Wallis*, não existem diferenças entre os níveis de dependência das pessoas idosas quanto ao “Autocontrole” ($H=6.997$, $p= 0.136$) e “Autonomia” ($H=1.739$, $p=0.784$).

- ❖ Estudos de correlação entre o total do QSM+ e as variáveis nominais, dicotômicas, ordinais e quantitativas

A Tabela 21 apresenta um conjunto de correlações entre a pontuação total do QSM+ com variáveis nominais dicotômicas (correlação bisserial de pontos), ordinais (correlação de *Spearman*) e quantitativas (correlação de *Pearson*).

De uma forma geral, as correlações são de muito fraca ($r \leq 0.19$) e fraca ($0.20 \leq r \leq 0.39$) magnitude. Contudo, algumas correlações, sinalizadas com asterisco (*), são estatisticamente significativas ($p < 0.05$). De notar, ainda, que a maior parte das correlações tem orientação negativa, o que significa que ao aumento da pontuação no QSM+ ocorre uma diminuição do valor da outra variável, e vice-versa, ainda que com muito fraca magnitude.

Tabela 21 – Matriz de correlações entre a pontuação total no QSM+ com variáveis nominais dicotômicas, ordinais e quantitativas e valor de *p*.

Total QSM+ vs ...	<i>r</i>	<i>p</i>
Correlação bisserial de pontos		
Opção pela institucionalização (1-sim, 2-não)	-0.160	0.032*
Visitas (1-sim, 2-não)	-0.185	0.013*
Participação em atividades proporcionadas pela instituição (1-sim, 2-não)	-0.112	0.134
Sente que tem oportunidade de participar ativa/ na vida da Instituição (1-sim, 2-não)	0.286	<0.001*
Recurso a equipamento adaptativo? (1-sim, 2-não)	-0.057	0.442
Correlação de <i>Spearman</i>		
Escolaridade	0.053	0.480
avalia a sua mobilidade/dependência (1-Muito boa até 5-muito má)	-0.228	0.002*
Classificação do estado de saúde em geral autopercecionado (1-Muito boa até 5-muito má)	-0.183	0.014*
Nível de dependência (Índice de Katz)	0.070	0.346
Correlação de <i>Pearson</i>		
Idade	0.157	0.035*
Nº de filhos	0.220	0.003*
Anos de institucionalização	-0.038	0.613

Nota: * Correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

2.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No contexto em que esta investigação foi realizada, importa perceber que, tanto quanto a literatura permite conhecer, o presente estudo alicerça-se em conhecimento numa área temática pouco explorada com a população específica deste estudo, da qual resulta uma escassa evidência teórico-empírica. Tal condição substancia-se no facto de que até ao momento não foi possível encontrar publicações que analisassem a SMP em pessoas idosas

institucionalizadas. A análise que a seguir se apresenta baseia-se em estudos que, não analisando exatamente a mesma população, poderão ajudar à reflexão dos resultados encontrados neste estudo e permitir o desenvolvimento de novo conhecimento científico.

Desta forma, os resultados encontrados dão-nos conta de um conjunto de sujeitos maioritariamente do sexo feminino (72.4% *versus* 27.6%), que vai de encontro ao retrato demográfico dos resultados provisórios dos últimos censos que registam uma percentagem mais elevada de pessoas do sexo feminino na população portuguesa (Portugal, 2022), em particular nas faixas etárias correspondentes às pessoas idosas, onde esta tendência também se verifica. Do mesmo modo, e apesar de não existirem, tanto quanto a pesquisa realizada para este estudo permitiu apurar, estudos que analisassem o nível de SMP em pessoas idosas institucionalizadas, faz-se referência a dois estudos em particular – Lluch-Canut *et al.*, 2013 e Llobet *et al.*, 2020 - que serão utilizados para fazer a grande parte das comparações possíveis, em que a amostra é constituída também maioritariamente por pessoas do sexo feminino.

A média de idades dos sujeitos é de 81.7 anos (DP 8.38). Em ambos os estudos - Lluch-Canut *et al.*, 2013 e Llobet *et al.*, 2020 - apesar de a população estudada não ser diretamente as pessoas idosas (mas antes as pessoas com doença crónica), a idade dos sujeitos está concentrada maioritariamente em pessoas entre os 66 e 75 anos e mais do que 75 anos. Estes números permitem aproximar a comparação dos níveis de SMP deste estudo com os atrás mencionados, mitigando a inexistência de estudos que avaliam exatamente aquilo que este estudo de propõe analisar, permitindo também, apesar deste facto, conferir robustez aos resultados que o presente estudo produz.

❖ Saúde Mental Positiva

A maioria dos participantes no estudo apresentam níveis intermédios (50.3%) e altos ou *Flourishing* (49.2%) de SMP. De notar que apenas uma pessoa idosa foi classificada com nível baixo ou *Languishing*. Estes resultados vão de encontro aos resultados de outros estudos (Lluch-Canut, *et al.*, 2013; Llobet *et al.*, 2020), onde os níveis de SMP se situaram nos níveis moderado e alto, na maioria dos participantes, resultados encontrados também em Ortega, (2015), Hurtado-Pardos, *et al.*, (2017), Sequeira, *et al.*, (2020) e Teixeira, *et al.*, (2022). De salientar que ao nível dos fatores do construto de SMP, o fator Resolução de Problemas e Auto atualização, que diz respeito à capacidade de tomar decisões e ir resolvendo os

problemas da vida, assim como ser capaz de adaptar-se à mudança, desenvolvendo uma atitude flexível e de crescimento pessoal contínuo foi encontrada nos níveis baixo em 35,4% das pessoas idosas *ex aequo* com o nível intermédio. Este resultado pode ajudar a compreender o facto de a maioria das pessoas idosas não ter escolhido a institucionalização. Pode também ser um fator, a ser mais trabalhado se uma posterior intervenção for delineada.

❖ Estudos de comparação de médias do QSM+ e variáveis sociodemográficas e clínicas

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre **mulheres vs homens** verifica-se que apenas existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto aos níveis de SMP na dimensão Atitude pró-social, devido à média mais elevada das mulheres. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Lluh-Canut *et al.* (2013) e por Llobet *et al.*, em 2020.

A Atitude pró-social diz respeito à predisposição ativa para assuntos da sociedade, uma atitude social altruísta, de ajuda aos outros e a aceitação do outro e das diferenças sociais existentes (Lluh, 1999). Estes resultados poderão advir do facto de se tratar de uma geração marcada pelas consequências da guerra colonial, período durante o qual era reservado à mulher o papel de cuidar da família e de garantir o seu sustento, potenciando o apoio mútuo entre mulheres na comunidade.

Este resultado poderá ser útil para, no planeamento de possíveis intervenções comunitárias utilizando, por exemplo, o Modelo de Avaliação de Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Pedro Melo (2020), perceber as motivações que poderão ser diferentes entre homens e mulheres na tomada de decisão e procura de consensos, aquando da avaliação do empoderamento comunitário.

Relativamente à comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à variável “**Opção pela institucionalização**”, verificou-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “QSM+” e “Satisfação pessoal”, devido às médias mais elevadas na opção “Sim”, o que sugere que escolher a institucionalização contribui para um melhor nível de SMP global, e particularmente na satisfação pessoal. Sabe-se também, através deste estudo que a maioria das pessoas idosas estudadas não escolheu a institucionalização, estando assim numa situação mais vulnerável.

A integração da pessoa idosa em ERPI constitui um processo delicado, pois a institucionalização pressupõe o abandono do espaço físico familiar e a diminuição dos contactos com a rede relacional até ali dominante.

A literatura mostra que a institucionalização da pessoa idosa pode provocar mudanças nos aspetos que englobam a saúde mental, resultando em fragilidade (Leal *et al.*,2021). Assim, concluindo este estudo que pessoas que escolhem a institucionalização apresentam níveis mais elevados de SMP na globalidade e maior satisfação pessoal, é importante que o enfermeiro promova um cuidado individualizado, que aborde aspetos sociais, emocionais, espirituais e físicos, estimulando a manutenção da qualidade de vida e a promoção da saúde mental (Leal *et al.*,2021). É por outro lado é também importante, que o enfermeiro esteja desperto para aquelas pessoas idosas que não escolheram a institucionalização, pois este estudo sugere que estes têm níveis menores de SMP e por isso são mais vulneráveis, estando mais expostos à possibilidade do desenvolvimento de doença mental.

Assim, e por forma a colmatar esta barreira, seria interessante (re)pensar a instituição para pessoas idosas não só numa ótica de garante das necessidades básicas do ser humano, mas também como “casa”, incluindo a pessoa no planeamento das próprias regras e normas, tornando-as o menos restritivas possíveis e que permitissem à pessoa a sensação de liberdade, de continuação da própria vida, ao invés de a anular (Pereira, 2017).

O papel da enfermagem no processo de institucionalização deve incidir na promoção de uma integração em que a pessoa idosa possa preservar a sua independência e similarmente contribuir para que o mesmo se sinta voz ativa no seu novo projeto de vida.

Relativamente à comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à variável “**Visitas**”, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “QSM+”, “Atitude pró-social” e “Habilidades de relação interpessoal”, devido às médias mais elevadas na opção “Sim”, o que sugere que receber visitas contribui para um melhor nível de SMP global, e particularmente na atitude pró-social e na capacidade de se relacionar com os outros. A saber também que neste estudo a maioria das pessoas idosas recebe visitas, na sua maioria por parte dos filhos e família em geral.

Não existindo estudos que façam esta mesma comparação, recorreu-se ao estudo de Carneiro (2012) que conclui que o aumento do número de visitas traduziu-se em pessoas idosas emocionalmente mais positivas, que melhoravam as suas relações com as famílias,

estavam mais tranquilas e mais seguras, assim como aumentou o seu nível de satisfação com a vida em geral. Santos (2015) conclui que as pessoas idosas que recebem visitas (filhos e amigos), apresentam menores níveis de solidão e maiores níveis de saúde mental.

O apoio social assume assim um papel fundamental na vida da pessoa idosa, e a família é a principal fonte deste apoio, sendo por isso fundamental que o enfermeiro tenha consciência da importância da manutenção deste vínculo.

Foi possível, na colheita de dados que foi realizada presencialmente para este estudo, verificar que, apesar dos constrangimentos que a pandemia trouxe a este nível, em todas as instituições já tinham sido retomadas as visitas, ainda que com bastantes restrições em relação ao período pré-pandémico.

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à variável **“Participação em atividades proporcionadas pela instituição”**, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “Atitude pró-social” e “Habilidades de relação interpessoal”. Nos dois casos, devido às médias mais elevadas na opção “Sim”, os resultados sugerem que participar em atividades proporcionadas pela instituição contribui para um melhor nível de atitude pró-social e da capacidade de se relacionar com os outros.

Apóstolo *et al.* (2011) e Pereira (2020) demonstraram que existe uma relação entre a prática de atividades lúdicas e criativas e a melhoria das funções cognitivas, exercendo um impacto positivo em termos da autonomia de cada pessoa idosa.

Fleurí *et al.* (2013), concluíram que as pessoas idosas que participaram no seu estudo demonstraram satisfação e apresentaram uma boa interação com os outras pessoas idosas, potenciando os vínculos interpessoais e o bem-estar físico e mental.

Machado *et al.*, (2021) evidenciam no seu estudo que atividades como a terapia em grupo e oficinas terapêuticas (como artesanato e atividades lúdicas) são úteis para minimizar a ansiedade das pessoas idosas.

É importante que o enfermeiro participe como elemento da equipa multidisciplinar na elaboração dos planos de atividades das ERPI, para garantir que estas atividades são realizadas, mas que são adaptadas e personalizadas àquela que é a vontade, preferência e capacidade cognitiva dos utentes.

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à variável **“Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição”** verifica-se que existem evidências

estatisticamente significativas nas variáveis “QSM+”, “Atitude pró-social”, “Autocontrolo”, “Resolução de problemas e auto atualização” e “Habilidades de relação interpessoal”. Em todos os casos, devido à média mais elevada na opção “Não”, o que sugere que as pessoas idosas não sentem que têm a oportunidade de participar ativamente na vida da instituição e são estas que apresentam maiores níveis de SMP.

Pode-se analisar este resultado pelo facto de uma maior capacidade de adaptação às diversas e adversas situações da vida, como o conceito de SMP preconiza, permitir ter uma maior consciência crítica da própria realidade e ter capacidade para perceber o seu papel dentro da instituição, e mais particularmente neste caso, a ausência de possibilidade de participar ativamente na vida da instituição. De salientar neste estudo que, não obstante a maioria das pessoas idosas sentirem que têm oportunidade de participar ativamente na vida da instituição, 42,5% dos sujeitos ainda não nutre esse sentimento.

Sabe-se que a institucionalização contribui para a alteração e/ou perda de identidade que, por sua vez, favorece a sintomatologia depressiva devido a um conjunto de fatores nos quais se inclui o condicionamento da preservação da vontade e da liberdade na tomada de decisões consequentes das normas e regras institucionais (Pereira,2017).

É assim essencial, por um lado promover a SMP, nomeadamente a atitude pró-social e por outro lado promover a participação ativa das pessoas idosas na vida da instituição, tal como preconizado no novo estatuto do SNS e mais particularmente na Carta para a participação pública em saúde, sendo o enfermeiro um elemento essencial da advocacia em saúde (Gandra & Silva,2019), nomeadamente a estimular a literacia da população, no envolvimento das pessoas na promoção da sua própria saúde e na ligação às comunidades vulneráveis (Decreto-lei nº52/2022, 2022), ao capacitar as pessoas a “terem voz”(Gandra & Silva,2019), permitindo-lhes expressar as suas necessidades e a tomar as suas próprias decisões, empoderando-se a elas mesmas (Laverack,2019).

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à variável **“Problemas de sono percecionados”**, verifica-se que não existem diferenças significativas entre as pessoas idosas que responderam “Sim” e os que responderam “Não” quanto ao facto de terem problemas de sono. Contudo, na “Satisfação pessoal”, as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$).

Importa salientar dois aspetos da recolha de dados que podem adicionar interesse para a reflexão dos resultados obtidos. Relembrar que a percentagem de pessoas idosas que

relata problemas de sono é relativamente equilibrada relativamente aos que não identificam esses problemas (55,2% vs 44,8%), no entanto a grande parte das pessoas idosas que refere não ter problemas de sono identifica a toma de medicação indutora do sono como fator para a inexistência desse problema. Analisando esta condicionante e se, considerássemos estes sujeitos no grupo dos que sente que tem problemas de sono, a percentagem seria, com certeza, maior, o que poderia fazer variar os resultados obtidos.

Apesar de, como se constatará mais à frente a SMP não ter sido correlacionada com o facto de a pessoa idosa sentir que tem problemas de sono, sabemos da literatura que a qualidade do sono é um fator de forte influência para a vida, sendo classificado como um indicador de saúde mental, bem-estar fisiológico, emocional, cognitivo e físico. Assim, um padrão irregular do sono, com a sua qualidade diminuída, pode ser a causa da predisposição a várias doenças em pessoas idosas (Alves, *et al.*, 2020).

Um dos problemas que a institucionalização pode trazer é a diminuição da qualidade do sono, motivada, por exemplo, pelo ruído em contexto institucional, uma vez que o barulho originado através da prestação de cuidados pela equipa de saúde, a divisão de quarto com outros utentes, assim como a diversidade de rotinas de cada pessoa idosa, são fatores que interferem com a capacidade de manter e consolidar o sono (Silva, 2018).

Há um conjunto de condições ambientais que devem ser asseguradas nomeadamente ao nível da insonorização, do ambiente que deve ser calmo e tranquilo, temperatura e luminosidade adequadas. O EEEEC como elemento integrante dos programas de vigilância das Condições de Instalação e Funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social e das condições de saúde dos mesmos, nomeadamente das ERPI, deverá ter em consideração estes fatores.

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas que responderam “Sim” vs “Não” relativamente à variável “**Medicação ansiolítica**”, considerando o QSM+ e as suas dimensões, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas na variável “Autonomia” ($t=2.203$; $p=0.029$), devido à média mais elevada na opção “Não”, sugerindo que o facto de não usarem medicação ansiolítica contribui para uma melhor autonomia.

Estes resultados podem ser explicados pelo facto de a polimedicação ser um fator de risco para o desenvolvimento da perda da capacidade funcional das pessoas idosas, principalmente fármacos hipnóticos, ansiolíticos, diuréticos e antidepressivos que são os mais relacionados p.e. com o aumento do número de quedas (Filardi *et al.*, 2019).

As questões da saúde mental, nomeadamente no que diz respeito às perturbações afetivas, como a ansiedade e a depressão, são muitas vezes negligenciadas pelas instituições para pessoas idosas. A ideia de que um estado de tristeza é normativo ao processo de envelhecimento, a par das queixas permanentes (muitas vezes somatizadas), condicionam o rastreio e colocam em causa o bem-estar da pessoa que ali reside (Pereira, 2017).

Tendo em conta que a maioria dos inquiridos está medicado com ansiolíticos alerta-se para a necessidade da sensibilidade, sendo necessário avaliações periódicas do estado afetivo da pessoa idosa institucionalizada.

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas com **diferentes níveis de mobilidade/dependência** percecionados pelos próprios, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de mobilidade das pessoas idosas nas variáveis “QSM+”, “Satisfação pessoal”, “Autocontrolo”, “Resolução de problema e auto atualização” e “Habilidades de relação interpessoal”. Em todos os casos, as diferenças estatisticamente significativas apresentadas são devidas às médias mais elevadas na classe de melhor mobilidade. Portanto, os resultados sugerem que as pessoas idosas com uma perceção de muito boa/boa mobilidade têm melhores níveis de SMP.

A diminuição da mobilidade é um fator causador de stress para a pessoa idosa (Freitas *et al.*, 2018) e aumenta os níveis de ansiedade (Machado *et al.*, 2020).

O envelhecimento traz consigo o declínio da capacidade funcional (Canhestro & Basto, 2016) e por isso, 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. A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas.

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas com **diferentes classificações do estado de saúde em geral percecionado**, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas entre as classificações de saúde das pessoas idosas nas variáveis “QSM+”, “Satisfação pessoal”, “Autocontrolo”, “Resolução de problema e auto atualização” e “Habilidades de relação interpessoal”. Em todos os casos, as diferenças estatisticamente significativas apresentadas são devidas às médias mais elevadas na classe de melhor classificação do estado de saúde em geral

percecionado. Os resultados sugerem assim que as pessoas idosas com uma percepção de muito boa/boa condição de saúde apresentam melhores níveis de SMP.

Neste estudo 16,6% das pessoas idosas considera o seu estado de saúde bom ou muito bom e 56,4% razoável. Estes dados estão alinhados com o estudo do INE de 2021 em que a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos que avaliou o seu estado de saúde em bom foi de 16,8% (Portugal, 2022).

O estudo de Rua (2018), concluiu que um maior otimismo em relação ao envelhecimento pode contribuir para uma melhor auto-avaliação do estado de saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

A autopercepção do estado de saúde é um notável preditor da mortalidade e da utilização dos serviços de saúde (Vintém, 2008), permitindo à pessoa ter uma melhor consciência das suas reais necessidades, um melhor entendimento sobre o seu estado físico/mental e viabilizando uma intervenção mais assertiva dos profissionais de saúde (Rua,2018).

