

**Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Comunitária**

Relatório de estágio

**PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE:
PREVENÇÃO DA DIABETES *MELLITUS* TIPO 2
NOS IDOSOS**

Ana Cristina Almeida Sousa Veiga

**Lisboa
2020**



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária
Relatório de estágio

PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE:
PREVENÇÃO DA DIABETES *MELLITUS* TIPO 2
NOS IDOSOS

Ana Cristina Almeida Sousa Veiga

Orientador: Prof.^a Doutora Lourdes Gil Patrício Varandas
Co-Orientador: Sem Co-Orientador

Lisboa
2020

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a um conjunto de pessoas que cruzaram o caminho que percorri e que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que eu conseguisse completar esta etapa da minha vida.

Agradeço ao Srº Enfermeiro Alfredo Laureano por me ter recebido com tanta simpatia, disponibilidade e por toda a confiança em mim depositada. Agradeço à minha orientadora, Sra. Professora Lourdes Varandas, pelas sábias sugestões e pela tranquilidade que sempre transmitiu. Aos idosos do Centro de Dia da SCML, que participaram no projeto, um agradecimento especial pelas partilhas de vida e emoções. Foi muito enriquecedor e um privilégio conhecê-los. Agradeço à Dra. Cristina Vaz Almeida, por todas as referências bibliográficas que me facultou e que serviram de suporte a grande parte do meu estudo, pelas respostas quase imediatas às minhas dúvidas e pela motivação dada ao longo deste trabalho.

Agradeço a um alguém que me é muito especial, por toda força, todo o suporte, pela confiança e por nunca ter saído do meu lado. Obrigada por acreditares em mim.

Dedico à minha amiga Graça uma gratidão especial. Sem ti, não teria conseguido. E tudo, agradeço à minha família, em especial aos meus filhos, Tiago, Catarina e Rita. Foi também por vocês que cheguei aqui.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ADA – *American Diabetes Association*

APA – *American Psychiatric Association*

CDC – *Center of Disease Control*

CDNSA – Centro de Dia da Nossa Senhora dos Anjos

DGES – Direção-Geral dos Estudos Superiores

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DMT2 – *Diabetes Mellitus* Tipo 2

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

EPS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EU – União Europeia

EUA – Estados unidos da América

H – Homem

HLS-EU-PT – *European Health Literacy Survey in Portugueses*

IDF – *Internacional Diabetes Federation*

IMC – Índice de Massa Corporal

LS – Literacia em Saúde

M - Mulher

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

P.Ab. – Perímetro Abdominal

PIB – Produto Interno Bruto

PNPAF – Plano Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNPCD – Programa Nacional para Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PS – Promoção da Saúde

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USSC – Unidade de Saúde do Castelo

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Nos últimos anos, tem-se vindo a registar um aumento gradual da incidência e prevalência da diabetes *mellitus* tipo 2 que afeta 415 milhões de pessoas no mundo, com previsão de 642 milhões em 2040. Em Portugal, mais de 1 milhão de pessoas sofre desta doença, com subida da prevalência de 23% entre os 65 e os 74 anos de idade. A literacia em saúde assume um papel determinante na gestão, controlo e prevenção das doenças em geral. Contudo, reveste-se de especial importância em algumas patologias, quer pelo nível de cronicidade, quer pelas repercussões que tem na qualidade de vida das pessoas, como é o caso da diabetes *mellitus* tipo 2. Efetivamente, os níveis de literacia em saúde influenciam diretamente a qualidade de vida das populações em geral, e sobretudo nas populações de idosos. O presente projeto de intervenção comunitária decorreu num Centro de Dia da SCML com a finalidade de promover a literacia em saúde num grupo de idosos, com intervenção nos fatores de risco para a prevenção desta doença. Recorremos à metodologia do planeamento em saúde, ao Modelo Conceptual Integrado de Literacia em Saúde e ao Modelo do *Empowerment*. Os dados foram recolhidos com recurso à aplicação do questionário HLS-EU-PT, do questionário sociodemográfico junto da amostra selecionada - um grupo de idosos -, bem como entrevistas semiestruturadas aos cuidadores envolvidos neste contexto. A estratégia de intervenção adotada, a Educação para a Saúde, foi sustentada por técnicas pedagógicas que estimulam a capacitação da pessoa idosa, promovendo o seu *empowerment*.

