

2.º CICLO

EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Alimentação saudável e saúde mental: intervenção no programa “Mente + Sã”

Healthy eating and mental health: intervention in the “Mente + Sã” program

Catarina Gonçalo

ORIENTADO POR: Prof.^a Doutora Teresa Silva Dias

COORIENTADO POR: Prof.^a Doutora Cláudia Afonso

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA UNIVERSIDADE
DO PORTO

M

PORTO, 2024



Alimentação saudável e saúde mental: intervenção no programa “Mente + Sã”
Healthy eating and mental health: intervention in the “Mente + Sã” program

Catarina da Silva Gonçalo

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Prof.^a Doutora Teresa Silva Dias (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto)

Prof.^a Doutora Cláudia Afonso (Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto)

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação Alimentar apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

2024

Agradecimentos

Muito me apraz poder dedicar esta página a todos aqueles que com o seu apoio e compreensão me deram força e incentivo neste meu percurso.

Mãe, as batalhas e as vitórias serão sempre vividas a duas, venha quem vier e aconteça o que acontecer. Fazes-me crer que tenho em mim todas as forças do mundo.

Avó, obrigada pela tua fé inabalável e por viveres este objetivo com a mesma entrega e força que eu. És e serás sempre a minha força motriz.

Tio, tudo fiz para te deixar o mais feliz e orgulhoso possível da pessoa que sou hoje.

João, obrigada por seres o parceiro que celebrou comigo a conquista da primeira página e que permaneceu até à última.

Professora Doutora Teresa e Professora Doutora Cláudia, obrigada a ambas pela disponibilidade e incentivo que foram fundamentais ao longo de todo o projeto de investigação.

Professor Doutor Bruno Oliveira, agradeço a disponibilidade para me ajudar na análise estatística deste estudo.

Equipa do ODEC, obrigada por me terem acolhido de forma tão generosa.

Resumo

Introdução: A promoção de conhecimentos sobre alimentação saudável tem particular importância na população sénior dado o impacto dos hábitos alimentares na saúde em geral, na prevenção do declínio cognitivo e na qualidade de vida.

Objetivo: Promover a saúde mental dos participantes do programa comunitário “Mente + Sã” do Município de Vila Nova de Famalicão, através de uma intervenção promotora de conhecimentos sobre alimentação saudável.

Metodologia: Numa fase inicial procedeu-se à realização de estudo transversal de forma a conhecer os participantes do projeto “Mente + Sã” que envolveu recolha de informação sociodemográfica, de autoperceção do estado de saúde, antropométrica, de estilos de vida, insegurança alimentar e estadios de mudança em relação à prática de uma alimentação saudável. Foi também aplicado o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) para a avaliação do estado nutricional e a escala “Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares”, para avaliar os hábitos alimentares. Para complementar a recolha de informação primária, foi adotada uma metodologia qualitativa através da realização de grupo focal.

Com a informação recolhida e analisada procedeu-se ao planeamento de um projeto de intervenção aplicando a abordagem *logical model*, tendo sido aplicado parte do planeado.

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa SPSS versão 29 e foram aplicados dois modelos de análise da covariância (ANCOVA).

Resultados: Participaram no estudo 44 indivíduos (77,3% mulheres) com mediana de idade de 75 anos. Destes, 38,6% apresentavam excesso de peso e 22,7% apresentavam obesidade. Dos participantes, 79% apresentavam risco de

desnutrição e relativamente aos hábitos alimentares, a maior parte (50%) apresentava uma adesão moderada a hábitos alimentares saudáveis. Além disso, a depressão foi uma condição altamente prevalente entre os idosos em estudo, afetando 61,4% dos participantes.

Verificou-se que a prática de atividade física se associava positivamente a melhores hábitos alimentares ($B = -0,461$, IC 95% = $-0,625$; $-0,297$) e o aumento do risco de desnutrição ($B = 0,219$, IC 95% = $0,053$; $0,385$) associou-se positivamente à presença de depressão. Da análise da informação proveniente dos grupos focais pode-se concluir que revelaram melhorias na alimentação e saúde.

Com a informação recolhida considerou-se relevante desenhar e implementar uma intervenção que abordasse os seguintes assuntos: “Roda dos alimentos - grupos alimentares”, “Importância de uma alimentação saudável e equilibrada para a saúde mental na terceira idade”, “Hidratação e a sua importância”, bem como as “Recomendações hídricas nos seniores”, as “Formas de aumentar a ingestão hídrica” e a utilização de “Águas aromáticas”.

Em todas as sessões foram aplicados questionários de satisfação e de avaliação de conhecimentos adquiridos, sendo que estes confirmaram a aquisição de novos conhecimentos por todos os participantes. Também os grupos focais realizados no final deste projeto, corroboraram esta informação.

Conclusão: A integração da alimentação em programas de saúde mental para idosos é crucial para promover um envelhecimento saudável e melhorar a saúde mental e a qualidade de vida da população sénior. Com o presente trabalho, foi possível caracterizar o grupo-alvo da intervenção e perceber com assertividade que para a promoção do estado cognitivo, era essencial a implementação de um projeto de intervenção que tratasse as temáticas de alimentação saudável e saúde

mental. Da intervenção implementada, foi possível verificar que esta foi ao encontro das expectativas dos participantes, tendo promovido uma aquisição de conhecimentos nas matérias tratadas.

Palavras-Chave: Educação, Nutrição, Sêniores.

Abstract

Introduction: Promoting knowledge about healthy eating is particularly important for the elderly population, given the impact of eating habits on general health, the prevention of cognitive decline and quality of life.

Objective: To promote the mental health of participants in the community program “Mente + Sã” of the Municipality of Vila Nova de Famalicão, through an intervention that promotes knowledge about healthy eating.

Methodology: In the initial phase, a cross-sectional study was carried out to get to know the participants of the “Mente + Sã” project, which involved collecting sociodemographic information, self-perception of health status, anthropometric data, lifestyle data, food insecurity and stages of change in relation to healthy eating practices. The Mini Nutritional Assessment (MNA) was also applied to assess nutritional status and the “Brief and initial assessment of eating habits” scale was used to assess eating habits. To complement the collection of primary information, a qualitative methodology was adopted through the implementation of a focus group. With the information collected and analyzed, an intervention project was planned using the logical model approach, and part of the plan was implemented.

Statistical analysis was performed using the SPSS version 29 program and two analysis of covariance models (ANCOVA) were applied.

Results: 44 individuals (77.3% women) with a median age of 75 years participated in the study. Of these, 38.6% were overweight and 22.7% were obese. Of the participants, 79% were at risk of malnutrition and regarding eating habits, the majority (50%) had moderate adherence to healthy eating habits. In addition, depression was a highly prevalent condition among the elderly studied, affecting

61.4% of the participants. It was found that physical activity was positively associated with better eating habits ($B = -0.461$, 95% CI = -0.625; -0.297) and the increased risk of malnutrition ($B = 0.219$, 95% CI = 0.053; 0.385) was positively associated with the presence of depression. From the analysis of the information from the focus groups, it can be concluded that they revealed improvements in diet and health.

With the information collected, it was considered relevant to design and implement an intervention that addressed the following topics: "Food wheel - food groups", "Importance of a healthy and balanced diet for mental health in old age", "Hydration and its importance", as well as "Water recommendations for seniors", "Ways to increase water intake" and the use of "Aromatic waters". Satisfaction and knowledge assessment questionnaires were applied in all sessions, confirming that all participants had acquired new knowledge. The focus groups held at the end of this project also corroborated this information.

Conclusion: Integrating nutrition into mental health programs for the elderly is crucial to promoting healthy aging and improving the mental health and quality of life of the senior population. This study made it possible to characterize the target group of the intervention and to clearly perceive that, in order to promote cognitive status, it was essential to implement an intervention project that addressed the issues of healthy eating and mental health. It was possible to verify that the intervention implemented met the expectations of the participants and promoted the acquisition of knowledge on the subjects covered.

Keywords: Education, Nutrition, Seniors.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	vi
Lista de Abreviaturas	ix
Lista de Tabelas	x
Introdução	1
Objetivos.....	6
Metodologia	7
Resultados	21
Discussão.....	34
Conclusões.....	43
Referências.....	45
Anexos ou Apêndices	53
Índice de Anexos ou Apêndices.....	53

Lista de Abreviaturas

ONU: Organização das Nações Unidas

UE: União Europeia

EPA: Ácido Eicosapentaenóico

DHA: Ácido Docosa-hexaenoico

DM: Dieta Mediterrânica

ENEAS: Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

ODEC: Observatório Desporto, Educação e Comunidades

CM Famalicão: Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão

MMSE: Mini-Mental State Examination

BEP: A Escala de Bem-Estar Psicológico

BES: Escala de Bem-Estar Subjetivo

IAN-AF: Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IMC: Índice de Massa Corporal

OMS: Organização Mundial da Saúde

MNA: Mini Nutritional Assessment

PNPAS: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

GCBH: Global Council on Brain Health

AARP: American Association of Retired Persons

FINGER: Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability

MIND Diet: Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay

EUA: Estados Unidos da América

PNS: Plano Nacional de Saúde

ODS: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Materiais e Avaliação das Ações de Intervenção no Programa “Mente + Sã”

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica, estado de saúde e caracterização antropométrica dos participantes do estudo “Mente + Sã” (n=44)

Tabela 3 - Caracterização dos estilos de vida e hábitos alimentares dos participantes do estudo “Mente + Sã” (n=44)

Tabela 4 - Relação entre as características sociodemográficas e de estilos de vida e a adesão a hábitos alimentares saudáveis dos participantes “Mente + Sã” - UniANOVA

Tabela 5 - Relação entre as características sociodemográficas e de estilos de vida e o risco estado nutricional dos participantes “Mente + Sã” - UniANOVA

Introdução

O envelhecimento biológico é definido como um processo natural e gradual que resulta na deterioração progressiva das funções fisiológicas, manifestando-se, entre outras consequências, na degradação gradual das funções cognitivas. Esta perda de competências físicas, funcionais e cognitivas tem um impacto significativo na vida dos cidadãos mais velhos, afetando o seu estado nutricional e os seus hábitos alimentares ⁽¹⁾. São abundantes os dados reveladores de que a população mundial está a envelhecer ⁽²⁾. A população com 60 anos ou mais está a aumentar de uma forma mais acelerada em comparação com qualquer outro grupo etário e, em virtude deste aumento, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), prevê-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100. Todavia, o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar até 2050, passando de 137 milhões em 2017 para 425 milhões em 2050. O impacto do envelhecimento na União Europeia (UE) será igualmente significativo nas próximas décadas, visto que entre 2023 e 2100 espera-se que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumente de 21,3% para 32,5% da população total da UE. Este fenómeno social é também prevalente na Europa que já possui a maior percentagem de população com 60 anos ou mais, atingindo atualmente os 25% ⁽³⁻⁵⁾.

Em Portugal, a realidade demográfica acompanha a tendência observada nos restantes países desenvolvidos. As projeções demográficas indicam que, em 2050, o país ocupará a quarta posição na UE em termos de percentagem da população idosa ⁽⁶⁾. Particularmente, em Vila Nova de Famalicão, no distrito de Braga, dados de 2011, concluíram que o índice de envelhecimento foi de 85,3%. Já em 2021,

esse valor subiu de forma significativa, atingindo os 153,6%, quando comparada com a avaliação efetuada em 2011 ^(7,8).

O envelhecimento demográfico está associado a três principais causas nomeadamente, a diminuição da natalidade e fecundidade, a diminuição das taxas de mortalidade e o seu impacto no aumento da esperança de vida, além dos saldos migratórios ⁽⁶⁾. Tendo em consideração estes dados demográficos, o aumento da longevidade das pessoas deve ser acompanhado por uma preocupação permanente em assegurar que estas tenham uma melhor qualidade de vida, com acesso a serviços que satisfaçam as suas necessidades e que promovam o bem-estar ⁽⁹⁾. Este grupo etário é extraordinariamente heterógeno, e esta grande diversidade impacta com variações nas capacidades físicas, funcionais, cognitivas e psicológicas, que, por sua vez, afetam as necessidades alimentares e nutricionais destes indivíduos ⁽²⁾. A alimentação saudável desempenha um papel determinante na saúde, uma vez que pode ajudar na prevenção e no controlo de diversas doenças. Esta relação entre alimentação e saúde é de extrema importância na população sénior, pois uma alimentação saudável, adaptada a cada caso, pode melhorar consideravelmente a saúde e, por conseguinte, a qualidade de vida destes indivíduos. A adoção de hábitos alimentares saudáveis está relacionada com a desaceleração do processo de envelhecimento e com a redução da incidência de doenças crónicas não transmissíveis, além de favorecer uma boa capacidade cognitiva ⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, o crescimento das doenças associadas à alimentação está frequentemente relacionado com padrões alimentares inadequados e com a escassez de conhecimentos e competências sobre hábitos alimentares saudáveis

⁽¹¹⁾. A forma como as pessoas se alimentam influencia diretamente a saúde em geral, e as escolhas alimentares inadequadas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento de problemas de saúde ⁽¹²⁾. Não obstante, a literatura existente reporta que uma alimentação inadequada pode agravar problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, perturbações afetivas comuns entre os idosos ^(13,14). Neste contexto, determinados alimentos e nutrientes presentes na Dieta Mediterrânea (DM) desempenham um papel crucial na promoção da saúde mental e na prevenção do declínio cognitivo. Entre os nutrientes mais relevantes para a saúde mental destacam-se os ácidos gordos ômega-3, presentes em alimentos como peixes gordos, nozes e sementes de linhaça. Estes ácidos gordos, especialmente o ácido eicosapentaenóico (EPA) e o ácido docosa-hexaenóico (DHA), têm propriedades anti-inflamatórias e são fundamentais para a manutenção da integridade estrutural das membranas neuronais, estando associados à redução de sintomas depressivos ⁽¹⁵⁾. Um outro grupo de nutrientes essenciais é constituído pelas vitaminas do complexo B, designadamente a vitamina B12 e o ácido fólico, uma vez que desempenham um papel fundamental na síntese de neurotransmissores, em particular a serotonina e a dopamina, elementos cruciais na regulação do humor, encontrando-se em alimentos de origem animal, como carne, peixe, ovos e leite. A deficiência destes nutrientes tem sido associada a um aumento do risco de perturbações mentais, como é o caso da depressão, além de estar relacionada com a aceleração do declínio cognitivo ⁽¹⁶⁾.

Paralelamente, a vitamina D que é predominantemente obtida através da exposição solar e do consumo de alimentos como peixes gordos e ovos, influencia a expressão de genes que são essenciais para a produção de neurotransmissores.

Além disso, é crucial para a plasticidade sináptica, processo essencial para a aprendizagem e para a memória ⁽¹⁷⁾. Assim, a deficiência de vitamina D pode resultar em níveis reduzidos de neurotransmissores, o que pode levar a mudanças no humor e na função cognitiva ⁽¹⁸⁾.

Por fim, os antioxidantes, presentes em hortofrutícolas, como a vitamina C e a vitamina E, desempenham um papel protetor contra o stress oxidativo, que contribui para o envelhecimento cerebral e para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas ⁽¹⁹⁾.

Contudo, é fundamental sublinhar que os benefícios da DM só se manifestam quando esta é seguida de forma equilibrada. O excesso de sódio e álcool, conforme identificado no IAN-AF (Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física) 2015-2016, pode comprometer a saúde cardiovascular e cognitiva, anulando os efeitos positivos deste padrão alimentar ⁽²⁰⁾. Adicionalmente, a deficiência de vitamina D e uma ingestão proteica insuficiente podem prejudicar a saúde óssea e muscular, aspetos cruciais para um envelhecimento saudável. Assim, embora o padrão alimentar mediterrânico seja amplamente vantajoso, os seus benefícios plenos só se verificam quando seguido de forma equilibrada. É essencial limitar o consumo de sódio e álcool, bem como assegurar uma ingestão adequada de nutrientes essenciais para garantir a sua eficácia na prevenção de doenças crónicas e na promoção de um envelhecimento saudável ⁽²¹⁾.

Desta forma, é essencial aumentar os conhecimentos e as competências acerca da alimentação saudável, com o objetivo de desenvolver práticas que incentivem a adoção de hábitos alimentares saudáveis, contribuindo assim para a manutenção da função cognitiva e para a prevenção do declínio mental associado ao envelhecimento. Neste contexto, e em linha com a Estratégia Nacional para o

Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, o Município de Vila Nova de Famalicão implementou o programa de intervenção “Mente + Sã” - inserido no Programa “Mais e Melhores Anos” - de modo a protelar a perda de capacidades funcionais e potenciar o desenvolvimento cognitivo e emocional da população idosa, tendo como objetivo geral o bem-estar físico e emocional dos séniores residentes em Vila Nova de Famalicão ⁽²²⁻²⁴⁾. Este programa assenta numa perspetiva de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e, consequentemente, numa perspetiva de promoção de comportamentos saudáveis ao nível da saúde mental que incluem a estimulação dos processos cognitivos básicos e superiores, mas também o bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico e bem-estar social ⁽²⁵⁻²⁷⁾. Além disso, estrutura-se em dois níveis de ação nomeadamente, o circuito de manutenção, que promove o desenvolvimento cognitivo, emocional e de comportamentos saudáveis e o circuito SOS, destinado a idosos com défices neurocognitivos por lesões traumáticas. Este programa tem ainda como objetivo sensibilizar e envolver familiares e cuidadores, tendo como propósito melhorar a intervenção junto dos idosos e fortalecer as redes de apoio. Para complementar estas iniciativas, oferece formação aos profissionais envolvidos, com ênfase na estimulação cognitiva e na regulação emocional dirigida aos séniores ⁽²⁴⁾.