Araújo *et al.* (2011) concluem que a percepção do estado de saúde é fundamental para um melhor planeamento em saúde, não só pelo seu papel como determinante de saúde, mas também pela sua relação com a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Promover a SMP das pessoas idosas, permitirá que estas autopercecionem um melhor estado de saúde, sendo mais permeáveis às intervenções de enfermagem, sendo cocriadoras de soluções inclusivas, elementos fundamentais do empoderamento para um ES.

Na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre pessoas idosas com diferentes **níveis de dependência (Índice de Katz)**, verifica-se que apenas existem evidências estatisticamente significativas na dimensão “Resolução de problemas e auto atualização”. Pelo *post-hoc* HSD Tukey, constatou-se que as diferenças se verificam entre as pessoas idosas com dependência moderada vs independência, devido à média mais elevada dos sujeitos com nível de independência (20.89 vs 25.37), o que sugere que pessoas idosas com maior nível de independência apresentam melhor capacidade de resolução de problemas e auto atualização, adaptando-se melhor aos problemas que a vida apresenta, assim como melhor adaptação à mudança, com uma atitude flexível e de crescimento pessoal contínuo.

Tendo em conta que nas pessoas idosas estudadas 29,78% apresenta dependência moderada vs 14,9% de pessoas idosas independentes, estes dados vêm reforçar a necessidade de intervenções no sentido da promoção da SMP, munindo os indivíduos de estratégias que reforçam a capacidade de resiliência, adaptação à mudança e à sua condição de dependência

para se poderem empoderar a eles próprios a viver o seu envelhecimento da forma mais saudável possível.

❖ Estudos de correlação entre o total do QSM+ e as variáveis nominais, dicotómicas, ordinais e quantitativas

O estudo das correlações entre a pontuação total do QSM+ com variáveis nominais dicotómicas, ordinais e quantitativas concluiu que a magnitude destas é fraca ou muito fraca, contudo algumas delas são estatisticamente significativas, nomeadamente: a idade (SMP aumenta com a idade), escolher a institucionalização, receber visitas, a autoperceção do nível de autonomia/mobilidade e da autoperceção do estado de saúde.

Relativamente ao sexo, escolaridade, utilização de equipamento adaptativo e anos de institucionalização, as correlações não evidenciaram significância estatística.

No estudo de Llach-Canut *et al.*, 2013, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível global SMP no que diz respeito ao sexo e escolaridade. As diferenças deste estudo para o de Llach-Canut *et al.*, 2013 dizem respeito à idade, em que ambos demonstram significância estatística, mas em sentido contrário. A explicação para os dados encontrados neste estudo pode estar relacionada com o elevado número de sujeitos com idade avançada, ou ainda o facto das pessoas em idade mais avançada valorizarem os acontecimentos de vida de uma forma mais relativizada.

No estudo de Llobet *et al.*, 2020, em relação ao sexo também não foram encontradas evidências estatísticas. No entanto em Llobet *et al.* 2020, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos no que diz respeito à idade e ao número de filhos, já neste estudo foram encontradas evidências estatísticas em relação à idade como já referido e ao número de filhos, na medida em que a SMP aumenta à medida que aumenta o número de filhos que as pessoas idosas têm.

Neste estudo escolher a institucionalização, receber visitas, a autoperceção do nível de autonomia/mobilidade e da autoperceção do estado de saúde foram correlacionados com o nível global de SMP. Não havendo estudos com os quais se possam comparar estes resultados específicos, mas sabendo que a opção pela institucionalização, as visitas, a melhor autoperceção de autonomia/mobilidade e do estado de saúde concorrem sobremaneira para melhores níveis de bem estar físico e mental e que o contrário concorre para o aparecimento de problemas como a ansiedade, depressão, entre outros (Araújo *et al.*, 2011; Carneiro, 2012; Freitas *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2021; Machado *et al.*, 2020; Rua, 2018; Vintém 2008), sugere

que os resultados encontrados neste estudo são válidos e vão de encontro às linhas de reflexão de estudos anteriores que acabam, por conferir robustez aos dados inovadores que este estudo produz. Esta informação é crucial, sobretudo quando a intercetamos com os conceitos de capacidade funcional e de SMP. Na grande maioria das vezes o envelhecimento traz consigo declínio da capacidade física e cognitiva. Trabalhar com as pessoas idosas no sentido de promover a SMP (a Satisfação pessoal, a Atitude pró-social, o Autocontrolo, a Autonomia, a Resolução de problemas e auto atualização e as Habilidades de relação interpessoal) vai ajudá-las a melhorar a autoperceção de mobilidade e do estado de saúde, promovendo ao mesmo tempo a capacidade funcional.

2.6 CONTRIBUTOS E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA, INVESTIGAÇÃO, FORMAÇÃO E GESTÃO EM ENFERMAGEM

A promoção da SMP como estratégia de empoderamento para um ES surgiu como mote para o trabalho a desenvolver com vista à obtenção do grau de mestre e, posteriormente, o título de Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

No fim do caminho percorrido ficam os contributos que o mesmo deixa para a prática clínica, a investigação, formação e gestão em Enfermagem.

De uma forma muito concreta os contributos que poderá trazer para a prática clínica no programa de vigilância das condições de instalação e funcionamento de estabelecimentos de ação social (nomeadamente as ERPI) que consta do plano de atividades da USP onde decorreu o ENP, onde o enfermeiro foi incluído pela primeira vez, após a reformulação da equipa de enfermagem de Saúde Pública bem como da própria unidade, de forma a que também a vigilância das condições de saúde possa ser feita nestas instituições.

Este trabalho consubstancia um conjunto de dados relativos à caracterização das pessoas idosas incluídas neste estudo, residentes em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, respondendo assim à necessidade identificada pela USP. Com um retrato mais pormenorizado da realidade do ACeS serão possíveis delinear estratégias de planeamento em saúde mais adequadas à população que a USP serve.

Os resultados encontrados neste estudo poderão também contribuir para a reflexão do EEEC que constitui a equipa do programa de vigilância atrás referido às ERPI, estando mais desperto para questões como o regulamento, funcionamento e plano de ajustamento e

reaproximação das visitas às do período pré-pandémico; a personalização dos planos de atividades de cada utente e até a sugestão de realização de assembleias de utentes onde estes possam ter voz ativa no delineamento do plano de atividades da instituição.

Sabendo que existem benefícios para a saúde das pessoas idosas com a promoção da SMP, tendo por base o modelo salutogénico de Antonovsky (1996), e mais concretamente fazendo alusão ao MAIEC de Melo (2020), a implementação deste último poderia ser feita neste *setting* de intervenção, avaliando o empoderamento comunitário da comunidade ERPI para a promoção da SMP, podendo resultar num projeto de intervenção comunitária com o EEEC da USP como coordenador do mesmo, em parceria com as ERPI, com o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica das UCC, com as instituições que trabalham na área da saúde mental da rede social dos concelhos de Barcelos e Esposende, com o município e acima de tudo, numa lógica cocriadora, com as próprias pessoas idosas, pois com as suas vozes, serão atores e autores de projetos sustentáveis que promovam um verdadeiro empoderamento para um ES, tal como preconizado pelo plano para a década do ES 2020-2030, em alinhamento com os ODS, espelhados também no PNS 2021-2030.

Os contributos que este trabalho poderá trazer para a Investigação em Enfermagem são bastante relevantes uma vez que é uma área de investigação relativamente recente, e este estudo acrescenta uma componente inovadora ao tema, pela população específica e nunca estudada no que à SMP diz respeito.

Estudos sobre a prevenção e promoção da saúde mental nas pessoas idosas são escassos na literatura especializada quando comparados com estudos cujo foco é, por exemplo, a população infanto juvenil. Até na comunidade científica parece prevalecer o estereótipo de uma sociedade que valoriza os mais jovens pelo potencial produtivo e de vida útil, em detrimento dos mais velhos, gerando assim iniquidades. É necessário e urgente reforçar e valorizar o importante contributo que os mais velhos dão às comunidades, “mudando a nossa forma de pensar, sentir e agir face à idade e ao envelhecimento” (WHO,2020, p.10).

Os resultados encontrados poderão dar o mote para novos estudos, nomeadamente alargar o mesmo estudo a amostras maiores, de modo a permitir generalizações. Seria interessante proceder à realização de um estudo para validação do QSM+ especificamente para a população idosa, e a realização de um estudo que aglutine as quatro temáticas abordadas pela equipa de investigação de que este estudo fez parte (ansiedade, solidão, qualidade de vida e SMP).

Espera-se com este trabalho contribuir para o enriquecimento formativo de todos quantos o lerem, em particular para os Mestres em Enfermagem Comunitária, para os EEEEC, que desenvolvem o seu trabalho e/ou percursos formativos com as comunidades, em particular nos *settings* vulneráveis como é o caso das pessoas idosas institucionalizadas.

Poderá também ser um impulsionador da capacitação dos profissionais de saúde na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública em articulação com a SMP, para eles próprios serem facilitadores do empoderamento das pessoas idosas.

A pandemia covid-19 trouxe desafios para todos e em todas as áreas, mas sabe-se já que os impactos na saúde mental são preocupantes. Nunca antes se ouviu falar tanto de saúde mental, assistimos até a uma onda de projetos e intervenções numa tentativa de minimizar os impactos que a covid-19 causou a este nível. Importa agora, mais do que nunca ter profissionais capacitados para serem facilitadores do empoderamento dos cidadãos em áreas como a SMP, numa lógica de promoção da saúde para, além de minimizar os impactos, preparar os cidadãos para situações semelhantes, estando munidos das *soft skills* necessárias para se adaptarem às adversidades que situações como a guerra, as crises económicas e futuras pandemias possam trazer.

Para a gestão, este trabalho pode ser um documento auxiliador na formulação e operacionalização de políticas de saúde pública ao nível local, uma vez que, através dos resultados obtidos será possível delinear e ajustar intervenções que promovam o ES das pessoas idosas, em programas e projetos intersectoriais articulados em parceria com as contribuições da ciência/academia, estado, poder local, sociedade, famílias e comunidades, profissionais de saúde e entidades públicas e privadas.

Ao trazer mais e novo conhecimento para a comunidade científica e para a prática, o EEEEC torna visível e mensurável o seu trabalho tendo em conta as suas competências específicas, que são muitas vezes desconhecidas e desvalorizadas pela restante equipa multidisciplinar e até pelos próprios colegas de profissão, passando - pela objetivação do trabalho que consegue desempenhar - a ter uma voz mais ativa na formulação de políticas que poderão ir do nível local ao internacional.

2.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo foi a inexistência, tanto quanto a pesquisa permitiu identificar de estudos que avaliassem o mesmo ou, pelo menos, com a mesma população que este estudo se propôs a avaliar. A este nível, as comparações efetuadas foram com estudos

que, ou avaliavam a SMP, mas em população distinta da deste estudo, ou avaliavam conceitos próximos (bem-estar psicológico, p.e.) em populações semelhantes.

Ainda assim, pensa-se ter conseguido, através dos resultados e das comparações possíveis, obter conclusões importantes para a ciência a este nível, despoletando a necessidade de se continuar a investigar este tema com esta população.

Uma outra limitação foi o tamanho da amostra; ainda que tenha sido aplicado o instrumento de colheita de dados a 181 pessoas idosas, trata-se de uma percentagem muito pequena comparativamente com o número de pessoas idosas institucionalizadas no país, ainda que para o universo ACeS sejam dados de extrema relevância. Assim, alargar este estudo a uma amostra maior, poderá trazer mais segurança e potenciar generalizações que os resultados possam permitir.

2.8 CONCLUSÕES

A conquista do tempo é, sem dúvida, uma das maiores aquisições da humanidade (Lima, 2010), sendo um reflexo dos avanços a nível social, económico e de saúde. Uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso (WHO, 2020).

No entanto, o envelhecimento, para além de ser um fenómeno populacional, é uma experiência individual (Lima,2010), e se viver mais anos significar sobreviver com declínio da capacidade física e cognitiva, as consequências para as pessoas idosas e para as sociedades serão muito negativas (WHO, 2015). O Plano para a Década do ES 2020-2030 é claro, quando coloca no centro a pessoa idosa e traça linhas muito concretas de atuação para que o foco deixe de ser a doença, mas antes a promoção da saúde, sendo para isso necessário adotar medidas aos mais variados níveis e nos mais diversos setores (WHO, 2020).

Ao propor-se avaliar o nível de SMP das pessoas idosas institucionalizadas e perceber as suas determinantes, este estudo pretendeu ser mais um contributo para alcançar as metas propostas pelas Nações Unidas.

O primeiro objetivo deste estudo: **avaliar o nível de SMP das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI** permitiu concluir, tal como em outros estudos que fizeram a mesma avaliação (embora em populações diferentes), que a maioria das pessoas idosas apresenta níveis moderados e elevados de SMP. Este é um dado relevante, uma vez que foi a primeira vez (tanto quanto a pesquisa bibliográfica permitiu determinar) que esta avaliação foi realizada em pessoas idosas. Permitiu também identificar o fator que obteve níveis mais

baixos (Resolução de problemas e auto atualização), sendo este um dado importante a ter em conta num futuro projeto de intervenção com esta população.

O segundo objetivo: **analisar a associação entre o nível de SMP e as determinantes sociodemográficas e clínicas** revelou informações importantes nomeadamente ao analisarmos os estudos comparativos que sugerem que as pessoas idosas que apresentaram níveis superiores de SMP foram as que escolheram a institucionalização, recebem visitas, têm melhor perceção de mobilidade/autonomia e autoperceção do estado de saúde. Sugeriu também que as pessoas idosas que participam nas atividades proporcionadas pela instituição apresentaram melhores níveis no fator Atitude pró-social e no fator Habilidades de relação interpessoal, assim como as mulheres apresentaram níveis mais elevados no fator Atitude pró-social. Por outro lado, este estudo sugere que as pessoas idosas que identificaram que sentiam que não tinham oportunidade de participar ativamente na vida da instituição, apresentaram níveis mais elevados de SMP, o que leva à refletir que provavelmente por terem maiores níveis de SMP têm também mais consciência do seu papel enquanto pessoas válidas que têm direito a ter voz e ser tidos em conta nas suas opiniões, tendo o EEEC de ter bem clara a noção de que, ao delinear os projetos de intervenção, estes têm de ser pensados e construídos com as pessoas idosas e não apenas para as pessoas idosas. Neste sentido, é essencial que as ERPI invistam numa abordagem centrada na pessoa, que analisa as preferências pessoais de cada um, de forma a permitir a continuação da autonomia, da autoidentidade e da independência (Pereira, 2017).

Este estudo correlacionou a SMP com a variável idade (positivamente) que, não estando na mesma linha de resultados encontrados noutros estudos, atribui-se este facto à homogeneidade de idades dos sujeitos estudados ($CV < 15\%$); a SMP foi também correlacionada com as variáveis: “Visitas”, “Opção pela institucionalização”, “Perceção de mobilidade” e “Classificação do estado de saúde em geral autopercecionado”, sendo que a melhor perceção de mobilidade e saúde corresponde maiores níveis de SMP.

Na grande maioria das vezes o envelhecimento traz consigo declínio da capacidade física e cognitiva. Trabalhar com as pessoas idosas no sentido de promover a SMP vai ajudá-los a melhorar a autoperceção de mobilidade e do estado de saúde, promovendo ao mesmo tempo a capacidade funcional, objetivo último da promoção do envelhecimento saudável (WHO, 2015).

O terceiro objetivo: **Obter uma caracterização atualizada da população idosa residente em ERPI** foi conseguida através da colheita de todos os dados através dos

instrumentos utilizados, ficando a USP com uma “fotografia” de uma parte das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI. Em termos descritivos este estudo dá-nos conta da caracterização das pessoas idosas inquiridas nomeadamente com predominância do sexo feminino, com média de idades de 81,7 anos, viúvas, com cerca de 3 filhos, agricultoras de profissão, com o ciclo básico de ensino, com crença religiosa; recebem visitas semanalmente sobretudo dos filhos. Maioritariamente, sentem que têm problemas de sono, têm doença crónica e são polimedicadas, fazendo medicação ansiolítica. Usam equipamentos adaptativos e têm nível de dependência moderado. Consideram a sua mobilidade/autonomia e estado de saúde razoáveis. Participam nas atividades da instituição, têm oportunidade de sugerir atividades para realizar e sentem que têm oportunidade de participar ativamente na vida da instituição. Na maioria das situações a institucionalização não aconteceu por opção própria, sendo os principais motivos a falta de suporte social/familiar e a incapacidade/doença.

Muito se poderá acrescentar a este nível futuramente, quer em outros estudos, quer em termos de investigação-ação, enquanto informação de suporte à decisão que agora a USP vai dispor. É um instrumento valioso para o planeamento em saúde e para o trabalho multidisciplinar que poderá surgir como consequência deste estudo entre a USP e as várias ERPI.

Há considerações que se consideram importantes tecer acerca deste estudo e dos resultados que produziu: os objetivos inicialmente traçados foram alcançados; o carácter inovador deste estudo vem trazer informação relevante para a comunidade científica e abrir um caminho de investigação novo na área da SMP no que diz respeito ao seu estudo na população idosa; por outro lado como instrumento de planeamento em saúde não só para os EEEC da USP onde foi realizado, mas para todos os EEEC que trabalham diariamente com a comunidade, e muito particularmente em *settings* vulneráveis como é a comunidade das pessoas idosas e que fazem diariamente planeamento em saúde. Esta é uma ferramenta que poderá ajudar na elaboração, coordenação e consecução de projetos sustentáveis, inclusivos e sobretudo cocriados com as pessoas idosas para a obtenção de ganhos em saúde. Assim, em última análise, considera-se que em termos de percurso de formação avançada a nível de 2º ciclo, esta realidade, comportando uma exigência difícil de compatibilizar a nível pessoal, familiar, académico e profissional, reconhecidamente dignifica as condições de acesso ao Título Profissional de EEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

**3 –DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE
MESTRE EM ENFERMAGEM**

O curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária possibilita a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências conducentes ao grau de Mestre¹² do segundo ciclo de estudos do ensino superior, bem como a aquisição das competências profissionais para a prática especializada da Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

A aquisição de competências especializadas em enfermagem é um processo que é alimentado, por um lado pelos conhecimentos teóricos adquiridos na componente letiva do curso e por outro pela transferibilidade desses conhecimentos para a prática clínica no âmbito dos estágios realizados ao longo do mesmo.

A formação avançada em enfermagem contribui para o desenvolvimento profissional do enfermeiro que transforma a sua forma de entender e exercer a profissão, ampliando o seu conhecimento, aumentando a segurança na tomada de decisão e tendo uma visão mais crítica em relação à prática profissional, melhorando, consequentemente a resolução de problemas e a qualidade dos cuidados especializados prestados (Silva et al., 2018).

Assim, o enfermeiro especialista “possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

O terceiro capítulo deste relatório pretende ser uma análise crítico-reflexiva acerca das experiências desenvolvidas nos estágios do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária com vista à aquisição das competências comuns e específicas do EEEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, bem como das competências académicas que o grau de Mestre confere, tendo por base além destas, os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública¹³, como referencial para a prática profissional do enfermeiro especialista.

