

11 - 1 | 2023

Projeto de intervenção comunitária “Do Sal o Menos”

Community intervention project “The Least of Salt”

Ana Filipa Guiomar Viegas | Ana Luísa Lourenço Cruz | Anabela Monteiro Simões | Bruno Miguel Parrinha Rocha | Daniela Margarida Portela Serra | Gisela de Sousa Costa | Inês Anastácio Costa | Maria Adelaide Soares Paiva | Marta Sofia das Dores Sequeira | Paula Maria Soares Pereira | Sónia Filipa Fernandes Godinho | Vânia Cristina Almeida Machado

Versão eletrónica

URL: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/> ISSN: 2182-9608

Data de publicação: 30-12-2023 Páginas: 22

Editor

Revista UI_IPSantarém

Referência eletrónica

Guiomar Viegas, A. F., Lourenço Cruz, A. L., Monteiro Simões, A., Parrinha Rocha, B. M., Portela Serra, D. M., de Sousa Costa, G., Anastácio Costa, I., Soares Paiva, M. A., das Dores Sequeira, M. S., Soares Pereira, P. M., Fernandes Godinho, S. F., & Almeida Machado, V. C. (2023). Projeto de Intervenção Comunitária “Do Sal o Menos”. *Revista da UI_IPSantarém*. 11(1), e29948. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v11.i1.29948>

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “DO SAL O MENOS” **Community intervention project “The Least of Salt”**

Ana Filipa Guiomar Viegas

ACeS Algarve III – Sotavento, Portugal

afviegas81@gmail.com | ORCID: 0000-0001-9858-382X

Ana Luísa Lourenço Cruz

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde, Portugal

cruz.analuisa@gmail.com

Anabela Monteiro Simões

ACeS Algarve II-Barlavento, ARS do Algarve, IP, Portugal

amsimoes@arsalgarve.min-saude.pt

Bruno Miguel Parrinha Rocha

ACeS Algarve III – Sotavento, Portugal

bmp.rocha@gmail.com | ORCID: 0000-0003-4848-7623

Daniela Margarida Portela Serra

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal

daniela.margaridaa@gmail.com | ORCID: 0000-0002-0019-1930

Gisela de Sousa Costa

ACeS Algarve II – Barlavento, Portugal

gisacosta@msn.com | ORCID: 0000-0002-4348-9403

Inês Anastácio Costa

ACeS Algarve I – Central, Portugal

i.anastaciocosta@gmail.com | ORCID: 0000-0002-0811-8308

Maria Adelaide Soares Paiva

Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde, Área Departamental de Enfermagem,
Portugal

mapaiva@ualg.pt | ORCID: 0009-0001-1575-2753

Marta Sofia das Dores Sequeira

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal

martasequeira05@gmail.com | ORCID: 0000-0002-9566-6037

Paula Maria Soares Pereira

ACeS Algarve II – Barlavento, Portugal

enfppereira@gmail.com | ORCID: 0000-0002-1901-9663

Sónia Filipa Fernandes Godinho

ARS do Algarve, IP, Portugal

soniaffgodinho@gmail.com | ORCID: 0000-0003-3172-328X

Vânia Cristina Almeida Machado

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal

vcamachado@hotmail.com | ORCID: 0000-0002-8770-7273

RESUMO

Os hábitos alimentares inadequados têm-se manifestado, ao longo dos anos, como uma preocupação da comunidade científica e dos dirigentes políticos a nível mundial e nacional, por serem identificados como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, com implicações na morbimortalidade da população e custos financeiros avultados. A adição de sal no prato é um destes hábitos, e foi identificado como um dos problemas resultantes do Diagnóstico da Situação de Saúde realizado às pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve. Neste âmbito, foi realizado um Projeto de Intervenção Comunitária, segundo a metodologia do planeamento em saúde. Este problema destacou-se, após análise e priorização, pelo resultado obtido. Atendendo ao facto de este ser um comportamento enraizado na cultura nacional, e contribuir para o desenvolvimento de diversas patologias, considera-se pertinente e elementar continuar a investir na criação de projetos nesta área. O Projeto "Do Sal o Menos" tem como principal propósito reduzir o consumo de sal pelas pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve, através da não adição de sal no prato, promovendo a adoção de alternativas ao seu consumo. Para tal, é fundamental a educação para a saúde que estará inerente às atividades delineadas no presente Projeto. Capacitar as pessoas é crucial para que, com conhecimentos e competências, possam intervir em prol do seu bem-estar, adotando comportamentos salutogénicos.

Palavras-chave: Cloreto de sódio na dieta, comportamento, educação para a saúde, enfermagem em saúde comunitária, promoção da saúde.

ABSTRACT

Inadequate eating habits have been referred over the years, as a scientific community, political leaders worldwide and nationally concern, because they are identified as risk factors for the development of chronic diseases, with implications for the population morbidity and mortality and huge financial costs. The addition of salt in the meal is one of those habits and was identified as one of the problems resulting from the Health Diagnostic Situation performed to people aged 65 years and above residing in one of the parishes of the Algarve. In this scope, a Community Intervention Project was carried out according to the methodology of health planning. After analysing and prioritizing, this problem was highlighted by the obtained result. Given the fact that this behaviour is rooted in the national culture and contributes to the development of various pathologies, it is considered relevant and elementary to continue to invest in the creation of projects in this area. The project "The Least of Salt" has as main purpose to reduce the consumption of salt by people aged 65 years and above residing in one of the parishes of the Algarve, through the non-addition of salt in the meal, promoting the adoption of alternatives to its consumption. For this, it is fundamental the health education that will be inherent to the activities outlined in this Project. Empowering people is crucial, so that with knowledge and skills they can intervene for their well-being, by adopting salutogenic behaviours.

Keywords: Sodium chloride dietary, behavior, health education, community health nursing, health promotion.

1 INTRODUÇÃO

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados são um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças crónicas, a perda de qualidade de vida e a mortalidade prematura. Destes, destaca-se a elevada ingestão de sódio como um dos três principais fatores que mais concorrem para a perda de anos de vida saudáveis (Direção-Geral da Saúde, [DGS], 2022). Este consumo excessivo está associado ao desenvolvimento de diversas patologias, entre as quais a hipertensão arterial (World Health Organization, [WHO], 2013).

Segundo a DGS (s.d.), a quantidade de sal que os portugueses ingerem diariamente é, aproximadamente, o dobro da recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo que a sua redução se revela de extrema importância.

Partindo do Diagnóstico da Situação de Saúde (DSS) realizado às pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve, constatou-se que 47,2% dos inquiridos no questionário aplicado a uma amostra desta população, manifestaram ter como hábito alimentar a adição de sal no prato da refeição. Também os indicadores relacionados com a morbilidade e a mortalidade demonstram que a hipertensão arterial, enquanto diagnóstico ativo da International Classification of Primary Care (ICPC), e as doenças do aparelho cardiovascular, enquanto causa de morte, são as mais expressivas a nível local (Administração Regional de Saúde [ARS] do Algarve, I.P.: Departamento de Saúde Pública e Planeamento, [DSPP], 2022; Fundação Francisco Manuel dos Santos, [FFMS], 2022). Os problemas verificados no DSS foram analisados e, através do estabelecimento de prioridades segundo o Método de Hanlon, o comportamento de adição de sal no prato foi o que se destacou pela pontuação obtida.

Para a conceção do Projeto foi realizada uma revisão da literatura, no sentido de contextualizar teoricamente o problema de saúde, e uma análise ao referencial conceptual, de forma a contemplar os modelos teóricos mais adequados às suas características e aos seus objetivos.

Verificou-se que, por se tratar de um comportamento enraizado na cultura portuguesa, o consumo excessivo de sal tem vindo a ser abordado em diversos projetos e campanhas, no entanto, continua a ser um tema vigente, e é necessário o investimento na criação de iniciativas para a resolução deste problema, que continua a afetar a saúde de tantos portugueses.