A equipa do Observatório Desporto, Educação e Comunidades (ODEC) que acompanha a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão (CM Famalicão) desenhou e estabeleceu a operacionalização deste programa comunitário, desde a sua elaboração até à sua implementação ⁽²⁸⁾. Os objetivos do ODEC assentam sobretudo na sistematização do conhecimento em torno da articulação entre os campos educação-desporto-saúde-ambiente e comunidades-inclusão social, e na criação de uma plataforma de partilha desse conhecimento, promovendo a ligação

a contextos e espaços de educação e estabelecendo parcerias com comunidades de diferentes características, particularmente clubes e associações desportivas e juvenis, escolas, instituições particulares de solidariedade social, câmaras municipais, federações nacionais, entre outros. Deste modo, o principal objetivo da equipa ODEC é acompanhar e monitorizar o programa “Mente + Sã”, por meio da formação de técnicos e de serviços de consultoria ⁽²⁸⁾. Assim, para que o programa seja efetivo, torna-se relevante caracterizar os hábitos alimentares e o estado nutricional dos participantes, através de uma intervenção promotora de conhecimentos sobre alimentação saudável, uma vez que esta análise permite construir políticas municipais que promovam a qualidade de vida nesta faixa etária.

Objetivos

Decorrente da problemática apresentada, surgiu a principal questão de investigação deste estudo de intervenção: “promover conhecimentos sobre alimentação saudável pode contribuir para a prevenção do declínio cognitivo associado ao envelhecimento?” Para responder a esta questão estabeleceu-se um objetivo geral e dois objetivos específicos:

Geral:

- Promover a saúde mental dos participantes do programa comunitário “Mente + Sã” através de uma intervenção promotora de conhecimentos sobre alimentação saudável.

Específicos:

- Caracterizar os hábitos alimentares e o estado nutricional dos participantes e estudar os fatores associados;

Metodologia

Desenho do estudo, população e amostra

Na primeira parte do presente estudo, em que se identifica o problema e se define prioridades para a intervenção, procedeu-se a um estudo epidemiológico observacional descritivo, de desenho transversal, que apresenta como população-alvo 44 participantes, integrados na iniciativa “Mente + Sã”, inserida no Programa “Mais e Melhores Anos”, promovido pela CM de Famalicão.

O Programa “Mais e Melhores Anos” tem como objetivo sinalizar quadros demenciais principalmente em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Estes idosos são avaliados a partir da avaliação global realizada com recurso aos instrumentos EQ-5D-5L, relativo à avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e ao *Mini-Mental State Examination* (MMSE), referente à avaliação cognitiva ⁽²⁵⁾.

Paralelamente, o projeto “Mente + Sã”, tem como objetivo promover o bem-estar físico e mental dos cidadãos mais velhos através de abordagens não farmacológicas, nas quais se incluem a promoção de práticas de atividade física, estimulação neurocognitiva e socio emocional e de hábitos alimentares protetores do declínio mental.

Posteriormente, procedeu-se ao planeamento e implementação de um projeto de intervenção.

Métodos

No âmbito do programa de intervenção “Mente + Sã” - inserido no Programa “Mais e Melhores Anos” - promovido pela CM de Famalicão, foram avaliadas pessoas idosas.

Fase A - Planeamento Geral: Identificação dos problemas, avaliação das necessidades, estabelecimento de prioridades e de objetivos

Na fase de planeamento, o foco esteve na caracterização do perfil comunitário com identificação das necessidades e dos recursos acessíveis à população alvo e na exploração da informação já existente para a projeção de ações futuras. Considerando que o planeamento é um processo contínuo de antecipação dos recursos (humanos, materiais e económicos) e serviços necessários para alcançar os objetivos estabelecidos, foi seguida uma ordem de prioridades previamente definida, o que permitiu selecionar as soluções mais adequadas ⁽²⁹⁾.

Considerando este pressuposto, foi realizada a identificação dos problemas e a avaliação das necessidades através da recolha de diversos tipos de informação, nomeadamente através da informação secundária (triagem previamente elaborada para a sinalização do grupo-alvo) e, na informação primária que consistiu na recolha de dados, especificamente para a caracterização dos participantes no que se refere aos hábitos alimentares e estado nutricional.

No primeiro contacto com os idosos a equipa de investigação procedeu à caracterização minuciosa dos processos cognitivos (básicos e superiores), emocionais (bem-estar psicológico, subjetivo e social). Esta avaliação foi realizada pela equipa multidisciplinar do projeto em contexto de uma entrevista clínica, utilizando instrumentos adaptados para a população portuguesa. Entre os instrumentos utilizados encontrava-se o Brief-COPE, um questionário de 28 itens que identifica as estratégias de *coping* empregues pelos indivíduos para lidar com o stress, quer sejam focadas no problema, na emoção ou no evitamento ⁽³⁰⁾. Outro instrumento utilizado foi o WAIS III, uma escala de inteligência que inclui várias

provas verbais e de realização, sendo empregue no diagnóstico de perturbações neurológicas e psiquiátricas ⁽³¹⁾. A Escala de Bem-Estar Psicológico (BEP) avaliou, em 30 itens, aspetos como a autonomia, aceitação de si, propósito de vida, relações interpessoais positivas, crescimento pessoal e domínio do meio envolvente ⁽²⁶⁾. Já a Escala de Bem-Estar Subjetivo (BES) avaliou, em 15 itens, a satisfação com a vida, bem como a presença de afetos positivos e negativos. Por fim, a Escala de Bem-Estar Social avaliou, com 33 itens, dimensões como a integração, aceitação, contribuição, realização e coerência social ^(25, 32).

Embora o programa esteja estruturado em dois circuitos distintos - o circuito de manutenção e o circuito SOS - consideraram-se critérios de inclusão para o estudo de intervenção, apenas os idosos que, após a avaliação inicial, foram indicados para o circuito de manutenção. Este é focado sobretudo para o desenvolvimento cognitivo e emocional em três áreas específicas nomeadamente, processos cognitivos, interações emocionais e comportamentos saudáveis, incluindo sono e alimentação.

Seguidamente, procedeu-se ao levantamento da informação primária através de um primeiro questionário, dirigido aos participantes, que abrangia aspetos como a caracterização sociodemográfica, o estado de saúde e os dados antropométricos dos mesmos, autorreportados (Anexo A).

Este questionário incluía informações detalhadas sobre o sexo, idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, idade dos membros do agregado familiar e ocupação profissional atual. Compreendia também, além da prevalência de fatores de risco cardiovasculares (diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e histórico familiar de eventos cardíacos), de doenças crónicas (oncológicas, gastrointestinais, neurológicas/psiquiátricas, respiratórias,

genito-urinárias, ósteo-musculares e/ou articulares, metabólicas/endócrinas e cardiovasculares) e a medicação administrada. Parte deste questionário foi adaptado da metodologia utilizada pelo IAN-AF 2015-2016 ⁽²⁰⁾. Para a recolha das informações antropométricas, foram identificadas limitações durante as medições devido à dificuldade do público alvo em aceitar intervenções físicas. Por este motivo, o questionário incluiu perguntas sobre o peso e a altura, baseando-se nos dados clínicos previamente existentes no âmbito do projeto, porém, de reforçar que se tratava de informação autorreportada. Com base nestas informações, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) para todos os participantes que, posteriormente se categorizou de acordo com a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em magreza ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$), normo ponderabilidade (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m^2), pré-obesidade (IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m^2) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) ^(33,34).

Posteriormente criou-se e aplicou-se um segundo questionário (Anexo B), num segundo momento de contacto, com o propósito de recolher informações sobre estilos de vida, hábitos alimentares, insegurança alimentar, estadios de mudança face à alimentação saudável e, por fim, para completar a avaliação do estado nutricional dos participantes, foi aplicada a versão curta adaptada do *Mini Nutritional Assessment* (MNA) ^(35,36).

Este questionário era constituído por 26 questões e foi desenvolvido e aplicado através da plataforma Google® *forms* com o propósito de estimular o uso das novas tecnologias nos participantes do projeto. Esta ferramenta de avaliação era composta principalmente por questões fechadas e recolheu informações acerca dos estilos de vida dos participantes, incluindo a prática de atividade física fora do programa, o consumo diário ou semanal de tabaco e bebidas alcoólicas, bem

como o número de horas de sono durante a semana e ao fim de semana, sendo posteriormente calculada a média de ambas. A adesão a hábitos alimentares saudáveis foi avaliada através da aplicação da escala “Avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares para abordagem inicial” e a autoperceção do estado de saúde foi medida utilizando uma escala Likert de 6 pontos, variando de 1 (“saúde muito fraca”) a 6 (“saúde excelente”) ^(37,38).

Por sua vez, os estadios de mudança em relação à alimentação saudável foram determinados pedindo a cada participante que escolhesse, entre seis opções, a frase que melhor descrevia o seu comportamento relativamente à alimentação. Por fim, o estado nutricional foi avaliado mediante a aplicação da versão curta adaptada do MNA, proposta por Poínhos et al, 2021 ⁽³⁹⁾. Segundo os critérios estabelecidos, esta versão tem uma pontuação máxima de 17 pontos, sendo que uma pontuação ≤ 14 indica risco de desnutrição ⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

A insegurança alimentar foi avaliada através de 2 questões “Alguma vez se sentiu preocupado/a pelo facto de os alimentos em sua casa poderem acabar antes que tivesse dinheiro suficiente para comprar mais?” e “Já aconteceu os alimentos em sua casa acabarem antes de ter dinheiro para comprar mais?”, em que o entrevistado responde numa escala *Likert* de 3 pontos (“Nunca” a “Muitas vezes”) ⁽⁴²⁾.

Para complementar a recolha de informação primária, aplicou-se a técnica do Grupo Focal que permite, através de entrevistas em grupo, que os participantes explorem os seus pontos de vista com base em reflexões sobre um determinado tema ⁽⁴³⁾. Foram realizados dois momentos distintos para a recolha de informação qualitativa através desta técnica. O primeiro momento ocorreu no início do

projeto para avaliar a percepção acerca da relevância da alimentação para a saúde, para a identificação de crenças e mitos relacionados com alimentação, assim como para reconhecer as modificações dos hábitos alimentares efetuados ao longo do ciclo de vida. O segundo momento decorreu no final da intervenção, no qual os participantes foram conduzidos a refletir sobre a sua experiência de aprendizagem. Em ambos os momentos, foram realizados quatro grupos focais, cada um com 11 participantes.

Os grupos focais foram moderados por um elemento da equipa do ODEC que acompanha o desenvolvimento do projeto na CM Famalicão, na presença de uma observadora com experiência na área, também parte integrante da equipa ODEC que acompanhou as sessões. Para a condução dos grupos focais, foi elaborado um guião de moderação contendo os tópicos a colocar em discussão. No presente estudo, a entrevista foi realizada num formato aberto e estruturado, sem uma ordem predefinida para as questões (Apêndice A). A condução ficou a cargo de duas facilitadoras, ambas integrantes da equipa do ODEC que acompanham o desenvolvimento do projeto na CM Famalicão, que introduziram cada tema ou questão em consonância com o desenrolar natural da conversa. As sessões dos grupos focais foram gravadas e transcritas na íntegra. As informações recolhidas foram codificadas e registadas em base de dados Excel, devidamente protegida por palavra-passe.

Após a obtenção destes dados, recorreu-se à técnica do Grupo Nominal para a priorização dos temas a serem abordados na intervenção. Esta técnica baseia-se numa abordagem estruturada de tomada de decisão em grupo, na qual os participantes apresentam individualmente propostas ou ideias relacionadas com o tema em estudo. Seguidamente, procedeu-se a uma discussão coletiva, durante a

qual as propostas foram debatidas e clarificadas. Posteriormente, realizou-se uma votação com o intuito de hierarquizar e priorizar as questões mais pertinentes ⁽⁴⁴⁾.

Com base nesta priorização, os temas abordados nas sessões foram os seguintes: na primeira sessão, discutiu-se acerca da "Roda dos Alimentos - Grupos Alimentares" e da "Importância de uma Alimentação Saudável e Equilibrada para a Saúde Mental na Terceira Idade". Na segunda sessão, abordou-se a "Hidratação e a sua Importância", bem como as "Recomendações Hídricas nos Sêniores", as "Formas de Aumentar a Ingestão Hídrica" e a utilização de "Águas Aromáticas".

Por último, a construção de um modelo lógico foi fundamental para assegurar que a intervenção e os objetivos fossem implementados de forma contínua e sustentada, garantindo assim um impacto mais profundo e duradouro na saúde e bem-estar dos idosos ⁽⁴⁵⁾. Este modelo serviu como um guia estruturado para a planificação e execução das atividades, assegurando coerência entre as metas delineadas e as ações implementadas ao longo da intervenção.

O modelo lógico é uma ilustração visual que descreve os recursos, as atividades e os resultados esperados de um programa. Esta ferramenta é essencial para o planeamento, implementação e avaliação, uma vez que estabelece as inter-relações complexas entre os diversos componentes do programa. Os elementos constituintes do modelo lógico incluem vários componentes fundamentais. Os recursos (*inputs*) englobam os recursos humanos, financeiros, organizacionais e comunitários disponíveis, bem como as políticas que regem o programa, formando assim as matérias-primas necessárias para a sua execução. Por sua vez, as atividades referem-se às ações realizadas para implementar o programa e são estas atividades que, com base nos recursos disponíveis, permitem avançar em

direção aos resultados desejados. Já as saídas (*outputs*) correspondem aos resultados imediatos das atividades e, embora ainda não reflitam os impactos finais, as saídas fornecem informações cruciais sobre a conclusão das ações. Por fim, os resultados podem ser divididos em curto e médio prazo, representando mudanças no conhecimento, atitudes e comportamentos dos participantes. Em contrapartida, os resultados de longo prazo referem-se a influências mais duradouras, como, por exemplo, alterações em legislações ou políticas de saúde, que demonstram o impacto profundo e sustentável do programa. A utilização de um modelo lógico permite uma compreensão clara da estrutura do programa, facilita a identificação de áreas a otimizar e maximiza a eficácia a longo prazo ⁽⁴⁵⁾. Assim, este modelo visa auxiliar na gestão, desenvolvimento e avaliação contínua do projeto, assegurando que os objetivos estabelecidos sejam monitorizados e alcançados de forma mais eficiente ao longo do tempo.

Fase B - Planeamento do programa de intervenção: desenho das atividades, mobilização de recursos, implementação e avaliação

A implementação de um programa de intervenção é uma etapa crucial que envolve a execução prática das atividades e estratégias planeadas para atingir os objetivos ⁽⁴⁶⁾.

Recorrendo à metodologia do modelo lógico como ponto de partida para o planeamento e implementação e após identificação dos problemas e levantamento das necessidades, tornou-se emergente trabalhar os conhecimentos sobre alimentação saudável que promovesse uma participação ativa, de forma a motivar para a adoção de estilos de vida saudáveis (Apêndice B).

No período inerente à realização da presente tese, só foi possível implementar e avaliar duas sessões de educação alimentar dirigidas aos participantes do programa.

Primeira sessão

Para promover, de forma simples e apelativa, a aquisição de conhecimentos relativos aos diferentes grupos alimentares subjacentes à roda dos alimentos, apelando igualmente ao desenvolvimento de capacidades cognitivas e criativas, foi elaborada uma apresentação em *powerpoint*, intitulada “Alimentação saudável: bingo dos alimentos” (Apêndice C).

Com recurso à aplicação “*Wordwall*”, que permite a criação de atividades/jogos interativos, finda a apresentação teórica, foram executadas diversas atividades em grupo que objetivaram a aquisição de conhecimentos com foco na temática da alimentação saudável. Entre estas atividades, destacaram-se jogos interativos, como o “Bingo dos Alimentos”, que visaram estimular o consumo de alimentos saudáveis, promover a socialização e treinar a coordenação e a memória dos idosos. Esta sessão foi estruturada em torno de seis grupos distintos de participantes, dos quais quatro eram compostos por sete participantes cada e os restantes dois por oito. As atividades ocorreram ao longo de dois dias diferentes, nos quais, em cada um deles, foram realizadas sessões para três grupos distintos. A partir da elaboração e apresentação igualmente em *powerpoint*, realizou-se uma segunda sessão de educação alimentar, intitulada “Hidratação na terceira idade: *showcooking* - águas aromatizadas”, centrada na importância da hidratação na população em estudo e os benefícios em consumir água de forma mais saborosa (Apêndice D).