Os estágios realizados ao longo deste curso de Mestrado¹⁴, enquadrados nas unidades curriculares de Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem Comunitária e ENPRF,

¹² Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março de 2006 que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior.

¹³ Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho de 2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

¹⁴ Despacho n.º 2598/2021 de 8 de março de 2021 que aprova as alterações ao ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

realizaram-se respetivamente na USP de Barcelos/Esposende de 27 de setembro de 2021 a 30 de novembro de 2021, na UCC Barcelos Norte de 2 de dezembro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022 e o último estágio, onde se enquadra a elaboração deste relatório, na USP Barcelos/Esposende de 1 de março de 2022 a 31 de agosto de 2022.

“É essencial que os futuros enfermeiros especialistas, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. A realização de estágios permite que estas aprendizagens, essenciais, ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.2).

3.1 A COMUNIDADE COMO UNIDADE DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Desde Florence Nightingale, os enfermeiros, através das diversas teorias e modelos, têm feito um esforço na clarificação do seu campo de investigação e da prática bem como do seu contributo para a saúde da pessoa e das populações (Pepin *et al.*, 2017).

Os metaparadigmas (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem/cuidados de enfermagem) cuja adoção consensual, através da proposta de *Fawcett*, são utilizados nas teorias e modelos de enfermagem, permitem diferenciar a enfermagem de qualquer outra disciplina, especificando os limites de atuação da mesma, ao mesmo tempo que, em cada uma das teorias e modelos assumem diferentes significados, dando resposta à proposta dos seus autores para a conceptualização dos mesmos (Allgood, 2018).

Atentando no metaparadigma “pessoa”, a afirmação da comunidade (pessoa coletiva) como unidade de cuidados, deriva da evolução das diferentes escolas de pensamento da Enfermagem (Melo, 2020), destacando-se a escola da promoção da saúde, especificamente nos modelos de promoção da saúde de Nola Pender, em que o objetivo da sua teoria é permitir aos enfermeiros a compreensão dos principais determinantes dos comportamentos de saúde como uma base para o aconselhamento comportamental para promover estilos de vida saudáveis (Pender, 2011) e o modelo de Moyra Allen, conhecido como “Modelo McGill”, que procura centrar a sua atenção nos pontos fortes do sujeito/família para a saúde e para a cura, onde os enfermeiros garantem uma prática profissional complementar à da profissão médica, com base no desejo das famílias de aprenderem a permanecer em saúde, numa relação colaborativa (Pepin *et al.*, 2017). É a partir desta escola da promoção da saúde

que a comunidade começa a ser alvo de atenção como sendo um elemento fundamental na construção individual do projeto saúde-doença (Melo,2020) e em que a orientação para a saúde pública se caracteriza por uma abordagem de saúde comunitária focada na promoção da saúde e prevenção da doença. Esta abordagem, que substitui a abordagem higienista, supõe que o profissional compartilhe conhecimentos sobre saúde com as pessoas em questão (Pepin *et al.*,2017).

O EEEEC tem como unidade de cuidados a comunidade, que vai de encontro ao modelo mais recentemente proposto por Pedro Melo (2020), o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), em que a comunidade é a unidade de cuidados, onde os indivíduos e grupos comunitários são membros do todo coletivo que é a comunidade e que ela mesma tem uma identidade própria, em que o todo e as partes interagem entre si e com o ambiente comunitário.

“A comunidade é definida como um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções idênticas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem. Exige um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns.” (Melo, 2020, p.50)

Definida a unidade de cuidados do EEEEC, segue-se a reflexão acerca das competências comuns, específicas e de mestre e das atividades que promoveram a sua aquisição.

3.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista são:

“as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Estas são agrupadas em quatro domínios de competências que a seguir se apresentam e sobre os quais se refletirá criticamente, demonstrando de que maneira foram adquiridas no decorrer dos estágios.

3.2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Dentro deste domínio de competências é esperado, segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, que este desenvolva uma prática

profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Todas as atividades desenvolvidas ao longo dos três estágios, tiveram por base os princípios da ética e da deontologia, nomeadamente no processo de integração na equipa da USP de Barcelos/Esposende e da UCC Barcelos Norte, onde o respeito pelos valores, crenças e princípios de todos os elementos pautaram a minha atuação e modo de estar nos serviços; na auscultação das equipas relativamente às necessidades dos serviços, de forma a que os meus estágios fossem uma mais valia e um contributo positivo no desenvolvimento das atividades; na auscultação da comunidade, integrando as suas preferências na elaboração dos programas a estas dirigidos, bem como no estudo de investigação que foi desenvolvido no ENP.

Todas as atividades desenvolvidas foram alvo de criteriosa supervisão, tanto pelas orientadoras do contexto como pelas orientadoras pedagógicas, garantindo assim a validação de todas as intervenções antes de serem realizadas e assegurando o compromisso de respeito pela segurança, privacidade e dignidade do cliente, que alguma inexperiência da minha parte no contexto dos CSP poderia, inconscientemente, provocar.

O respeito pela segurança, privacidade e dignidade do cliente foi transversal a todas as atividades e programas que participei durante os estágios, realçando o cuidado extremo na confidencialidade dos dados que foram recolhidos para a elaboração do estudo de investigação, garantindo aos participantes o completo anonimato e a possibilidade de desistência sem prejuízo para o próprio a qualquer altura do estudo, uma vez que, “os princípios éticos gerais se aplicam - ainda assim, mercê do posicionamento da Enfermagem como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas.” (Nunes, 2020, p.5).

3.2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Dentro deste domínio de competências é esperado que o enfermeiro especialista garanta um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico e seguro.

A USP Barcelos/Esposende tem vindo a promover desde o início da pandemia até ao presente, uma reestruturação e reformulação da equipa, dos projetos e dos programas. A alteração no quadro de pessoal, com a passagem de, no caso dos enfermeiros, de dois para seis elementos, fez com que este ano, ao serem retomados os projetos e programas que estiveram parados durante a pandemia, também fossem redistribuídas as responsabilidades pela elaboração dos mesmos. A própria cultura organizacional da unidade sofreu alterações com a mudança de coordenador, o que fez com que todos os elementos vivessem um processo de adaptação a uma nova forma de trabalhar. As reuniões de serviço nas quais tive oportunidade de participar, foram uma novidade introduzida pela nova coordenadora, denotando um esforço na construção de uma gestão mais colaborativa, onde todos os profissionais da unidade encontram um espaço e podem ter uma voz ativa na formulação das políticas e formas de trabalhar da unidade, praticando assim, a governação clínica a nível local. A governação clínica e de saúde altera os modelos de gestão vigentes, tentando descentralizar as hierarquias e reduzindo a distância entre órgãos de gestão e colaboradores, numa lógica participativa de governação (White, 2015).

Entendo que, como futura EEEEC, devo pautar a minha atuação em lógicas participativas, pois só assim, tendo em consideração as necessidades da equipa de trabalho e da comunidade, é possível desenvolver projetos de intervenção sustentáveis e que produzam ganhos em saúde. Como refere Mesko (2018) citado pelo Observatório dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2022), o sucesso da prestação de cuidados depende da colaboração, empatia e tomada de decisão partilhada.

Os enfermeiros são um parceiro fundamental, nomeadamente os EEEEC, pelas competências no planeamento em saúde, no estabelecimento e implementação de políticas de saúde, e ter a sua perspetiva no debate atual e no ambiente político local, nacional e internacional, aumentará a possibilidade de soluções robustas e práticas necessárias para enfrentar os desafios globais de saúde (International Council of Nurses, (ICN), 2022).

As atividades que tive a oportunidade de desenvolver em todos os estágios tiveram como pressuposto a qualidade dos cuidados que foram prestados como um alicerce fundamental para a prática especializada da Enfermagem Comunitária. Pude constatar o início de um trabalho em direção à implementação de uma “cultura de qualidade”, como meio para uma mudança sustentável e significativa dentro de um ambiente favorável que encoraja a participação, o diálogo, a abertura e a responsabilização (OMS, 2020).

O desenvolvimento do estudo de investigação, permitiu, ao incluir a comunidade e a equipa multidisciplinar da unidade, bem como o Conselho Executivo e Conselho Clínico do ACeS, a comunicação com todos, de forma que a transparência e a partilha de resultados contribua para a obtenção de ganhos em saúde.

3.2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Dentro deste domínio de competências é esperado que o enfermeiro especialista faça uma gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapte a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A participação em vários programas da USP, tanto na elaboração, como na avaliação e elaboração de relatórios, como na monitorização e levantamento de dados em programas como o Programa da vacinação contra a gripe sazonal, o Programa de tuberculose, Programa de Monitorização da Obesidade Juvenil, Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), Programa Nacional de Promoção em Saúde Oral e o Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar, onde não só está presente o enfermeiro especialista na gestão e nas equipas, mas também outros profissionais de saúde, deu-me a possibilidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e de desenvolver competências a esse nível;

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros¹⁵ define nos termos do nº3 do seu Artigo 8º, o princípio da complementaridade funcional na articulação com outros profissionais de saúde: “Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. Parece então evidente que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, pelo que a articulação e complementaridade funcional se revelam condições imprescindíveis, exigindo dos seus elementos valores e princípios tais como: corresponsabilidade, honestidade, lealdade, reciprocidade, sustentabilidade,

¹⁵ Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de setembro de 1996 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

cooperação e partilha, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais, a capacidade de problematizar e de refletir em conjunto (Lucília *et al.*, 2005).

A partir de uma reflexão conjunta na primeira reunião da equipa multidisciplinar do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) da USP sobre o impacto da pandemia na saúde mental das crianças e jovens, propus-me (em conjunto com as mestrandas que partilharam comigo o campo de estágio) a criar e apresentar um desenho de um estudo de investigação sobre a saúde mental das crianças e jovens do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, que permitiu demonstrar que a atuação profissional do enfermeiro pautada no conhecimento científico, permite o respeito mútuo entre os profissionais e a confiança da equipa no enfermeiro, gerando um trabalho interdisciplinar eficaz, ao mesmo tempo em que compartilha responsabilidades, deveres e direitos.

O facto de existirem vários programas a decorrer na unidade, permitiu também uma gestão adequada das prioridades e do tempo por forma a obter o máximo conhecimento ao participar em cada uma delas.

Muitas vezes a forma como trabalhamos tem de ser adaptada aos contextos e situações de forma a obtermos os melhores resultados. Os estágios realizados, e as atividades desenvolvidas durante os mesmos (estudos de investigação, planeamento e implementação de projetos de intervenção, participação em reuniões de serviço e de equipas, etc.) permitiram adquirir competências de coordenação, negociação, motivação, estilos de liderança e processos de mudança participando e percebendo a forma como o trabalho em equipa é desenvolvido nas unidades por onde passei e ao poder ter feito parte dessas mesmas equipas durante o tempo em que decorreram os estágios.

3.2.4 Domínio das Aprendizagens Profissionais

Dentro deste domínio de competências é esperado que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade e baseie a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

A capacidade de reconhecer limites - no meu caso, mais evidente, pelo facto de sempre ter trabalhado num contexto hospitalar – permitiu ter a capacidade e maturidade suficientes para parar e pedir ajuda sempre que as dúvidas foram surgindo ao longo deste processo.

O fator tempo foi um determinante grande de pressão, bem como a novidade que os estágios trouxeram pelo motivo acima enunciado. O facto de ao mesmo tempo que

desenvolvi todas as atividades, realizar também um estudo de investigação, estudo esse que se prolongou no tempo pela morosidade dos processos inerentes a qualquer estudo de investigação, nomeadamente no que à autorização da comissão de ética diz respeito, foi também um fator adicional de pressão. A capacidade de gerir essa pressão, permitiu desenvolver a assertividade necessária para abordar o trabalho de uma forma mais eficiente.

Não só na elaboração do relatório final, mas no decorrer de todos os estágios, a evidência científica suportou todas as minhas ações. Assim, e pela minha inexperiência em CSP, procurei realizar uma pesquisa bibliográfica robusta e atual, de forma a acompanhar as atividades que foram realizadas, e percebendo o porquê da sua realização de determinada forma. Na elaboração deste relatório, que naturalmente foi ganhando forma com as aprendizagens que foram realizadas ao longo do ENP e na elaboração do estudo de investigação, procurei sustentar todas elas na mais recente evidência produzida em estreita articulação com as competências comuns e específicas do EEEEC. A prática baseada na evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde, é suportada pela experiência dos profissionais que a implementam, com os recursos que têm à sua disposição e tendo em conta as preferências do cliente. Esta prática potencia os *outcomes* em saúde, reduz custos e é potencialmente sustentadora de eventuais mudanças ao nível político no âmbito da saúde (Bento & Lucas, 2021; Ferrito, 2007; Pereira *et al.*, 2012).

A defesa pública do relatório do ENPRF possibilitará também a argumentação daquele que foi o trabalho desenvolvido nos estágios e as aprendizagens e competências adquiridas ao longo de todo o curso.

Durante o curso de mestrado, além do desafio de conciliação entre os estudos, a família e o trabalho, fui tentando aproveitar as oportunidades de formação que foram surgindo e que senti que me enriqueceriam ainda mais neste percurso, tanto na minha prática profissional como na de futura enfermeira especialista. Foi exemplo disso, a minha participação no II Encontro Internacional de Literacia e SMP, no III Congresso Nacional da Associação das Unidades de Cuidados na Comunidade, nas Jornadas de Gestão das Unidades de Saúde 2020/2021, no *webinar*: “Nas fronteiras da pandemia: Desafios para a Sociedade”, no 1º Congresso MAIEC “Desafios das alterações climáticas: A Enfermagem como Inovação” e no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, onde participei com a apresentação de uma comunicação oral do trabalho desenvolvido no primeiro e segundo estágios. A participação nos quatro seminários que decorreram durante o ENP, foram

também momentos importantes, tanto pela riqueza de conteúdo que os oradores apresentaram, como pela partilha de experiências das restantes mestrandas nos seus campos de estágio, o que possibilitou colocar em perspetiva muitas das dificuldades e realidades encontradas em cada campo de estágio, bem como enriquecer com outras ideias, valores e culturas organizacionais a nossa visão da Enfermagem Comunitária.

Após a defesa pública deste relatório, pretende-se devolver a todos os intervenientes no estudo de investigação os resultados obtidos, podendo esse momento ser uma oportunidade de partilha de conhecimentos e de alavancagem de projetos de intervenção comunitária baseados nesses mesmos resultados, bem como a posterior divulgação deste trabalho na comunidade científica.

3.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista são: “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745).

Em particular, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública¹⁶ são:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”.

¹⁶ Regulamento nº428/2018 de 16 de julho de 2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

3.3.1 Avaliação do Estado de Saúde de uma Comunidade, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde

A lei de Bases da Saúde de 2019, na sua base 10 refere que ao Estado compete acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, bem como, de acordo com a base 9, compete aos sistemas locais de saúde, assegurar, no âmbito da respetiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação dos cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.

Neste sentido, a competência específica do EEEC na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública de avaliação do estado de saúde de uma comunidade, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, vem dar resposta a esta lei definida pelo Estado, colocando o EEEC num lugar de destaque como ator coparticipante na definição das políticas públicas de saúde e empreendedor ativo e fundamental em prol da melhoria e ganhos em saúde das populações (Cunha *et al.*, 2020, 2021).

A metodologia do planeamento em Saúde surge como ferramenta fundamental na prossecução daquele que é o desiderato da Enfermagem Comunitária e define-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.6). Segundo os mesmos autores este é fundamental devido à escassez de recursos, à importância de intervir na causa dos problemas, aos custos associados a intervenções mal planeadas e à importância de priorizar para otimizar recursos, sendo custo-efetivo (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação – primeira etapa do planeamento em saúde – deve corresponder às necessidades de saúde de uma população e só após a sua definição é possível realizar a intervenção necessária (Imperatori & Giraldes, 1992). Implica identificar problemas e determinar necessidades. Necessidades e problemas são conceitos relacionados. A necessidade diz respeito ao que deve ser feito para que a situação problemática (estado de saúde atual) venha a corresponder à situação desejada, ou seja, ao estado de saúde desejado (Pineault, 2016).

O Diagnóstico de Situação de Saúde tem como intuito traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde da mesma, bem como clarificar as intervenções prioritárias conducentes a ganhos potenciais em saúde.

Implica a identificação dos recursos da comunidade, incluindo Serviços de Saúde, assim como dos demais sectores públicos e da sociedade civil com impacto na área da saúde (Portugal *et al.*, 2016).

Não é possível falar de necessidades e problemas de saúde sem referir os fatores que os determinam. Os determinantes de saúde são, segundo a OMS (2021b, p.4), “*the range of personal, social, economic and environmental facts that determine the healthy life expectancy of individuals and populations.*”

Assim, como referido nas competências específicas do EEEEC, este deve integrar o conhecimento dos determinantes da saúde na elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, assim como atender ao compromisso dos ODS da Agenda 2030 das Nações Unidas (Centro Regional de Informação das Nações Unidas [UNRIC], 2022).

No primeiro estágio na USP Barcelos e Esposende, tive a oportunidade de, em conjunto com as demais mestrandas do grupo de estágio, elaborar um diagnóstico de situação. Foi realizado um estudo de investigação sobre os conhecimentos dos encarregados de educação, docentes e não docentes na gestão dos cuidados a crianças e jovens com DM tipo 1, inscritas nos agrupamentos de escolas da área de abrangência da UCC Barcelos Norte.

Apurou-se que a população estudada apresentava um nível de conhecimento sobre a diabetes considerado mediano, contudo, quando analisado em profundidade, os encarregados de educação destacavam-se por apresentar um conhecimento ligeiramente superior, levantando a necessidade de intervenção para empoderar a comunidade escolar. Relativamente às necessidades sentidas e expressas pelos cuidadores destas crianças, através de questões abertas que fizeram parte do instrumento de colheita de dados, verificou-se que existiam algumas lacunas merecedoras de intervenção.

Os objetivos do estudo e do estágio foram alcançados, bem como diagnosticadas necessidades de intervenção que tiveram continuidade no estágio de Enfermagem Comunitária.

Já no ENP foi possível participar e colaborar na elaboração de diversos programas que farão parte do PLS. Este plano, que se encontra ainda em elaboração conta com um diagnóstico de saúde realizado à população do ACeS, onde serão identificados os principais problemas e necessidades da população, bem como as potencialidades da mesma no sentido da prevenção da doença e promoção da sua saúde.

O PLS é, indubitavelmente, uma ferramenta essencial de governação clínica e de saúde. A Governação clínica e de saúde é uma função central orientadora da ação do ACeS

e das suas UF, para que se promovam elevados padrões de adequação, segurança e efetividade na prestação de serviços de saúde, bem como na melhoria contínua da sua qualidade (Firmino-Machado *et al.*, 2017).

Os PLS são instrumentos ímpares de implementação do PNS, de alinhamento com os objetivos nacionais e regionais e, como tal, devem também traçar estratégias e intervenções específicas e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em saúde da comunidade que servem, promovendo o objetivo último de melhoria justa do estado de saúde da sua população segundo uma abordagem intersectorial que envolva os diferentes *stakeholders* que têm impacto na saúde numa colaboração intersectorial, multidirecional e contínua, por forma a adotar eficazmente as perspetivas *Whole-of-government* e *Whole-of-society* (Portugal *et al.*, 2016).