Enquanto profissional com o dever de responder adequadamente às necessidades das comunidades (Decreto-Lei nº 156/2015), o enfermeiro deve intervir em áreas prioritárias, fomentando a literacia em saúde e a adoção de condutas salutogénicas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), detentor de competências diferenciadas, em proximidade com pessoas, famílias e comunidades, analisa continuamente os fatores determinantes dos processos de mudança, conseguindo assim intervir de forma integrada e dinâmica, com enfoque na promoção da saúde e na capacitação, para a obtenção de ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, [OE], 2011).

O presente Projeto, partiu dos problemas identificados no DSS previamente realizado, e com aplicação da metodologia do planeamento em saúde.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

O DSS é a primeira etapa do planeamento em saúde que permite, mediante os problemas identificados numa população, estabelecer prioridades e intervir, de forma a satisfazer as necessidades primordialmente verificadas (Imperatori & Giraldes, 1986).

Perante a complexidade dos problemas de saúde identificados, o EEEEC e de Saúde Pública, atendendo ao seu perfil de competências, deve aplicar o planeamento em saúde (OE, 2011), na medida em que este possibilita a melhoria do desempenho relativamente à proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (Tancredi, Barrios & Ferreira, 1998, citados por Rodrigues, 2021).

O presente Projeto de Intervenção Comunitária surge após a realização do DSS das pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve.

Para contextualizar o problema que motivou a realização deste Projeto foi essencial analisá-lo à luz da evidência científica, verificar a sua pertinência para a população e justificá-lo recorrendo a referenciais teóricos.

2.1 Enquadramento do problema de saúde

A história da exploração do sal remonta ao Neolítico (6000 a.C.), período em que a produção agrícola se começou a expandir. Este mineral, que se pode encontrar no mar, em fontes de água

salgada e até em minas, foi outrora chamado de ouro branco, servindo de moeda de troca, dado o valor que lhe era atribuído. Prova atual deste valor é a palavra “salário”, que tem origem na palavra sal, uma vez que este chegou a ser a forma de pagamento aos trabalhadores (Contreras, 2021). Pensa-se que a utilização do sal, enquanto condimento, surgiu em 2700 a.C. na China, o que faz deste o mais antigo dos temperos utilizado pelo Homem (Viegas, 2008, citado por Santos et al., 2016).

O sódio, presente no sal, desempenha um papel fundamental no equilíbrio dos fluídos corporais e a sua carência pode levar à desidratação. A necessidade de sal é acima de tudo um fenómeno fisiológico, o que explica o apetite humano pelo sabor salgado (Contreras, 2021).

No processo de envelhecimento ocorre uma redução substancial do número de corpúsculos gustativos nas papilas linguais, provocando uma diminuição do limiar de identificação do sabor (Nogués, 1995, citado por Paula et al., 2008). A perda do paladar é mais evidente para os sabores salgado e amargo, o que faz com que a pessoa idosa tenha tendência de acrescentar condimentos aos alimentos (Winkler et al., 1999, citados por Paula et al., 2008). Adicionalmente, a terapêutica farmacológica, necessária para o tratamento das patologias que os afetam, pode ainda alterar o paladar desta população, conduzindo a uma necessidade de ingerir alimentos com mais concentração de sal, açúcar, acidez e amargor (Cormack, 1998, citado por Lopes et al., 2015).

Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), de 2015-2016, o sal de adição é o que mais contribui para a ingestão diária de sódio, com 29,2% do total ingerido (IAN-AF, s.d.).

Apesar do consumo de sódio ser essencial, a ingestão excessiva de sal ao longo do ciclo vital está associada a um aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, a diabetes, as doenças respiratórias, as doenças cardiovasculares e os cancros, o que se repercute numa elevada morbilidade e mortalidade a nível mundial, pelo que é recomendado para diminuir este impacto, a redução do seu consumo (WHO, 2013).

Ainda segundo a mesma Organização, no que diz respeito à relação custo-efetividade, em termos de diminuição da carga de doença crónica, as estratégias de redução do consumo de sal são consideradas a melhor opção para a diminuição de hábitos alimentares prejudiciais à saúde (WHO, 2017).

Tendo como objetivo reduzir o risco de doenças cerebrocardiovasculares, a OMS estabeleceu a recomendação do consumo de sal, para a população adulta, inferior a 5 gramas (g) por dia. No mesmo sentido, todos os estados-membros assumiram o compromisso de atingir a meta de redução do consumo de sal em 30% até ao ano de 2025 (WHO, 2012, citado por Gonçalves, 2021).

Perante esta problemática, a fim de regulamentar o consumo de sal pelos portugueses, pela Lei nº 75/2009 foi estabelecido como limite máximo de sal permitido no pão 1,4 g por cada 100 g deste alimento, sendo ainda frisado por este documento, a necessidade dos rótulos dos alimentos pré-embalados apresentarem a quantidade de sal presente no produto.

Ao longo dos anos, a nível global, tem existido uma maior preocupação com os hábitos alimentares das populações, sendo que em Portugal, pelo Despacho nº 404/2012, de 13 de janeiro, foi criado o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), constituindo-se um dos Programas de Saúde Prioritários Nacionais. A 16 de maio, pelo Despacho nº 6401/2016, este programa, em simultâneo com os programas da Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias e Doenças Cérebro-cardiovasculares, passou a integrar a Plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas.

Ainda no que concerne a procedimentos para promover uma ingestão adequada de sal, desde 2016, pelo Despacho nº 7516-A/2016, de 6 de junho, que se encontra proibida a venda de um conjunto de produtos ricos em sal e açúcar no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A 29 de dezembro, no Despacho nº 11418/2017, pela necessidade de promover uma alimentação saudável, com redução do consumo excessivo de sal, açúcar e gorduras, para melhorar o estado nutricional das populações, e assim promover e controlar as doenças crónicas, foi aprovada a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS).

A EIPAS, de modo a diminuir o consumo excessivo de sal e a promover uma alimentação saudável, tem como uma das medidas propostas a monitorização de alimentos como o pão e cereais de pequeno-almoço, carne e seus derivados, as refeições já prontas a consumir, assim como as refeições confeccionadas pela restauração; também os snacks e batatas fritas, molhos, queijos e as conservas de pescado são contemplados. Ainda neste âmbito, foi delineada como medida a implementar, os saleiros nos estabelecimentos de restauração só serem disponibilizados mediante solicitação, ao invés de estarem dispostos na mesa, evitando assim a sua utilização (Despacho nº 11418/ 2017, de 29 de dezembro).

Inicialmente, o PNPAS, criado em 2012, tinha como horizonte temporal o período compreendido entre 2012 e 2016, e, pelo Despacho nº 6401/2016, de 16 de maio, este Programa foi estendido até 2020. Atualmente, regido pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, foi apresentado o PNPAS 2022-2030. De acordo com a DGS (2022), a elevada ingestão de sódio é um dos três principais fatores que conduz à perda de anos de vida saudáveis e, de acordo com o mais recente IAN-AF, relativo a 2015-2016, 77% das pessoas ingere diariamente uma quantidade superior de sal relativamente ao preconizado pelas orientações.

Ainda segundo a entidade supracitada, no PNPAS 2022-2030 foi estabelecida como meta a curto prazo, a diminuição da quantidade de sal, nos alimentos que mais contribuem para a ingesta deste componente, pelo menos em 10% até 2027, tendo sido também delineada como meta a médio prazo, a diminuição do consumo de sódio em 30% até ao ano de 2030.

O consumo inadequado de sal é um comportamento culturalmente enraizado na população portuguesa, sendo que, apesar de todas as medidas e iniciativas já implementadas, é essencial elaborar novas estratégias para promover a sua mudança, nas quais a utilização de ervas aromáticas emerge como alternativa. De acordo com a Associação Portuguesa de Nutrição (2018), as plantas aromáticas são ervas constituídas por uma parte comestível, que podem ser adicionadas na confeção dos alimentos, permitindo a redução da quantidade de sal utilizada. Estão presentes na Roda da Alimentação Mediterrânica e são um elemento com representatividade cultural, e propriedades aromáticas, fitoquímicas e nutricionais fundamentais.