Segunda sessão

Após a componente teórica, tendo em conta que o envolvimento no processo de produção e confeção dos alimentos é um fator chave para a aquisição de conhecimentos, para a sensibilização sobre a importância de uma alimentação saudável e para a mudança de comportamentos alimentares, realizou-se uma sessão de *showcooking* ⁽⁴⁷⁾. Durante esta atividade, os participantes foram desafiados a preparar águas aromatizadas e foram descritos os alimentos que deveriam fazer parte desta preparação, incluindo os alimentos a privilegiar e as suas características nutricionais. Esta atividade teve como objetivo não só aprimorar o conhecimento sobre a importância da hidratação nos idosos, como também incentivá-los a fazer escolhas alimentares mais saudáveis de uma forma divertida e envolvente. Durante a sessão, os participantes tiveram a oportunidade de aprender a preparar diferentes combinações de águas aromatizadas, utilizando ingredientes frescos e saudáveis, como frutas, ervas e especiarias. Não obstante, a apresentação das sessões de educação alimentar, foram disponibilizados tanto à equipa técnica como aos próprios participantes que demonstraram interesse em receber este material. Assim, garantiu-se que toda a informação transmitida nas sessões pudesse ser consultada e aprofundada mais tarde, consolidando os conhecimentos adquiridos e incentivando a manutenção das boas práticas alimentares. Esta segunda sessão foi igualmente organizada da mesma forma que a primeira, mantendo a mesma configuração em termos de número de participantes e grupos. Importa sublinhar que, após a conclusão das sessões, foi entregue aos participantes um questionário com dez perguntas, destinado a avaliar os conhecimentos adquiridos. O questionário consistia em questões de escolha múltipla, sendo a última uma pergunta aberta que permitia aos

participantes indicar temas que gostariam de ver abordados em sessões futuras, bem como tópicos específicos de interesse, tanto dentro do contexto da temática abordada como fora dele (Apêndice E).

Após a conclusão de ambas as sessões de educação alimentar, foi distribuído um questionário aos participantes para avaliar os conhecimentos adquiridos. O questionário consistia em aproximadamente dez questões de escolha múltipla, com a última questão sendo de resposta aberta, solicitando aos participantes que indicassem temas que gostariam de ver abordados numa futura sessão, bem como algum tópico específico de interesse.

Ciente do papel fundamental de toda a equipa multidisciplinar do projeto (professores de educação física, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros) na promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os participantes, foram desenvolvidos materiais educativos. Desta forma é nossa intenção criar estímulos que encorajem à promoção e manutenção de uma alimentação saudável, que pressupõe ser equilibrada, diversificada e completa à população mais velha. Neste âmbito, foram elaborados dois *e-books*, em que o primeiro abordou temas como a qualidade de vida no processo de envelhecimento, a relação entre o envelhecimento e o estado nutricional, a saúde mental durante essa fase da vida, a desnutrição nos idosos e a relevância da educação alimentar (Apêndice F). Já o segundo *e-book* focou-se em questões ligadas à identificação do risco nutricional e às necessidades alimentares e nutricionais específicas dos idosos, incluindo o estado nutricional, os cuidados especiais em situações patológicas e constrangimentos que influenciam esse estado, a disfagia no idoso, as estratégias para gerir essa condição e a importância da hidratação (Apêndice G). Os temas abordados foram cuidadosamente selecionados, tendo em conta a sua relevância

para o público-alvo principal — os idosos — e as suas necessidades alimentares e nutricionais específicas nesta fase da vida, sem negligenciar a importante ligação entre alimentação e nutrição e a saúde mental.

Optou-se pela criação de *e-books* como meio de transmissão de informação devido à impossibilidade de agendar momentos em que toda a equipa técnica pudesse estar reunida, seja de forma presencial ou *online*, considerando os diferentes horários e o número de profissionais envolvidos no projeto. Assim, a elaboração destes materiais revelou-se a única opção viável para garantir que todos recebessem as informações necessárias. De realçar que foi informado à equipa a possibilidade de retirar dúvidas sobre os documentos facultados.

Numa fase inicial foi solicitado o preenchimento de um questionário de satisfação sobre a informação veiculada através do *e-book*, mas face a ausência de resposta, foi estabelecido um documento que compilasse todas os contributos que foram possíveis de observar em contexto prático, como por exemplo o facto de os participantes, após cada sessão teórica estabeleceram como regra a realização de uma caminhada em grupo de pelo menos 15 minutos. Esta abordagem permitiu avaliar se os conhecimentos veiculados estavam a ser aplicados nas práticas diárias da equipa. Paralelamente, foi implementado um sistema de *feedback* contínuo, tendo sido estabelecido um canal de comunicação no qual a equipa técnica pudesse partilhar as suas experiências e dúvidas sobre a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos. Este espaço de troca de informações visou identificar as necessidades de formação adicional aos participantes e assegurar que os conteúdos abordados nos *e-books* fossem efetivamente integrados nas práticas diárias.

Aumentar os conhecimentos alimentares e nutricionais dos cuidadores é um dos objetivos centrais do programa, que visa promover a mudança de comportamento dos indivíduos ⁽²⁸⁾. Para atingir essa meta, foi estruturado e desenvolvido um manual destinado a cuidadores informais e/ou ao participante caso este não tenha cuidador, elaborado de forma a ser de fácil leitura e compreensão, utilizando uma terminologia acessível (Apêndice H). O manual teve como principal objetivo fornecer sugestões e estratégias práticas que auxiliassem na redução das dificuldades enfrentadas diariamente pelos séniores, capacitando assim os cuidadores a oferecer um apoio mais eficaz e informado. A elaboração do manual teve como motivação a indisponibilidade de parte considerável de cuidadores para participar nas sessões de formação presenciais, além do facto de que muitos dos participantes não possuem cuidadores.

Por fim, foram criados quatro textos informativos sobre a forma de brochuras (Apêndices I, J) e infografias, visualmente atrativas, que abordaram temas como lanches saudáveis, sustentabilidade alimentar, a coloração da urina e águas aromatizadas (Apêndices K, L). Estes materiais, que incluíam elementos não verbais, como infografias e brochuras, foram entregues diretamente a todos os envolvidos no programa, com o intuito de destacar os aspetos mais relevantes de cada ação formativa e ampliar os conhecimentos. Além disso, tinham como finalidade complementar a informação abordada nas sessões de educação alimentar, atendendo ao interesse demonstrado nomeadamente por alguns participantes, em aprofundar determinados temas como, por exemplo, a sustentabilidade alimentar.

Tabela 1 - Materiais e Avaliação das Ações de Intervenção no Programa “Mente + Sã”

Ação	Destinatários	Avaliação realizada	Materiais distribuídos
Sessão de educação alimentar: “Bingo dos Alimentos”	Idosos (participantes do programa)	Questionário de escolha múltipla e pergunta aberta	Apresentação em <i>powerpoint</i> , atividades interativas/jogos (<i>wordwall</i>), <i>feedback</i> contínuo
Sessão de educação alimentar: “Hidratação na terceira idade: <i>showcooking</i> - águas aromatizadas”	Idosos (participantes do programa)	Questionário de escolha múltipla e pergunta aberta	Apresentação em <i>powerpoint</i> , atividades interativas/jogos (<i>wordwall</i>), <i>feedback</i> contínuo
<i>E-books</i> sobre a qualidade de vida e necessidades nutricionais no envelhecimento	Equipa técnica (professores, psicólogos, fisioterapeutas)	Preenchimento de questionário de satisfação, observação prática	<i>E-books</i> sobre envelhecimento e alimentação na terceira idade
Manual para cuidadores	Cuidadores informais/idosos sem cuidadores	<i>Feedback</i> contínuo, observação prática	Manual prático de fácil leitura
Textos informativos em formato de brochuras/infografias	Todos os envolvidos (idosos, técnicos, cuidadores)	<i>Feedback</i> contínuo, observação prática	Brochuras e infografias sobre lanches saudáveis, sustentabilidade alimentar e hidratação

Considerações éticas

Este trabalho insere-se do Projeto “Mente mais Sã”, que foi previamente submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Parecer Ref.^a 2023/09-03).

A participação no estudo foi considerada mediante a assinatura de um termo de consentimento informado por parte dos participantes.

Este termo incluía informações sobre o âmbito e propósito do estudo, as etapas do mesmo, o nível de proteção de dados e o direito à informação e desistência de participação (Apêndice M).

Análise Estatística

Os dados recolhidos foram analisados no programa IBM SPSS® versão 29.0 para Windows. A análise descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas, e de medianas e percentis (p25 e p75) para as variáveis quantitativas, dado que não apresentavam uma distribuição normal. Às variáveis quantitativas foi aplicada a transformação *Rankit* de forma a ficarem simétricas e serem usadas na análise multivariável. Para determinar quais os fatores relacionados com o *score* dos hábitos alimentares saudáveis e do MNA foram constituídos dois modelos para análise da covariância (ANCOVA). No modelo inicial foram consideradas como variáveis independentes, sexo, idade, hipertensão arterial (sim, não), depressão (sim, não), atividade física extra o programa (sim, não), autoperceção do estado de saúde, número de medicamentos e *score* MNA. No segundo modelo, aplicou-se um procedimento de recuo passo a passo, sendo removida a variável mais longe de ser significativa (valor de *p* mais alto) e usando como critério de paragem a diminuição do coeficiente de terminação R^2 ajustado.

Resultados

Fase A - Avaliação das necessidades de intervenção

A Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra com base nas respostas obtidas a partir do primeiro questionário, que abrangeu a caracterização sociodemográfica,

o estado de saúde e os dados antropométricos dos participantes. A amostra do estudo era composta por 44 indivíduos, dos quais 75% eram do sexo feminino. A mediana da idade dos participantes foi de 75 anos, com um intervalo interquartil entre 55 e 83 anos, sendo que todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa. No que concerne ao estado civil, a maioria estava casada ou a viver em união de facto (70,4%), enquanto 18,1% eram viúvos. Relativamente ao grau de escolaridade, a maior parte tinha concluído o ensino básico do 1º ciclo (59%), 15,9% tinha concluído o ensino básico do 3º ciclo e apenas 4,5% tinham concluído o ensino superior. Quanto ao intervalo de idades no núcleo familiar, a maioria dos participantes (n=28) tinha no seu agregado familiar pessoas com 65 anos ou mais. Em termos de ocupação profissional ou condição perante o trabalho, todos os participantes estavam reformados. No que diz respeito às patologias diagnosticadas, as mais prevalentes entre os participantes foram a hipertensão arterial (43,2%), dislipidemia (38,6%) e a depressão (61,4%). Quando questionados sobre a necessidade de cuidados de saúde regulares, 65,9% dos participantes afirmaram que atualmente necessitam de tratamentos, análises ou consultas frequentes, sendo a depressão (45%) e a hipertensão arterial (22%) as condições mais comuns que exigem acompanhamento contínuo. Quanto à medicação, todos os participantes tomavam algum tipo de medicação, com uma média de 5 medicamentos por indivíduo. Por último, em relação ao estado nutricional, 38,6% apresentavam pré-obesidade (IMC entre 25,0-29,9 kg/m²) e 22,7% tinham obesidade (IMC superior a 30,0 kg/m²) ⁽⁴⁸⁾.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica, estado de saúde e caracterização antropométrica dos participantes do estudo “Mente + Sã” (n=44) (20,33,34)

PARTE I - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
Sexo, n (%)	
Feminino	33 (75)
Masculino	11 (25)
Idade, anos, mediana (p25, p75)	75 (55; 83)
Nacionalidade, n (%)	
Portuguesa	44 (100)
Estado civil, n (%)	
Solteiro	3 (7)
Divorciado	2 (4,5)
Viúvo	8 (18,1)
Casado ou a viver em união de facto	31 (70,4)
Escolaridade, n (%)	
Ensino básico 1º ciclo	26 (59)
Ensino básico 2º ciclo	3 (7)
Ensino básico 3º ciclo	7 (15,9)
Ensino secundário	6 (13,6)
Ensino superior	2 (4,5)
Que idades têm os membros do seu agregado familiar (incluindo o próprio), média (μ)	
Menos de 7 anos	2
Entre 7 e 17 anos	3
Entre 18 e 64 anos	21
65 ou mais	28
Como define a sua ocupação profissional ou condição perante o trabalho?	
Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	44 (100)
PARTE II - ESTADO DE SAÚDE	
Como define o seu estado de saúde? n, (%)	
Bom	5 (11,4)
Razoável	24 (54,6)
Fraco	13 (29,5)
Muito fraco	2 (4,5)
Já alguma vez fumou?	
Sim	10 (22,7)
Não	34 (77,3)
Se sim, atualmente fuma (cigarros, charutos ou cachimbo)? n, (%)	
Sim, diariamente	1 (2,2)
Patologias diagnosticadas, n(%)	
Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc...)	11 (25)

Acidente vascular cerebral (AVC)	5 (11,4)
Cancro (qualquer tipo de cancro)	8 (18,2)
Diabetes tipo 2	2 (4,5)
Hipotireoidismo	3 (6,8)
Hipertireoidismo	4 (9,1)
Hipertensão 2 (4,5) arterial	19 (43,2)
Dislipidemia	17 (38,6)
Doença gastrointestinal	15 (34,1)
Depressão	27 (61,4)
Doença Pulmonar Obstrutiva	2 (4,5)
Apneia do sono	7 (15,9)
Artrite	10 (22,7)
Osteoporose	11 (25)
Doença renal	8 (18,2)
Parkinson	4 (9,1)
Outra	14 (31,8)
Tem atualmente alguma doença que o obrigue a cuidados de saúde regulares? (tratamentos, análises, consultas) n, (%)	
Não	15 (34,1)
Sim	29 (65,9)
Se sim, qual(is)? n, (%)	
Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc...)	6 (13,6)
Acidente vascular cerebral (AVC)	2 (4,5)
Cancro (qualquer tipo de cancro)	2 (4,5)
Hipertensão arterial	6 (13,6)
Dislipidemia	4 (9,1)
Doença gastrointestinal	4 (9,1)
Depressão	20 (45,5)
Outra	Demência, Parkinson, quisto no fígado, fibromialgia, Alzheimer, Esquizofrenia, Bipolaridade, baixa visão
Toma algum tipo de medicação? n, (%), média (μ)	
Sim	44 (100)
μ por participante	5
PARTE II -DADOS ANTROPOMÉTRICOS (IMC) n, (%)	
Normoponderal (18,0-24,9 kg/m ²)	17 (38,6)
Pré-obesidade (25,0 -29,9 kg/m ²)	17 (38,6)
Obesidade (>30,0 kg/m ²)	10 (22,7)

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos sobre informações relativas aos estilos de vida, hábitos alimentares, insegurança alimentar, estádios de mudança face à alimentação saudável e ao *score* alusivo ao MNA.

Relativamente aos estilos de vida, 79,5% dos participantes praticavam outras atividades físicas incluídas no programa “Mais e Melhores Anos” implementado no município, como ginástica, hidroginástica, yoga e caminhada, com sessões de cerca de 45 minutos. Quanto ao consumo regular de bebidas alcoólicas, 38,6% ingeriam bebidas alcoólicas de forma diária ou semanal e em média, os participantes dormiam cerca de 8 horas por dia, tanto durante a semana como ao fim-de-semana.

No que diz respeito aos hábitos alimentares, 50% apresentou uma adesão moderada a hábitos alimentares saudáveis e 22,7% apresentou uma adesão baixa a hábitos alimentares saudáveis. A maioria dos participantes, 79,5% relatou que fazia três refeições por dia e 20,5% fazia apenas duas. Em relação ao consumo diário de líquidos, 11,4% dos participantes bebiam menos de três copos por dia, 59,1% consumiam entre três a cinco copos. A análise dos hábitos alimentares dos participantes revelou ainda um elevado consumo de fritos (77%) e, embora a ingestão de fruta e hortícolas tenha sido considerada razoável (63% e 59%, respetivamente), verificou-se uma inadequação no consumo de peixe (70%) e leguminosas (50%).

Quanto à insegurança alimentar, 6,8% indicaram sentir frequentemente preocupação de que os alimentos em casa pudessem acabar antes de terem dinheiro para comprar mais, 20,5% sentiram essa preocupação às vezes. Quando questionados se os alimentos já acabaram antes de terem dinheiro para comprar mais, 6,8% disseram que isso aconteceu frequentemente, 13,6% algumas vezes, e

72,8% nunca. Em resposta ao MNA, 79% dos participantes foram identificados como estando em risco de desnutrição, enquanto 21% não apresentavam risco de desnutrição, com uma pontuação superior a 14. Por fim, em relação aos estádios de mudança face à alimentação saudável, 6,8% dos participantes mencionaram que agora têm uma alimentação bastante saudável, mas que começaram a adotar esses hábitos nos últimos seis meses. A maioria, 79,5%, mantém uma alimentação saudável há mais de seis meses.

Tabela 3 - Caracterização dos estilos de vida e hábitos alimentares dos participantes do estudo “Mente + Sã” (n=44) ⁽³⁵⁻⁴²⁾

PARTE I - ESTILOS DE VIDA	
Pratica outro tipo de atividade física, além do que está incluído neste programa? n (%)	
Sim	35 (79,5)
Não	9 (20,5)
Se sim, que atividade física pratica? E qual a duração de cada sessão (minutos)?	
Ginástica, Hidroginástica, Yoga, Caminhada (45 mins)	
Consome bebidas alcoólicas regularmente (diária ou semanalmente)? n(%)	
Sim	17 (38,6)
Não	27 (61,4)
Quantas horas costuma dormir em média por dia durante a semana? E ao fim-de-semana?	
Média	μ 8 horas durante semana e fds
PARTE II - HÁBITOS ALIMENTARES	
Score avaliação breve e inicial dos hábitos alimentares para abordagem inicial, n (%) n= 44	
Quantas vezes por semana consumiu snacks salgados (batatas fritas ou outros)?	
Menos de 1 vez	32 (72,0)
1 a 3 vezes	10 (23,0)
4 vezes ou mais	2(5)
Quantas peças de fruta consumiu, habitualmente, por dia?	
3 a 5 peças	28 (63)
1 a 2 peças	15 (34,1)
Nenhuma	1(3)
Quantas porções de hortícolas consumiu, habitualmente, por dia?	