Para a definição dos principais problemas de saúde a serem abordados no PLS do ACeS Barcelos/Esposende foram tidas em conta as vozes da comunidade, nomeadamente através do Conselho da Comunidade do ACeS, das diversas instituições que fazem parte da comunidade (municípios, juntas de freguesia, IPSS, etc.) e foram ouvidos os profissionais do ACeS que foram convidados a responder a um questionário online.

A avaliação das necessidades que inclui todos os parceiros é um ponto de começo lógico no processo de planeamento e pode construir relações de trabalho duradouras, bem como garantir a sustentabilidade dos planos, programas e projetos (Laverack, 2022; Santos, 2019).

A relativa baixa adesão dos profissionais de saúde a este tipo de iniciativas impele à reflexão sobre a importância do plano de comunicação como elemento fundamental do planeamento em saúde.

Assistimos atualmente ao processo de apresentação e implementação de um novo PNS – o PNS 2021-2030 – onde é sublinhado o papel central da comunicação estratégica em saúde, reforçando as estratégias de comunicação com a utilização de práticas de comunicação participativa e colaborativa, pautadas pelos princípios da cocriação e implicação de *multistakeholders*, no sentido da corresponsabilização social que conduza a mudanças efetivas. (Portugal, 2021).

Foram identificadas mudanças, ao nível da estratégia de comunicação na USP. Um dos exemplos em que pude participar, foram as reuniões de serviço de que já fiz referência. Nestas reuniões todos os elementos da USP participam e encontram um espaço onde podem, na primeira pessoa, expor as suas preocupações, reflexões e sugestões de melhoria acerca do

trabalho que é desenvolvido na unidade. É dado conta de todo o trabalho que está a decorrer na unidade, dos objetivos atingidos e dos que ainda se pretendem alcançar assim como as estratégias para o conseguir.

Após o diagnóstico de saúde é necessário definir prioridades. A análise das necessidades resulta necessariamente em intervenções para as satisfazer. Nem todas as necessidades podem ser satisfeitas ao mesmo tempo ou ao nível desejado, pelos constrangimentos muitas vezes existentes nos sistemas de saúde, por exemplo ao nível do financiamento, pelo que é importante determinar as prioridades para guiar as escolhas e orientar as decisões (Pineault, 2016).

Após a realização do diagnóstico de situação (primeiro estágio), no segundo estágio foram definidas prioridades de intervenção, tendo em conta nomeadamente o pico pandémico que se verificou na altura da intervenção, pelo que foi necessário selecionar o agrupamento de escolas que seria alvo da intervenção, tendo sido utilizado como critério, o agrupamento que tinha mais alunos com o diagnóstico de DM tipo 1.

No ENP, apesar de ainda não estar publicado o novo PLS do ACeS Barcelos/Esposende, foi possível perceber as técnicas de priorização utilizadas, nomeadamente a consulta da equipa de saúde de todo o ACeS, através de email, solicitando a ordenação de um conjunto de problemas identificados pelo diagnóstico de saúde e também a aplicação do método de Hanlon (Choi *et al.* 2019), sempre em alinhamento com as orientações estratégicas do PNS (Portugal *et al.*, 2016).

Após serem estabelecidas as prioridades, torna-se fundamental o estabelecimento de objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas identificados, num determinado período de tempo. Só uma correta elaboração de objetivos quantificáveis permitirá uma avaliação dos resultados obtidos (Imperator & Giraldes, 1992). Para ser possível mensurar os objetivos, definem-se indicadores (Melo, 2020). O indicador de saúde tem a capacidade de medir uma característica de saúde numa determinada população (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2018).

No segundo estágio, após a definição de prioridades foi necessário definir objetivos muito claros do que era pretendido para resolver os problemas e as necessidades identificadas, para ser possível, no final do projeto, medir a existência de ganhos em saúde para os seus intervenientes. Foi uma etapa complexa, pelo rigor metodológico que implicou, tendo sido necessário, além de outras questões, perceber os recursos disponíveis, ouvir e envolver os intervenientes na sua elaboração, nomeadamente através de reuniões com os

diretores dos agrupamentos de escolas e com os professores responsáveis pela promoção e EpS na escola. Foram também elaborados indicadores que permitiram posteriormente fazer a avaliação deste projeto.

No ENP foi possível, ao acompanhar a elaboração dos vários programas em curso na USP, acompanhar também a etapa da elaboração dos objetivos dos mesmos, bem como dos indicadores. A este nível, foi possível perceber o rigor com que estes têm que ser traçados pelo impacto que estes programas têm, tanto pela sua dimensão, como pela influência que se pretende que tenham em todo o trabalho desenvolvido e projetos implementados no ACeS.

O estabelecimento de programas e projetos de intervenção, com vista à resolução dos problemas identificados é também uma das unidades de competência das competências específicas do EEEC. A implementação das estratégias pretende providenciar informações, recursos e serviços que melhorem a saúde, permitindo que as pessoas tenham mais controlo sobre as suas vidas (Laverack, 2022).

O projeto de intervenção comunitária, baseado na mais recente evidência científica - “Crescer com DM tipo 1” – que foi elaborado com a participação de docentes e não docentes dos Agrupamentos de Escolas da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende, permitiu pensar criteriosamente em todas as etapas do planeamento em saúde. A sua implementação permitiu contactar diretamente com docentes e não docentes dos alunos com diagnóstico de DM tipo 1, perceber as suas maiores dificuldades e ir de encontro àquelas que foram as suas expectativas criadas inicialmente.

No ENP foi possível, com a colaboração da UCC Barcelinhos, acompanhar e participar na implementação de atividades inseridas no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), no Programa Regional Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE) e no Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE).

O ciclo do planeamento em saúde completa-se com a fase da avaliação (Melo, 2020). O valor e a importância de monitorizar e avaliar é reconhecido por todos os intervenientes de um projeto, sejam eles planeadores, financiadores, formuladores de políticas e comunidades que dão apoio às intervenções. Quando é possível demonstrar até que ponto os objetivos de um projeto foram atingidos é mais fácil garantir que os recursos sejam utilizados da maneira mais efetiva, eficiente e adequada possível (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, [UNESCO] 2010).

A finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência (Imperatori & Giraldes, 1992), que são, por este processo, continuamente retroalimentadas sendo possível adaptar, alterar ou mesmo cancelar estratégias, intervenções e em sentido mais lato, as políticas de saúde (Laverack, 2022).

O projeto de intervenção comunitária já referido acima, foi sujeito a uma monitorização permanente, onde foi feita a gestão das dificuldades que foram surgindo, nomeadamente pelas questões relacionadas com a pandemia Covid-19, que obrigaram à reformulação de estratégias, para poderem ser alcançados os objetivos inicialmente definidos. A avaliação deste projeto permitiu perceber a obtenção de ganhos em saúde para os seus intervenientes, validando a eficácia e o sucesso do mesmo.

No ENP foi possível acompanhar e colaborar na elaboração do relatório de avaliação do Programa de vacinação contra a gripe sazonal 2020/2021, nomeadamente no cálculo dos indicadores estabelecidos inicialmente no desenho dos objetivos.

A elaboração de um diagnóstico de saúde e o delineamento de programas, objetivos e estratégias, têm como finalidade a obtenção de ganhos em saúde. É através da avaliação que se obtém esta demonstração e que o enfermeiro especialista é reconhecido junto dos vários atores da comunidade e do poder local, ganhando voz e espaço na advocacia de políticas saudáveis em prol da comunidade, em particular, das comunidades mais vulneráveis.

3.3.2 Contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A reforma dos CSP veio colocar em destaque a sua função de promoção da saúde, prevenção da doença e de cuidados de proximidade, centrados no utente e orientados para a comunidade (Firmino-Machado *et al.*, 2017).

A carta de *Ottawa* define promoção da saúde como sendo “o processo que visa capacitar os indivíduos e as comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.1). A saúde deixa de ser vista como um fim a alcançar, mas como um recurso que nos acompanha ao longo da vida (OMS, 1986). Em Astana reforça-se a ideia de que os CSP devem empoderar as pessoas e as comunidades para que sejam autoras da sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem (OMS, 2018).

Segundo o glossário da Promoção da Saúde da OMS a capacitação “*is the development of knowledge, skills, commitment, partnerships, structures, systems and leadership to enable effective health promotion actions*” (WHO, 2021b, p.11).

A capacitação pretende assim, fortalecer e complementar capacidades existentes, sustentando e amplificando os ganhos alcançados com a promoção em saúde. Pode incluir o aumento da conscientização sobre os fatores de risco para a saúde, estratégias para promover a identidade e a coesão comunitária, educação para aumentar a literacia em saúde, facilitar o acesso a recursos externos e desenvolver estruturas para a tomada de decisão comunitária e a ação coletiva. A competência individual dos profissionais de saúde é uma condição necessária, mas não é suficiente para uma efetiva promoção da saúde. O apoio das organizações onde e com quem trabalham é também crucial para a implementação efetiva de estratégias de promoção da saúde, bem como o desenvolvimento da coesão e de parcerias comunitárias (WHO, 2021b). Neste sentido importa também referir o conceito de empoderamento, que segundo o mesmo documento “*is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health*” (WHO, 2021b, p.14).

O empoderamento resulta de processos sociais, culturais, psicológicos e políticos através dos quais os indivíduos e as comunidades são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações, elaborar estratégias para o envolvimento na tomada de decisão e realizar ações políticas, sociais e culturais para satisfazer essas necessidades inclusivamente cocriando as políticas e serviços que afetam e servem as suas comunidades (WHO, 2021b).

Os dois conceitos são utilizados muitas vezes na literatura como tendo o mesmo significado, mas tendo em conta as definições da OMS e seguindo a linha de pensamento de Melo (2020), entende-se a capacitação como uma fase importante do empoderamento comunitário; a primeira mais centrada no desenvolvimento de capacidades, monitorizada pelo agente capacitador (neste caso, o enfermeiro), e a segunda referente à delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas, sendo a comunidade completamente independente do enfermeiro. São ambas fundamentais e a segunda advém da primeira. Embora o trabalho desenvolvido nos estágios estivesse mais direta e objetivamente relacionado com a primeira, inevitavelmente ao capacitarmos uma comunidade, estamos a dar-lhe ferramentas para se empoderar e tomar ela própria, as suas decisões para a obtenção de ganhos em saúde e por isso o objetivo de

todas as atividades de capacitação realizadas em todos os estágios, foram, em última instância o empoderamento comunitário.

Desde logo no primeiro estágio, ao ser realizado o diagnóstico de situação com o desenvolvimento de um estudo de investigação sobre a DM tipo 1 em contexto escolar, e ao serem incluídas no questionário aplicado, perguntas abertas em que os respondentes podiam relatar as suas maiores dificuldades, preocupações e necessidades relativamente ao cuidado de crianças e jovens com DM tipo 1 em contexto escolar, assim como os temas que gostariam de ver abordados numa possível intervenção, deu a possibilidade aos mesmos de uma primeira tomada de consciência acerca do tema e dos conhecimentos que possuíam ou precisavam de adquirir, sendo esta já uma forma de intervenção, assim como de participação na elaboração do programa de intervenção comunitária. Neste sentido, a Lei de Bases da Saúde, na sua base 2, alínea j) define o direito de todas as pessoas a intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS. A Carta para a Participação Pública em Saúde¹⁷ é um exemplo do esforço de concretização da primeira.

Além deste direito consagrado na lei, são já bastante estudados os benefícios da participação em saúde, havendo maior garantia de sucesso e sustentabilidade em programas de promoção da saúde que incluem as necessidades das pessoas, nomeadamente através de abordagens *bottom-up*, em que as comunidades são conscientemente envolvidas no programa e nas decisões de planeamento (Laverack, 2022), sendo também ela uma forma de capacitação dos cidadãos (Serapioni & Matos, 2013).

A participação pública em saúde deverá ocorrer em todos os níveis do sistema de saúde, contribuindo para maior transparência nas decisões, maior confiança nas instituições, coresponsabilização na implementação de políticas e outras intervenções, e ainda para a melhoria da qualidade dos cuidados, das políticas e da investigação. Desempenha também um papel fundamental na equidade em saúde, ao escutar e envolver as perspetivas dos cidadãos, em particular os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade (CNS, 2020).

¹⁷ Carta para a Participação Pública em Saúde, aprovada como anexo I, à Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro. <https://www.parlamento.pt/sites/COM/XIVLeg/9CS/Documents/Carta-ParticipacaoPublica-Saude.pdf>

Em Portugal, embora o direito a participar esteja adequadamente previsto na lei e sejam identificados mecanismos formais de participação pública em saúde ao nível nacional, regional, local e institucional, a participação ainda é baixa (CNS, 2020), sendo ainda necessário passar da hierarquização das políticas públicas para a sua harmonização, privilegiando a centralidade do cidadão, promovendo o investimento na literacia, participação em saúde e a decisão partilhada ao longo do percurso nos cuidados de saúde (Sakellarides, 2020).

A Literacia em Saúde pode ser entendida como determinante, mediador e moderador da saúde, constituindo uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde (Arriaga et.al, 2021). Segundo a OMS, Literacia em Saúde:

“represents the personal knowledge and competencies that accumulate through daily activities, social interactions and across generations. Personal knowledge and competencies are mediated by the organizational structures and availability of resources that enable people to access, understand, appraise and use information and services in ways that promote and maintain good health and well-being for themselves and those around them.” (WHO, 2021b, p.6)

Diversos estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde (Pedro *et al.*, 2016). Os resultados de um estudo recente realizado em Portugal, apontam para resultados positivos nos níveis de literacia em saúde, com um questionário adaptado para a população portuguesa, que sugerem um aumento dos níveis altos de literacia em saúde quando comparados com estudos anteriores que recorreram à versão original (HLS-EU-Q), do Inquérito Europeu de Literacia em Saúde (Arriaga *et al.*, 2021).

Por outro lado, verificou-se que os valores de Literacia geral em saúde estão associados com a idade e a escolaridade, indicando um aumento da proporção de níveis inadequados de Literacia em Saúde com o aumento da faixa etária e com a diminuição do nível de escolaridade, corroborando estudos anteriores sobre a mesma problemática (Arriaga *et al.*, 2021; Espanha *et al.*, 2016) e fazendo manter os níveis de preocupação relativamente à necessidade de considerar a Literacia em Saúde como uma prioridade de saúde pública (Arriaga, Nota in Almeida *et al.*, 2019). Assim, “o desafio da construção da literacia para a saúde não só emerge como estruturante para que a saúde aconteça, mas impõe-se no exercício de uma cidadania ativa” (Saboga Nunes, 2017, p.83).

Ao longo do segundo estágio, realizado na UCC Barcelos Norte foi possível elaborar e implementar um projeto de intervenção comunitária que já foi referido neste documento,

onde, através das atividades delineadas para fazer face aos objetivos definidos, foi possível capacitar a comunidade docente e não docente do Agrupamento de Escolas Alcaides de Faria relativamente à DM tipo 1 e inclusão em meio escolar, operacionalizada através de uma sessão de EpS, inicialmente prevista realizar-se presencialmente e posteriormente adaptada para o formato online, devido aos constrangimentos provocados pela pandemia Covid-19. Foi um momento de partilha de conhecimentos e dúvidas, onde foi possível, através da avaliação da atividade, perceber ganhos através do aumento do nível de conhecimentos inicial e final dos participantes.

No ENP, foi possível desenvolver esta competência através da realização de uma sessão de EpS sobre alimentação saudável num centro de refugiados. Esta necessidade foi identificada tanto pelos técnicos que trabalham diretamente com os refugiados como pelos próprios. Houve a necessidade de uma adaptação cultural dos conteúdos a serem abordados, tendo como referencial teórico o modelo de Campinha-Bacote que define a competência cultural como sendo “o processo onde o prestador de cuidados de saúde se empenha incessantemente de forma a adquirir a habilidade e disponibilidade para trabalhar eficazmente no contexto cultural do seu cliente” (Campinha-Bacote,2002, p.181).

Foi uma sessão de extrema proximidade com o público-alvo apesar dos constrangimentos linguísticos, que foram minorados pela existência de uma tradutora. Ainda assim, foi possível utilizar uma abordagem mais prática do tema com atividades que promoveram a participação ativa de todos os envolvidos.

Uma outra oportunidade de capacitação diz respeito à visita domiciliária que é realizada pela equipa do programa de vigilância da Tuberculose aos utentes em isolamento pela doença, bem como aos diversos locais que este frequentou e que podem ser sensíveis à contaminação. Garantindo naturalmente a privacidade e confidencialidade do utente, é também uma oportunidade de capacitação deste e da comunidade onde está inserido.

Uma oportunidade que este estágio também permitiu, foi, como já referido, participar com a equipa de saúde escolar da UCC Barcelinhos em projetos de intervenção nas escolas da área de abrangência da UCC. Foi possível participar em sessões de EpS, no âmbito do PRESSE, em turmas de 1º e 2º ciclo, e também no âmbito do PASSE.

Além destas atividades, foi também possível preparar uma sessão de formação em serviço para os profissionais da USP, permitindo, além da aquisição da competência de qualquer enfermeiro especialista de formação dos seus pares, a capacitação dos próprios

profissionais da unidade, para eles próprios, empoderados, serem melhores agentes de promoção da saúde da população que servem.

A contribuição para o processo de capacitação pressupõe, no EEEEC competências de comunicação, das quais podem depender o sucesso das intervenções realizadas. Foi já referida a importância da comunicação, nomeadamente no planeamento em saúde, pelo que o EEEEC deve procurar enriquecer o seu currículo com outras áreas do saber nomeadamente nas áreas das ciências da educação, comunicação e marketing, sendo mesmo uma responsabilidade profissional fazê-lo (Laverack,2022).

Neste sentido, e inserido na área funcional do Planeamento e Administração em Saúde da USP Barcelos e Esposende, o programa de comunicação e informação em saúde trabalha para, tal como preconizado no Decreto-Lei n.º 137/2013 (2013, p.6050) “assegurar a sensibilização das pessoas, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública”.

Uma das atividades que a USP realiza para cumprir o acima mencionado bem como para garantir a *accountability*, como um dos pilares da governação clínica e de saúde, diz respeito à contribuição mensal com um artigo de informação no jornal de Fão, tentando desta forma estar mais presente junto da população. Durante o ENP, foi possível, em conjunto com as demais mestrandas que desenvolveram o seu estágio no mesmo local, elaborar dois artigos para este jornal. Um dos artigos teve como tema a DM tipo 1 na escola e a inclusão. O desconhecimento e a iliteracia podem facilmente desencadear processos de discriminação e bullying, e este artigo pretendeu ser um contributo para melhorar a inclusão escolar destas crianças e jovens, através dos possíveis alvos e leitores deste jornal, que são maioritariamente os encarregados de educação.

O segundo artigo de informação teve como tema a promoção da SMP como estratégia de promoção do ES, que está alinhado com o estudo de investigação que realizei durante este estágio. Estes artigos de informação, embora de forma impessoal, pretendem contribuir para a capacitação da população para os temas abordados nos mesmos.