Palavras-chave: literacia em saúde, prevenção, diabetes *mellitus* tipo 2, idosos, enfermagem comunitária

ABSTRACT

In recent years, there has been a gradual increase of the incidence and prevalence of diabetes mellitus type 2, affecting 415 million people worldwide, and likely to reach 642 million in 2040. In Portugal, more than 1 million people suffer from the disease, with an increasing prevalence of 23% between 65 and 74 years of age. Health literacy plays a key role on the management, control and prevention of diseases in general. However, it is of particular importance in the case of some pathologies, both due to their level of chronicity, and to the impact on people's quality of life, such as the case of diabetes mellitus type 2. In fact, health literacy levels directly influence the quality of life of populations in general, and of elderly people in particular. The present community intervention project took place in a SCML Day Care Centre, with the purpose of promoting health literacy within a group of elderly people, through intervention in risk factors, aiming at the prevention of the disease. We have used the methodology of health planning, the Integrated Conceptual Model of Health Literacy and the Empowerment Model. A questionnaire survey has been carried out and data have been collected by using HLS-EU-PT and sociodemographic questionnaires, addressed to the selected sample - elderly group -, as well as semi-structured interviews addressed to the caregivers involved in this context. The intervention strategy adopted, Health Education, was supported by educational strategies which stimulate the elderly skills development, promoting their empowerment.

Keywords: health literacy, prevention, diabetes mellitus type 2, elderly, community nursing,

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. LITERACIA EM SAÚDE: DIABETES MELLITUS TIPO 2	13
1.1. Literacia em saúde	13
1.2. Modelo conceptual de literacia em saúde	14
1.3. Dados epidemiológicos da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	16
1.4. Fatores de risco da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	18
1.5. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1. O Modelo do <i>Empowerment</i>	21
2.2. Literacia em saúde e o <i>Empowerment</i>	22
3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	24
3.1. Diagnóstico de situação	24
3.1.1. Local de intervenção: contexto	24
3.1.2. População alvo e amostra	25
3.1.3. Procedimentos éticos	26
3.1.4. Processo de colheita de dados	27
3.1.5. Caracterização da amostra e dos entrevistados	30
3.1.6. Análise de conteúdo	32
3.1.7. Análise e discussão dos resultados	36
3.2. Identificação e priorização dos problemas	39
3.2.1. Diagnóstico de situação, segundo a taxonomia CIPE [®]	40
3.3. Fixação de Objetivos	41
3.4. Seleção de estratégias	43
3.5. Preparação operacional	44
3.6. Avaliação	48
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	53
5. CONCLUSÃO	55
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Tabela das subdimensões da literacia em saúde	
APÊNDICE II - Scoping Review	
APÊNDICE III - Consentimento informado	
APÊNDICE IV - Cronograma de atividades	

APÊNDICE V - Tratamento de dados	
APÊNDICE VI - Questionário sociodemográfico	
APÊNDICE VII - Grelhas de observação.....	
APÊNDICE VIII - Guião de entrevista das funcionárias da copa.....	
APÊNDICE IX - Guião de entrevista dos profissionais responsáveis pela atividade física	
APÊNDICE X - Transcrição das entrevistas dirigidas às funcionárias da copa .	
APÊNDICE XI - Transcrição das entrevistas dirigidas aos profissionais responsáveis pela atividade física	
APÊNDICE XII - Análise de conteúdo	
APÊNDICE XIII - Método de Plano Biscaia.....	
APÊNDICE XIV - Cronograma do programa operacional	
APÊNDICE XV - Sessão de divulgação dos resultados do diagnóstico de situação	
APÊNDICE XVI - Sessões de Educação para a saúde	
APÊNDICE XVII - Atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes	
APÊNDICE XVIII - Sessão de educação para a saúde aos prestadores de cuidados dos idosos	
APÊNDICE XIX - Guia para escolhas saudáveis	
APÊNDICE XX - Sessão informativa dos conteúdos das sessões para os profissionais.....	
APÊNDICE XXI - Cartazes informativos	
ANEXOS	
ANEXO I - Autorização da aplicação do questionário HLS-EU-PT	
ANEXO II - Autorização autorizações para implementação do projeto	
ANEXO III - Questionário HLS-EU-PT	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo Conceptual Integrado de Literacia em Saúde.....	15
Figura 2.	<i>Empowerment</i> do paciente.....	23