3 a 5 porções	26 (59)
1 a 2 porções	18 (41)
Quantos copos/bebidas de refrigerantes, sumos de fruta ou outras bebidas, bebeu habitualmente, por dia?	
Menos de 1	35 (80)
1 a 2	5 (11)
3 ou mais	4 (9)
Quantas vezes por semana consumiu leguminosas (feijão, grão, lentilhas...)?	
3 ou mais vezes	19 (43)
1 a 2 vezes	22 (50)
Menos do que 1 vez	3 (7)
Quantas vezes por semana consumiu peixe?	
5 ou mais vezes	9 (21)
2 a 3 vezes	31 (70)
1 ou menos	4 (9)
Quantas vezes por semana consumiu doces, sobremesas doces, bolos ou outros?	
Menos de 1 vez	38 (86,3)
1 a 3 vezes	5 (11,3)
4 vezes ou mais	1 (2,2)
Quantas vezes por semana consumiu sopa de hortícolas?	
Todos os dias	32 (72)
3 a 4 vezes	5 (11)
2 ou menos	7 (16)
Quantas vezes por semana consumiu fritos?	
5 ou mais	34 (77)
3 a 4 vezes	9 (20)
2 ou menos	1 (2)
Quantas vezes por semana consumiu carnes processadas (bacon, salsichas, fiambre, salame...?)	
Menos de 1 vez	33 (75)
1 a 3 vezes	9 (21)
4 vezes ou mais	2 (4)
Quantas refeições faz por dia? n (%)	
Duas refeições	9 (20,5)
Três refeições	35 (79,5)
Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chás, leites) consome por dia? n (%)	
Menos de três copos	5 (11,4)
Três a cinco copos	26 (59,1)
Mais de cinco copos	13 (29,5)

Score hábitos alimentares saudáveis	
Hábitos alimentares saudáveis > 18	22(50)
Hábitos alimentares moderados (8-17)	12 (27,3)
Hábitos alimentares baixos (<7)	10 (22,7)
PARTE III - INSEGURANÇA ALIMENTAR	
Alguma vez se sentiu preocupado/a pelo facto de os alimentos em sua casa poderem acabar antes que tivesse dinheiro suficiente para comprar mais?	
Muitas vezes	3 (6,8)
Às vezes	9 (20,5)
Nunca	26 (59,1)
Prefiro não responder	6 (13,6)
Já aconteceu os alimentos em sua casa acabarem antes de ter dinheiro para comprar mais?	
Muitas vezes	3 (6,8)
Às vezes	6 (13,6)
Nunca	32 (72,8)
Prefiro não responder	3 (6,8)
PARTE IV - MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT, n (%)	
Com risco de desnutrição (≤ 14)	35 (79)
Sem risco de desnutrição (>14)	9 (21)
PARTE V - ESTÁDIOS DE MUDANÇA FACE À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	
Atualmente não tenho uma alimentação muito saudável, mas estou a pensar em melhorar no próximo mês	1 (2,3)
Atualmente não tenho uma alimentação muito saudável, mas sou determinado e por isso, vou começar a ter já no próximo mês	1 (2,3)
Atualmente tenho uma alimentação bastante saudável, mas só comecei a ter nos últimos 6 meses	3 (6,8)
Atualmente tenho uma alimentação bastante saudável e tenho-a mantido há mais de 6 meses	35 (79,5)
Eu costumava ter uma alimentação bastante saudável há um ano, mas nos últimos meses tenho não mantido uma alimentação saudável	4 (9,1)

Por sua vez, na Tabela 4 estão descritos os fatores associados à adesão a hábitos alimentares saudáveis e ao nível de estado nutricional avaliado pelo MNA. No primeiro passo da análise, foram incluídas as variáveis como sexo, idade, hipertensão arterial, depressão, prática de atividade física além do programa, autopercepção do estado de saúde, número de medicamentos e score do MNA.

Com base na análise das tabelas 4 e 5, foi possível concluir que a atividade física (AF) associou-se positivamente com melhores hábitos alimentares, enquanto a presença de depressão se associou ao aumento do risco de desnutrição.

Tabela 4 - Relação entre as características sociodemográficas e de estilos de vida e a adesão a hábitos alimentares saudáveis dos participantes “Mente+Sã” - UniANOVA

Parâmetro	B	Sig.	Intervalo de confiança 95%		Eta parcial quadrado
			Limite inferior	Limite superior	
Sexo					
Feminino	-0,143	0,140	-0,334	0,049	0,63
Masculino					
Hipertensão					
Sim	0,082	0,275	-0,069	0,233	0,035
Não					
Depressão					
Sim	0,019	0,823	-0,151	0,188	0,001
Não					
Atividade Física					
Sim	-0,453	<,001	-0,636	-0,271	0,429
Não					
Idade	0,017	0,889	-0,232	0,267	0,001
Estado de saúde	0,007	0,865	-0,078	0,092	0,001
Medicação	0,053	0,664	-0,191	0,297	0,006
MNA Total	-0,117	0,191	-0,447	0,093	0,050

Tabela 5 - Relação entre as características sociodemográficas e de estilos de vida e o risco estado nutricional dos participantes “Mente+Sã” - UniANOVA

Parâmetro	B	Sig.	Intervalo de confiança 95%		Eta parcial quadrado
			Limite inferior	Limite superior	
Depressão					
Sim	0,219	0,011	0,053	0,385	0,155
Não					
Atividade física					
Sim	-0,213	0,118	-0,483	0,056	0,062
Não					
Idade	0,190	0,179	-0,091	0,470	0,046
HA total	-0,306	0,117	-0,693	0,080	0,062

No que concerne aos resultados qualitativos, através da técnica do Grupo Focal, foi possível observar que, no início do projeto, os idosos relataram diversas dificuldades que afetavam negativamente a sua alimentação e, conseqüentemente, a sua saúde cognitiva. As principais barreiras identificadas incluíam a falta de conhecimentos sobre nutrição, bem como fatores físicos, perda de apetite, alterações no paladar e problemas dentários que dificultavam a mastigação e a deglutição dos alimentos.

“Já não tenho muito apetite e, quando como, o sabor dos alimentos já não é o mesmo. Isso faz com que eu perca o interesse em preparar refeições.”

(Participante, 78 anos)

Foram igualmente abordados fatores psicossociais, nomeadamente as tradições alimentares e os hábitos adquiridos na infância, uma vez que os idosos manifestavam resistência a adotar novas práticas alimentares, em parte devido à educação alimentar recebida ao longo da vida.

“Sempre me alimentei assim, é difícil mudar agora. O que aprendi com os meus pais ainda é o que sigo hoje.” (Participante, 81 anos)

Adicionalmente, fatores como solidão, perda de autonomia e dificuldades financeiras foram identificados como barreiras que impactavam a sua alimentação.

“Vivo sozinha, e às vezes, não tenho vontade de cozinhar só para mim. Acabo por comer qualquer coisa rápida e nem estou atento se é saudável ou não.” (Participante, 72 anos)

“A comida hoje em dia está caríssima. Às vezes é difícil gerir o dinheiro entre a comida e medicação porque a minha reforma é muito baixa.” (Participante, 77 anos)

Fase B: Implementação e avaliação da intervenção

Satisfação com as sessões de educação alimentar do projeto por parte dos idosos

Após a implementação da intervenção, foi realizado um segundo momento de recolha de dados junto dos recetores diretos (idosos) e indiretos (equipa multidisciplinar e seus cuidadores), através da realização de quatro grupos focais, tal como no início do projeto (Apêndice A). Através desta avaliação de impacto, os participantes foram conduzidos a refletir sobre a sua experiência de aprendizagem. Estes, relataram melhorias na sua abordagem alimentar, evidenciando o impacto positivo da intervenção educacional, apesar de esta ter sido de curta duração.

“Agora já tenho uma maior noção do que devo comer e como posso variar a minha alimentação. Se calhar, é por isso que sinto que agora tenho mais energia.” (Participante, 68 anos)

Os mesmos referiram também uma maior motivação e proatividade na preparação de refeições saudáveis, tendo sido ainda destacado um aumento na satisfação e

na saúde em geral, resultado das melhorias na sua alimentação, face aos conhecimentos adquiridos.

“Nunca imaginei que pudesse gostar tanto de águas aromatizadas. Agora, sempre que saio de casa, levo uma garrafa comigo para me hidratar ao longo do dia, e já não sinto dificuldade em beber água.” (Participante, 73 anos)

A partir dos resultados obtidos do questionário, foi possível constatar que as perguntas de escolha múltipla foram corretamente respondidas por todos os participantes, indicando a aquisição de conhecimentos. Anexo xx As respostas à pergunta aberta variaram, incluindo sugestões como: a importância da ingestão de proteínas na terceira idade; as quantidades recomendadas de cada grupo alimentar para a terceira idade; alimentos que auxiliam na prevenção da obstipação intestinal; realização de mais sessões de *showcooking* e interpretação de rótulos alimentares.

“Gostava de aprender mais sobre quais os alimentos que ajudam a combater a prisão de ventre.” (Participante, 76 anos)

“Seria útil saber mais sobre as quantidades certas de cada grupo alimentar para a nossa idade.” (Participante, 80 anos)

Satisfação com os materiais desenvolvidos no âmbito do projeto dirigidos à equipa

No que diz respeito aos materiais educativos disponibilizados à equipa técnica, com destaque para os dois *e-books*, estes demonstram ser um recurso impactante, uma vez que os resultados da avaliação se revelaram positivos, comprovando que a transmissão de conhecimentos foi eficaz. Através do sistema de *feedback* contínuo e do canal de comunicação implementado, constatou-se que a equipa

técnica não só assimilou os conteúdos disponibilizados, como também os aplicou nas suas práticas diárias. As alterações nas abordagens alimentares observadas e os relatos da equipa técnica confirmaram que os conhecimentos adquiridos foram integrados de forma consistente e relevante nas suas intervenções. Por exemplo, os professores implementaram desafios que incentivavam os séniores a aumentar a atividade física no contexto da promoção de hábitos alimentares saudáveis. Uma das práticas adotadas consistiu em dedicar os últimos minutos de uma atividade em sala a uma caminhada conjunta, adaptada às habilidades físicas dos idosos. Esta abordagem não só fomentou a prática regular de exercício físico, como promoveu a socialização entre os participantes, reforçando a ligação entre a atividade física e a alimentação saudável. Já os psicólogos identificaram uma relação mais profunda entre os padrões alimentares e o estado emocional dos idosos, utilizando os conhecimentos adquiridos para intervir em casos de desmotivação ou falta de apetite, associando escolhas alimentares a melhorias no bem-estar mental. Estes exemplos confirmam que os conhecimentos adquiridos foram integrados de forma consistente e relevante nas intervenções diárias, e o aperfeiçoamento contínuo, facilitado pela troca de informações, reforçou a eficácia dos materiais educativos.

Satisfação com os materiais desenvolvidos no âmbito do projeto para os cuidadores

Em contrapartida, após a elaboração e distribuição do manual dirigido aos cuidadores, os dados recolhidos revelaram-se inconclusivos. Observou-se que apenas um número reduzido de cuidadores foi entrevistado, em grande parte devido ao facto de que a maioria dos idosos já não dispunha de cuidadores

associados, ou porque a maioria dos cuidadores não demonstrou disponibilidade para acompanhar os idosos neste projeto. Apesar das limitações identificadas na recolha de dados, os poucos cuidadores que participaram na avaliação sublinharam positivamente a clareza da informação e a facilidade de compreensão do conteúdo presente no manual. Estes *feedbacks* indicam que, embora a implementação do manual tenha enfrentado desafios relacionados com a adesão, a sua elaboração foi, de modo geral, bem recebida pelos cuidadores que conseguiram utilizar o material.

Discussão

A análise da amostra em estudo revelou uma associação significativa entre o estado nutricional e a saúde cognitiva dos participantes. Constatou-se que uma proporção considerável da população-alvo (79%) encontrava-se em risco de desnutrição, e que uma parte substancial apresentava uma adesão moderada (50%) ou baixa (22,7%) a hábitos alimentares saudáveis. Além disso, a depressão foi uma condição altamente prevalente entre os idosos em estudo, afetando 61,4% dos participantes, e estava negativamente correlacionada com o estado nutricional, de acordo com os resultados do MNA. Estes dados indicam que uma alimentação inadequada pode contribuir para o declínio cognitivo nesta população.

A depressão exerce uma influência marcante nos padrões alimentares, comprometendo a motivação para a preparação de refeições, alterando a percepção dos sabores e impactando negativamente o apetite, conforme evidenciado nos depoimentos obtidos. Estudos de Schilp et al. (2011) indicam que a desnutrição é mais comum em idosos com sintomas depressivos, o que pode ser

atribuído à perda de apetite e ao isolamento social, fatores frequentemente presentes em indivíduos deprimidos ⁽⁴⁹⁾. De facto, e tal como mencionado nos grupos focais, os idosos que vivem sozinhos ou enfrentam dificuldades financeiras, muitas vezes sentem-se desmotivados para cozinhar, preferindo alimentos processados e de fácil preparação, que são frequentemente ricos em açúcares e gorduras saturadas e pobres em nutrientes essenciais ⁽⁵⁰⁾. Além disso, a perda de autonomia e os problemas de saúde física, como dificuldades de mastigação, podem exacerbar esta situação. Não obstante, a literatura indica que a inadequação no consumo de nutrientes essenciais, particularmente aqueles associados ao funcionamento cerebral, pode ter um impacto profundo na saúde mental dos idosos ^(51,52).

No presente estudo, foi também observada uma associação positiva entre a prática de atividade física (79,5%) e a adoção de hábitos alimentares saudáveis (50%), o que corrobora com alguns estudos, nomeadamente o de Agbangla et al., que demonstram que a atividade física regular pode melhorar a saúde mental, ajudando a mitigar sintomas depressivos, e, simultaneamente, promover comportamentos alimentares mais adequados ⁽⁵³⁾. Contudo, os resultados decorrentes dos grupos focais indicam a resistência de alguns idosos a adotar novos hábitos alimentares, um fator que pode estar enraizado nas tradições culturais e educacionais, como referem alguns participantes. Esta resistência a mudanças é um desafio comum identificado por Paddon-Jones et al., que sublinham a importância de estratégias de educação alimentar adaptadas às preferências e necessidades individuais dos idosos, respeitando as suas tradições, mas incentivando a transição para escolhas alimentares mais saudáveis ⁽⁵⁴⁾. A análise dos grupos focais revelou ainda a falta de conhecimentos sobre alimentação

saudável, sendo um obstáculo significativo à adoção de escolhas alimentares adequadas por parte da população idosa. Esta limitação pode comprometer a capacidade deste grupo em gerir de forma eficaz a sua alimentação, evidenciando a necessidade urgente de intervenções educativas que visem não só o aumento do conhecimento sobre alimentação e nutrição, como também a promoção de mudanças comportamentais duradouras.

Relativamente à obesidade, o projeto *Nutrition UP 65* revelou que 44,3% dos idosos tinham excesso de peso e 38,6% estavam obesos, o que é idêntico aos resultados deste estudo, onde 38,6% dos participantes apresentavam pré-obesidade e 22,7% eram obesos. Embora as percentagens de obesidade sejam inferiores no presente estudo, os dados confirmam a tendência de uma elevada prevalência de excesso de peso entre a população idosa portuguesa. A obesidade nesta faixa etária está fortemente associada ao risco de doenças crónicas, como hipertensão e diabetes, tal como sugerido por Ojo O. ⁽¹¹⁾. O presente estudo também revela uma alta prevalência de hipertensão arterial (43,2%), o que reforça a relação entre o excesso de peso e estas comorbilidades.

No que diz respeito à hidratação, os resultados do presente estudo são igualmente coerentes com os dados do projeto *Nutrition UP 65*, que indicou que 16,3% dos idosos estavam hipohidratados ou em risco de hipohidratação. Na análise realizada, 11,4% dos participantes relataram consumir menos de três copos de líquidos por dia, o que constitui um sinal preocupante de desidratação. Além disso, ambos os estudos identificaram a diminuição da sensação de sede como um fator de risco significativo para a hipohidratação nesta população ⁽⁵⁵⁾.

Paralelamente, o estudo PEN-3S estimou que 16,4% dos idosos estavam em risco de malnutrição, um número menor comparado aos 79% encontrados no estudo em análise. No entanto, ambos os estudos destacam a prevalência de fatores de risco para a saúde mental, como a depressão (23,5% no PEN-3S e 61,4% no presente estudo) e a solidão (13,6% no PEN-3S), que também afetam negativamente a saúde nutricional e cognitiva dos idosos. A maior prevalência de depressão entre os participantes do presente estudo, especialmente entre as mulheres, está em conformidade com os resultados do estudo PEN-3S, que também identificou uma maior suscetibilidade do sexo feminino a problemas de saúde mental e nutricional ⁽⁵⁶⁾. Este alinhamento sugere que as mulheres idosas enfrentam desafios significativos que impactam tanto a sua saúde mental quanto o seu estado nutricional, destacando a importância de abordagens de intervenção que considerem estas vulnerabilidades específicas.

Os estudos supracitados sublinham a prevalência da obesidade, desnutrição e questões relacionadas com a hidratação inadequada, fornecendo uma visão abrangente sobre as condições de saúde que afetam esta população, sendo a prevalência de obesidade e desnutrição um dos aspectos mais preocupantes.