Por fim, a elaboração do estudo de investigação - não permitindo a realização de um projeto de intervenção pelos limites temporais do ENP – permitiu a sugestão de linhas de ação, tendo em conta os resultados obtidos no mesmo, com sugestões de intervenções a serem realizadas com a população-alvo, capacitando-a para que possa, empoderada, assumir um maior controlo da sua saúde no processo de envelhecimento.

3.3.3 Integração e Coordenação nos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

A Base 4 da Lei de Bases da Saúde, define como um dos fundamentos da política de saúde, a melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais (Lei nº 95/2019, 2019).

Durante o curso de Mestrado assistimos a uma transição entre dois Planos Nacionais de Saúde, sendo que o último 2021-2030 esteve até ao dia 7 de maio em consulta pública.

Como o próprio documento refere, o PNS 2021-2030 é, mais do que um documento, um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, seleciona as estratégias de intervenção mais adequadas, tendo em vista o alcance de objetivos de saúde sustentável para Portugal, visando, entre outros, a redução das iniquidades em saúde (Portugal, 2021).

É esperado do EEEEC, que na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades que constam dos diferentes programas de saúde, tudo faça, para atingir os objetivos do PNS (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Imperator e Giraldes (1992, p.83) definem “plano” como “um instrumento de implementação de uma política”, “programa” como “um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos materiais e financeiros que são geridos por um mesmo organismo” e “projeto” como sendo “uma atividade que decorre num período de tempo delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.”

“A gestão de programas e projetos exige um complexo desenvolvimento de competências de liderança e trabalho em equipa para potenciar o alcance das metas que respondem às necessidades de saúde da população” (Melo, 2020, p.89).

Durante o ENP, participei em reuniões da equipa de saúde escolar da USP, que coordena, promove e monitoriza o PNSE, o PRESSE e o PASSE. Foram as primeiras reuniões realizadas no âmbito destes programas após o interregno que a pandemia provocou na USP. Foram oportunidades únicas para perceber o trabalho desenvolvido e o trabalho que se pretende desenvolver, tendo em conta alguns efeitos já conhecidos da pandemia, nomeadamente ao nível da saúde mental. Nesta ótica foi possível também sugerir formas de

operacionalizar alguns programas, mais especificamente, e como já foi referido acima, a apresentação de um desenho de estudo de investigação sobre a promoção da saúde mental em contexto escolar, com o objetivo de, após realizado o diagnóstico de situação, em parceria com todas as UCC do ACeS, agrupamentos de escolas, municípios e instituições da comunidade, delinear um projeto de intervenção sustentável, abrangendo todas as faixas etárias dos diferentes ciclos de ensino, alinhado com os ODS e com o PNS 2021-2030. A ESS/IPVC, mostrou-se também disponível para se tornar parceira do ACeS no desenvolvimento deste projeto.

O envolvimento da comunidade é um aspeto importante da sustentabilidade, incluindo os parceiros na tomada de decisões e no sentido de apropriação do projeto, tendo sido já demonstrado mudanças sustentadas ligadas a melhorias na saúde (Laverack, 2022).

O estabelecimento de parcerias comunitárias é fundamental tanto para o sucesso como para a sustentabilidade dos programas e projetos fomentando sinergias entre as instituições e os recursos limitados (Alves *et al.*, 2020).

O EEEC tem, por excelência, mais proximidade com a comunidade. Este facto facilita a sua participação ativa na promoção da coesão e da construção de objetivos comuns e na promoção de parcerias comunitárias eficazes com base no empoderamento da comunidade (Melo & Alves, 2019).

No sentido de disponibilizar orientações para a implementação dos diferentes programas de saúde, foram também realizadas as primeiras reuniões da equipa de saúde escolar da USP com os representantes das equipas de saúde escolar das três UCC do ACeS, onde também esteve presente a enfermeira do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS. Foram reuniões importantes para assegurar, analisar e apropriar orientações centrais à governança da USP relativamente aos programas em curso, perceber como as três UCC adaptaram e desenvolveram os seus projetos em tempos de pandemia e como estão a desenvolver o seu trabalho neste momento. Foram momentos profícuos em partilha de experiências e de reconhecimento das vantagens do trabalho concertado, onde foi possível fazer, mais uma vez, a apresentação do desenho do estudo de investigação sobre a saúde mental em contexto escolar, com o objetivo de, após o diagnóstico, em parceria com as três UCC, ser elaborado o projeto de intervenção comunitária neste âmbito.

Foi possível perceber que estas reuniões conformam a adoção de uma nova estratégia (até então a comunicação funcionaria maioritariamente por email, motivada também pelos constrangimentos da pandemia) pelo que o trabalho em rede não estava plenamente

implementado, fazendo denotar um esforço - merecedor de todo o reconhecimento - bastante isolado na implementação de projetos, parecendo existir um *gap* entre aquilo que são os programas e os objetivos da USP e a sua tradução nos projetos de intervenção realizados pelas UCC.

Assim, o estudo de investigação sobre a promoção da saúde mental em contexto escolar e projeto de intervenção comunitária envolvendo a USP e as três UCC, pretendem contribuir para otimizar e maximizar os recursos disponíveis no ACeS que, como todos fizeram transparecer, são claramente inferiores aos desejáveis, no que à intervenção comunitária no âmbito do PNSE diz respeito.

Este é um problema mundial que a ICN (*International Council of Nurses*) fez chegar à 75ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada nos passados dias 22-28 de maio de 2022, como sendo a maior ameaça atual para a saúde, assim como o esgotamento dos profissionais causado pela pandemia Covid-19 e a emigração de enfermeiros para países onde são mais bem remunerados (ICN, 2022).

O enfermeiro, em particular o EEEEC, tem um papel fundamental na equipa de saúde. Sabendo que há desafios a superar para uma participação mais efetiva dos enfermeiros na decisão, planeamento e coordenação de cuidados, há reconhecimento de que a mudança vai ocorrendo à medida que o papel do enfermeiro vai sendo mais bem compreendido no seio da equipa e entre os utentes. As oportunidades formais e informais de aprendizagem conjunta com outros profissionais, a investigação e a prática baseada na evidência, o trabalho em proximidade e em parceria com os utentes e a comunidade, surgem como oportunidades, para que esse reconhecimento aconteça (Neves, 2012).

3.3.4 Realização e Cooperação na Vigilância Epidemiológica de âmbito Geodemográfico

O Observatório Local de Saúde da USP Barcelos e Esposende, insere-se na área funcional do planeamento e administração em saúde e tem como funções monitorizar o estado de saúde da população - identificando as suas necessidades de saúde, efetuar a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, não transmissíveis e no âmbito da saúde ambiental e avaliar e rever os programas de saúde.

“A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença” (Regulamento n.º 428/2018, 2018, p.19357).

São várias as monitorizações em curso na USP Barcelos e Esposende, destacando as que tive maior contacto como a da vacinação em geral e a vacinação contra a gripe sazonal, a Tuberculose, a Obesidade Juvenil, tendo nesta última trabalhado ativamente no levantamento dos dados através da plataforma de informação clínica SCLínico – perfil enfermeiro, recolhendo dados relativos à monitorização do peso e Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças com 5 e 13 anos. Os resultados preliminares obtidos, apesar de ainda não estarem publicados, permitiram já levantar um conjunto de preocupações relativamente à obesidade juvenil no ACeS Cávado III- Barcelos/Esposende, que fizeram lançar um desafio de reflexão a todos os profissionais de saúde, incluindo este tema nos projetos que se pretendem delinear pela equipa de saúde Escolar.

É importante que a vigilância epidemiológica não envolva apenas a colheita de dados, mas que permita, através da sua análise, a implementação de ações efetivas de prevenção da doença, de atuação nos determinantes de saúde, traduzindo-se em políticas de saúde (Bonita *et al.*, 2010).

No caso da vigilância epidemiológica da tuberculose, além da monitorização, é realizado o acompanhamento dos casos, bem como a implementação de formas de controlo de disseminação da doença. Depois de notificada a doença, procede-se à vigilância de sintomas dos conviventes do caso índice, através da visita domiciliária, bem como a visita aos locais de frequência recorrente do utente identificado com a doença. A visita tem como objetivo o inquérito de sintomas, orientando a entrevista para fatores relevantes para a investigação da doença, bem como do estado de saúde dos indivíduos e seus antecedentes.

Uma vez que o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) se localiza no mesmo edifício da USP, e com o qual também tive a oportunidade de colaborar, foi possível perceber que existe uma comunicação próxima entre as duas equipas. Esta forma de trabalhar permite a rápida identificação e encaminhamento para rastreio dos conviventes do caso índice, permite também perceber a adesão à Toma Observada Direta e a evolução da situação clínica. Utente e equipas são beneficiados pela forma colaborativa como decorre todo este processo.

Relativamente aos processos de vigilância de saúde ambiental, apesar de não ter sido possível acompanhar presencialmente, foi possível perceber a dinâmica, os objetivos e a participação do EEEEC que faz a verificação e monitorização dos bufetes e máquinas de venda livre dos estabelecimentos escolares. É um projeto multidisciplinar, envolvendo os técnicos de saúde ambiental e EEEEC.

Apesar de ter tido a oportunidade de acompanhar e participar nas atividades do EEEEC, sabe-se que o financiamento das políticas de saúde ainda se faz, tendo em conta uma vertente maioritariamente médica, não considerando as intervenções dos enfermeiros na obtenção de ganhos em saúde (Nascimento *et al.*, 2021). Os enfermeiros têm vindo a reconhecer o papel fundamental dos diversos Sistemas de Informação para a prestação de cuidados de qualidade, mas continua ainda a ser difícil demonstrar o impacto dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde da população. (Sá *et al.*, 2020).

Apesar de a vigilância epidemiológica ainda se encontrar muito ligada à prevenção da doença, Melo (2020) aponta a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) como uma oportunidade ímpar no redirecionamento desta mesma vigilância para a mensuração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, objetivando a importância do EEEEC no seio da equipa de saúde pública, na elaboração de planos, programas e projetos de intervenção comunitária e na formulação de políticas de saúde.

Com a reestruturação e reforço da equipa de enfermagem da USP, surge também esta oportunidade de desenvolvimento de projetos que tenham na sua base a VEDE, podendo a implementação de um Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, ser tida em conta no delineamento do plano de ação da equipa de enfermagem.

No que diz respeito aos estudos de investigação realizados, tanto no primeiro estágio como no ENP foram elaborados instrumentos de colheita de dados que incluíram naturalmente escalas validadas - depois de devidamente autorizada a sua utilização pelos autores - tendo sido feito o tratamento dos dados recolhidos com recurso ao programa informático SPSS, na sua versão 28.0 e utilizados os testes estatísticos adequados à análise que se pretendeu fazer, tendo em conta os objetivos delineados e a revisão de literatura efetuada.

3.4 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei nº 74/2006, 2006, p.2246).

Ingressar num curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária foi um desafio que me propus enfrentar, após doze anos de prática clínica em cuidados diferenciados, num serviço de especialidades cirúrgicas (Cirurgia e Ortopedia).

Apesar de toda a formação que fui realizando e até ministrando nestes doze anos, foi a primeira vez, após a conclusão da licenciatura, que ingressei novamente num contexto académico de aprendizagem, desta vez para o segundo ciclo de estudos. Não obstante o desgaste de doze anos de trabalho, decidi que era a hora de me desafiar a mim mesma e enveredar pela área de especialização que sempre me apaixonou. Foi um início desafiante, mas muito motivador.

Foi possível aprofundar os conhecimentos obtidos na licenciatura; através dos trabalhos de grupo, discutir e analisar diferentes pontos de vista; através do estudo autónomo, aprofundar as competências de revisão bibliográfica, de análise e de síntese; o desenvolvimento de trabalhos originais, inclusive, apresentar no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros, uma comunicação oral acerca do trabalho desenvolvido no primeiro e segundo estágios onde foram desenvolvidos respetivamente um trabalho de investigação com diagnóstico de situação e um projeto de intervenção comunitária.

Foi possível acompanhar e participar na elaboração de planos de atividades de alguns programas da USP Barcelos e Esposende onde decorreu o ENPRF; participar em reuniões de equipa apresentando e discutindo diferentes pontos de vista; trabalhar em equipa multidisciplinar, colaborar na elaboração de relatórios de avaliação de programas analisando reflexivo-criticamente os resultados obtidos; elaborar, após uma exaustiva e atualizada revisão bibliográfica, um desenho de estudo para um projeto que a USP pretende que seja inovador, na área da promoção da saúde mental em contexto escolar.

Em última análise, desde o início da componente letiva do mestrado, até aos estágios realizados, todos foram importantes e contribuíram sobremaneira para a aquisição dos conhecimentos, capacidades e competências de Mestre em Enfermagem Comunitária.

CONCLUSÕES

Terminar um percurso desta natureza implica refletir em todo o trabalho realizado, perceber as aprendizagens conquistadas e ver o futuro com um novo olhar.

O ENP, culminar do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, permitiu colocar em prática tudo o que foi aprendido até então. Permitiu aprofundar conhecimentos e adquirir competências especializadas numa prática baseada na mais recente evidência científica.

Este estágio permitiu, por um lado trabalhar no sentido da aquisição das competências específicas do EEEEC na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e, ao mesmo tempo que estas foram sendo adquiridas, impulsionar também a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente na procura constante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da formação, gestão e investigação em enfermagem.

O estudo de investigação realizado sobre a promoção da SMP como estratégia de empoderamento para um ES pretendeu estudar uma comunidade vulnerável que são as pessoas idosas, dando-lhes voz e atribuindo-lhes um papel principal na equipa de cuidados.

Ao serem tidos em conta, pretende-se promover metodologias participativas de planeamento em saúde numa lógica *bottom-up*, conferindo sustentabilidade aos projetos que se pretendam implementar a partir daqui com os resultados obtidos.

Sabemos que “é necessário investir mais recursos no SNS. Mas é igualmente importante transformar – descentralizar, integrar, inovar, democratizar – situar, sem excessos de retórica, as pessoas no centro do sistema de saúde” (Sakellarides, 2020, p.140)

É esta visão que este relatório pretende juntar ao conhecimento científico já existente. Foi possível perceber um conjunto de determinantes que promovem a SMP e garantir que as pessoas idosas não são esquecidas, e que estes determinantes são tidos em conta na promoção de um ES, foi também um dos objetivos deste trabalho.

Conclui-se objetivando o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos, na certeza de que foi um caminho feito com alguns obstáculos, mas que foram sendo ultrapassados e que permitiram solidificar ainda mais as competências adquiridas ao longo do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allgood, M.R. (2018). *Nursing theorists and their work*. (9ª ed.). Elsevier.
- Almeida, C., Silva, C., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Larangeira, J., Cid, L., Menezes, M.B., Ferreira, M.C., Loureiro, M., Correia, M., Silva, N., Barbosa, P., Carvalho, P., ... & Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.14/32411>
- Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Guidedesign.
- Alves, H., Alves, H.B., Vasconcelos, K., Silva, C., Silva, M., Patrício, D., Dantas, R. & Melo, P. (2020). Alterações da qualidade do sono em idosos e sua relação com doenças crônicas. *Brazilian Journal of health Review*. 3 (3). p.5030-5042. <http://doi:10.34119/bjhrv3n3-085>
- Alves, O., Moreira, J. & Santos, P. (2020). Developing community partnerships for primary healthcare: An integrative review on management challenges. *International Journal of Healthcare Management*. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1723882>
- Alves, S., Ribeiro, I., Sequeira, C. (2020). Criação e validação de um programa promotor de saúde. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*. 43 (1). p. 432-439. <http://hdl.handle.net/10400.26/25777>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11 (1) p. 11-18.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L. & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III (5). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239964009>
- Araújo, J., Ramos, E. & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Med Port*. 24(S2). p. 79-88. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1524/1109>
- Arriaga, M.T., Santos, B., Costa, A., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Mata, F., Chaves, N., Lopatina, M., Sorensen, K., Dietscher, C. & Freitas, G. (2021). *Níveis de literacia em saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

- Araújo, O., Sousa, L., Vieira, T., & Sequeira, C. (2021). Envelhecimento e comunicação: Desafios para os(as) enfermeiros(as). In M.L.F. Almeida, J.P.A. Tavares, & J.S.S. Ferreira (Coord.). (2021). *Competência em enfermagem gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (pp. 43-63). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) /Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). <http://hdl.handle.net/10400.26/38024>
- Aung, M., Yuasa, M., Koyanagi, Y., Aung, T., Moolphate, S., Matsumoto, H. & Yoshiota, T. (2020). Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: A lesson from Tokyo. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 14(4). p. 328-331. <http://doi:10.3855/jidc.12684>
- Baixinho, C.; Presado, M. & Ribeiro, J. (2019). Investigação qualitativa e transformação da saúde coletiva. *Ciênc. saúde colet.* 24 (5). p. 1582. <https://doi.org/10.1590/141381232018245.05962019>
- Belasco AGS, Okuno MFP. (2019). Reality and challenges of ageing. *Rev Bras Enferm.* 72(2). p. 1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72>
- Bento M. & Lucas P. (2021). Nursing practice environment in primary health care: evidence-based practice. *Journal of Aging & Innovation*, 10 (1). p. 15- 33. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2JAIV10E1-1.pdf>
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica*. (2ªed.). Livraria Santos
- Campinha-Bacote J.(2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3). p. 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Canhestro, A. & Basto, M. (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*. 20 (1) p.27-51.
- Carneiro, M. (2012). *gerontologia e qualidade de Vida – reforço dos laços familiares dos idosos Institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense]. Repositório da Universidade Portucalense. <http://hdl.handle.net/11328/232>
- Castro, A., Will, G., Castro, M., Ximenes, C. & Cordeiro, M. (2020). Vivendo em comunidade, envelhecendo de forma saudável. *Enfermeria Global*. 57. p.302-316. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.357821>
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC) (2022). *Objetivos de*

desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo.