2.1 Enquadramento conceptual

O enfermeiro tem um papel preponderante ao longo do ciclo vital do ser humano, encontrando-se em constante interação com a comunidade. Deve intervir em cada etapa, para promover a saúde e facilitar o processo de aprendizagem, de forma a aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários, capacitando para a adoção de comportamentos salutogénicos e superação de desafios de saúde (OE, 2001).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender facilita o planeamento, as intervenções e a avaliação das mesmas pelo enfermeiro para a promoção da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019, citados por Rodrigues, 2021). Este Modelo apresenta três dimensões, nomeadamente: as características e experiências individuais, que compõem o comportamento a ser alterado, assim como os fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar, designadamente a perceção dos benefícios e barreiras para a ação, a perceção de autoeficácia, os sentimentos relacionados com o comportamento, as influências interpessoais e situacionais; e o resultado comportamental, que envolve o compromisso com o plano de ação desenvolvido, as exigências imediatas e preferências, de modo a ser adotado o comportamento promotor da saúde (Tomey & Alligood, 2006, citados por Silva & Dos Santos, 2010).

Mediante estes pressupostos, com a aplicação deste Projeto de Intervenção Comunitária, preconiza-se a implementação de estratégias no âmbito da promoção da saúde, sendo necessário capacitar as pessoas, aumentando a sua literacia nesta área, para que reconheçam o que as leva a ter condutas prejudiciais para a sua saúde e, com informação e estratégias adequadas, possam agir em prol do seu bem-estar, adotando comportamentos salutogénicos.

A mudança comportamental é um processo complexo que, ao longo dos anos, tem vindo a ser abordado por vários autores. O Modelo Transteórico da Mudança Comportamental de Prochaska e

DiClemente, maioritariamente aceite pela comunidade científica, permite a compreensão de como ocorre este processo (Esteves, 2013).

Este modelo apresenta cinco estágios dinâmicos, nomeadamente: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção. No primeiro, a pessoa não reconhece o problema associado ao comportamento e não tem intenção de o alterar nos seis meses seguintes; no estágio da contemplanção existe um reconhecimento do problema, mas não existe intenção de mudar; no terceiro estágio a pessoa tem intenção de mudar o comportamento nos próximos 30 dias, e inicia o seu planeamento; a ação começa quando ocorre a implementação da mudança; para alcançar o estágio da manutenção, o comportamento deve manter-se por mais de seis meses (Prochaska et al., 1992, citados por Ludwig et al., 2021). É ainda considerado um sexto estágio por alguns autores, denominado terminação, que corresponde a uma total confiança e ausência de esforços para evitar uma recaída, podendo afirmar-se que o processo de mudança está completo (Prochaska & Norcross, 2001, citados por Esteves, 2013).

Com este Projeto perspetiva-se não só o aumento da literacia em saúde, como também a mudança de comportamentos prejudiciais. Neste sentido, é fulcral compreender como ocorre este processo, e os momentos em que se deve planear uma avaliação que permita auferir se a mudança efetivamente se concretizou.

O EEEEC tem como uma das suas competências contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, sendo essencial na prestação de cuidados guiar-se por modelos conceptuais, no que concerne à promoção e educação para a saúde (Regulamento nº 428/2018).

Segundo Teles (2019), este profissional é fundamental para a mudança de comportamentos, ao estabelecer, dinamizar e coordenar programas de intervenção comunitária que possibilitarão a promoção da saúde e a prevenção da doença. De acordo com Silva e Dos Santos (2010), as pessoas, grupos, comunidades, profissionais de saúde e governos partilham a responsabilidade pela promoção da saúde, sendo este conceito primordialmente apresentado e definido na Carta de Ottawa, em 1986, como o processo de capacitação para melhorar a saúde das comunidades. A educação para a saúde é uma parte integrante deste processo, que visa o aumento da literacia em saúde, com a melhoria dos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, para que, de forma consciente e responsável, as pessoas possam agir em prol da sua saúde (WHO, 1998).

Segundo Melo et al. (2018), a capacitação de comunidades é uma competência específica do EEEEC, que remete para o empoderamento comunitário implícito no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Laverack. É um Modelo composto por cinco fases, designadamente: a ação pessoal, desenvolvimento de pequenos grupos dinamizadores, organizações comunitárias, estabelecimento de parcerias e ação a nível social e político. Pode ser iniciado em qualquer uma das fases, no entanto, o seu potencial é maximizado quando os indivíduos passam da ação pessoal para a coletiva (Laverack, 2008). Este Modelo é também utilizado como referencial teórico para o presente Projeto, dado que permite a intervenção segundo os pressupostos de capacitação individual, tendo como intenção, futuramente, perpetuá-lo para a concretização das restantes fases.

3 PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “DO SAL O MENOS”

Um projeto pode ser definido como um esforço temporário, com início e fim definidos, que é aplicado com o intuito de criar um produto ou serviço, ou alcançar um resultado específico (Project Management Institute, 2013, citado por Peçanha & Philyppis Jr., 2019).

Os Projetos de Intervenção Comunitária visam o desenvolvimento de um trabalho de intervenção colaborativo e de parceria com a comunidade envolvida, com o objetivo de definir intervenções que minimizem e/ou solucionem os problemas da comunidade, e promovam o seu bem-estar. Para que sejam implementados, é essencial o conhecimento aprofundado da comunidade em estudo, do contexto envolvente e da problemática, de forma a estruturar o projeto de forma consciente, eloquente e com a participação ativa da comunidade envolvida. Desta forma, torna-se mais fácil atingir o objetivo e as metas propostas, e que este seja reconhecido pela comunidade, como um projeto promotor de saúde (Carvalhosa et al., 2010).

O nome atribuído a este Projeto deriva de uma expressão popular portuguesa, “Do mal o menos”, comumente utilizada pela população mais idosa, que se atribui a uma situação problemática, em que quando existe algo que a complementa, de forma mais positiva, a torna mais suportável (Priberam, s.d.). No Projeto apresentado, designado “Do Sal o Menos”, pretende-se evidenciar o seu propósito, no que concerne à redução do consumo excessivo de sal, e à sua utilização recomendada, sendo este *soundbite* facilmente recordado, pela expressão a que está associado, estimulando a memória dos destinatários. Também a paronímia entre as palavras “mal” e “sal” acaba por induzir uma associação entre ambas.



Figura 1 Logotipo. Elaboração própria

Relativamente ao logotipo (Figura 1), foi pensado e concebido pela equipa de gestão do Projeto, revestindo-se de simbolismo, de forma a representar a temática abordada e a captar a atenção da população-alvo. Assim, no centro, encontra-se um ícone simbolizando uma pessoa, que suporta uma balança, desenhada com uma linha, que remete para o “menos” do nome do Projeto, ambos coloridos da cor bronze, que retrata o poder, sendo neste contexto associado à capacidade de mudança. A balança encontra-se equilibrada estando no lado direito um pequeno saleiro, de cor preto esbatido, representando o comportamento da adição de sal no prato da refeição, que se pretende reduzir com a implementação deste Projeto, especificamente através da adoção de alternativas, como as ervas aromáticas. Estas encontram-se representadas no outro lado da balança, mas coloridas de verde, associadas à esperança na adesão deste comportamento salutogénico pelos destinatários do Projeto. Na base destes elementos, encontra-se o nome do Projeto, em que “Do Sal o” se encontra a preto, para representar a conduta antiga, e o “Menos” está colorido de bronze, novamente, para expressar o empoderamento no âmbito da promoção da saúde, pretendido com a concretização deste Projeto. O fundo do logotipo encontra-se a branco, para que todos os outros elementos se destaquem, e por esta cor se associar ao restabelecimento do equilíbrio.

3.1 Justificação do Projeto

A justificação da temática do presente Projeto relaciona-se com a análise dos problemas evidenciados no DSS e as necessidades da população em estudo, a valorização da motivação pessoal e profissional da equipa de gestão do Projeto e a revisão da literatura realizada. Assim, este Projeto surge no sentido de dar resposta ao problema identificado, no que respeita ao consumo inadequado de sal por parte da população e à necessidade de promoção da literacia em saúde relativa a esta problemática.