O programa em estudo foi ao encontro do que a literatura científica sugere no que diz respeito à personalização das intervenções em educação alimentar para a população idosa. Programas que têm em consideração os fatores culturais e sociais específicos deste grupo etário são mais eficazes na promoção de hábitos alimentares saudáveis ⁽⁵⁰⁾. No caso do programa analisado, essa abordagem foi evidente na forma como as sessões foram estruturadas, integrando as necessidades e realidades dos participantes, o que resultou em mudanças comportamentais.

Os resultados obtidos no grupo de estudo indicaram que os idosos, após a intervenção, relataram melhorias nos seus hábitos alimentares e uma maior motivação para preparar refeições saudáveis. Este impacto positivo evidencia que, tal como indicado pela literatura, a adaptação dos programas à realidade e às necessidades específicas dos idosos é essencial para garantir resultados sustentáveis. Desta forma, é fundamental considerar a necessidade de programas de intervenção de longa duração, adaptados às necessidades específicas dos idosos, particularmente os mais vulneráveis, como aqueles que vivem sozinhos ou em situação de fragilidade física e/ou cognitiva.

No presente estudo, a duração do programa foi limitada a seis meses, o que, segundo a literatura, pode ser insuficiente para a implementação eficaz de intervenções desta natureza. Programas de intervenção na área da saúde, especialmente aqueles que visam promover mudanças comportamentais, requerem geralmente um período temporal mais alargado para garantir transformações sustentáveis ⁽⁴⁴⁾. A falta de um tempo adequado para a consolidação das mudanças pode comprometer os resultados esperados e a eficácia das estratégias propostas. Assim, torna-se crucial considerar a extensão temporal ao planear intervenções que visem impactar positivamente o comportamento e a saúde dos indivíduos envolvidos. Este fator resultou na identificação de um hiato entre a proposta inicial do programa e os resultados esperados na prática, evidenciando a necessidade de um período mais alargado para alcançar a plena eficácia. Perante esta lacuna, um dos resultados deste estudo epidemiológico foi a identificação da necessidade de elaboração e subsequente proposta de um modelo lógico que prolongasse o programa em questão para um período de dois anos (Apêndice B).

A nível internacional, diversos programas têm sido implementados com o objetivo de abordar a nutrição e a saúde mental de forma integrada. O *Global Council on Brain Health* (GCBH), liderado pela *American Association of Retired Persons* (AARP) e pela Age no Reino Unido, tem como objetivo promover a saúde mental à medida que as pessoas envelhecem, promovendo intervenções integradas que envolvem alimentação, exercício e bem-estar para prevenir o declínio cognitivo ⁽⁵⁷⁾. Outro exemplo significativo é o estudo *Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability* (FINGER), que combina alimentação, exercício físico, estimulação cognitiva e gestão de fatores de risco cardiovascular para prevenir o declínio cognitivo em idosos ⁽⁵⁸⁾. Além disso, os programas focados na *Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay* (MIND Diet), nos Estados Unidos da América (EUA) têm demonstrado sucesso ao combinar educação alimentar com atividades de saúde mental, reforçando a interligação entre uma alimentação adequada e a preservação da saúde cognitiva ⁽⁵⁹⁾.

Em Portugal, um exemplo é o projeto “Envelhecer com Saúde”, desenvolvido na região de Setúbal ⁽⁶⁰⁾. Este projeto destina-se à população idosa e visa promover hábitos saudáveis, abrangendo tanto a alimentação como a atividade física. As sessões de educação alimentar abordam a seleção de alimentos nutritivos e a preparação de refeições, enquanto as atividades físicas incentivam a mobilidade e o bem-estar mental. Adicionalmente, o projeto inclui acompanhamento psicológico para os participantes, reforçando a interligação entre a nutrição e o bem-estar emocional.

Ainda em contexto nacional, o Programa "Mente + Sã" é uma iniciativa estratégica que visa promover a saúde mental e o bem-estar dos séniores, alinhando-se às diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030 ⁽⁶¹⁾.

O PNS 2030 visa essencialmente enfrentar os desafios que a população idosa enfrenta, promovendo um envelhecimento ativo e saudável. Este plano enfatiza a relevância da adoção de estilos de vida saudáveis, ao mesmo tempo que reconhece a saúde mental como um componente crucial para o bem-estar geral. Nesse contexto, o programa "Mente + Sã" emerge como uma intervenção que proporciona apoio psicológico aos idosos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a manutenção das suas capacidades funcionais. O programa encontra-se igualmente em consonância com o objetivo 4 do PNS 2030, que tem como meta a construção de um "Portugal mais social e inclusivo". Esta estratégia promove a inclusão social e a interação na comunidade, elementos fundamentais na mitigação do isolamento social, o qual está associado a diversas questões de saúde física e mental. Para além disso, a nutrição constitui outra prioridade no PNS 2030, uma vez que se reconhece que uma alimentação saudável é fundamental para a saúde da população idosa. Deste modo, o programa "Mente + Sã" destaca a saúde mental como fundamental para um envelhecimento saudável, alinhando-se ao PNS 2030, que enfatiza a interconexão entre saúde mental, nutrição e inclusão social, visando melhorar a qualidade de vida da população sénior. O programa em estudo, está igualmente alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente com o ODS 2 (Fome Zero) e o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) ⁽⁶²⁾. O ODS 2 enfatiza a importância de garantir uma nutrição adequada para todos, incluindo os idosos, enquanto o ODS 3 foca na promoção da saúde e do bem-estar em todas as idades.

Esta iniciativa camarária aborda estas questões ao estimular o bem-estar psicológico e a prevenção de doenças neurodegenerativas, as quais estão diretamente associadas à nutrição e à saúde global da população idosa. Desta forma, o Programa “Mente + Sã” demonstra ser fundamental na resposta às necessidades delineadas pelo PNS 2030 e pelos ODS, proporcionando uma abordagem integrada que combina a promoção da saúde mental com a prevenção de patologias associadas à nutrição. Ao adotar essa estratégia, contribui de maneira significativa para uma terceira idade mais saudável, informada e ativa, alinhando-se com as metas globais e nacionais para um envelhecimento digno e sustentável.

Limitações e pontos fortes do estudo

Como em qualquer investigação, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Em primeiro lugar, sendo um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causa-efeito entre as variáveis analisadas. Além disso, a maioria dos dados foram obtidos por autorrelato, o que pode introduzir algum viés na informação fornecida pelos participantes. Outra limitação relevante é o tamanho relativamente reduzido da amostra (n=44), o que pode comprometer a generalização dos resultados para a população idosa em geral. Acresce o facto de a intervenção ter sido realizada num período limitado, o que impede uma avaliação adequada dos efeitos a longo prazo nas mudanças dos comportamentos alimentares e na saúde mental dos participantes. Idealmente, intervenções desta natureza deveriam decorrer durante pelo menos dois anos para promover mudanças sustentáveis ⁽⁴⁴⁾. Por fim, a falta de acompanhamento contínuo e de uma avaliação prolongada no tempo dificulta a monitorização do impacto das

modificações nos hábitos alimentares e no estado de saúde mental, limitando a compreensão acerca da sustentabilidade das melhorias observadas.

Entre os principais pontos fortes do estudo, destaca-se a inovação do projeto, com a CM Famalicão a valorizar a relação entre a saúde mental e a aquisição de conhecimentos sobre alimentação saudável, recorrendo a abordagens metodológicas amplamente reconhecidas. O estudo também contribui para a saúde pública ao fornecer dados sobre os padrões alimentares e o estado nutricional dos participantes, sublinhando a interligação entre a saúde mental e a alimentação. Além disso, a intervenção envolveu a criação e implementação de iniciativas voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, com o objetivo de mitigar questões relacionadas com a desnutrição e a malnutrição na população idosa. Por último, foi desenvolvida uma abordagem estratégica baseada num modelo lógico com uma duração prevista de dois anos, visando maximizar o impacto e a sustentabilidade do projeto ao longo do tempo.

Implicações para investigação, intervenção comunitária e prática clínica

Este trabalho enfatiza alguns pontos que carecem de maior consciencialização, informação e intervenção do ponto de vista clínico, comunitário e de políticas nutricionais e alimentares:

- Aumentar o nível de conhecimento e evidência relativamente à associação entre a alimentação saudável e saúde mental, particularmente para a terceira idade, que permita uma melhor intervenção em projetos de capacitação para uma vida ativa na sociedade como aquele em que se insere a amostra;

- Intervir ao nível da família e do cuidador, capacitando-os igualmente como responsáveis pelo ambiente alimentar da pessoa idosa;
- Aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável dos seniores assim como a dos seus cuidadores, facultando materiais de fácil leitura e compreensão, com terminologia acessível e promovendo ações de sensibilização com o objetivo de contribuir para a mudança de comportamento dos indivíduos;
- Aumentar a consciencialização sobre o impacto do envelhecimento na sociedade e sobre o papel que esta última desempenha na promoção da obesidade em populações mais vulneráveis.

Conclusões

Este estudo permitiu numa primeira parte a caracterização dos hábitos alimentares e do estado nutricional dos idosos do Município de Vila Nova de Famalicão que participam no programa “Mente + Sã”, bem como estudar os fatores relacionados com essas variáveis. Dos participantes, cerca de 23% eram obesos e 79% apresentavam risco de desnutrição que se podem associar a pior prognóstico de saúde.

Relativamente aos hábitos alimentares, 50% dos participantes demonstraram uma adesão moderada a hábitos alimentares saudáveis, enquanto 22,7% apresentaram uma adesão baixa a esses hábitos. Em conjunto com os restantes resultados, esta situação indica um risco elevado de desnutrição.

Da aplicação da técnica do Grupo Focal, constatou-se que, no início do projeto, os idosos indicaram comprometimentos diversos que prejudicavam a sua alimentação e, por consequência, a sua saúde cognitiva, sendo a falta de

conhecimento sobre alimentação saudável uma das principais barreiras identificadas.

A partir dos dados recolhidos, foi desenvolvida e implementada uma intervenção específica, com o objetivo de melhorar os hábitos alimentares e o estado nutricional dos participantes focando-se na promoção da saúde mental dos mesmos, no âmbito do programa comunitário “Mente + Sã”. Ao transmitir conhecimentos sobre alimentação saudável, foi possível identificar o impacto positivo das sessões na melhoria nos hábitos alimentares que se espera que possa contribuir para o seu bem-estar mental, integrando as dimensões física e cognitiva numa abordagem holística ao envelhecimento ativo e saudável.

Referências

1. Pereira T. A função cognitiva no Envelhecimento. Abordagem geriátrica ampla na promoção de um envelhecimento ativo e saudável. 1.^a ed. Coimbra; 2019.
2. Afonso C. Hábitos alimentares e peso corporal no envelhecimento: um estudo em idosos europeus [internet]. Porto: Repositório Aberto da Universidade do Porto; 2011 [citado em 2024 mar 25]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/67615>.
3. United Nations Regional Information Centre. Aging [Internet]. EUA: United Nations; 2024 [citado em 2024 mar 26]. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
4. Eurostat. Population structure and ageing [Internet]. Luxemburgo: European Commission; 2023 [citado em 2024 mar 27]. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
5. World Health Organization. World report on ageing and health. 1.^a ed. Geneva: WHO; 2015.
6. Almeida A. A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida [internet] Porto: Repositório Aberto da Universidade do Porto; 2008 [citado em 2024 mar 30]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>
7. Cordeiro A, Gama R. Enquadramento demográfico e socioeconómico do Município de Vila Nova de Famalicão - Plano Estratégico Educativo. 1.^a ed. Vila Nova de Famalicão; 2017.

8. Instituto Nacional de Estatística. Destaques - Censos 2021: Resultados Preliminares [Internet]. Lisboa: INE; 2022 [citado em 2024 abr 2]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540837471&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
9. Azevedo L, Riscado P, Maia C. A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa - revisão integrativa da literatura. Rev Cient ESC Saúde Dr. Lopes Dias. 2022; 7(1):17-27.
10. Pinto A. Envelhecimento saudável: o papel da alimentação e nutrição [internet]. Porto: Repositório Aberto da Universidade do Porto; 2021 [citado em 2024 abr 20]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/133106>
11. Ojo O. Nutrition and Chronic Conditions. Nutrients. 2019; 11(2): 459.
12. Cardoso S, Santos O, Nunes C, et al. Escolhas alimentares e padrões alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares dos pais. PJPH. 2015; 33 (2):128-136.
13. Jacka F, O'Neil A, Opie R, et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). BMC Med. 2017; 15(1):23.
14. Grajek M, Krupa-Kotara K, Białek-Dratwa A, et al. Nutrition and mental health: A review of current knowledge about the impact of diet on mental health. Front Nutr. 2022; (9): 943998.
15. Grosso G, Pajak A, Marventano S, et al. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: a comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. PloS one. 2014; 9(5): 96905.

16. Huskisson E, Maggini S & Ruf M. The influence of micronutrients on cognitive function and performance. *Int J Med Res.* 2007; 35(1): 1-19.
17. Zhang ZH, Liu MD, Yao K, et al. Vitamin D deficiency aggravates growth and metastasis of prostate cancer through promoting EMT in two β -catenin-related mechanisms. *J Nutr Biochem.* 2023; 111: 109177.
18. Miller JW, Harvey DJ, Beckett LA, et al. Vitamin D Status and Rates of Cognitive Decline in a Multiethnic Cohort of Older Adults. *JAMA Neurol.* 2015; 72(11): 1295-1303.
19. Moylan S, Berk M, Dean OM, et al. Oxidative & nitrosative stress in depression: why so much stress?. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014; 45: 46-62.
20. Lopes C, Torres D, Oliveira A, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório metodológico. Porto Ud. 2017.
21. Sofi F, Macchi C, Abbate R, et. al. Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. *Public Health Nutr.* 2014; 17(12): 2769-2782.
22. Direção-Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 [internet] Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Plano Nacional de Saúde; 2017 [citado em 2024 mai 21]. Disponível em: <https://www.eapn.pt/wp-content/uploads/files/0fe0feaaf0e90516d418a283ac054c4b.pdf>
23. Observatório de Educação e Desenvolvimento Comunitário. Equipas ODEC [internet] Porto: Universidade do Porto; 2024 [citado em 2024 mai 23]. Disponível em: <https://odec.fpce.up.pt/equipas-odec/>
24. Famalicão Desportivo. Mais e Melhores Anos [internet] Porto: Vila Nova de Famalicão; 2024 [citado em 2024 mai 23]. Disponível em: https://www.famalicaodesportivo.pt/_mais_e_melhores_anos

25. Diener E, Emmon A, Larsen J, et al. The Satisfaction with Life Scale. J. Pers. Assess. 1985; 49(1): 71-75.
26. Ryff D, Keyes M. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol 1995; 69(4), 719-727.
27. Keyes M. Social well-being. Soc. Psychol. Q. 1998; 61(2): 121-140.
28. Observatório de Educação e Desenvolvimento Comunitário. Equipa ODEC CM Famalicão [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2024 [citado em 2024 mai 23]. Disponível em: <https://odec.fpce.up.pt/2023/03/16/Equipa-ODEC-CM-Fama/>
29. Santos M. Planeamento: noções introdutórias [Internet]. Évora: Universidade de Évora; 2011 [citado em 2024 mai 28]. Disponível em: https://home.uevora.pt/~mosantos/download/Planeamento_NocoesIntrodutorias_28Jul11.p
30. Carver C. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. Int J Behav Med. 1997; 4(1): 92-100.
31. Wechsler D. WAIS-III Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos. Manual de administração e cotação. 3.^a ed. CEGOC; 2008.
32. Watson D, Clark A & Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. J Pers Soc Psychol. 1988; 54(6): 1063-1070.
33. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. 2000
34. Quetelet A. Physique sociale, ou essai sur le développement des facultés de l'homme. Muquardt; 1869.

35. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999; 15(2):116-22.
36. Nestle Nutrition Institute. MNA Mini Nutritional Assessment. 2009. Disponível em: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-portuguese.pdf>.
37. Gregório M, Teixeira D, Monteiro R, et al. Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primário. 2020.
38. Rossi L, Caruso L & Galante AP. Avaliação nutricional: novas perspectivas. 2.^a ed.; 2015.
39. Poínhos R, Oliveira B, Sorokina A, et. al. An extended version of the MNA-SF increases sensitivity in identifying malnutrition among community living older adults. Results from the PRONUTRISENIOR project. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2021; 46:167-72.
40. Guigoz Y, Vellas B & Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition reviews*. 1996; 54(1): 59.
41. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, et al. The mini nutritional assessment®—its history, today's practice, and future perspectives. *Nutrition in clinical practice*. 2008; 23(4):388-96.
42. Hager ER, Quigg AM, Black MM, et al. Development and validity of a 2-item screen to identify families at risk for food insecurity. *Pediatrics*. 2010; 126(1):26-32.