<https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

Chiu, C., Hu, J., Lo, Y. & Chang, E. (2020). Health promotion and disease prevention interventions for the elderly: A scoping review from 2015–2019. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 17 (5335). p. 1-11. <http://doi:10.3390/ijerph17155335www.mdpi.com/journal/ijerph>

Choi B., Maza, R.A., Mujica, O.J., PAHO Strategic Plan Advisory Group, & PAHO Technical Team (2019). The pan american health organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Pan American Journal of Public Health*. 43. Artigo e61. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61>

Coelho, F. (2021). *Impacto da pandemia COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde e retoma da atividade assistencial pré-pandémica: a visão dos profissionais de saúde*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136900/2/507322.pdf>

Conselho Nacional de Saúde (2020). *Participação pública em saúde: todas as vozes contam*. CNS. https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/Estudo-CNS_Participacao-Publica-em-Saude_2020-site.pdf

Cunha, C.M., Henriques, M.A. & Costa, A.C. (2020). A enfermagem de saúde pública: regulação e políticas públicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73 (6) Artigo e20190550. p.1-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0550>

Cunha, C.M., Henriques, M.A. & Costa, A.C. (2021). A enfermagem de saúde pública e as políticas públicas de saúde: um estudo de caso. *Escola Anna Nery*. 25(5). Artigo e20210204.p.1-10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0204>

Decreto-Lei n.º 137/2013. Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. *Diário da República*. I Série, n.º 193 de 2013-10-07. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>

- Decreto-Lei nº 52/2022. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*. I Série, nº 150 de 2022-08-04. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/52/2022/08/04/p/dre/pt/html>
- Diallo, T. (2022). Health in all policies: for a healthy and equitable post COVID-19 recovery? *Global Health Promotion*. 29(2) p. 3 –4. <https://doi.org/10.1177/17579759221092258>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- Faria, C. & Carmo, M. (2015). Transition and (in)adaptation to nursing home: a qualitative study. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.31 (4). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042472435442>
- Fernandes, A., Fonseca, A., & Bárrios, M.J. (2022). Editorial. *Forum Sociológico*. II (40), p.7-8. <https://doi.org/10.4000/sociologico.10384>
- Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre as necessidades de informação para a prática de enfermagem. *Revista Percursos*. 2 (3). p. 36-40. <http://hdl.handle.net/10400.26/9019>
- Figueira, A., Barlem, E., Tomaschewski-Barlem, J., Dalmolin, G., Amarijo, C. & Ferreira, A. (2018). Ações de advocacia em saúde e empoderamento do usuário por enfermeiros da estratégia saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 52(e03337). 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337>
- Filardi, A., Gomes, J., Pires, L., Filardi, M., Rodrigues, P., Rocha, K. & Oliveira, V. (2019). O uso de psicofármacos associado ao desenvolvimento de incapacidade funcional em idosos. *Brazilian Journal of surgery and clinical research*. 28 (1). p. 56-60. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Firmino-Machado, J., Magalhães, I., Rodrigues, J., Ramos, V., Baptista, S. & Vilas-Boas, B. (2017). Governança de saúde e gestão de proximidade: A necessidade de autonomia de gestão nos agrupamentos de centros de saúde. *Acta Médica Portuguesa*.30 (6) p. 431-433. <https://doi.org/10.20344/amp.8274>
- Fleurí, A.C.P., Almeida, A.C.S., Diniz, A.J., Magalhães, L.A.D., Ferreira, L.H.C. Horta, N.C., Prata, M.T.M. & Moura, R.M. (2013). Atividades lúdicas com idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem*, 16 (1). <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13018>

- Freitas, V., Carvalho de Melo, C., Leopoldino, A., Boletini, T. & Noce, F. (2018). Influência do nível de atividade física e da mobilidade sobre o estresse emocional em idosos comunitários. *Revista de Psicología del Deporte*. 27(4, Supl.1). pp 75-81. <https://psycnet.apa.org/record/2018-28945-010>
- Gandra, E. & Silva, K. (2019). Advocacia para a promoção da saúde: sentidos e abordagens Na formação do enfermeiro. *REME – Rev Min Enferm*. 23 (e-1247). p.1-8. <http://doi.10.5935/1415-2762.20190095>
- 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). *Rev Port Neural*, 1–9.
- Hurtado-Pardos, B.; Arroyo-Moreno, C.; Casas, I.; Lluich-Canut, T.; Lleixà-Fortuño, M.; Farrés-Tarafa, M. & Roldán-Merino, J. (2017). Positive Mental Health and prevalence of psychological ill-being in university nursing professor in Catalonia, Spain. *Journal of Psychological Nursing*. 55(7). p. 38-48.
- International Council of Nurses. (2022). *Nurse advocacy & influence in global health policy: ICN Report, 75th World Health Assembly*. ICN. <https://indd.adobe.com/view/11a5cd21-9e3a-4525-a069-8f24b43b67fd>
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ªed.). Escola Nacional de Saúde Pública
- Katz S., Ford AB., Moskowitz RW., Jackson BA. & Jaffe MW. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial Function. *JAMA*. 185(12). p.914–919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 43(2). p. 207-22. <http://doi.10.2307/3090197>
- Kickbusch, I. (2021). Visioning the future of health promotion. *Global Health Promotion*. 28(4) p. 56 –63. <https://doi.org/.org/10.1177/17579759211035705>
- Laverack, G. (2019). *Public health: power, empowerment and professional practice*. (4ªed.). Red Globe Press.
- Laverack, G. (2022). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <http://doi.org/10.34632/9789725408155>

- Leal, L., Cardoso, S., Medeiros, O. & Jesus, L. (2021). Relação entre a institucionalização e a saúde mental da pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Contemp*. 10(1). p. 169-179. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3033>
- Leandro, T., Alves, A., Pinheiro, A., Araujo, T., Quirino, G. & Oliveira, D. (2019). Competências do enfermeiro para promoção da saúde de idosos no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72 (Suppl 2). p. 326-333. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0446>
- Lei nº 95/2019. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*. I Série, nº169 de 2019-09-04. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Lima, M. (2010). Envelhecimento(s): estado da arte. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lluch-Canut, T., Llobet-Puig, M., Ortega-Sánchez, A., Merino-Roldán, J., Ferré-Grau, C. & Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 13(928). p. 1-11. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/928>
- Lluch, M. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. 25(4). p. 42-55. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/914
- Lluch, M. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*. 11(1). p. 61-78. <http://hdl.handle.net/10803/2366>
- Lluch, M. (2020). *Cuida la Salud Mental Positiva: un abordaje para afrontar con más fuerza mental la situación generada por la pandemia de Coronavirus Covid-19*. Deposito Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/155397>
- Machado, B., Jesus, I., Manzine, P., Carvalho, L., Cardoso, J. & Santos-Orlandi, A. (2021). Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Rev. Eletr. Enferm*. <https://doi.org/10.5216/ree.v23.63826>
- Mantas, S., Juvinyá-Canal, D., Bertran-Noguer, C., Roldán-Merino, J., Sequeira, C. & Lluch Canut, M. (2015). Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13). p. 34-42.

- Martins, F. & Pinto, F. (Coord.). (2021). Impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS e Seus utentes em Portugal. Área Transversal de Economia Social da Universidade Católica Portuguesa – Porto. https://m.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/CRP/ATES%20Econ_Social/Estudo-COVID-19-nas-IPSS.pdf
- Matos, A. (2021, abril, 30). Do envelhecimento ativo ao envelhecimento saudável: novos desafios para 2021-2030. [Comunicação oral]. Webinar “Década do Envelhecimento Saudável: que desafios para 2021-2030?”. EAPN – Rede europeia anti-pobreza. *Online*.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Melo, P. & Alves, O. (2019). Community empowerment and community partnerships in nursing decision-making. *Healthcare*. 7 (76). p. 1-8. <https://doi.org/10.3390/healthcare7020076>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M.H. & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 26(2). p. 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III (8). p.125-134. <https://doi.org/10.12707/RIII11124>.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (Coord.). (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *Relatório de Primavera 2022: e agora?*. OPSS. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <http://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.

- Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudo dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. (2010). *No rumo certo: Guia para monitoramento e avaliação de projetos baseados em Comunidades*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000186231_por
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da Saúde: 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde*. OMS. https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf
- Organizacion Mundial de la Salud (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018). *Declaração de Astana: Conferência mundial sobre cuidados de saúde primários*. OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. OMS.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2018). *Indicadores de saúde: Elementos conceituais e práticos*. OPAS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>
- Ortega, M. (2015). *Efectividad de un programa de intervención psicosocial enfermeira para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/101363>
- Pedro, A.R., 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). p. 259–275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pender, N.J. (2011). *The health promotion model manual*. <https://hdl.handle.net/2027.42/85350>
- Pépin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ª ed.). TC Média Livres Inc.

- Pereira, L. (2017). “*Aqui (não) é a minha casa!*”: *Institucionalização e identidade*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina.
- Pereira, J. (2020). *O Impacto das atividades lúdicas e criativas na saúde psicológica e global nos idosos: Um Estudo Retrospectivo*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Porto.
- Pereira, R.P., Cardoso, M.J. & Martins, M.A. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. III(7). P. 55-62. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966007>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. (6ª ed). Edições Sílabo.
- Pineault, R. (2016). Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. LEIASS.
- Polat, F. & Karasu, F. (2022). The effect of health promotion training provided to elderly individuals during the COVID-19 pandemic on healthy lifestyle behaviors. *Global Health Promotion*. 0(0). p.1 –11. <https://doi.org/10.1177/17579759221095078>
- Pordata. Estatísticas sobre Portugal e Europa (2022). Indicadores de envelhecimento Segundo os censos. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- Portaria nº 67/2012. Condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*. I Série, nº58 de 2012-03-21. <https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2016). *Manual orientador dos planos de saúde. desenvolver os planos locais de saúde reforçar o plano nacional de saúde*. DGS. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. DGS. <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030 saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

- Portugal. Instituto Português da Segurança Social (2005). Manual de boas práticas: um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas para dirigentes, profissionais, residentes e familiares. ISS. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7
- Portugal. Instituto Português de Estatística (2022). Estatísticas da saúde: 2020. INE.
- Portugal, R., Nunes, A.B. & Andrade, C. (2016). *Manual orientador dos planos locais de saúde*. Direção-geral da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/18009>
- Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*. II Série, n.º 135 de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 140/2019 . Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*. II Série, n.º 140 de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rosa, M.J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rua, P. (2018). *Perceção de saúde e otimismo em idosos no grande porto*. [Dissertação de Mestrado] Universidade Católica Portuguesa.
- Sá, A., Dias, J. & Norelho, O. (2020). Sistemas de informação em enfermagem: Diversidade e interoperacionalidade. *Nursing*. <https://www.nursing.pt/sistemas-de-informacao-em-enfermagem-desafios-e-oportunidades>
- Saboga Nunes, L. (2017). Comunicação, literacia e mobilização social para a saúde. p.83. *comunicação em saúde pública conceitos, estratégias e planos para mais ganhos em saúde: Actas da I Conferência*. Edições Esgotadas. <http://hdl.handle.net/10451/27211>
- Sakellarides, C. (2020). Serviço nacional de saúde: dos desafios da atualidade às transformações necessárias. *Acta Médica Portuguesa*.33 (2). p.133-142. <https://doi.org/10.20344/amp.12626>

- Santos, C. (2019). *Fatores de sucesso da gestão de projetos de saúde pública* [Tese de Doutorado]. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública. <http://hdl.handle.net/10362/88545>
- Santos, M. (2015). *Solidão e Saúde Mental de Idosos* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia. <http://hdl.handle.net/10451/23453>
- Sequeira, C., Carvalho, J., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T. & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 11. p. 45-53. <http://hdl.handle.net/10400.14/19775>
- Serapioni, M., Matos, A.R. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31 (1). p.11-22. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.008>
- Silva, R. (2018). *Caracterização da qualidade do sono em idosos institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Silva, R.; Luz, M.; Fernandes, J.; Silva, L.; Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*.(IV) 16. p. 147-154.
- Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de saúde mental positiva em adultos (Mentis Plus⁺): Manual de apoio. Porto: A sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental. https://issuu.com/spesm/docs/programa_de_promo_o_de_sa_de_mental_manual_mentis
- Teixeira, S., Ferré-Grau, C., Lluch-Canut, T., Pires, R., Carvalho, J., Ribeiro, I., Sequeira, C., Rodrigues, T., Sampaio, F., Costa, T & Sequeira, C.A. (2022). Positive Mental Health in University Students and Its Relations with Psychological Vulnerability, Mental Health Literacy, and Sociodemographic Characteristics: A Descriptive Correlational Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 19(3185). <https://doi.org/10.3390/ijerph19063185>

- The Swedish National Institute of Public Health Public Health Agency of Sweden. (2007).
Healthy ageing: a challenge for europe.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. (3ªed.).
Edições Sílabo.
- Vintém, J. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma
análise em torno da questão do sexo e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde
Pública*. 26 (2). p. 5-16.
- White, P. (2015). Clinical governance within specialist services. *Gastrointestinal
Nursing*, S12–S15. 4p.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?s
equence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization (2020). Decade of healthy ageing: plan of action. WHO.
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-
decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020_en.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020_en.pdf)
- World Health Organization (2021a). *Comprehensive mental health action plan 2013
2030*. WHO.
- World Health Organization (2021b). *Health promotion glossary of terms 2021*. WHO.

ANEXOS

ANEXO 1 - PROGRAMAS DESENVOLVIDOS PELA USP BARCELOS E
ESPOSENDE EM CADA ÁREA FUNCIONAL

Programas desenvolvidos pela USP Barcelos e Esposende em cada área funcional, respetivo gestor do programa e restante equipa.

AF: Planeamento e Administração em Saúde Responsável - David Moreira (MSP)	GESTOR(A)	EQUIPA
• Observatório Local de Saúde	David Moreira (MSP)	Rosa Zambrano (ESC)
• Plano Local de Saúde	David Moreira (MSP)	Elisabete (ESC) + Edite Castro (ESC)
• Comunicação e Informação em Saúde	Marina Mesquita (MSP)	Marina Pinheiro (MSP)
AF: Vigilância Epidemiológica Responsável - Filipa Moreira (MSP)	GESTOR(A)	EQUIPA
• Programa Nacional de Vacinação (PNV)	Adérito Gomes (ESC)	Edite Rua (ESC)
• Programa da Vacinação Contra a Gripe Sazonal	Rosa Zambrano *1 (ESC)	Fátima Pereira (ESC) + Dra Filipa
• Programa de Tuberculose	Filipa Moreira (MSP)	Rosa Zambrano (ESC)
• Doenças de Notificação Obrigatória (DNO)	Filipa Moreira (MSP)	MSP de acordo com escala de AS + Rosa Zambrano (ESC) e Fátima Pereira (ESC) + TSA escala*2
AF: Promoção e Proteção da Saúde Responsável - David Moreira (MSP)	GESTOR(A)	EQUIPA
• Programa Nacional de Saúde Escolar	David Moreira (MSP)	Rosa Zambrano (ESC)
• Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)	Fátima Pereira (ESC)	Rosa Zambrano (ESC)
• Programa Nacional de Promoção em Saúde Oral	Fátima Pereira (ESC)	Elisabete Carvalho (ESC) + Eva Prata (Enf)
• Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar	Edite Rua (ESC)	Fátima Pereira (ESC) + TSA
• Programa de Monitorização da Obesidade Juvenil	Elisabete Carvalho (ESC)	Eva (Enf) + Edite Rua (ESC)
AF: Saúde Ambiental Responsável – Maria da Paz Luís (MSP)	GESTOR(A)	EQUIPA
• Programa de Vigilância de Água para Consumo Humano	Catarina Cardoso (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância Sanitária das Águas das Piscinas	Mónica Perdigo (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância Sanitária das Zonas Balneares, Costeiras e de Transição	Amâncio Ferreira (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância Sanitária de Avaliação das Condições de Higiene, Segurança e Saúde dos Estabelecimentos de Educação e Ensino	Jesus Fernandes (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância Sanitária dos Estabelecimentos de Venda de Produtos Alimentares	Jesus Fernandes (TSA)	Todos TSA
• Projeto Carta Sanitária*3	Patrícia Matos (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância Sanitária de Padarias e Pastelarias com Fabrico	Isabel Miranda (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância das Condições de Instalação e Funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social	Inês Amaral (TSA)	Todos TSA + Eva Prata (Enf) + Elisabete (ESC)
• Programa Local de Saúde Ocupacional (PLSO)	Ana Maia (TSA)	Todos TSA + Marina Mesquita (MSP) + Adérito Gomes (ESC)
• Programa de Intervenção Operacional de Prevenção Ambiental de Legionella em Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde (PIOPAL)	Joana Ferreira (TSA)	Todos TSA
• Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE)	António Afonseca (TSA)	Todos TSA
• Projeto Sal na sopa	Sílvia Silva (TSA)	Todos TSA
• Programa de Vigilância da Qualidade do Ar Interior	Rute Silva (TSA)	Todos TSA

Legenda - AF: Área Funcional | AS: Autoridade de Saúde | Enf. : Enfermeiro(a) | ESC: Enfermeiro(a) de Saúde Comunitária | MSP: Médico(a) de Saúde Pública | TSA: Técnico de Saúde Ambiental

Fonte: Plano de Atividades da USP Barcelos e Esposende, disponível para consulta na própria unidade.

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA (QSM+) (SEQUEIRA
ET AL.,2014)



55932

**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA**

(Sequeira,Carvalho,Sampaio,Sá,Lluch-Canut,Roldán-Merino, 2014)

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um.
Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 «Sempre ou quase sempre»; 2 «Na maioria das vezes»; 3 «Algumas vezes»; 4 «Raramente ou nunca».

Código ID

	Itens	1	2	3	4
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Gosto de mim como sou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sinto-me capaz de explodir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Para mim é difícil dar apoio emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Vejo o meu futuro com pessimismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Procuo retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Procuo melhorar como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Considero-me um(a) bom/boa conselheiro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Considero-me uma pessoa sociável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Penso nas necessidades dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Gosto de ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
MENTAL POSITIVA (SEQUEIRA ET AL.,2014)

Pedido de Autorização para utilização de questionário Caixa de entrada x



Carlos Sequeira <carlosequeira@esenf.pt>
para mim, CARMINDA, MARIA ▾

domingo, 3/04, 13:09

Estimada Ana Rita,

Informa-se que poderá utilizar o Questionário de Saúde Mental Positiva, traduzido e validado para a população Portuguesa, no âmbito do seu projeto. Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais. Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver. Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala. Se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

NOTA: Relativamente à questão que coloca, a mesma precisa de ser aferida, pois o questionário está validado para adultos ativos. Uma forma de adaptação da questão pode ser - Tenho dificuldades em relacionar-me com os meus "superiores hierárquicos", ou seja, pessoas me possam dizer orientações (enfermeiros, médicos, diretores da instituição...)

Cordialmente

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Agregado, PhD, MSc, - Universidade do Porto
Professor Coordenador
Investigador Principal – CINTESIS e UNIESEP
https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA
VIDA E DA SAÚDE DO IPVC

Solicitação
<p>Pedido de Parecer à Comissão de Ética relativo a projeto intitulado “Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Investigadoras proponentes: Ana Rita pedroso Ribeiro, Andreia Amélia Silva Barbosa, Sandrine Silva Vieira e Vânia Vicente Couto (mestrandas) e investigadora responsável/orientadora: Carminda Morais</p>
Documental
<ol style="list-style-type: none">1. Formulário de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética e termo de responsabilidade2. Consentimento Informado3. Planos de investigação de 4 estudos interrelacionados integrados no projeto4. Instrumentos de recolha de dados
Análise e Parecer
<ol style="list-style-type: none">1. De acordo com os documentos submetidos, trata-se de um projeto constituído por 4 estudos de tipo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, tendo como objetivos principais: i) caracterizar a população idosa residente em ERPI na área do ACES Cávado III Barcelos/Esposende segundo variáveis relacionadas com as perceções de qualidade de vida, nível de solidão ansiedade e saúde mental positiva e ii) Associar as variáveis anteriores com fatores sociodemográficos e clínicos.2. É definida a população do estudo (idosos institucionalizados em ERPI na área geográfica selecionada) e definidos critérios de inclusão e exclusão ajustados ao tipo de população e ao uso de instrumentos de autorrelato (está, neste caso, a exclusão de idosos que não apresentam capacidades cognitivas necessárias para preenchimento de instrumentos).3. O recrutamento dos participantes faz-se por convite individual, após ter sido obtida concordância das ERPI para a condução do estudo. Trata-se de uma amostragem por conveniência e, por essa razão, não se encontra estimado previamente o tamanho da amostra.4. São apresentados os instrumentos de recolha de dados: i) questionário sociodemográfico e clínico; ii) inventário Geriátrico de Ansiedade; iii) Questionário de Saúde Mental positiva; iv) Escala Ucla da Solidão; v) WHOQOL – Bref e os procedimentos de recolha de dados. <u>Nota: no Questionário sociodemográfico não deve ser solicitada a data de nascimento e, em alternativa, deve ser solicitada a</u>

. A data de nascimento é um dado pessoal que põe em causa o anonimato dos dados.