Em Portugal, o consumo inadequado de sal pela população é considerado um dos maiores riscos de saúde pública. De acordo com os dados do IAN-AF (2015-2016), os portugueses apresentam um consumo médio diário de sal de 7,3 g. Este consumo, superior ao recomendado pela OMS, está associado ao desenvolvimento de doenças crónicas, particularmente às doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de morte nesta população (Lopes et al., 2017, citados por DGS,

2022). Outros estudos, como o *Portuguese Hypertension and Salt Study*, realizado em 2012, reportaram um consumo médio de sal diário de mais do dobro do recomendado pela OMS, evidenciando-se um valor médio diário de 10,7 g (Polónia et al., 2014, citados por Santos et al., 2016).

A nível regional, de acordo com dados divulgados pela ARS Algarve, I.P. em 2018, cerca de 36% desta população adicionava sal no prato da sua comida pela utilização do saleiro, elevando o já excessivo consumo de sal na alimentação (ARS Algarve, s.d.).

No âmbito do DSS das pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve, realizado entre junho e setembro de 2022, foi possível constatar, através da aplicação do questionário elaborado, e análise dos resultados, que 47,2% dos inquiridos têm como hábito adicionar sal no prato da comida, sendo que estes dados corroboram o problema identificado a nível nacional e regional.

Analisando a morbilidade registada pela proporção de utentes inscritos com diagnósticos ativos de ICPC na população com 65 e mais anos de idade numa das freguesias do Algarve, verificou-se que, no ano de 2021, a hipertensão arterial surgiu em primeiro lugar com 64,305% (ARS Algarve, I.P.; DSPP, 2022). Adicionalmente, as doenças do aparelho circulatório têm sido nomeadas como a principal causa de morte, quer a nível nacional, quer no concelho em questão (FFMS, 2022).

De acordo com os dados enunciados anteriormente, importa agir perante esta problemática, intervindo junto da população enquanto agentes promotores da sua saúde, no sentido da prevenção e ou minimização de complicações associadas a estas morbilidades, proporcionando estratégias para a adoção de comportamentos que promovam uma alimentação equilibrada e saudável. A utilização de sal na alimentação deve ser parcimoniosa por parte da população, uma vez que o elevado consumo de sal está associado a um aumento de risco de hipertensão arterial, outras doenças cardiovasculares, patologias oncológicas e renais (DGS, s.d.).

A ação é considerada prioritária e necessária e, este Projeto de Intervenção Comunitária, surge como resposta a esta problemática. Centrar-se-á na capacitação da população, através do aumento da sua literacia em saúde e da promoção de condutas salutogénicas, de forma a reduzir o consumo de sal, prevenindo a ocorrência de doenças.

Esta problemática, alicerçada em comportamentos transmitidos de geração em geração e que perduram ao longo dos anos, tem motivado o desenvolvimento de projetos e campanhas variadas, por diversas entidades, mas apesar de todos os esforços ainda se mantém atual a necessidade de intervenção.

O Projeto Nutrition UP65, desenvolvido pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, entre 2015 e 2017, pretendeu diminuir as desigualdades nutricionais das pessoas com 65 e mais anos de idade em Portugal. Os objetivos delineados focavam o aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre a nutrição da população idosa portuguesa e a formação avançada dos profissionais nesta área, a fim de assegurar cuidados de qualidade e um bom desempenho do sistema de saúde (Nutrition UP65, s.d.).

Mediante os dados regionais relativos ao excessivo consumo de sal, em 2018, o DSPP da ARS Algarve, I.P. lançou a campanha “Sabor sem saleiro à mesa”, através do Núcleo Regional do PNPAS, com o intuito de incentivar as pessoas a reduzir a utilização do saleiro e a usarem mais alimentos aromáticos (ARS Algarve, s.d.).

Em 2019, a Companhia União Fabril (CUF) e o Pingo Doce uniram-se em prol da sensibilização da população portuguesa para esta problemática, com a criação do Programa “Menos Sal Portugal”. Através da responsabilização social e da consciencialização, pretendem ajudar as famílias a adotar bons hábitos alimentares, através da partilha de dicas e receitas de pratos saudáveis e saborosos. (CUF & Pingo Doce, s.d.).

3.2 Desenho do Projeto

O planeamento em saúde é uma ferramenta essencial para a melhoria da saúde das comunidades, sendo composto por sete fases, nomeadamente: DSS, estabelecimento de prioridades, fixação de

objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986).

O presente Projeto foi elaborado de acordo com a metodologia do planeamento em saúde, sendo contempladas todas as suas etapas. Segundo os autores supracitados, um projeto é uma atividade delimitada no tempo, que visa a obtenção de um resultado específico e que contribui para a execução de um programa. O êxito do projeto depende do seu adequado planeamento.

Neste subcapítulo será apresentado o desenho do presente Projeto, com a explicação de todas as suas etapas.

3.2.1 Estabelecimento de prioridades

O DSS permitiu a identificação dos principais problemas de saúde das pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve. Face aos dados obtidos, foi fulcral hierarquizar os problemas evidenciados, um processo que deve ocorrer de forma rigorosa, em tempo útil e com critérios assertivos para garantir uma adequada gestão de recursos, muitas vezes escassos (Melo, 2020).

Partindo do DSS, foram reunidos e agrupados todos os problemas diagnosticados por área temática, no mesmo nível de abstração e sentido, posteriormente sujeitos a um processo de priorização. Inicialmente, foi ponderada a consulta de peritos para a priorização dos problemas, no entanto, dada a escassez de tempo, em consenso de grupo, optou-se apenas pela aplicação do método de Hanlon, que se baseia em quatro critérios, utilizando a seguinte fórmula para obter um valor de prioridade: (Magnitude + Severidade) x Eficácia x Exequibilidade.

O problema de saúde do DSS relativo à adição de sal no prato foi o que obteve um maior valor após a aplicação deste método, com uma pontuação total de 18.

3.2.2 Âmbito

Uma vez estabelecidas as prioridades e selecionado o problema de saúde, definiu-se como âmbito do Projeto as pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve, sendo os destinatários do presente Projeto, especificamente, os inscritos em duas entidades locais, dedicadas à promoção do envelhecimento ativo.

3.2.3 Missão, visão e valores

A Missão do Projeto “Do Sal o Menos” é contribuir para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, especificamente para o consumo adequado de sal, pelas pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve.

Como Visão, pretende ser um referencial de inovação e boas práticas no empoderamento individual e comunitário, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Os Valores basilares deste Projeto são os seguintes: ética, inovação, responsabilidade, coesão e participação comunitária.

3.2.4 Finalidade e objetivos

O Projeto desenvolvido tem como finalidade contribuir para a adoção de hábitos alimentares adequados pelas pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve, no que respeita à redução do consumo excessivo de sal.

O objetivo geral é reduzir o consumo excessivo de sal pelos participantes, através da não adição de sal no prato.

Quanto aos objetivos específicos, foram estabelecidos os seguintes:

- ✓ Diminuir a proporção de participantes com conhecimento não demonstrado sobre o consumo adequado de sal;
- ✓ Diminuir a proporção de participantes com conhecimento não demonstrado acerca das alternativas à utilização de sal;
- ✓ Promover a intenção de adesão às alternativas ao consumo de sal pelos participantes;

- ✓ Aumentar a proporção de participantes que manifestam aderir às alternativas ao consumo de sal;
- ✓ Diminuir a proporção de participantes que manifestam adicionar sal no prato.

3.2.5 Entidades/pessoas envolvidas

Os parceiros são definidos como todos os interessados, beneficiários e público-alvo dos programas no âmbito da promoção da saúde (Laverack, 2014).