43. Gondim S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*. 2002; 12 (24).
44. McMillan SS, King M & Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. *Int. J. Clin. Pharm.* 2016; 38(3): 655-662.
45. Júnior J, Silveira S. Proposta de um modelo lógico na avaliação do Programa Conta pra Mim. *Jornal de Políticas Educacionais*. 2021;15 (11).
46. Portugal R, Nunes A. Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. 2017.
47. Direção-Geral da Saúde. Vamos pôr a Alimentação Saudável em casa. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. 1ª ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.
48. World Health Organization. Body mass index [internet]. Suíça; 2024 [citado em 2024 jul 28]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
49. Schilp J, Wijnhoven HA, Deeg DJ, et al. Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Br. J. Nutr.* 2011; 106(5): 708-717.
50. Zarei M, Qorbani M, Djalalinia S, et al. Food Insecurity and Dietary Intake Among Elderly Population: A Systematic Review. *Int. J. Prev. Med.* 2021; 12, 8.
51. Moore K, Hughes CF, Ward M, et al. Diet, nutrition and the ageing brain: current evidence and new directions. *The Proceedings of the Nutrition Society*. 2018; 77(2): 152-163.
52. Smith, AD & Refsum H. Homocysteine, B Vitamins, and Cognitive Impairment. *Annual review of nutrition*. 2016. 36: 211-239.

53. Agbangla NF, Séba, MP, Bunlon F, et al. Effects of Physical Activity on Physical and Mental Health of Older Adults Living in Care Settings: A Systematic Review of Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20(13): 6226.
54. Paddon-Jones D, Campbell WW, Jacques PF, et al. Protein and healthy aging. *The American journal of clinical nutrition*. 2015; 101(6): 1339-1345.
55. Nutrition UP 65. Nutritional status assessment descriptive results. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2018.
56. Madeira T, Peixoto-Placido C, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcao V, Nicola PJ, et al. Geriatric Assessment of the Portuguese Population Aged 65 and Over Living in the Community: The PEN-3S Study. *Acta Med Port*. 2020; 33(7-8):475-82.
57. Global Council on Brain Health. American Association of Retired Persons [internet]. Estados Unidos; 2024 [citado 2024 jun 20]. Disponível em: <https://www.aarp.org/health/brain-health/global-council-on-brain-health/>
58. Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): study design and progress. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 2013; 9(6): 657-665.
59. Morris M, Tangney C, Wan Y, et al. MIND diet slow cognitive decline with aging. *Alzheimers Dement*. 2015; 11(9): 1015-1022.
60. Envelhecer com Saúde. Oridanza - Cultura em movimento [internet]. Setúbal; 2024 [citado em 2024 jun 26]: Disponível em: <https://oridanza.pt/envelhecer-com-saude/>
61. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030. 1ª ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021.

62. Objetivos Desenvolvimento Sustentável. BCSD Portugal [internet]. Lisboa; 2022 [citado 2024 ago 2]. Disponível em: <https://ods.pt/ods/>

Anexos ou Apêndices

Índice de Anexos ou Apêndices

Anexo A - Questionário acerca da caracterização sociodemográfica, o estado de saúde e os dados antropométricos participantes em estudo

Anexo B - Questionário dirigido aos participantes no estudo, aplicado através da plataforma Google Forms

Apêndice A - Guia de Questões para Grupos Focais: Alimentação e Saúde

Apêndice B - Modelo Lógico

Apêndice C - Planificação da Sessão de educação alimentar “Alimentação saudável: bingo dos alimentos” dirigida aos séniores

Apêndice D - Planificação da Sessão de educação alimentar “Alimentação saudável: bingo dos alimentos” dirigida aos séniores

Apêndice E - Questionário de avaliação das sessões de educação alimentar

Apêndice F - Capa do E-book nº 1 dirigido à equipa técnica

Apêndice G - Capa do E-book nº 2 dirigido à equipa técnica

Apêndice H - Capa do manual dirigido aos cuidadores

Apêndice I - Brochura alusiva aos Lanches Saudáveis

Apêndice J - Brochura alusiva à sustentabilidade alimentar

Apêndice K - Brochura alusiva à cor da urina

Apêndice L - Infografia alusiva às águas aromatizadas

Apêndice M - Declaração de Consentimento informado

Anexo A - Questionário acerca da caracterização sociodemográfica, o estado de saúde e os dados antropométricos participantes em estudo

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTILO DE VIDA PARTE I - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade:

2. Qual é a sua nacionalidade?

2.1. Portuguesa ☐

2.2. Outra ☐

3. Qual é o seu estado civil?

Solteiro	
Divorciado	
Viúvo	
Casado ou a viver em união de facto	

4. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que completou?

Ensino básico 1º ciclo (4º ano, antigo ensino primário, 4ª classe)	
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	
Ensino secundário (12ªano, antigo 7º ano do liceu)	
Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)	
Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	
Não sabe/não responde	

5. Quantos membros do seu agregado familiar têm (incluindo o próprio):

- 5.1. Menos de 7 anos |__|__| [Registar 0, se nenhum] ☐ Não sabe
- 5.2. Entre 7 e 17 anos |__|__| [Registar 0, se nenhum] ☐ Não sabe
- 5.3. Entre 18 e 64 anos |__|__| [Registar 0, se nenhum] ☐ Não sabe
- 5.4. 65 ou mais anos |__|__| [Registar 0, se nenhum] ☐ Não sabe

6. Como define a sua ocupação profissional ou condição perante o trabalho?

Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)	
Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e a procura de emprego)	
Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)	
Outra: _____	

PARTE II - ESTADO DE SAÚDE

7. Alguma vez um médico lhe diagnosticou:

	Não	Sim	Não sabe	Que idade tinha?
Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc...)				_ _ anos
Acidente vascular cerebral (AVC)				_ _ anos
Cancro (qualquer tipo de cancro)				_ _ anos
Diabetes tipo 1				_ _ anos
Diabetes tipo 2				_ _ anos
Hipotiroidismo				_ _ anos
Hipertiroidismo				_ _ anos
Hipertensão arterial				_ _ anos
Dislipidemia (alteração gorduras no sangue)				_ _ anos

Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca, gastrite, úlcera, etc.)				_ _ anos
Depressão				_ _ anos
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica				_ _ anos
Apneia do sono				_ _ anos
Artrite				_ _ anos
Osteoporose				_ _ anos
Doença renal				_ _ anos
Parkinson				_ _ anos
Outra.Qual? _____				_ _ anos

8. Tem atualmente alguma doença que o obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, etc.)

Não ☐

Sim ☐

8.1. Se sim, qual(is)?

	Não	Sim	Não sabe	Que idade tinha?
Doença cardíaca (angina de peito, enfarte do miocárdio, arritmia, insuficiência cardíaca, etc...)				_ _ anos
Acidente vascular cerebral (AVC)				_ _ anos
Cancro (qualquer tipo de cancro)				_ _ anos
Diabetes tipo 1				_ _ anos
Diabetes tipo 2				_ _ anos
Hipertensão arterial				_ _ anos

Dislipidemia (alteração gorduras no sangue)				_ _ anos
Doença gastrointestinal (doença de Crohn, doença celíaca, gastrite, úlcera, etc.)				_ _ anos
Depressão				_ _ anos
Outra.Qual? _____				_ _ anos

9. Toma algum tipo de medicação?

Sim ☐

Não ☐

9.1. **Se sim**, qual?_____ [Responda apenas se tiver conhecimento da medicação que utiliza. Caso contrário, a investigadora preencherá os campos necessários para determinar o tipo de medicação que os participantes utilizam consoante a entrega dos mesmos no momento presencial].

PARTE III - ESTADO DE SAÚDE

10. Sabe o seu peso atual e a sua altura?

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

[Responda apenas se tiver conhecimento. Caso contrário, a investigadora preencherá os campos necessários no momento presencial].

Anexo B - Questionário dirigido aos participantes no estudo, aplicado através da plataforma Google Forms

INQUÉRITO ALIMENTAR

PARTE I - ESTILOS DE VIDA

1. Pratica outro tipo de atividade física, além do que está incluído neste programa?
 - a. Sim ☐
 - b. Não ☐
2. Se respondeu sim à pergunta anterior, que atividade física pratica? E qual a duração de cada sessão (minutos)? _____
3. Consome bebidas alcoólicas regularmente (diária ou semanalmente)?
 - a. Sim ☐
 - b. Não ☐
 - c. Prefiro não responder ☐
4. Quantas horas costuma dormir em média por dia durante a semana? E ao fim-de-semana?

PARTE II - ESTADO DE SAÚDE

5. Em geral, como define o seu estado de saúde?

Excelente	
Bom	
Razoável	
Fraco	
Muito fraco	
Não sabe/não responde	

6. Já alguma vez fumou?

Não ☐
Sim ☐

- 6.1. Se sim, atualmente fuma (cigarros, charutos ou cachimbo)?

Não ☐
Sim, diariamente ☐
Sim, menos de uma vez por dia ☐

- 6.2. Se fuma diariamente, quantos (cigarros, charutos ou cachimbo) fuma em média por dia?

|__|__| cigarros
|__|__| charutos ou cigarrilhas
|__|__| cachimbo (em g/dia)

6.3. Número de cigarros por dia:

1 a 5 ☐ 6 a 10 ☐ 11 a 20 ☐ 21 a 29 ☐ ≥ 30 ☐ Não sabe, mesmo com a escala ☐

PARTE III - HÁBITOS ALIMENTARES**7. Quantas vezes por semana consumiu snacks salgados (batatas fritas ou outros)? Responda a média dos últimos 3 meses.**

Menos de 1 vez
1 a 3 vezes
4 vezes ou mais

8. Quantas peças de fruta consumiu, habitualmente, por dia? Responda a média dos últimos 3 meses.

3 a 5 peças
1 a 2 peças
Nenhuma

9. Quantas porções de hortícolas consumiu, habitualmente, por dia? Responda a média dos últimos 3 meses.

3 a 5 porções
1 a 2 porções
Nenhuma

10. Quantos copos/bebidas de refrigerantes, sumos de fruta ou outras bebidas, bebeu habitualmente, por dia? Responda a média dos últimos 3 meses.

Menos de 1
1 a 2
3 ou mais

11. Quantas vezes por semana consumiu leguminosas (feijão, grão, lentilhas...)? Responda a média dos últimos 3 meses.

3 ou mais vezes
1 a 2 vezes
Menos do que 1 vez

12. Quantas vezes por semana consumiu peixe? Responda a média dos últimos 3 meses.

5 ou mais vezes
2 a 3 vezes
1 ou menos

13. Quantas vezes por semana consumiu doces, sobremesas doces, bolos ou outros? Responda a média dos últimos 3 meses.

Menos de 1 vez
1 a 3 vezes
4 vezes ou mais

14. Quantas vezes por semana consumiu refeições do tipo fast-food ou pré preparados (pizzas, hambúrgueres, lasanhas...)? Responda a média dos últimos 3 meses.

Menos de 1 vez
1 a 3 vezes
4 vezes ou mais

15. Quantas vezes por semana consumiu sopa de hortícolas? Responda a média dos últimos 3 meses.

Todos os dias
3 a 4 vezes
2 ou menos

16.Quantas vezes por semana consumiu fritos? Responda a média dos últimos 3 meses.

5 ou mais
3 a 4 vezes
2 ou menos

17.Quantas vezes por semana consumiu carnes processadas (bacon, salsichas, fiambre, salame...)? Responda a média dos últimos 3 meses.

Menos de 1 vez
1 a 3 vezes
4 vezes ou mais

18.Quantas refeições faz por dia?

Uma refeição
Duas refeições
Três refeições

19.Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chás, leites) consome por dia?

Menos de três copos
Três a cinco copos
Mais de cinco copos

PARTE IV - INSEGURANÇA ALIMENTAR

20.Alguma vez se sentiu preocupado/a pelo facto de os alimentos em sua casa poderem acabar antes que tivesse dinheiro suficiente para comprar mais?

Muitas vezes
Às vezes
Nunca
Prefiro não responder

21.Já aconteceu os alimentos em sua casa acabarem antes de ter dinheiro para comprar mais?

Muitas vezes
Às vezes
Nunca
Prefiro não responder

PARTE V - AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO DA VERSÃO CURTA ADAPTADA DO MNA

22. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2= sem diminuição da ingestão

23.Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar

2= sem diminuição da ingestão

3 = sem perda de peso

24.Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

25.Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim

2 = não

26.Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressões graves

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

PARTE VI - ESTÁDIOS DE MUDANÇA FACE À ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

27.Qual das seguintes opções melhor descreve a sua alimentação?

- a. Atualmente não tenho uma alimentação muito saudável e não pretendo ter nos próximos 6 meses
- b. Atualmente não tenho uma alimentação muito saudável, mas estou a pensar em melhorar no próximo mês
- c. Atualmente não tenho uma alimentação muito saudável, mas sou determinado e por isso, vou começar a ter já no próximo mês
- d. Atualmente tenho uma alimentação bastante saudável, mas só comecei a ter nos últimos 6 meses
- e. Atualmente tenho uma alimentação bastante saudável e tenho-a mantido há mais de 6 meses
- f. Eu costumava ter uma alimentação bastante saudável há um ano, mas nos últimos meses tenho não mantido uma alimentação saudável
- g. Não sei

Apêndice A - Guia de Questões para Grupos Focais: Alimentação e Saúde

Este documento tem como objetivo apresentar o conjunto de questões que serão utilizadas durante os grupos focais, como parte da recolha de dados qualitativos para o estudo sobre a relação entre alimentação e saúde.

Primeiro momento - Início da intervenção

1. Crenças Alimentares. Objetivo: Explorar as crenças, atitudes e percepções dos participantes sobre a alimentação saudável.

- Atitudes em relação à alimentação saudável: “Como é que definem uma alimentação saudável?”
- Preferências e aversões alimentares: “Existem alimentos que preferem evitar? Se sim, por que razão?”
- Influências culturais e familiares: “Como é que a alimentação era abordada na vossa família quando eram mais novos?”

2. Mitos e Dúvidas sobre Alimentação. Objetivo: Identificar e esclarecer os mitos e dúvidas mais comuns relacionados com a alimentação.

- Questão aberta: “Existem mitos ou dúvidas sobre alimentação saudável que gostariam de ver esclarecidos?”

3. Importância da Nutrição na Vida dos Participantes. Objetivo: Avaliar o impacto percebido da alimentação na vida e no bem-estar dos participantes.

- Relação com a alimentação e bem-estar: “De que forma a alimentação está relacionada com o vosso bem-estar emocional e físico?”; “Existem alimentos que associam a sentimentos positivos ou negativos?”

4. Diferenças Alimentares ao Longo da Vida. Objetivo: Compreender as mudanças nas escolhas alimentares ao longo do tempo, influenciadas por eventos significativos.

- Experiências de vida e eventos significativos: “Houve alguma mudança nas escolhas alimentares devido a eventos significativos na vossa vida, como doenças, mudanças no estilo de vida, ou outras circunstâncias?”

Segundo momento - Final da intervenção

1. Experiência geral no projeto. Objetivo: Avaliação do impacto da intervenção.

- “Como descreveriam a vossa experiência ao longo deste projeto sobre alimentação e saúde mental?”
- “Que aspetos do projeto mais vos surpreenderam?”

2. Crenças e mitos sobre alimentação. Objetivo: Percecionar de que forma a intervenção desmistificou algumas crenças.

- “Ao longo do projeto, tiveram a oportunidade de refletir sobre algumas crenças e mitos que tinham sobre alimentação? Alguma dessas crenças foi desafiada ou alterada?”
- “Podem partilhar algum mito ou crença que antes seguiam e que agora consideram diferente?”

3. Impacto no quotidiano. Objetivo: Perceber se existiram mudanças comportamentais nos participantes

- “De que forma este projeto alterou a vossa visão sobre a importância da alimentação para a vossa saúde e qualidade de vida?”
- “Sentem que as mudanças realizadas são sustentáveis a longo prazo? O que vos faz pensar isso?”

Apêndice B - Modelo Lógico



ÍNDICE

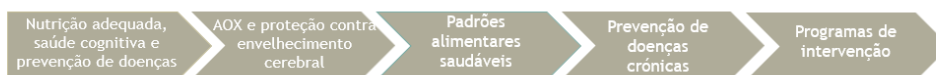
1. Enquadramento
2. Objetivos
3. Metodologia
 - 3.1. População-alvo
 - 3.2. Estratégias de intervenção
 - 3.3. Avaliação
 - 3.4. Cronograma



1. ENQUADRAMENTO



A importância da promoção de conhecimentos sobre alimentação saudável para a prevenção do declínio cognitivo associado ao envelhecimento



AUMENTAR A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO SÉNIOR

Victoria, Cesar G., et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.

1. ENQUADRAMENTO



Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)

- A OMS recomenda a implementação de intervenções que promovam a saúde, abordando a **nutrição como um dos pilares para um envelhecimento saudável**.
- A organização destaca a **importância de uma alimentação adequada** na promoção do bem-estar e na **prevenção do declínio cognitivo** em idosos.

A realidade em Portugal

- A malnutrição e a desnutrição entre os idosos em Portugal são preocupantes, com cerca de **115 mil idosos em risco nutricional**.
- A condição nutricional está intimamente relacionada com a saúde mental e física, já que a **malnutrição pode levar a um aumento do declínio funcional**.

14,8% em risco de desnutrição e 1,3% desnutridos
15% a 25% apresentam sintomas depressivos
Cerca de 200.000 pessoas sofrem de demência



World Health Organization. Breastfeeding Recommendations.
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. IP Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2022.

1. ENQUADRAMENTO



Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS)

ONDE SE ENQUADRA A PROMOÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO ASSOCIADO AO ENVELHECIMENTO?



Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030)

ODS 2 | ERRADICAR A FOME

Reconhecimento da **relação entre nutrição e saúde mental**, integrando intervenções que visam melhorar os hábitos alimentares dos idosos como parte de um envelhecimento saudável.