5. No formulário de consentimento informado são fornecidas informações sobre âmbito e objetivos do estudo, procedimentos, garantias de confidencialidade e anonimização de dados, participação voluntária e autónoma e procedimentos de guarda e destruição dos dados.

Síntese/conclusão

O projeto *Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada* foi submetido com documentação onde se descrevem opções metodológicas que cumprem os requisitos éticos da investigação com seres humanos e se apresentam garantias de respeito pela dignidade e integridade dos participantes, bem como de privacidade e proteção de dados pessoais.

Para realizar o projeto, os investigadores devem proceder em conformidade com a nota que consta no ponto 4.

A Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde emite parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido a esta comissão, a partir da data deste parecer.

A presidente, Maria Carmen Pardo



ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DAS ERPI PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

← RE: Pedido de autorização para realização de Estudo

S Santa Casa da Misericórdia de Barcelos <geral@misericordiabarcelos.pt>
 qui, 21/04/2022 08:23
 Para: Você; ana Rita Ribeiro; Andreia Barbosa

Bom dia, Enf. Rita Ribeiro

Espero que te encontres bem.

Na sequência do contacto telefónico e dando resposta ao pedido, incumbe-me o Senhor Provedor, Dr. Nuno Reis, de confirmar a nossa disponibilidade em acolher o vosso estudo nas nossas 5 ERPI.

Com os melhores cumprimentos, pessoais,
 Márcia Soares

AD ACRA - Direcao <direcao@acra-ipss.pt>
 qui, 28/04/2022 15:04
 Para: Você
 Cc: direcao@acra-ipss.pt; diretora@acra-ipss.pt

Boa tarde Enfermeira Sandrine,

Venho por este meio confirmar a possibilidade de realizar o estudo na nossa Instituição. Estará sob vigilância e acompanhamento da Diretora Técnica- Dra Sameiro Felgueiras (936645139).

Alguma dúvida disponha,

Cumprimentos,

António Barbosa- Presidente da Direção


G geral@hotellarcondesdebarcelos.pt
 sex, 29/04/2022 15:48
 Para: Você

Boa tarde,
 Espero que este email as vá encontrar bem.

Após conversa telefónica e leitura do vosso email, serve o presente para autorizar a realização do vosso estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Dra. Maria Rosalina Gomes
 +351 963 003 684



CS Catarina Sá <catarinasa@scmesposende.pt>
 sex, 29/04/2022 16:23
 Para: Você
 Cc: emilivilarinho@scmesposende.pt; 'Paula Pilar'

Boa tarde Exma. Senhora
 Enª Sandrine Vieira,

Na sequência do contacto telefónico e do pedido de autorização para realização de estudo, confirmo autorização.

Atentamente,

Catarina Sá
 Coordenadora Técnica

Centro de Apoio Social Ernestino Miranda
Santa Casa da Misericórdia de Esposende
 Av. Dr. Henrique Barros Lima
 4740-203 ESPOSENDE
 Tel.: 253 965 310

← Re: Pedido de autorização para realização de estudo

AS Andreia Simões <cspicmvilacovadt@gmail.com>
sex, 22/04/2022 11:23
Para: Você
Cc: anarpribeiro@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; andreiaasbarbosa.enf@gmail.com; Elisabete Fernandes Carvalho **Mais 1 pessoa**

Boa Tarde Exmos Senhores,
Vimos a informar que foi aprovada a realização de estudo na nossa Instituição.

Ao dispor

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

← Estudo Centro Social de Remelhe

AR Ana Rodrigues <centrosocialremelhe-dir.tecnica@hotmail.com>
qui, 14/04/2022 10:03
Para: Você

Bom dia,

conforme conversa telefónica, vimos por este meio aprovar a realização do estudo proposto na nossa instituição. Aguardo novas orientações. Com os melhores cumprimentos,

Ana Batista
(Diretora Técnica)

Centro Social de Remelhe - D. António Barroso
Rua da Calçada, 113
4755-455 Remelhe
253107057
969659620

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

← RE: Pedido de autorização para realização de estudo

PS Provedora SCMFao <provedora@scmfao.pt>
ter, 12/04/2022 15:54
Para: Você
Cc: anarpribeiro@gmail.com; andreiaasbarbosa.enf@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; rzambrano@arsnorte.min-saude.pt **Mais 2 pessoas**

Boa tarde.

Na sequência do vosso pedido vimos informar da nossa disponibilidade em colaborar com o vosso estudo de investigação. Para o efeito agradecemos que toda a articulação necessária seja efetuada com o Diretor Técnico da nossa ERPI, o Dr. Miguel Lemos, que definirá internamente qual a equipa que acompanhará o vosso trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Vale
Provedora

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar

----- Mensagem encaminhada -----
From: Vera Rosa <vera.rosa@centrosocialsilva.pt>
Data: qui, 14/04/2022 às 14:49
Assunto: Re: Pedido de autorização para realização de Estudo
Para: Andreia Barbosa <andreiaasbarbosa.enf@gmail.com>

Exmos Senhores,

Vimos pelo presente informar que a Instituição e a sua equipa da resposta social ERPI está disponível para participar no estudo de investigação, deferindo assim o vosso pedido.

Estamos ao dispor, aguardando agendamento.

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

De: Serviços Gerais - Casa do Povo de Alvito <geral@casadopovodealvito.org>
Data: 14 de abril de 2022, 18:21:35 WEST
Para: vaniarcouto@hotmail.com
Cc: Presidente Casa do Povo de Alvito <presidente@casadopovodealvito.org>
Assunto: FW: Pedido de autorização para realização de Estudo.

Exma. Sra.,

No âmbito do pedido em epígrafe, vimos pelo presente informar que a Instituição está disponível para colaborar no vosso estudo. Para o efeito, solicitamos que as ações a realizar sejam agendadas com a devida antecedência, para que possamos organizar o serviço.

Ficamos então a aguardar notícias da vossa parte.

Atentamente,
 Sandra Fernandes

De: Vânia Couto <vaniarcouto@hotmail.com>
Enviado: 12 de abril de 2022 11:42
Para: Serviços Gerais - Casa do Povo de Alvito <geral@casadopovodealvito.org>

Eliminar | Legítimo | Phishing | Bloquear remetente | Mover para | Categorizar | ...

carmen.ribeiro@clinica-queiroz-faria.com
 ter, 19/04/2022 11:09
 Para: Você
 Cc: 'vera neiva'; logistica@clinica-queiroz-faria.com

Bom dia
 Informo que está autorizado o estudo na Instituição.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← **Re: Pedido de autorização para realização de estudo**

AR Alessandra Ruão <alessandra@czps.org>
 ter, 19/04/2022 10:30
 Para: Você

Bom dia, Srª, enf. Sandrine

Antes de mais, quero agradecer a amabilidade de seu contacto.

Assim, como falamos ao telefone penso ser de mais valia a realização deste estudo. Assim, sendo, autorizo a realização do estudo de investigação, no âmbito da "Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada".

Att.

Em 19/04/2022 11:49 sandrine da silva vieira <sandrinesv@hotmail.com> escreveu:

Com os melhores cumprimentos,

Alessandra Ruão
 (Gerontóloga - Diretora Técnica)
alessandra@czps.org
www.czps.org/
 253 886 070
 933 330 913

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← **Re: FW: Pedido de autorização para realização de estudo**

CD csssv Diretora <csssv.diretora@gmail.com>
 ter, 19/04/2022 16:07
 Para: Você

Boa tarde Enf. Sandrine

O CSSSV poderá participar no estudo.

Pedimos que logo que possível nos desse mais informações sobre como e quando se irá processar.

com os melhores cumprimentos,

Andreia Barbosa
 Diretora Técnica

Centro de Solidariedade Social de S. Veríssimo
 253801420

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUADRO DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

	Variáveis	Escala de medida	Operacionalização
Dependente	Saúde Mental Positiva	Métrica	Likert -1 (sempre ou quase sempre) a 4 (raramente ou nunca)
	Variáveis	Escala de medida	Operacionalização
Independentes	Idade	Quantitativa	Número de anos
	Número de filhos	Quantitativa	Número de filhos
	Sexo	Qualitativa nominal	Masculino/Feminino
	Escolaridade	Qualitativa ordinal	Não sabe ler nem escrever/1º-4º ano/5º-6º ano/7º-9ºano/10º-12º ano/Ensino Superior
	Opção pela institucionalização	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Visitas	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Participação nas atividades da instituição	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Uso de equipamento adaptativo	Qualitativa nominal	Sim/Não
	Nível de mobilidade (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho/a)	Qualitativa ordinal	Muito boa/ Boa/ Razoável/ Má/ Muito Má
	Sente que tem oportunidade de participar nas atividades	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Nível de dependência	Qualitativa ordinal	Dependência total/ Dependência grave/ Dependência moderada/ Dependência ligeira/ Independência
	Problemas de sono percebidos	Qualitativa nominal	Sim/Não
	Medicação ansiolítica	Qualitativa nominal	Sim/Não
Classificação do estado de saúde em geral autopercebido	Qualitativa ordinal	Muito boa – Boa/ Razoável/ Má – Muito má	

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.

Questionário Sociodemográfico

Este inquérito surge no âmbito do estágio de natureza profissional do II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, e pretende recolher dados de carácter sociodemográfico, para identificação da amostra em estudo. Os dados recolhidos serão tratados com máxima confidencialidade e respeitando os termos de privacidade, sendo eliminados no final deste.

Dados Sociodemográficos:

- 1) Idade _____
- 2) Sexo:
(1)Feminino ____ (2)Masculino ____
- 3) Estado civil:
(1)Solteiro(a) _____
(2)Casado(a)/União de facto _____
(3)União de facto _____
(4)Divorciado(a)/Separado _____
(5)Viúvo(a) _____
- 4) Número de filhos: _____
- 5) Profissão que exercia _____
- 6) Reforma antecipada: (1)S__(2)N__
a) Se sim, qual o motivo: _____
- 7) Instrução:
(1)Não sabe ler nem escrever _____
(2)1º aos 4º ano (1º Ciclo) _____
(3)5º a 6º ano (2º Ciclo) _____
(4)7º ao 9º ano (3º Ciclo) _____
(5)10º ao 12º ano (Secundário) _____
(6)Ensino Superior _____
- 8) Prática religiosa (1)S__(2)N__

Institucionalização:

9) Escolheu a institucionalização? (1)S__(2)N__

10) Motivo da institucionalização:

(1)incapacidade /doença ____

(2)solidão ____

(3)falta de suporte social/familiar ____

(4)outros Quais?_____

11) Recebe visitas? (1)S__(2)N__

i) Quem o/a visita?_____

ii) Qual a frequência?

(1) Diariamente

(2) Semanalmente

(3) Mensalmente

(4) Anualmente

12) Participa em atividades proporcionadas pela instituição? (1)S__(2)N__

13) Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar, de acordo com a sua preferência?

(1)S__(2)N__

14) Sente que tem oportunidade de participar ativamente nas decisões/políticas da instituição?(1)S__(2)N__

Dados Clínicos:

15) Possui alguma doença? (1)S __ (2)N__

a)Qual/quais?_____

16) Consome bebidas alcoólicas? (1)S__(2)N__

a)Com que frequência?_____

17) Fuma? (1)S__(2)N__

a)Com que frequência?_____

18) Sente que tem problemas de sono? (1)S__(2)N__

19) Utiliza algum equipamento adaptativo?(óculos/lentes de contacto, ap.auditivo, auxiliar de marcha) (1)S__(2)N__

a) Se sim, qual?_____

20) Como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho)?



- (1)Muito boa
- (2)Boa
- (3)Razoável
- (4)Má
- (5)Muito má

21) Em geral, como classifica a sua saúde?

- (1)Muito boa
- (2)Boa
- (3)Razoável
- (4)Má
- (5)Muito má

Recolha de Dados do Processo Individual: (A recolher junto da equipa técnica)

Medicação Habitual:

Índice de Barthel/Katz: _____

Tempo de institucionalização: _____ Anos _____ Meses

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Ana Rita Ribeiro¹, Andreia Barbosa¹, Sandrine Vieira¹ e Vânia Couto¹

1 – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Promoção do Envelhecimento Saudável da pessoa idosa institucionalizada

O envelhecimento populacional das nossas sociedades deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se reforçar o foco nas perspetivas salutogénicas de promoção da saúde ao longo da vida e dos diversos contextos. Intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal ator e autor dos seus projetos de saúde. Embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, estes não necessitam de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Canhestro e Basto,2016). Neste sentido, o presente estudo inscreve-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais e pretende-se com o mesmo contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável.

Os dados serão obtidos através da aplicação de um questionário em formato papel. Para o efeito será efetuada uma entrevista presencial, que poderá ser realizada em dois momentos, se esse for o seu entendimento. Posteriormente, serão tratados e analisados com recurso a programa informático próprio. Com base nos resultados obtidos será proposta a construção de um plano de ação participado, com vista à melhoria da situação de saúde da população em estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e de extrema importância. Todas as informações facultadas serão confidenciais e pode, a qualquer momento, desistir de participar no estudo sem qualquer tipo de consequências. O material recolhido será destruído no prazo de 2 meses após a conclusão do trabalho. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Assumimos total responsabilidade pela confidencialidade da informação e pelo seu devido tratamento, assim como do anonimato de todos os dados de identificação fornecidos, que não serão registados nem divulgados. A aplicação do instrumento de colheita de dados será realizada em ambiente com total privacidade.

Estamos inteiramente ao dispor para esclarecimento de dúvidas através dos contactos a seguir fornecidos, agradecendo antecipadamente a sua disponibilidade para colaborar com este estudo.

Ana Rita Pedroso Ribeiro (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – anarpribeiro@gmail.com – 932199171

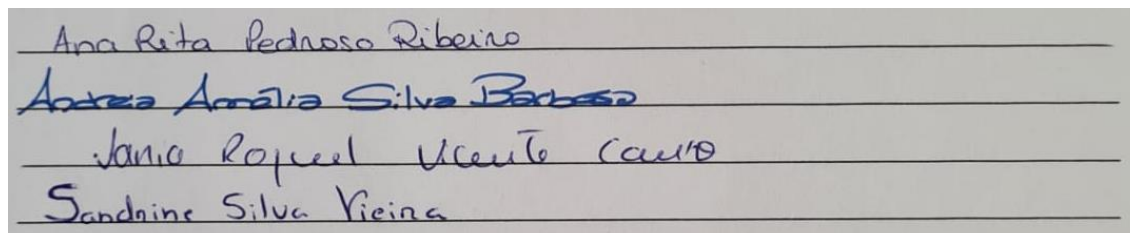
Andreia Amélia Silva Barbosa (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – andreaasbarbosa.enf@gmail.com – 913728087

Sandrine Silva Vieira (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – sandrinesv@hotmail.com – 914631556

Vânia Raquel Vicente Couto (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – vaniarcouto@hotmail.com - 967650940

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:



Ana Rita Pedroso Ribeiro
Andreia Amélia Silva Barbosa
Vânia Raquel Vicente Couto
Sandrine Silva Vieira

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE IV – DADOS ADICIONAIS DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Listagem de profissões que os sujeitos desempenharam aquando da vida ativa profissional (n=181)

Profissões	<i>n</i>	%
agricultor/a	52	28.7
alfaiate	2	1.1
assistente operacional	2	1.1
auxiliar de enfermagem	1	0.6
caminhos de ferro	1	0.6
carpinteiro	1	0.6
ceramista	1	0.6
chefe de secção	1	0.6
comerciante	4	2.2
construção civil	10	5.5
costureira	6	3.3
doméstica	26	14.4
eletricista	2	1.1
empregada de limpeza	4	2.2
empregada de loja	1	0.6
empregada doméstica	3	1.7
empregado de restauração	4	2.2
encarregado de obras	1	0.6
enfermeira	1	0.6
engenheiro elétrico	1	0.6
escriturária datilógrafa	1	0.6
feirante	2	1.1
hotelaria	1	0.6
jardineiro	1	0.6
mecânico	1	0.6
motorista	1	0.6
operário/a fabril	34	17.8
ótica	1	0.6
padeira	3	1.7
padre	1	0.6
pedreiro	1	0.6
peixeira	1	0.6
pintor de loiças	1	0.6
professor/a	3	1.7
serralheiro	1	0.6
serralheiro mecânico	1	0.6
talhante	1	0.6
tecedeira	1	0.6
nunca trabalhou	1	0.6

Portador de alguma doença (n=132) Se SIM, qual(ais)

Doenças	n	%
arritmia, patologia pulmonar	1	
artrite reumatoide	1	
asma	2	
AVC	8	
AVC, patologia osteoarticular	1	
bronquite	1	
bronquite, patologia osteoarticular	1	
cirurgia a hérnias	1	
cirurgia à tiroide e doença respiratória	1	
depressão	1	
depressão, patologia osteoarticular	1	
diabetes Mellitus I	11	
diabetes, HTA, patologia respiratória	1	
diabetes, patologia cardíaca	1	
diabetes, patologia osteoarticular	2	
diabetes, psoríase	1	
diabetes, varizes, patologia osteoarticular	2	
diminuição da força generalizada	1	
dislipidemia	1	
doença oncológica	1	
DPOC	1	
esclerose múltipla	1	
gastrectomia, patologia osteoarticular	1	
HTA	3	
HTA, depressão e dislipidemia	2	
HTA, diabetes, insuficiência venosa, patologia osteoarticular	1	
HTA, dislipidemia	1	
HTA, patologia cardíaca	1	
HTA, patologia cardíaca, patologia osteoarticular	2	
HTOcular	2	
insuficiência venosa	2	
invisual, anemia	1	
miopia	1	
obstipação	1	
paraplegia	2	
Parkinson	2	
patologia cardíaca	13	
patologia cardíaca, apneia do sono	2	
patologia cardíaca, AVC	1	
patologia cardíaca, patologia osteoarticular	1	
patologia cardíaca; patologia osteoarticular; poliomielite na infância	1	
patologia da coluna	2	
patologia da coluna, doença nervosa	1	
patologia estômago	2	
patologia hepática	2	
patologia neurológica	1	
patologia osteoarticular	24	
patologia osteoarticular, anemia	1	
patologia osteoarticular, cirurgia aos olhos	1	
patologia osteoarticular, depressão	2	
patologia osteoarticular, PTA	1	
patologia psiquiátrica	7	
patologia psiquiátrica, alcoolismo	1	
patologia respiratória; insuficiência venosa; PTA dir.	1	
PTA bilateral, PTJ dir., patologia intestinal	1	
PTA direita e má circulação	1	
surdez	1	
tuberculose	1	
úlcera pilórica	1	

Antecedentes (n=177)