O Projeto “Do Sal o Menos” apresenta os seguintes intervenientes:

- Gestor do Projeto: EEEEC;
- Equipa de gestão do Projeto: Equipa constituída por EEEEC;
- Equipa de execução do Projeto: Equipa de gestão do Projeto, elos de ligação das duas entidades locais dedicadas à promoção do envelhecimento ativo, elo de ligação da Escola Hoteleira local, *Chefs* e alunos da mesma escola;
- Patrocinadores: Para além das entidades locais mencionadas na equipa de execução, o Projeto conta ainda com parcerias de órgãos políticos locais e municipais e de empresas nacionais;
- Influenciadores: O Projeto conta com um *Chef* de renome a nível nacional, uma autora de um livro de receitas confeccionadas sem adição de sal e uma rádio local;
- Participantes: destinatários que efetuam a inscrição no Projeto.

3.2.6 Estratégias de intervenção

A seleção de estratégias é fundamental para o êxito do Projeto de Intervenção Comunitária (Melo, 2020). Esta etapa exige criatividade e espírito inovador para que se instituem novas formas de agir (Serra, 2015).

Sendo este um Projeto que pretende aumentar a literacia em saúde e, conseqüentemente, um maior autocontrolo da pessoa em relação à sua própria saúde, é de fulcral importância a estratégia de educação para a saúde, uma vez que se pretende aumentar os conhecimentos relativos aos malefícios do consumo excessivo de sal, assim como capacitar as pessoas para a sua adequada utilização. Deseja-se uma mudança comportamental efetiva com conseqüentes ganhos em saúde.

Rodrigues (2021) sugere várias estratégias que tipifica em diferentes categorias, entre as quais se destacam as utilizadas no presente Projeto:

- Estratégias para promover a saúde: divulgação do Projeto, através de *marketing* social, de forma a influenciar a adoção do comportamento desejado; criação de um *soundbite*, implícito no nome do Projeto “Do Sal o Menos”, permitindo às pessoas envolvidas recordarem-se do mesmo e ficarem cativadas com a iniciativa; educação para a saúde, que visa dotar os participantes de conhecimentos necessários para optarem de forma consciente e responsável pelo comportamento desejado;
- Estratégias de incentivo e motivação: quebra-gelo, que permite uma maior interação e dinamização das atividades;
- Estratégias de controlo e vigilância da saúde: *follow up*, dado que possibilita a caracterização da evolução da situação e a avaliação do resultado, averiguando se realmente existiu uma modificação comportamental no decurso do Projeto.

Como enriquecimento estratégico, optou-se ainda pelo estabelecimento de parcerias para promover a participação comunitária, criar uma ligação entre o projeto e a comunidade e potenciar a participação no mesmo (Melo, 2020).

3.2.7 Comunicação e divulgação

A divulgação do Projeto é essencial para aliciar a população pretendida. O desenvolvimento de parcerias com outras entidades permite aumentar os recursos existentes e potenciá-los, de forma a que o Projeto consiga ter uma maior visibilidade.

Neste sentido, a divulgação será realizada através de um cartaz promotor do Projeto, afixado em locais físicos de fácil acesso e com uma relação privilegiada com a faixa etária da população-alvo e nas páginas *web* dos diversos parceiros. Será também criada uma página de Facebook® do Projeto e realizada Publicidade radiofónica através da rádio local.

3.2.8 Preparação operacional

A preparação operacional do projeto é uma etapa crucial para o seu sucesso, requer a definição pormenorizada dos resultados que se pretendem alcançar, a preparação da lista das atividades do projeto, a explicação de cada atividade, a determinação dos recursos necessários e o estabelecimento do cronograma (Imperatori & Giraldes, 1982).

As atividades inerentes ao Projeto de Intervenção Comunitária “Do Sal o Menos” terão como destinatários as pessoas com 65 e mais anos de idade residentes numa das freguesias do Algarve, que se poderão inscrever através das fichas de inscrição disponíveis nas instalações das entidades parceiras, dedicadas à promoção do envelhecimento ativo. Como requisito, os destinatários terão que se inscrever ou estar inscritos numa destas entidades, de forma a usufruírem do seguro escolar necessário para a participação nas atividades práticas.

Após as inscrições e definição de cada grupo de participantes, será realizada mensalmente, durante seis meses, uma sessão na Escola Hoteleira local para 15 pessoas, em que será aplicado um questionário no início da atividade e outro no fim da mesma. A sessão será composta pela componente teórica de educação para a saúde acerca da problemática abordada, apresentada pela equipa de gestão do Projeto. Posteriormente, os *Chefs* e alunos da Escola Hoteleira local irão realizar a componente prática, na cozinha adequada para o efeito, através da demonstração de receitas culinárias com uso das alternativas à utilização de sal e da participação ativa dos participantes, sob supervisão, na sua elaboração. No final, irão usufruir do almoço preparado e será entregue um folheto informativo (incluída receita do *Chef* de renome a nível nacional) e amostras de ervas aromáticas, fornecidas pelas empresas parceiras, para promover a sua utilização.

No âmbito do *follow up*, será realizada uma segunda sessão um mês depois, em que será aplicado o questionário intermédio, para ser validada quer a aquisição de conhecimentos, quer a manifestação de intenção de adesão ou manifestação de adesão ao comportamento pretendido, sendo ainda aferidas as experiências vivenciadas por cada destinatário, no período que decorreu desde a primeira sessão. Esta sessão decorrerá nas instalações das entidades parceiras, dedicadas à promoção do envelhecimento ativo, conforme o local de inscrição dos participantes. No final da sessão, será entregue um livro de receitas compiladas, fornecidas pela autora de um livro de receitas confeccionadas sem adição de sal, incentivando a redução do seu consumo.

Após seis meses da primeira sessão, será realizado um último *follow up*, por via telefónica, com a aplicação de um questionário final, para verificar se os destinatários manifestam adesão ao comportamento e a intenção de continuar a mantê-lo e, perante os casos em que não ocorreu a mudança pretendida, permite averiguar se existe intenção de adesão ao comportamento.

3.2.9 Estimativa de custos

Os custos de um projeto são um fator preponderante para o seu sucesso, dado que a sua execução está intrinsecamente ligada à sua capacidade de financiamento. Segundo Tavares (1992), é essencial o levantamento detalhado de todos os recursos necessários, com o adequado custo estimado e financiamento assegurado.

Tabela 1

Orçamento

Custos diretos				
Recursos	Custos	Quantidade	Total	
Deslocações em viatura própria	0,36 Euros/Km	500	180 Euros	
Recursos humanos	<i>Pro Bono</i>	10h/mês	0 Euros	
	Papel	5 Euros	6 Resmas	30 Euros
	Material de escritório	10 Euros/mês	6 Meses	60 Euros

Recursos materiais	<i>Showcooking</i>	5 Euros	90 Refeições	450 Euros
	Amostras de produtos	2 Euros	90	180 Euros
	Receita do <i>Chef</i>	<i>Pro Bono</i>	1	0 Euros
	Livro de receitas	<i>Pro Bono</i>	1	0 Euros
Custo total				900 Euros
Custos indiretos				
Recursos		Custos	Quantidade	Total
Recursos físicos	Sala para apresentação da sessão	<i>Pro Bono</i>	1	0 Euros
Recursos materiais	Telecomunicações	8 Euros	1	8 Euros
	Computador	600 Euros	1	600 Euros
	Projetor	300 Euros	1	300 Euros
	Impressora	100 Euros	1	100 Euros
	<i>Toner</i>	150 Euros	1	150 Euros
Custo total				1158 Euros
Custo total do Projeto				2058 Euros

O Projeto “Do Sal o Menos”, apresenta custos diretos e custos indiretos, que serão suportados pelos diversos parceiros, sendo apresentado o orçamento na Tabela 1.

3.2.10 Indicadores e metas

Os indicadores permitem a mensuração daquilo que foi proposto nos objetivos, e podem classificar-se em dois tipos: de processo e de resultado. Os primeiros dizem respeito ao resultado das atividades efetivamente desenvolvidas em relação às inicialmente previstas, enquanto os segundos pretendem avaliar a alteração no problema de saúde ou a dimensão atual do mesmo (Melo, 2020).