ODS 3 | SAÚDE DE QUALIDADE

Oferta de **suporte psicológico** e implementação de **intervenções que visam reduzir o declínio cognitivo e emocional em idosos**.

ODS 4 | EDUCAÇÃO DE QUALIDADE

Capacitação de profissionais e cuidadores, promovendo a educação contínua e o desenvolvimento de competências específicas para lidar com as necessidades dos idosos.

1. ENQUADRAMENTO

Identificação de problemas e avaliação de necessidades



Plano Nacional de Saúde 2021-2030

GRANDES LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA, FACE ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE (NS) IDENTIFICADAS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO (dirigidas aos determinantes de saúde)
PROMOVER SAÚDE [transversal a todas as estratégias de intervenção e necessidades de saúde identificadas; transdisciplinar e multisectorial]	Promoção da saúde mental na população, ao longo do ciclo de vida Promoção da literacia em saúde Promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos "primeiros anos") Promoção da saúde no local de trabalho Promoção da saúde nos espaços de arte, diversão e lazer Dinamização de ambientes promotores de saúde Promoção da saúde da população nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde ("cada contacto conta" – fazer de cada contacto uma oportunidade de promoção da saúde, quer em contexto de CSP, quer em contexto hospitalar ou outro) Promoção da saúde sexual e reprodutiva Promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade (e.g. pessoas com maior vulnerabilidade socioeconómica, portadoras de deficiência, doença rara, institucionalizadas, sem-abrigo, refugiadas, migrantes e pertencentes a minorias étnicas e religiosas e pessoas com diferente orientação sexual e identidade de género) Reforço da rede de suporte social e do capital social ao longo do ciclo de vida Estratégias para a abordagem da violência ao longo do ciclo de vida, nas suas diversas formas Aumento da segurança e prevenção da criminalidade Promoção dos direitos humanos



Direção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030 Saúde Sustentável: de todos para todos

1. ENQUADRAMENTO



Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030

SHORT-TERM OUTCOMES / METAS A CURTO PRAZO

1. Reduzir o teor de sal, em pelo menos 10% até 2027, nos alimentos que mais contribuem para a ingestão de sal na população portuguesa.
2. Reduzir o teor de açúcar, em pelo menos 20% até 2027, nos alimentos que mais contribuem para a ingestão de açúcares livres na população portuguesa.
3. Aumentar o conhecimento sobre os princípios da Dieta Mediterrânica em pelo menos 20% até 2027.

LONG-TERM OUTCOMES / METAS A LONGO PRAZO

12. Travar o crescimento e reverter a tendência na prevalência da obesidade em adultos até 2030.
13. Reduzir a prevalência do excesso de peso e da obesidade em crianças e adolescentes em pelo menos 5% até 2030.



Direcção Geral da Saúde, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030

1. ENQUADRAMENTO



O que tem sido feito até agora?



Lançado pela DGS, o PNSPI visa a **promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas**, prevenindo e controlando doenças crónicas e incapacidades associadas ao envelhecimento. O programa incentiva a prática regular de **atividade física, uma alimentação saudável, e o envolvimento em atividades sociais e cognitivas para prevenir o isolamento e o declínio cognitivo.**

Plano de Ação de Envelhecimento Ativo e Saudável (2023 - 2026)



Visa promover a **independência e qualidade de vida dos idosos** através de ações que incluem a **educação para uma alimentação saudável**, o estímulo à atividade física regular, e a promoção de um ambiente social ativo.

Despacho n.º 13056/2023. Diário da República n.º 244/2023, Série II de 2023-12-20.

1. ENQUADRAMENTO

O que falta fazer?

Integração mais forte entre Nutrição e Saúde Cognitiva

- Educação Específica sobre Nutrição e Cognição

Campanhas de conscientização e Educação Alimentar

- Aumento da Sensibilização Pública
- Materiais Educativos

Atividades práticas e demonstrações

- Workshops de Cozinha Saudável
- Iniciativas de Alimentação Comunitária

Monitorização e avaliação Contínua

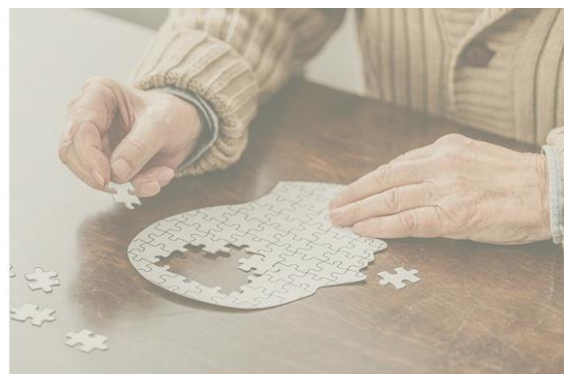
- Avaliação Regular dos Impactos
- Personalização dos Planos Alimentares

Maior envolvimento dos cuidadores e familiares

- Formação para Cuidadores

Inovação e adoção de novas tecnologias

- Aplicações e Plataformas Digitais
- Consultas online



Estas estratégias visam melhorar os projetos de envelhecimento ativo já existentes, tornando-os **mais eficazes na promoção da saúde cognitiva e na prevenção do declínio mental** associado ao envelhecimento, por meio de uma abordagem mais integrada e holística da **alimentação saudável**.

1. ENQUADRAMENTO



MAGNITUDE

23% da população portuguesa é idosa, sendo que 14,8% estão em risco de desnutrição e cerca de 200.000 sofrem de demência.

GRAVIDADE/SEVERIDADE VULNERABILIDADE/EFETIVIDADE

As condições como desnutrição e declínio cognitivo, entre outras, são severas e podem comprometer gravemente a qualidade de vida dos idosos.

Os idosos são **vulneráveis** a alterações físicas, cognitivas e emocionais associadas ao envelhecimento, tornando-os um grupo-alvo prioritário para intervenções preventivas.

TRANSCENDÊNCIA ECONÓMICA

As doenças neurodegenerativas e a desnutrição têm um custo elevado para o sistema de saúde. A prevenção pode reduzir significativamente os custos associados.

CUSTO-EFETIVIDADE

Investir em intervenções preventivas tende a ser mais custo-efetivo a longo prazo do que tratar complicações avançadas de doenças crónicas ou neurodegenerativas.

TRANSCENDÊNCIA SOCIAL

Grande transcendência social, não só para os próprios idosos, mas também para as suas famílias e cuidadores, que podem beneficiar de um maior suporte e menos carga de cuidados.

2. OBJETIVOS



Objetivo geral

- Promover a saúde mental dos participantes do programa através de uma intervenção promotora de conhecimentos sobre alimentação saudável.

Objetivos específicos

- Aumentar os **conhecimentos** sobre alimentação saudável em pelo menos **80%** dos participantes do programa no período de dois anos, através de sessões de educação alimentar e aconselhamento em grupo e individual (presencial e/ou online);
- Aumentar as **competências** para uma alimentação adequada e saudável em pelo menos **80%** dos participantes do programa, no período de dois anos, através de workshops/showcookings de cozinha saudável;
- Aumentar os **conhecimentos** sobre alimentação saudável em pelo menos **60%** dos cuidadores dos respectivos participantes do programa, no período de dois anos, através de sessões de educação alimentar e aconselhamento em grupo e individual (presencial e/ou online);
- Aumentar os **conhecimentos** sobre alimentação saudável em pelo menos **80%** dos grupos profissionais distintos pertencentes ao programa, no período de dois anos, através de sessões de educação alimentar e aconselhamento em grupo e individual (presencial e/ou online);
- Criar e distribuir **materiais educativos** (infografias, brochuras, vídeos) focados na ligação entre alimentação e saúde mental a **100%** dos participantes, cuidadores e equipa multidisciplinar pertencentes ao programa, no período de dois anos;
- Garantir a realização de **consultas de nutrição** em pelo menos **20%** dos participantes do programa, no período de dois anos;
- Publicar pelo menos **um conteúdo por semana** na **página de Instagram do projeto**, no período de dois anos, garantindo uma taxa de **engagement** de pelo menos **3%**;
- Organizar **sessões de aconselhamento/discussão** de grupo com os participantes pelo menos uma vez por mês, no período de dois anos, garantindo uma taxa de participação de pelo menos **20%**;
- Estabelecer o **contacto telefónico** com os participantes dando aconselhamento individual pelo menos uma vez por mês, no período de dois anos;
- Utilizar **aplicações tecnológicas** que abranjam a área da nutrição em pelo menos **50%** dos participantes do programa, no período de dois anos.



2. OBJETIVOS

METAS

INDICADORES

1. Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável em 80% dos participantes.

- % de participantes que demonstram aumento no conhecimento sobre alimentação saudável após as sessões (avaliado por pré e pós-testes);
- % de participantes que relatam mudanças positivas em seus hábitos alimentares.

2. Aumentar as competências para uma alimentação saudável em 80% dos participantes.

- % de participantes que aplicam as técnicas aprendidas em casa (avaliado por questionários de follow-up);
- % de participantes que relatam aumento de confiança na preparação de refeições saudáveis.

3. Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável em 60% dos cuidadores.

- % de cuidadores que demonstram aumento no conhecimento sobre alimentação saudável (avaliado por pré e pós-testes);
- % de cuidadores que implementam práticas alimentares saudáveis no cuidado aos idosos.

4. Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável em 80% dos profissionais.

- % de profissionais que demonstram aumento no conhecimento sobre alimentação saudável (avaliado por pré e pós-testes);
- % de profissionais que integram o conhecimento adquirido em sua prática diária.



2. OBJETIVOS

METAS

INDICADORES

5. Distribuir materiais educativos a 100% dos participantes, cuidadores e equipa multidisciplinar.

- % de participantes, cuidadores e profissionais que receberam e utilizaram os materiais.
- % de aumento na conscientização sobre a ligação entre alimentação e saúde mental (avaliado por questionários).

6. Realizar consultas de nutrição em 20% dos participantes.

- % de participantes que completaram as consultas de nutrição.
- % de participantes que relataram mudanças positivas em sua dieta após as consultas.

7. Garantir uma taxa de engagement de 3% em postagens semanais.

- % de engajamento (curtidas, comentários, compartilhamentos)
- Aumento no número de seguidores e interação com o conteúdo

8. Garantir uma taxa de participação de 20% nas sessões mensais.

- % participantes que comparecem às sessões.
- % de participantes que relatam satisfação e benefícios das sessões.



2. OBJETIVOS

METAS

INDICADORES

9. Contatar os participantes pelo menos uma vez por mês.

- % de participantes que recebem e seguem o aconselhamento dado;
- % de participantes que relatam melhorias em sua alimentação e bem-estar.

10. Utilizar apps de nutrição em 50% dos participantes.

- % de participantes que usam regularmente os aplicativos. % de participantes que relatam melhorias na sua alimentação, coordenação, e memória através do uso dos aplicativos.



3. METODOLOGIA



População-alvo

Idosos



Família/cuidadores



Equipas multidisciplinares



Subgrupos específicos:

- Idosos com sinais iniciais de declínio cognitivo ou emocional;
- Idosos identificados com défices neurocognitivos devido a lesões traumáticas;
- Idosos em risco de desnutrição, desidratação, sarcopenia, ou com histórico de problemas de saúde mental, como depressão ou solidão.

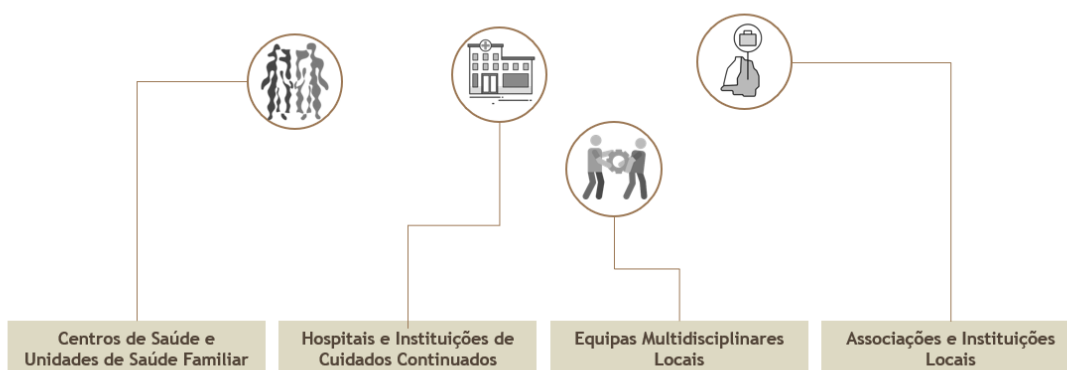


3. METODOLOGIA



População-alvo

1. Identificação e seleção da população-alvo: fontes de identificação



3. METODOLOGIA



População-alvo

1. Identificação e seleção da população-alvo: **seleção da população-alvo**

Avaliação inicial



Triagem Global: Utilizar os instrumentos EQ-5D-5L para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e MMSE (*Mini-Mental State Examination*) para avaliação cognitiva e sinalização de possíveis quadros demenciais.

Entrevistas Clínicas: Realizadas por psicólogos e outros profissionais de saúde para uma avaliação complementar e detalhada das necessidades cognitivas, emocionais e físicas dos idosos.



Circuitos específicos

Circuito de manutenção: Idosos sem grandes défices cognitivos, mas com necessidade de apoio na manutenção e desenvolvimento de capacidades cognitivas e emocionais.

Circuito SOS: idosos com défices neurodegenerativos ou emocionais mais significativos e que precisam de intervenção personalizada.



3. METODOLOGIA



Estratégias de intervenção

Nível II de intervenção: Modificação dos estilos de vida

Métodos educativos: Diretos e Indiretos

Domínios da aprendizagem: Cognitivo, psicomotor e afetivo

1



Sessões síncronas de educação alimentar aos sêniiores, cuidadores e equipa técnica

A importância da ingestão proteica na 3ª idade
Alimentação saudável e obstipação intestinal
Rótulos alimentares
Recomendações alimentares para a 3ª idade

2



Atividades culinárias através de workshops/shocooking

Onde os idosos aprendem a preparar refeições saudáveis que suportam a saúde mental, sendo focados em ingredientes que melhoram a função cognitiva

3



Aplicações tecnológicas

Estimular o consumo de alimentos saudáveis, criar um momento de socialização e de treinar a coordenação e a memória dos sêniiores

3. METODOLOGIA



Estratégias de intervenção

Nível II de intervenção: **Modificação dos estilos de vida**

Métodos educativos: **Diretos e Indiretos**

Domínios da aprendizagem: **Cognitivo, psicomotor e afetivo**



4
Materiais educativos dirigidos aos séniores, cuidadores e equipa multidisciplinar

Focados na ligação entre alimentação e saúde mental e distribuídos no final de cada sessão de educação alimentar



5
Consultas de nutrição periódicas

Consultas de acompanhamento (prioritárias para os séniores com pior estado nutricional)



6
Páginas de Instagram dedicada ao programa com partilha diária de conteúdos educativos
Benefícios da alimentação saudável para retardar o declínio cognitivo
Estratégias nutricionais
Receitas com ênfase nos melhores alimentos para a cognição

3. METODOLOGIA



Estratégias de intervenção

Nível II de intervenção: **Modificação dos estilos de vida**

Métodos educativos: **Diretos e Indiretos**

Domínios da aprendizagem: **Cognitivo, psicomotor e afetivo**



7
Sessões síncronas mensais com o grupo de participantes moderadas pela equipa de intervenção

Desenvolvimento da comunidade
Partilha de experiências e conhecimentos
Esclarecimento de dúvidas
Partilha de ansiedades e preocupações



8
Contacto telefónico com os participantes mensal ou quinzenal

Partilha de experiências
Esclarecimento de dúvidas
Partilha de ansiedades e preocupações
Feedback sobre o programa
Estado de saúde



9
Grupo (Telegram) de contacto com equipa técnica

Atualização de necessidades
Partilha de experiências, ansiedades e preocupações
Esclarecimento de dúvidas

3. METODOLOGIA



Duração



- Programa de intervenção piloto de 2 anos, com possibilidade de renovação de acordo com resultados obtidos
- Acompanhamento de idosos/cuidadores/equipa em diferentes momentos

Mobilização de recursos e financiamento



Orçamento Municipal



Horizon 2020
European Union Funding
for Research & Innovation

Fundos Europeus



Recrutamento

- **Recursos Humanos:** O programa prevê a formação e capacitação contínua de profissionais como psicólogos, professores de educação física, fisioterapeutas, nutricionista, etc. Estes profissionais serão responsáveis por executar as intervenções e acompanhar os idosos.

3. METODOLOGIA



Modelo Lógico

RECURSOS (INPUTS)	ATIVIDADES	SAÍDAS (OUTPUTS)	RESULTADOS (OUTCOMES)
Recursos humanos Equipa de intervenção Materiais e Recursos • Materiais educativos (infografias, brochuras, apresentações); • Equipamentos para workshops culinários (utensílios de cozinha, ingredientes, espaços de cozinha); • Plataformas tecnológicas (<i>software</i> para sessões online, aplicações de nutrição. • Dispositivos para contacto telefónico e suporte técnico Recursos Financeiros Orçamento municipal e de fundos europeus Tempo 2 anos para a execução do projeto.	Sessões de educação alimentar <i>Workshops e <u>showcookings</u></i> Consultas de nutrição Criação e distribuição de materiais educativos Publicação de conteúdos nas redes sociais Sessões de aconselhamento/discussão em grupo Aconselhamento telefónico Integração de Aplicações Tecnológicas Grupo da equipa	Número de participantes • Programa de intervenção - Sessões de educação alimentar • Sessões de discussão • Consultas de nutrição • Estatísticas do Instagram (gostos, comentários, etc.) Número de materiais educativos desenvolvidos e entregues Número de chamadas individuais efetuadas Número de mensagens trocadas no grupo de equipa Número de desistências do programa	Curto prazo Conhecimentos sobre alimentação saudável Médio/longo prazo Competências para uma alimentação saudável e mudanças comportamentais

3. METODOLOGIA



Avaliação

FORMATIVA

- Questionários de satisfação após workshops e sessões, entrevistas com participantes, feedback dos cuidadores e profissionais.
- Qualidade das sessões de educação alimentar, clareza dos materiais educativos (Infografias, brochuras, vídeos), percepção de utilidade das consultas de nutrição e das aplicações tecnológicas.