Antecedentes de doenças	n	%
AIT; HTA; Dislipidemia, DMII, PTA	1	
Alcoolismo, Dislipidemia, fratura do cotovelo esq., síndrome cerebral orgânico	1	
Alcoolismo, HTA, Dislipidemia, Patologia cardíaca	1	
alcoolismo, paraplégico	1	
alcoolismo, perfuração de úlcera pilórica com peritonite	1	
Ambliopia	1	
Ambliopia bilateral	1	
Anemia, PTA, HBP	1	
Ansiedade	4	
Ansiedade, Síndrome Depressiva, Litíase Renal, HTA, AVC	1	
AVC	1	
AVC, Alcoolismo, Dislipidemia, H.B.P.,	1	
AVC, Diabetes, DPOC, Obesidade e patologia cardíaca	1	
AVC, Diabetes, HTA	2	
AVC, Dislipidemia, Patologia cardíaca, DPOC, HTA	1	
AVC, Patologia cardíaca, HTA, Diabetes, Dislipidemia, Anemia	1	
AVC; Alcoolismo; Ansiedade	1	
Bronquite, Asma, HTA, Patologia da tireoideia, Patologia osteomuscular	1	
Cirurgia ao reto por neoplasia, anemia, HTA, Depressão, PTJ dir., PTA dir.	1	
Coxartrose bilateral, HTA, artoplastia	1	
Depressão, Alcoolismo,	1	
Depressão, alcoolismo, HTA, AVC	1	
Depressão, Alcoolismo, patologia cardíaca, HBP	2	
Depressão, HTA, Diabetes, patologia osteoarticular	1	
Depressão, HTA, Dislipidemia, Hiperuricemia, DPOC, DRC	2	
Depressão, HTA, Parkinson, Insuficiência Venosa	1	
Depressão, HTA, Patologia Osteoarticular	1	
Depressão, Parkinson, patologia osteoarticular, patologia tiroide	1	
Depressão, Patologia Tiroide, Patologia cardíaca, Patologia osteoarticular, PTJ	1	
Diabetes Mellitus, HTA	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia, Hipotireoidismo, Patologia osteoarticular degenerativa, Depressão, doença arterial periférica	1	
Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, Insuficiência venosa, patologia osteoarticular, patologia cardíaca, PTJ esq, tireoidectomia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Patologia osteoarticular, cirurgia ocular	1	
Diabetes Mellitus, HTA, PTA, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes, FA-Hipocoagulada, HTA, Mieloma múltiplo	1	
Diabetes, HTA, Parkinson, Dislipidemia, Trombocitose, Hémia do hiato	1	
Diabetes, HTA, Bronquite	1	
Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca, Anemia, Obesidade	1	
Dislipidemia, Hipoacusia, Patologia Osteoarticular	1	
Dislipidemia, Meningite de Infância	1	
Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1	
Diverticulite, Patologia muscular e óssea, Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, obesidade, cirurgia as mãos bilateral, patologia cardíaca	1	
DM2, insuficiência cardíaca; HTA; gonartrose, Parkinson, dermatite seborreica, apendicectomia, cirurgia cataratas	1	
DMII, HTA, FA, Dislipidemia, Patologia da tiroide, osteoporose	1	
DMII, Dislipidemia, artroses	1	
DPOC, Diabetes, Patologia tiroide, HTA, Dislipidemia	1	
DPOC, Doença renal crônica, patologia cardíaca	1	
DPOC; Diabetes Mellitus; HTA.	1	
DRC	2	
DRC, DMII, Hipocoagulado, amputação do MI	1	
Epilepsia, depressão, HTA, HBP, Ansiedade, Bipolaridade em estudo	2	
Epilepsia, HTA, Dislipidemia, patologia cardíaca	1	
Esclerose múltipla, HTA,	1	
Esofagite, Ansiedade	1	
Estenose aórtica, DPOC, dislipidemia, DMII	1	
Estenose aórtica, HBP	1	
fratura do fêmur, perturbação delirante, obesidade	1	
Gastrite Crônica, Ansiedade	1	

HBP, Dislipidemia, AIT	1		
HBP, HTA, Vertiginoso, Hipocogaçada, FA	1		
Hiperuricemia, HTA, Hipocogaçada	2		
HTA	2		
HTA, Alzheimer em estudo	1		
HTA, anemia, hipotireoidismo com exérese total, AVC isquêmico, fratura L2	1		
HTA, Ansiedade, patologia osteoarticular	2		
HTA, AVC, Cardiopatia	1		
HTA, AVC, Dislipidemia, Epilepsia, Patologia degenerativa	1		
HTA, AVC, Epilepsia, Cirurgia oftalmológica,	1		
HTA, AVC, Insuficiência hepática	1		
HTA, Cirurgia ocular bilateral, Insuficiência venosa,	1		
HTA, Depressão, Ansiedade, Dislipidemia	2		
HTA, Depressão, Dislipidemia, Gastrectomia subtotal	1		
HTA, Diabetes Mellitus, Anemia Crônica, Doença Renal Crônica, HBP, PTJ dir., Diverticulose, Patologia cardíaca	1		
HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Insuficiência vascular cerebral, patologia osteoarticular,	1		
HTA, Diabetes Mellitus, Neo próstata	1		
HTA, Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular, Dislipidemia, obesidade, HBP, Patologia cardíaca, DPOC	1		
HTA, Diabetes, Dislipidemia, Hiperuricemia, Obesidade, Anemia, DRC, Hipoacusia, DPOC, HBP, Patologia cardíaca	1		
HTA, Diabetes, DRC, Dislipidemia, Obesidade, DPOC,	1		
HTA, Diabetes, Obesidade, Dislipidemia, Patologia cardíaca com pacemaker, Ansiedade e Depressão, patologia osteoarticular	1		
HTA, dislipidemia, Insuficiência Venosa, osteoporose	1		
HTA, Dislipidemia, Anemia, patologia cardíaca, PTJ à direita, Ansiedade	1		
HTA, Dislipidemia, Ansiedade	1		
HTA, Dislipidemia, Diabetes, DPOC, Patologia cardíaca, Depressão, patologia tireoide	1		
HTA, Dislipidemia, Diabetes, PTJ à Esquerda, PTA à direita, AVC, Epilepsia, Patologia cardíaca, Anemia	1		
HTA, Dislipidemia, distúrbio do sono, gastrite crônica	1		
HTA, Dislipidemia, Enfarte Agudo do Miocárdio	1		
HTA, dislipidemia, FA, pacemaker	1		
HTA, Dislipidemia, P. Tireoide, Osteoporose	1		
HTA, Dislipidemia, Patologia Circulatória, Síndrome Depressivo, AVC, osteossíntese de fratura do colo do fêmur	1		
HTA, Dislipidemia, Patologia Cardíaca, Depressão, Patologia osteoarticular	1		
HTA, Dislipidemia, Patologia óssea degenerativa, cirurgia ao colo do fêmur	1		
HTA, Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1		
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral com complicações	1		
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral, PTA esquerda	1		
HTA, DM2, dislipidemia, ICC, neoplasia bexiga, patologia respiratória	1		
HTA, Gastrite crônica, Depressão, Ansiedade, patologia hepática	1		
HTA, gastrite crônica, PTA bilateral, fratura pulso direito	1		
HTA, Gastrite, osteoporose, AVC	1		
HTA, HBP, Uropatia Obstrutiva	1		
HTA, Hiperuricemia, Patologia cardíaca, Anemia, DPOC, DRC, Patologia osteoarticular, Depressão, Ansiedade	1		
HTA, Hipotireoidismo, Bronquite, Artroses	1		
HTA, Hipotireoidismo, depressão, ansiedade, ideação suicida	1		
HTA, Hipotireoidismo, DPOC, Patologia cardíaca, PTA	1		
HTA, insuficiência cardíaca, patologia osteoarticular	1		
HTA, insuficiência cardíaca, patologia pulmonar crônica, epilepsia, meningioma, Parkinson, depressão, colostomia	1		
HTA, Insuficiência Venosa, Patologia articular degenerativa, neo face	1		
HTA, osteoporose, Lombocitalgia	1		
HTA, Patologia Cardíaca	1		
HTA, Patologia Cardíaca, Patologia Renal Crônica, Hiperuricemia, várias cirurgias	1		
HTA, Patologia Cardíaca, Ansiedade	1		
HTA, Patologia Cardíaca, Diabetes Mellitus, Patologia da tireoide, Dermatose bolhosa, fratura do braço esquerdo	1		
HTA, Patologia Cardíaca, Dislipidemia, PTJ bilateral	1		
HTA, Patologia cardíaca, Patologia Hepática, HTA portal, Anemia, Patologia Renal Crônica, PAC bilateral, fratura do joelho esq.	1		
HTA, patologia osteoarticular, PTA direita, insuficiência renal	1		
HTA, Perturbação do sono, dislipidemia, HBP, Diabetes Mellitus	1		
HTA, síndrome neurodegenerativo, dislipidemia, perturbação do sono, síndrome da coluna com irradiação de dor neurodegenerativo	1		
HTA, Trombose Pulmonar, Dislipidemia, Mal de Pott	1		
HTA, Dislipidemia, alcoolismo, tentativa de suicídio, gastrite crônica, depressão	1		
HTA, dislipidemia, DMII; Hipoacusia, síndrome demencial, hipotireoidismo, fratura do ramo isquiopúbico	1		
HTA, DMII, patologia cardíaca, depressiva	1		
HTA, síndrome depressivo, dislipidemia	1		
HTA; DMII	1		

HTA; Doença venosa	1		
HTA; DPOC; Diabetes	1		
HTA; fratura fêmur esquerdo	1		
HTA; Poliomielite na infância; Patologia osteoarticular; Psoríase; Depressão.	1		
HTOcular, Insónia	2		
Insuficiência Cardíaca, hiperuricemia, Bronquite crónica, PTA	1		
Insuficiência Venosa, Insuficiência cardíaca, HTA, DPOC, Anemia Crónica, Insuficiência Renal	2		
mastectomia total, dislipidemia, patologia osteoarticular degenerativa, colecistectomia, diverticulose, esofagite, gastropatia do antro	1		
meningite ao nascimento, atropelamento com TCE, cirurgia maxilar	1		
Nefrolitíase, HBP, glaucoma dir., tuberculose, patologia óssea degenerativa	1		
neuropatia periférica síndrome da coluna com irradiação de dor	1		
Obesidade, HTA, Diabetes Mellitus	1		
obstipação, lesão medular neuromotora da C3	1		
Paralisia cerebral na infância; osteoporose, espondilose lombar	1		
Paraplegia, amputação MIE, HTA, DM2, alcoolismo, colostomizado, uretrotomia, bexiga neurogénica	1		
Patologia cardíaca, DMII, Dislipidemia, EAM, osteoporose, EAM, AVC,	1		
Patologia cardíaca, mastectomia radical	1		
Patologia cardíaca, osteossíntese de fratura do fémur à direita	1		
Patologia psiquiátrica psicótica, glaucoma, anemia, perturbação do sono,	1		
Patologia Cardíaca, HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Psoríase, AVC, gastrite crónica, colecistectomia	1		
Patologia cardíaca, HTA, Dislipidemia, Apneia do sono, Patologia da tiroide, Insuficiência venosa, Reumatismo degenerativo, Diabetes Mellitus	1		
Patologia cardíaca, HTA, Pacemaker, Insuficiência venosa, Diabetes Mellitus	1		
Patologia Cardíaca, Trombo embolia pulmonar, Dislipidemia, Depressão	1		
Patologia osteoarticular	1		
Patologia osteoarticular,	1		
patologia osteoarticular, depressão, Parkinson, dislipidemia, HTA	1		
Patologia osteoarticular, Parkinson	1		
Psoríase, Traumatismo Cervical	1		
PTA bilateral, hemorroides, fratura do ramo i.i.púbico, osteossíntese de fratura trocantérica, colectomia por adenocarcinoma do cólon	1		
PTA dir., Depressão,	1		
PTJ bilateral, Diabetes, Insuficiência Respiratória, patologia tiroide, osteossíntese de fratura trocantérica à esquerda	1		
Saudável	1		
Síndrome Demencial, Depressão e Osteoporose	2		
Síndrome depressivo, dislipidemia	1		
Síndrome Depressivo, encefalopatia isquémica, HTA, Anemia	1		
Síndrome Depressivo, Ex. Alcoólico, Neo Gástrico,	1		
Síndrome depressivo, HTA, Diabetes Mellitus, Gonartrose, Dismetria dos membros inferiores	1		
Tetraplegia, # C3 e C4, gastrite	1		

Verificação dos pressupostos da normalidade e homocedasticidade na comparação das médias do QSM+ e suas dimensões entre mulheres vs homens

Verificação da normalidade – resumo

Dimensões	Feminino	Masculino
TOTAL ESM+	NN*	N*
Satisfação pessoal	NN*	NN*
Atitude pró-social	NN*	NN*
Autocontrole	NN*	NN*
Autonomia	NN*	NN*
Resolução problemas e auto atualização	NN*	NN*
Habilidades e relação interpessoal	NN*	N*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

- Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.
- Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.
- Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Dimensões	Teste de Levene
TOTAL ESM+	VH
Satisfação pessoal	VH
Atitude pró-social	VH
Autocontrole	VNH
Autonomia	VH
Resolução problemas e auto atualização	VH
Habilidades e relação interpessoal	VH

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

- Foi usado o teste de Levene com base na média.

Verificação da normalidade – resumo

Variáveis / Dimensões ESM+	SIM							NÃO						
	ESM+	SP	APS	AC	AUT	RPAA	HIP	ESM+	SP	APS	AC	AUT	RPAA	HIP
Opção pela institucionalização	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Visitas	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N	N	N	N	N	NN	N
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	N*	N*	N*	NN*	NN*	N*
Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	NN*	NN*
Sente que tem oportunidade de participar ativa/ na vida da Instituição	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	NN*	NN*
Possuir alguma doença	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*
Consumo de bebidas alcoólicas	N*	NN*	NN*	N*	N*	N*	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Hábitos tabágicos	N	N	N	NN	N	NN	N	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Problemas de sono percebidos	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*
Uso de equipamento adaptativo	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N	N	NN	NN	N	NN	NN
Medicação ansiolítica	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*
Medicação antidepressiva	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	N*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*	NN*

ESM+ Total da Escala de Saúde Mental Positiva; SA – satisfação pessoal; APS – atitude pró-social; AC – autocontrole; AUT – autonomia; RPAA – resolução problemas e autoatualização; HRI – habilidades e relação interpessoal

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

- Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.
- Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.
- Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.
- Os casos assinalados com **NN** a bold, são variáveis que irão ter um tratamento não-paramétrico

Verificação da homocedasticidade – resumo

Variáveis / Dimensões ESM+	Teste de Levene						
	ESM+	SP	APS	AC	AUT	RPAA	HIP
Opção pela institucionalização	VH	VNH	VH	VH	VH	VH	VH
Visitas	VH	VNH	VH	VH	VNH	VH	VH
Participação em atividades proporcionadas pela instituição	VH	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a preferência	VH	VH	VH	VNH	VH	VNH	VH
Sente que tem oportunidade de participar ativa/ na vida da Instituição	VH	VH	VH	VH	VH	VNH	VH
Possuir alguma doença	VH	VH	VH	VH	VH	VH	VH
Consumo de bebidas alcoólicas	VH	VH	VH	VH	VNH	VH	VH
Hábitos tabágicos	VH	VH	VH	VH	VH	VNH	VH
Problemas de sono percebidos	VH	VNH	VH	VH	VH	VNH	VH
Uso de equipamento adaptativo	VH	VNH	VH	VH	VH	VH	VH
Medicação ansiolítica	VH	VH	VH	VH	VNH	VH	VH
Medicação antidepressiva	VH	VH	VH	VH	VH	VH	VH

ESM+ Total da Escala de Saúde Mental Positiva; SA – satisfação pessoal; APS – atitude pró-social; AC – autocontrole; AUT – autonomia; RPAA – resolução problemas e auto atualização; HRI – habilidades e relação interpessoal

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média

Verificação da normalidade – resumo – nível de dependência

Dimensões	Dep.				Independên cia
	Dep. total	Dep. grave	moderada	Dep. ligeira	
TOTAL ESM+	N	NN*	N*	N*	N
Satisfação pessoal	N	N*	NN*	NN*	NN
Atitude pró-social	N	NN*	N*	N*	N
Autocontrolo	N	N*	NN*	N*	NN
Autonomia	NN	NN*	NN*	NN*	NN
Resolução problemas e auto atualização	N	NN*	NN*	NN*	N
Habilidades e relação interpessoal	N	N*	N*	NN*	N

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

- Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.
- Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.
- Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Dimensões	Teste de Levene
TOTAL ESM+	VH
Satisfação pessoal	VH
Atitude pró-social	VH
Autocontrolo	VNH
Autonomia	VNH
Resolução problemas e auto atualização	VH
Habilidades e relação interpessoal	VH

VH – variâncias homogéneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogéneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

- Foi usado o teste de Levene com base na média.

Verificação da normalidade – resumo – mobilidade/dependência

Dimensões	Muito boa/Boa	Razoável	Má/Muito má
TOTAL ESM+	N*	NN*	N*
Satisfação pessoal	NN*	NN*	NN*
Atitude pró-social	N*	NN*	NN*
Autocontrolo	N*	NN*	NN*
Autonomia	NN*	NN*	NN*
Resolução problemas e auto atualização	N*	NN*	N*
Habilidades e relação interpessoal	NN*	NN*	N*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n > 30$

Observações:

- Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.
- Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.
- Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Dimensões	Teste de Levene
TOTAL ESM+	VH
Satisfação pessoal	VH
Atitude pró-social	VNH
Autocontrolo	VNH
Autonomia	VH
Resolução problemas e auto atualização	VH
Habilidades e relação interpessoal	VH

VH – variâncias homogéneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogéneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

- Foi usado o teste de Levene com base na média.

Verificação da normalidade – resumo – classificação o estado de saúde em geral percebido

Dimensões	Muito boa/Boa	Razoável	Má/Muito má
TOTAL ESM+	N*	NN*	N*
Satisfação pessoal	N*	NN*	N*
Atitude pró-social	NN*	NN*	NN*
Autocontrole	NN*	NN*	N*
Autonomia	NN*	NN*	NN*
Resolução problemas e auto atualização	N*	NN*	NN*
Habilidades e relação interpessoal	N*	NN*	N*

N – distribuição normal

NN – distribuição não-normal

* subamostra com $n \geq 30$

Observações:

– Quando a distribuição é não-normal, mas $n > 30$, invocamos o Teorema Limite Central para aproximar à distribuição normal.

– Nos casos em que $n < 50$, usamos o teste de Shapiro-Wilk.

– Nos casos em que $n \geq 50$, usamos o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors.

Verificação da homocedasticidade – resumo

Dimensões	Teste de Levene
TOTAL ESM+	VNH
Satisfação pessoal	VNH
Atitude pró-social	VH
Autocontrole	VH
Autonomia	VH
Resolução problemas e auto atualização	VH
Habilidades e relação interpessoal	VH

VH – variâncias homogêneas ($p > 0.05$)

VNH – variâncias não-homogêneas ($p \leq 0.05$)

Observação:

– Foi usado o teste de Levene com base na média.