Tabela 2

Indicadores de processo

Indicadores de processo		Metas
Nº total de parcerias estabelecidas	x 100	80%
Nº total de parcerias planeadas		31/12/2023
Nº total de reuniões realizadas	x 100	100%
Nº total de reuniões planeadas		31/12/2023
Nº total de sessões de educação para a saúde realizadas	x 100	80%
Nº total de sessões de educação para a saúde planeadas		31/07/2023
Nº total de inscrições realizadas	x 100	50%
Nº total de inscrições previstas		30/06/2023
Nº total de participantes presentes nas sessões de educação para a saúde realizadas	x 100	80%
Nº total de participantes inscritos nas sessões de educação para a saúde planeadas		31/07/2023
Nº total de folhetos informativos e amostras entregues	x 100	80%
Nº total de folhetos informativos e amostras previstos entregar		30/06/2023
Nº total de questionários finais aplicados	x 100	70%
Nº total de questionários finais previstos serem aplicados		31/12/2023

Tabela 3

Indicadores de resultado

Indicadores de resultado		Metas
$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de respostas corretas acerca do consumo adequado de sal obtidas no questionário}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas acerca do consumo adequado de sal obtidas no questionário}} \times 100$		50% 31/12/2023
$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de respostas corretas relativas às alternativas à utilização de sal obtidas no questionário}}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas relativas às alternativas à utilização de sal obtidas no questionário}} \times 100$		50% 31/12/2023
$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que manifestam intenção de aderir às alternativas ao consumo de sal}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes abrangidos pelo Projeto}} \times 100$		50% 31/12/2023
$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que manifestam aderir às alternativas ao consumo de sal}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes abrangidos pelo Projeto}} \times 100$		20% 31/12/2023
$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de participantes que manifestam adicionar sal no prato no final do Projeto}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes abrangidos pelo Projeto}} \times 100$		Reduzir 5% 31/12/2023

No Projeto “Do Sal o Menos” foram elaborados indicadores de processo (Tabela 2) e de resultado (Tabela 3).

3.2.11 Análise SWOT

A Análise SWOT é uma ferramenta estratégica que permite analisar a forma como os fatores internos e externos podem influenciar o adequado desempenho de um projeto, e possibilita ainda definir as relações entre os pontos fortes (*Strengths*) e os pontos fracos (*Weaknesses*), bem como as oportunidades (*Opportunities*) e as ameaças (*Threats*) do mesmo (Galvão, 2017).

Tabela 4

Análise SWOT

	Fatores positivos	Fatores negativos
Fatores Internos	Forças <ul style="list-style-type: none"> - Validação e pertinência da temática; - Coesão e motivação da equipa de gestão do Projeto; - Facilidade na inscrição por parte dos destinatários; - Realização de sessões de educação para a saúde para grupos de participantes; - Possibilidade de parcerias com entidades de diferentes áreas; - Sustentabilidade económica do Projeto. 	Fraquezas <ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilidade da equipa de gestão do Projeto face às agendas profissionais; - Dificuldade no cumprimento do cronograma de atividades; - Capacidade limitada do número de inscrições.

Fatores Externos	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento do índice de envelhecimento; - Aumento da literacia em saúde e maior motivação da comunidade para participar em iniciativas deste cariz; - Legislação reguladora do teor de sal nos alimentos; - Possibilidade de novas parcerias; - Reconhecimento da importância da temática do Projeto por parte dos parceiros; - Expansão e replicação do Projeto. 	<p>Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> - Custos de impressão do material; - Idade dos participantes, pela maior probabilidade de ocorrência de motivos impeditivos da sua participação; - Resistência à mudança devido à presença de hábitos enraizados; - Desmotivação dos participantes face à temática; - Baixa adesão dos destinatários ao Projeto; - Insuficiência económica e dificuldade na aquisição de alternativas ao sal; - Dificuldade na manutenção de parcerias e negociação de recursos.

A Tabela 4 apresenta a análise SWOT elaborada no decorrer do Projeto.

3.2.12 Gestão do risco

A gestão do risco de um projeto tem o propósito de potenciar as forças e a probabilidade e o impacto das oportunidades, e, para além disso, minorar as fraquezas e identificar as ameaças para reduzir a possibilidade da sua ocorrência e efeito (Pimenta, 2017).

Mediante a análise realizada, identifica-se como fraqueza do Projeto a sobrecarga dos horários e a agenda profissional da equipa de gestão, uma vez que pode comprometer a sua participação na execução do mesmo. É importante a existência de uma calendarização prévia dos diferentes horários de trabalho conforme as disponibilidades, assim como uma articulação e mobilização dos elementos em respostas às necessidades. Na impossibilidade de assegurar a agenda prevista, poderá existir necessidade de alterar a calendarização das atividades planeadas.

Relativamente a uma das possíveis ameaças, nomeadamente a dificuldade na manutenção de parcerias e negociação de recursos, poderá existir a possibilidade de estabelecer novas parcerias com diferentes entidades, para colmatar os custos inerentes e assegurar a execução do Projeto.

Outra ameaça identificada prende-se com a desmotivação dos participantes face à temática, o que pode comprometer a sua participação, pelo que a equipa de gestão do Projeto deverá analisar as possíveis causas e reestruturar o necessário, promovendo o seu interesse no Projeto.

A resistência à mudança devido à presença hábitos enraizados poderá também constituir uma ameaça, pelo que é fundamental manter o espírito inovador e criativo, ousando do pensamento crítico e reflexivo para colocar em prática novas estratégias e atividades que promovam a adoção do comportamento desejado.

Relativamente à possibilidade de insuficiência económica e dificuldade na aquisição de alternativas ao sal por parte dos participantes, será sugerido e incentivado o cultivo de ervas aromáticas no próprio domicílio, diminuindo os custos associados.

No que diz respeito à capacidade limitada do número de inscrições, a equipa de gestão do Projeto não tem forma de colmatar esta fraqueza, uma vez que se relaciona com as características das infraestruturas disponíveis, sem possibilidade de alteração. O mesmo se sucede com a idade dos participantes, tratando-se de uma ameaça inalterável.

3.2.13 Avaliação do Projeto

A avaliação é uma etapa crucial que permite compreender os sucessos e as lacunas identificadas no decurso do projeto, tratando-se de uma atividade contínua, dinâmica, cíclica e transversal a todas as etapas do planeamento em saúde (Rodrigues, 2021). Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter (Imperatori & Giraldes, 1982), tendo como finalidade o aperfeiçoamento do planeamento e dar visibilidade dos resultados a todos os intervenientes (Rodrigues, 2021).

A avaliação do presente Projeto ocorrerá após a sua implementação, remetendo-se aos objetivos, indicadores e metas previamente delineados, sendo possível aferir os efeitos das atividades

desenvolvidas, quando comparados os resultados dos questionários de avaliação intermédios e finais, com os iniciais.

O Projeto “Do Sal o Menos” terá calendarizados momentos de avaliação intercalar com os parceiros, com o intuito de identificar lacunas e reajustar aspetos que possam necessitar do estabelecimento de medidas corretivas.

O questionário de avaliação realizado no final da primeira sessão, o questionário intermédio e o questionário final permitem avaliar a aquisição e assimilação dos conhecimentos, a manifestação da intenção e da adesão à mudança de comportamento. Será ainda avaliada a satisfação relativamente à sessão de educação para a saúde, podendo, mediante as necessidades verificadas, ser reestruturada a intervenção.

A avaliação final será realizada pela equipa de gestão do Projeto e apresentada aos parceiros, aglutinando a avaliação dos indicadores de processo e de resultado, as lacunas identificadas, os aspetos a reestruturar e as sugestões para o futuro.

3.3 Questões éticas

Em Enfermagem a ética envolve os comportamentos e as ações relativas a conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, para promover as potencialidades da pessoa, e manter ou melhorar a sua condição (Rosenstock et al., 2011).