DE PROCESSO

- Realização de **sessões de educação alimentar e aconselhamento** para 80% dos participantes, com foco em atividades em grupo e individuais (presenciais e/ou online).
- Organização de **workshops/showcooking's** para melhorar as competências de alimentação adequada e saudável.
- Frequência de publicações no **Instagram** (pelo menos uma vez por semana) e monitorização da taxa de **engagement** (alvo: 3%).
- Aderência ao cronograma de atividades, frequência de consultas de nutrição e implementação de aplicações tecnológicas

DE IMPACTO

- Aumento do conhecimento sobre alimentação saudável em pelo menos 80% dos participantes e 60% dos cuidadores.
- Mudança nas competências de alimentação saudável em pelo menos 80% dos participantes, através de workshops e sessões de educação alimentar.
- Impacto nas equipas profissionais do programa, com 80% de participação em atividades de educação alimentar. Foco: Comparação de conhecimentos e competências antes e depois das intervenções, utilizando questionários pré e pós-programa.

DE RESULTADOS

- Aumento geral de conhecimentos e competências alimentares em participantes, cuidadores e profissionais.
- Distribuição de materiais educativos para 100% dos envolvidos no programa.
- Consultas de nutrição realizadas para pelo menos 20% dos participantes. Apoio tecnológico implementado para 50% dos participantes, envolvendo o uso de aplicações na área da nutrição.



3. METODOLOGIA

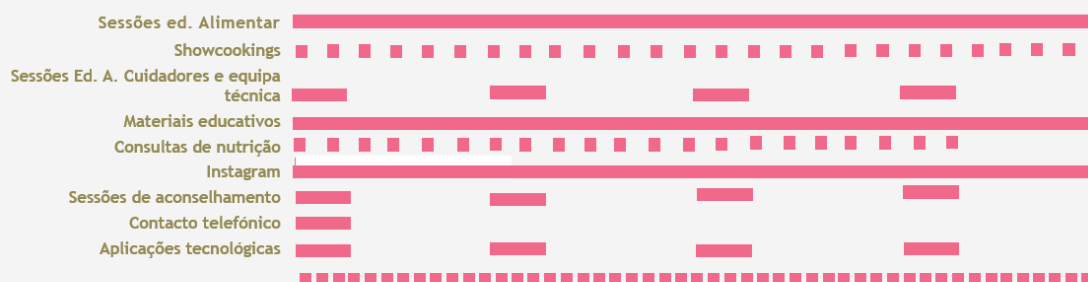


Cronograma

Início do
programa

Fim do
programa

(2 anos)





[illegible]

Apêndice D - Planificação da Sessão de educação alimentar “Alimentação saudável: bingo dos alimentos” dirigida aos séniores

Formação:	Hidratação na terceira idade: showcooking – águas aromatizadas	Área de formação:	Nutrição	
Local de realização:	Sede Mente + Saúde - CM Famalicão	Horário:	9h-11h/13h-14h/16h	Duração total da ação (h):
Módulo:	Nutrição	Duração:	2 dias	12h
Objetivos gerais:	Adquirir competências no ramo da nutrição para melhorar a ingestão hídrica e apelar para a importância da mesma na pessoa idosa.	Data:	12 e 13 de maio	
Objetivos específicos		Metodologia	Estratégia	Avaliação
			Atividades Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos
				Duração
Identificar os conhecimentos gerais dos participantes sobre a importância da ingestão de água;	Introdução	Método expositivo; Método interrogativo;	Exposição oral; Levantamento de questões;	Computador, Projetor multimédia; Cabo HDMI;
Hidratação e a sua importância; Recomendações hídricas no idoso; Formas de aumentar a ingestão hídrica; Águas aromatizadas; Atividade prática "Como aromatizar a água?"	Desenvolvimento	Método expositivo; Método interrogativo; Método demonstrativo;	Exposição oral; Levantamento de questões; Exercício interativo; Exercício grupal "Discussão sobre as diferentes formas de facilitar a ingestão hídrica, com ênfase nas águas aromatizadas;" "Como aromatizar a água?"	Computador; Projetor multimédia; Cabo HDMI; Continua: monitorização da dinâmica de aprendizagem dos participantes; participação adequada dos seniores e equipa multidisciplinar;
Realizar uma síntese sobre os conhecimentos adquiridos; Identificar necessidades dos participantes.	Conclusão	Método expositivo; Método interrogativo;	Exposição oral; Questionamento aos participantes.	Computador; Projetor multimédia; Cabo HDMI.
				Duração
				00h05m
				00h40m
				00h15m

Apêndice E - Questionário de avaliação das sessões de educação alimentar

Questionário Final - Sessões de Educação Alimentar

1.Devemos ingerir *alimentos* de cada *grupo da roda* dos alimentos?

- a) Apenas aos fins de semana
- b) Uma vez por mês
- c) Todos os dias

2.Qual destes alimentos pertence ao grupo das frutas?

- a) Cenoura
- b) Maçã
- c) Gengibre

3.O grupo dos laticínios inclui:

- a) Peixe e marisco
- b) Leite e queijo
- c) Batata e cenoura

4.Os legumes e hortaliças são importantes porque fornecem:

- a) Proteínas
- b) Vitaminas e fibras
- c) Gorduras

5.Os alimentos do grupo das gorduras e óleos devem ser consumidos:

- a) Em grande quantidade
- b) Com moderação
- c) Evitados completamente

6.As leguminosas, como feijão e grão-de-bico, são ricas em:

- a) Açúcares
- b) Proteínas e fibras
- c) Gorduras

7.Qual destes alimentos é rico em proteínas?

- a) Batata
- b) Ovo
- c) Maçã

8.Devemos comer alimentos do grupo dos cereais, tubérculos e derivados:

- a) Regularmente para energia
- b) Apenas uma vez por mês

c) Nunca

9.É importante beber água todos os dias porque:

a) Ajuda a manter a hidratação do corpo

b) Engorda

c) Substitui os alimentos

10.O que gostariam que se fosse abordado numa próxima sessão? Algum tema em específico.

Apêndice F - Capa do E-book nº 1 dirigido à equipa técnica



Apêndice G - Capa do E-book nº 2 dirigido à equipa técnica



Apêndice H - Capa do manual dirigido aos cuidadores



Ação de Capacitação para Cuidadores Informais

No âmbito do Mestrado em Educação Alimentar da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP)

Manual de Apoio Para Cuidadores



Porto | junho de 2024

Apêndice I - Brochura alusiva aos Lanches Saudáveis



IMPORTÂNCIA

Os lanches intermédios são uma forma de impedir o aumento da ingestão de alimentos durante as refeições principais.

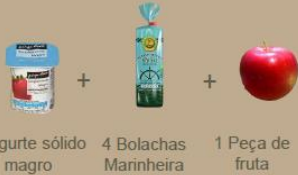
“

Sem desculpas para saltar refeições

CM FAMALICÃO
MAIS E MELHORES
ANOS: MENTE + SÃ
ODEC
NUTRICIONISTA
CATARINA GONÇALO
(5168N)

LANCHES SAUDÁVEIS E PRÁTICOS





1 Iogurte sólido magro + 4 Bolachas Marinheira + 1 Peça de fruta



250 ml de Leite meio magro + 1 Pão de centeio ou mistura + 1 Queijo vaca que ri light



1 Iogurte líquido magro sem adição de açúcares + 40 g Papas de aveia + Frutos vermelhos



Batido

250 ml de Leite magro
4 Bolachas maria
1 Banana



Purê de fruta + 4 Bolachas de água e sal



4 Tostas extrafinas + 1 Colher de chá de marmelada + 250 ml Leite magro com cevada

LISTA DE ALIMENTOS A PRIVILEGIAR

- Pão de mistura;
- Iogurte natural;
- Fruta fresca;
- Leite simples;
- Queijo;
- Água;
- Frutos gordos ao natural;
- Manteigas de frutos gordos sem adição de açúcar;
- Bebidas vegetais sem adição de açúcar;
- Tostas integrais sem açúcar;
- Cereais de pequeno-almoço não açucarados (ex: flocos de aveia);
- Bolachas de arroz ou de milho sem cobertura;
- Ovo (ex. cozido).

Apêndice J - Brochura alusiva à sustentabilidade alimentar

SABIA QUE...

Cerca de 1/3 de todos os alimentos produzidos anualmente, a nível mundial, são desperdiçados.

Cerca de 25% de toda a carne produzida no mundo – o equivalente a 75 milhões de vacas – não é consumida.

O desperdício alimentar é responsável por 8% das emissões dos gases com efeito de estufa.

A fome atinge mais de 820 milhões de pessoas no mundo.

Por cada pessoa que passa fome, 6 tem sobrepeso.



CM FAMILIÇÃO | MAIS E MELHORES ANOS
MENTE + SÃ | ODEC NUTRICIONISTA
CATARINA GONÇALO (5168N)

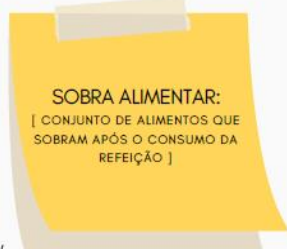
- Compre menos
- Escolha melhor
- Pense no futuro



Mais equilíbrio, menos desperdício alimentar

**SUSTENTABILIDADE
ALIMENTAR**





SOBRA ALIMENTAR:
[CONJUNTO DE ALIMENTOS QUE SOBRA APÓS O CONSUMO DA REFEIÇÃO]

→ **O QUE FAZER ?**

REDUZIR AS SOBRAS E O DESPERDÍCIO ALIMENTAR

- Realizar listas de compras e adquirir apenas alimentos que serão consumidos;
- Confeccionar apenas as porções definidas para cada refeição;
- Descongelar necessária de alimentos;
- Servir as porções em função da Roda da Alimentação Mediterrânica;
- Consumir em primeiro lugar os alimentos mais perecíveis;
- Acondicionar devidamente os alimentos.



REAPROVEITAR AS SOBRAS

- Reutilizar sobras para confeccionar outras refeições, como por exemplo:
- Frango → Frango à Brás
- Arroz → Bolinhos de arroz
- Cascas de fruta → Bolos de fruta
- Pão → Tostas ou croutons
- Hortícolas → Sopas e caldos (cascas)
- Reutilizar as sobras como adubo orgânico para fertilizar os terrenos agrícolas e hortas domésticas.



ALIMENTO SUSTENTÁVEL

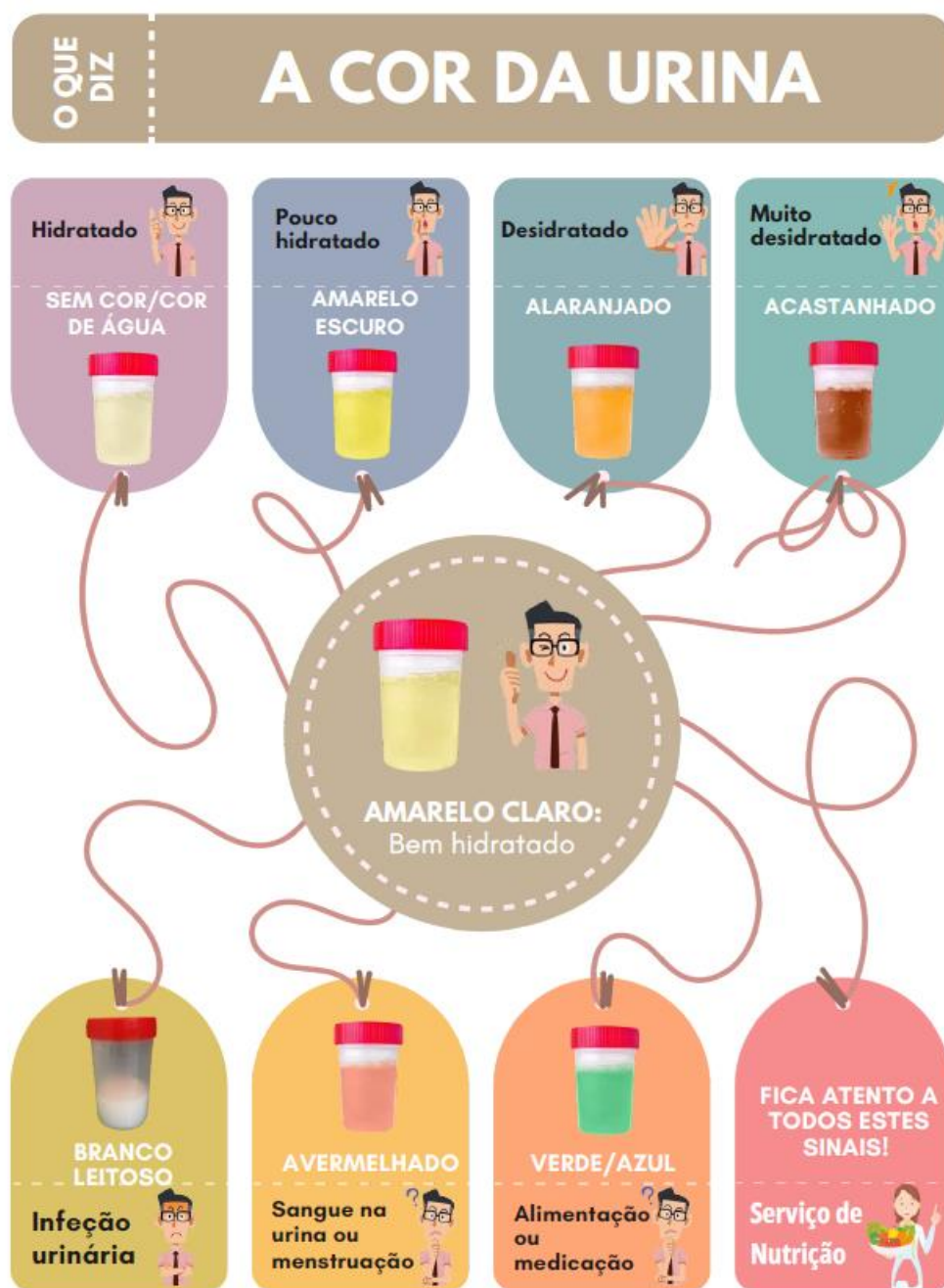
- Proveniente de produções sustentáveis;
- Local e sazonal;
- Não processado;
- Respeito ao bem-estar do ambiente, dos animais, dos produtores e dos consumidores.

DIETA SUSTENTÁVEL

- Baixo impacto ambiental;
- Contribui para a segurança alimentar e nutricional da população;
- Contribui para o estado de saúde,
- Culturalmente aceite e acessível pela população;
- Segura e economicamente justa.



Apêndice K - Infografia alusiva à cor da urina



CM FAMILIÇÃO | MAIS E MELHORES ANOS: MENTE + SÃ | ODEC
NUTRICIONISTA: CATARINA GONÇALO (5168N)

Apêndice L - Infografia alusiva às águas aromatizadas



Apêndice M - Declaração de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Promoção da saúde mental dos participantes do programa comunitário Mente + Sã através de uma intervenção promotora da literacia em alimentação.

Enquadramento: No âmbito do Mestrado em Educação Alimentar da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP), será realizado um trabalho de investigação pela aluna Catarina da Silva Gonçalo, sob orientação da Dra. Teresa Silva, Investigadora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (FPCEUP) e da Nutricionista Cláudia Afonso, Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP), aos participantes do programa comunitário “Mente + Sã”.

Explicação do estudo: No âmbito do estudo, será enviado um questionário em papel que abordará algumas questões relacionadas aos hábitos diários, saúde e bem-estar dos participantes. Posteriormente, será desenvolvido e aplicado um inquérito alimentar sobre o consumo alimentar e dificuldades de alimentação auto-reportados que será preenchido na plataforma “Google Forms”. Este será preenchido numa das atividades que envolvem o uso dos computadores.

Condições e financiamento: O estudo não teve qualquer tipo de financiamento e não terá qualquer tipo de prejuízo para os indivíduos em estudo. O estudo é de carácter voluntário, podendo os indivíduos negar-se a participar.

Confidencialidade e anonimato: Está garantida a confidencialidade bem como o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. O anonimato do presente estudo está assegurado e os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Muito obrigada pela colaboração,

A investigadora, Catarina da Silva Gonçalo, com o número de cartão de cidadão 14975837, estudante na FCNAUP (20223428).

Contacto de email: catarinasgoncalo@gmail.com

Assinatura/s: _____

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 em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: __ / __ / ____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: _____

BI/CD Nº: _____ DATA OU VALIDADE: __ / __ / ____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

**Alimentação saudável e saúde mental:
intervenção no programa “Mente + Sã”**

Catarina Gonçalo

SEDE ADMINISTRATIVA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