São definidos como princípios éticos essenciais: o respeito pelas pessoas, nomeadamente pelos seus direitos, pela sua autonomia, dignidade, promoção do bem-estar, honestidade e sinceridade; a justiça, concedendo-se igual oportunidade para todos, de forma equitativa, com os mesmos resultados para os grupos, sem se verificar discriminação, ou abuso; e a beneficência ou não maleficência, que se reflete no dever de cuidar, ao fazer o bem, na advocacia pelos incapazes e, conseqüentemente, na sua proteção, evitando o seu prejuízo, através da avaliação dos riscos inerentes (Thompson et al., 2004). Os autores definem ainda que as pessoas têm direito à verdade, assim como à privacidade física e à confidencialidade.

Segundo Stanhope e Lancaster (1999), no que concerne ao princípio da beneficência em saúde comunitária, este aplica-se quer para aumentar os benefícios e reduzir prejuízos decorrentes de um projeto ou programa para as comunidades, quer na sua análise custo-benefício. Em relação à autonomia, nesta área aplica-se através do respeito pela pessoa, proteção da sua privacidade, do consentimento informado e autodeterminação e identificação de incapacidade para agir autonomamente, garantindo assim a sua proteção.

Os cuidados de Enfermagem às comunidades são regidos por documentos reguladores do cumprimento dos direitos das pessoas, fundados em princípios éticos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Direito Constitucional da Saúde, os Direitos dos Utentes do SNS e o Código Deontológico. Enquanto profissão autorregulada, apresenta no Código Deontológico o seu quadro regulador normativo para o exercício profissional, assente no respeito pelos princípios éticos (Melo, 2020).

No artigo 97º do Código Deontológico do Enfermeiro, é considerado um dever deste profissional exercer de acordo com os conhecimentos científicos e técnicos mais adequados, para melhorar a qualidade dos seus cuidados, respeitando a vida, a dignidade da pessoa e a saúde e o bem-estar da população (Lei nº 156/2015), refletindo a importância do respeito pela dignidade humana, enquanto princípio inviolável, expresso na Declaração Universal dos Direitos do Homem (OE, 2007).

No que se refere ainda ao Código Deontológico é realçado no artigo 101º, que o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde e por responder às necessidades relativas a cuidados de enfermagem da comunidade, tendo o dever não só de conhecer as suas necessidades, como orientar para a solução dos problemas de saúde identificados na mesma, e colaborar com outros profissionais nesse processo (Lei nº 156/2015).

O Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialidade, partilha competências comuns no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, garantindo o

respeito pela deontologia profissional, pelos direitos humanos e os princípios éticos (Regulamento nº 140/2019).

Por se tratar de um Projeto de Intervenção Comunitária, estarão salvaguardados todos os pressupostos descritos, só podendo ser realizado após o consentimento informado, esclarecido e livre, uma vez que serão recolhidos dados pessoais, nomeadamente o nome e o contacto telefónico ou eletrónico, para a realização do *follow-up*, sendo assegurada a sua confidencialidade. Serão ainda pilares basilares desta iniciativa o respeito pelos participantes, garantida a justiça e a beneficência e não maleficência.

3.4 Limitações

Partindo de uma reflexão realizada no decurso da elaboração do Projeto de Intervenção Comunitária apresentado, foi possível identificar as suas limitações.

Um dos obstáculos vivenciados baseou-se na escolha de parceiros e na dificuldade no seu acesso devido a processos burocráticos. No decurso dos contactos efetuados com os possíveis parceiros, evidenciou-se a limitação de obtenção de resposta em tempo útil por um jornal regional e a recusa de colaboração por parte de uma empresa nacional. Também pelo facto de algumas colaborações serem diferentes das pretendidas inicialmente, motivaram a reestruturação do pensamento criativo, e assim o desenvolvimento das estratégias e das atividades apresentadas.

Outra limitação inerente ao planeamento de atividades relaciona-se com o limite máximo de participantes por sessão de educação para a saúde, estipulado para um máximo de 15 por sessão, pelas características das instalações da Escola Hoteleira parceira, o que limita a participação da totalidade das pessoas inscritas nas entidades parceiras, dedicadas à promoção do envelhecimento ativo, reduzindo assim a capacidade para 90 destinatários.

Considera-se que por o Projeto ter uma duração prevista de 13 meses, não possibilita uma avaliação efetiva da mudança de comportamento por parte dos participantes, uma vez que para o realizar, atendendo às fases do Modelo Transteórico da Mudança Comportamental de Prochaska e DiClemente, seria necessária uma reavaliação num período superior aos seis meses delineados para a avaliação final do Projeto.

3.5 Implicação expectável para a saúde

O modelo biomédico, dava primazia à prevenção secundária e terciária, gerando um sistema de saúde menos sustentável (Justo, 2010). Com a mudança de paradigma em saúde, evidencia-se a importância do papel do EEEEC, por ser detentor de conhecimentos e capacidades de interligação e complementaridade com outros serviços e entidades, visando a manutenção de promoção da saúde e prevenção da doença. É um profissional dotado de competências que lhe permitem contribuir para a prevenção de doenças crónicas, mantendo a comunidade ativa e com qualidade de vida, numa perspetiva de *continuum* de cuidados (OE, 2011).

O presente Projeto incide na prevenção primária, sendo expectável o empoderamento comunitário, para tornar as pessoas capacitadas e responsáveis pela sua própria saúde, traduzindo-se na melhoria do seu bem-estar, através da diminuição do risco de doenças (Carvalhosa et al., 2010).

Nesta linha de pensamento e ação, preconiza-se uma resposta mais eficaz às ameaças para a saúde, uma melhoria dos cuidados e de organização dos serviços (Justo, 2010).

O Projeto desenvolvido tem a possibilidade de poder ser expandido e de ser replicado futuramente noutras instituições e locais, com as necessárias reestruturações inerentes à especificidade de cada contexto.

É um Projeto inovador e crucial relativamente à temática na qual incide, com carácter multigeracional, para além de que os parceiros se constituem como entidades ligadas à formação e de referência na comunidade, o que poderá contribuir para o envelhecimento ativo. Incute a mudança de hábitos alimentares, nomeadamente a redução da adição de sal no prato, que deve ser substituído pelas diferentes alternativas sugeridas.

Com a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária “Do Sal o Menos”, ambiciona-se o aumento da literacia e uma mudança comportamental por parte dos destinatários. Com a sua expansão e a conseqüente abrangência de um número significativo de elementos da população-alvo, a expectativa é de, a longo prazo, obter-se uma inflexão do problema de saúde identificado como prioritário e, conseqüentemente, uma melhoria, a nível local, dos indicadores relacionados com a hipertensão arterial e outras patologias crónicas, nas quais o consumo excessivo de sal é um fator determinante.

4 CONCLUSÃO

A Enfermagem tem evoluído ao longo dos anos, possibilitando ao enfermeiro ser um profissional dotado de conhecimentos, identidade, autonomia e responsabilidade (Lima & Guimarães, 2020), para agir em prol da satisfação das necessidades identificadas nas populações, comunidades e pelas pessoas.

O consumo excessivo de sal tem persistido ao longo dos anos, verificando-se como problemático não só pelo setor da saúde, assim como para os dirigentes políticos. Têm sido desenvolvidos projetos e outras iniciativas para que se promova a sua utilização adequada, contudo, continua a ser fulcral investir nesta área, pelo seu impacto no desenvolvimento de patologias.

No decorrer da execução do Projeto foi possível constatar que existe consciencialização acerca deste problema, pelas várias entidades envolvidas, o que facilitou a sua receptividade em colaborar e participar.

O Projeto tem como alicerce a promoção da saúde, enquanto um dos componentes basilares das intervenções de enfermagem, sendo a educação para a saúde fundamental para o aumento da literacia e capacitação das pessoas para agir em prol do seu bem-estar, para a redução do consumo de sal e a adoção de estratégias que o substituam.

As sessões desenvolvidas permitirão ainda uma interação multigeracional, tornando os momentos de partilha mais enriquecedores e promotores da mudança comportamental. O *follow up* possibilitará um acompanhamento de todo o processo, em que os participantes conseguirão ter um contacto regular com a equipa de gestão do Projeto.

Considera-se que a implementação deste Projeto será uma mais-valia para a comunidade, pelo facto de ter sido concebido mediante um dos seus problemas identificados, delineando-se estratégias cativantes para os participantes se envolverem e manifestarem intenção de mudança comportamental.

Numa fase inicial preconiza-se a sua implementação num período temporal de 13 meses, no entanto, deverá ocorrer uma avaliação posterior para que seja validada a mudança efetiva do comportamento e, se frutífero, sugere-se a continuidade desta iniciativa, replicando-a para mais destinatários e associada a outros projetos, nomeadamente para a diminuição do risco de desenvolvimento de diversas patologias.

5 REFERÊNCIAS

- Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (s.d.). «*Sabor sem saleiro à mesa*» é a nova campanha de saúde pública da ARS Algarve. Consultado a 06 de outubro de 2022 em <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/noticias/sabor-sem-saleiro-a-mesa-e-a-nova-campanha-de-saude-publica-da-ars-algarve/>
- Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. Departamento de Saúde Pública e Planeamento. (2022). *Sistema de Informação das ARS*.
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2018). *Aromatizar saberes: ervas aromáticas e salicórnia*. (E-Book nº. 49). Associação portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/E-BOOK_ AROMATIZAR_ SABERES_ FINAL_.pdf
- Carvalho, S. F., Domingos, A. M., & Sequeira, C. F. N. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII),479-490. https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6152/1/2010_28%283%29_479.pdf

- Contreras, J. (2021). Valor simbólico e cultural do sal. In A. Cristovão, C. Gonçalves, D. M. Santos & F. S. B. Brito (Eds.), *Consumo humano de sal: da história à construção de equilíbrios – II seminário ibero americano história e cultura da alimentação*, (pp. 8-14). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. https://www.researchgate.net/publication/357649822_Consumo_Humano_de_Sal_da_historia_a_construcao_de_equilibrios
- CUF & Pingo Doce. (s.d.). *Menos Sal Portugal*. Consultado em outubro, 6, 2022 em <https://menossalportugal.pt/>
- Despacho nº 404/2012, de 13 de janeiro. *Diário da República*, 2.ª série, nº 10. Ministério da Saúde.
- Despacho nº 6401/2016, de 16 de maio. *Diário da República*, 2.ª série, nº 94. Ministério da Saúde.
- Despacho nº 7516-A/2016, de 6 de junho. *Diário da República*, 2.ª série, nº 108. Ministério da Saúde.
- Despacho nº 11418/2017, de 29 de dezembro. *Diário da República*, 2.ª série, nº 249. Ministério das Finanças. Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural e Mar.
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). Programa Nacional de Promoção da Alimentação. *Sal*. Consultado em outubro, 4, 2022 em <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/nutriente/sal/>.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030*. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf
- Duke, R. (s.d.). *What is a Work Breakdown Structure?*. Consultado em outubro, 25, 2022 em <https://www.workbreakdownstructure.com/>
- Esteves, C. S. S. (2013). *Determinantes psicológicos da motivação para a mudança de hábitos alimentares em pessoas com excesso de peso* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9489/1/ulfpie044701_tm.pdf
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. PORDATA. Consultado em agosto, 13, 2022 em [https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)
- Galvão, E. (2017). *Análise SWOT*. Multisaúde. Consultado em outubro, 14, 2022 em <https://multisaude.com.br/artigos/analise-swot/>
- Gonçalves, C. (2021). Consumo de sal no ciclo de vida e particularidades do consumo em grupos da comunidade. In A. Cristovão, C. Gonçalves, D. M. Santos & F. S. B. Brito (Eds.), *Consumo humano de sal: da história à construção de equilíbrios – II seminário ibero americano história e cultura da alimentação*, (pp. 27-31). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. https://www.researchgate.net/publication/357649822_Consumo_Humano_de_Sal_da_historia_a_construcao_de_equilibrios
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde* (2ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física. (s.d.). *Contributo de alimentos para a ingestão de sódio*. IAN-AF. Consultado em outubro, 4, 2022 em <https://ian-af.up.pt/contributo-alimentos-para-ingest-sodio>
- Justo, C. (2010). A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção a saúde. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28 (2), 117-118. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902510700018>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Lusodidacta.

- Laverack, G. (2014). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Tradução de Pedro Melo. Universidade Católica Editora.
- Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República*, 1ª série, nº 181. Ministério da Saúde.
- Lei nº 75/2009, de 12 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, nº 155. Ministério da Saúde.
- Lima, V. S. M. & Guimarães, R. F. (2020). Enfermagem: arte ou ciência? *Revista da Jopic*, 3 (6), 23-29.
- Lopes, A. C. F., Pereira, C. S. S., Fernandes, F. L., Valente, L. C., Valadão, A. F., Abreu, M. N. S. & Motta, P. G. (2015). Prevalência de alterações gustativas em idosos em uso crónico de fármacos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 9 (4), 132-137. 10.5327/Z2447-2115201500040002
- Ludwig, M. W. V., Dutra, N. S., Boff, R. M., Feoli, A. M. P., Gustavo, A. S., Macagnan, F. E. & Oliveira, M. S. (2021). Protocolo de intervenção baseada no modelo transteórico de mudança de comportamento para síndrome metabólica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Melo, P. M. A., Da Silva, R. C. G. & Figueiredo, M. H. S. J. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (19), 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Nutrition UP65. (s.d.). *Estratégias nutricionais para uma demografia envelhecida*. Consultado a 07 de outubro de 2022 em <https://nutritionup65.up.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual – enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enunciado de Posição - Consentimento Informado*. OE. Consultado a 03 de novembro de 2022 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Consultado em outubro, 5, 2022 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Paula, R. S., Colares, F. C. J., De Toledo, J. O. & Nóbrega, O. T. (2008). Alterações gustativas no envelhecimento. *Revista Kairós*, 11 (1), 217-23. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-605526>
- Peçanha, C. A. & Philyppis Jr., N. J. (2019). Gestão de stakeholders em projetos públicos: Implicação de aplicativo hospitalar em hospital de ensino público. *Revista boletim do gerenciamento*, (5). 30 – 40. <https://nppg.org.br/revistas/boletimdogerenciamento/article/view/156/160>
- Pimenta, D. J. L. (2017). *A gestão do risco em gestão de projetos. Caso de estudo*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Engenharia de Lisboa]. Repositório científico. <http://hdl.handle.net/10400.21/8307>
- Priberam. (s.d.). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Consultado em novembro, 2, 2022 em <https://dicionario.priberam.org/do%20mal,%20o%20menos>.
- Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República*, 2ª série, nº 26. Ministério da Saúde.
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. Ordem dos Enfermeiros.
- Rodrigues, F. M. (2021). *A saúde planeada: metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.

- Rosenstock, K. I. V., Soares, M. J. G. O., Dos Santos, S. R. & Ferreira, A. S. M. (2011). Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 16 (4), 727-733. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.25444>
- Santos, M., Nascimento, A. C., Santiago, S., Gama, A. C. & Calhau, M. A. (2016). O sal na alimentação dos portugueses. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Observações _ Boletim Epidemiológico* (8), (17-20). <https://www.insa.min-saude.pt/artigo-o-sal-na-alimentacao-dos-portugueses/>
- Serra, M. G. M. V. (2015). *Relatório de estágio de intervenção comunitária* [Relatório de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14988/1/ESSTFC572.pdf>
- Silva, A. C. S. & Dos Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 19, (4) ,745- 753.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed.). Lusociência.
- Tavares, A., (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ª ed.) Ministério da Saúde.
- Teles, C. V. (2019). *A perceção de comportamentos saudáveis numa comunidade educativa* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31249>.
- Thompson, I. E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. (2004). *Ética em enfermagem* (4ª ed.). Lusociência.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization. Consultado em outubro, 9, 2022 em <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.
- World Health Organization. (2013). *Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region*. Consultado em outubro, 2, 2022 em https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region.pdf
- World Health Organization. (2017). *Tackling NCDs: best buys*. Consultado em outubro, 9, 2022 em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>