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação das áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo/entrevistas funcionárias da copa.....	32
Quadro 2.	Apresentação das áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo/entrevistas responsáveis atividade física.....	34
Quadro 3.	Problemas identificados, após o tratamento de dados.....	39
Quadro 4.	Problemas prioritários segundo o Método Plano Biscaia.....	40
Quadro 5.	Resultados referentes aos indicadores de atividade ou execução.....	49
Quadro 6.	Resultados referentes aos indicadores de Resultado ou impacte.....	51

INTRODUÇÃO

A escolha desta temática resulta de uma reflexão sobre o facto de, nas últimas quatro décadas (Simonds, 1974), a literacia em saúde (LS) ter vindo a assumir um lugar proeminente na capacitação do cidadão e na melhoria dos resultados em saúde. A LS é definida pela *World Health Organization* (1998) como “o conjunto de competências cognitivas e sociais, e a capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e usarem informação para que promovam e mantenham uma boa saúde” (p. 10). A LS é um elemento essencial para a saúde e bem-estar dos indivíduos, assim como da comunidade em geral (Gazmararian et al., 2005), é determinante nos resultados da saúde (*Canadian Council on Learning*, 2007), abrangendo todo o ciclo de vida do indivíduo. A literatura refere que indivíduos com baixa LS apresentam menor capacidade de compreender a informação fornecida pelos profissionais e de utilizar os serviços de saúde no cumprimento das indicações prescritas (Pedro et al., 2016). Esta situação agrava-se nos grupos etários dos idosos e, face à mudança demográfica que atualmente ocorre a nível mundial - envelhecimento global - torna-se fundamental uma reformulação da informação e uma reorganização dos serviços de saúde, aspetos prioritários na obtenção de melhorias na saúde dos grupos referidos (CDC, 2011). É ainda importante referir que estudos realizados nos Estados Unidos da América pelo *Institute of Medicine* e pela *American Medical Association* demonstram uma forte ligação entre a literacia e o nível de educação na saúde (Pedro et al., 2016).

Seguindo o alinhamento internacional que se consolida em torno da importância da LS, o Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2015), estendido até 2020, atualiza quatro eixos estratégicos que transitaram do PNS anterior, nomeadamente: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis. O plano centra-se na melhoria da saúde, no bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde. As suas prioridades estratégicas são: (i) investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; (ii) combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; (iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; (iv) desenvolver comunidades resilientes e

ambientes protetores.

O presente relatório resulta do projeto de intervenção comunitária, realizado entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, num centro de dia da área de Lisboa, com a finalidade de promover a literacia em saúde nos idosos, intervindo nos fatores de risco para a prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2. Baseámos a nossa intervenção no Modelo do *Empowerment*, por ser este que melhor se adapta à promoção da literacia em saúde. Para a consecução deste projeto foi utilizado o Processo de Planeamento em Saúde, que permite de forma fundamentada intervir na comunidade tendo em vista alterar o estado de saúde das populações e comunidades (Imperatori e Giraldes, 1993). A população alvo da intervenção, constituída pelos idosos do centro de dia, resultou numa amostra de 22 indivíduos, através de uma seleção por conveniência. Tendo em conta a natureza da intervenção a desenvolver, optámos por uma abordagem metodológica de método misto no qual se combina a pesquisa quantitativa e a qualitativa (Teddle & Yu, 2007, p. 77). Entendemos assim, que a utilização de vários métodos e fontes (Triangulação) permite aumentar o rigor, complexidade e riqueza da compreensão do objeto em estudo (Serrano, 2004; Denzin & Lincoln, 2006). Se, por um lado, a caracterização do nível de LS dos idosos nos remete para uma abordagem quantitativa, por outro, o conhecimento dos hábitos alimentares e de atividade física dos mesmos apela ao uso de metodologias qualitativas. Vários autores (Serrano, 2004; Denzin & Lincoln, 2006; Fortin, 2009) referem que uma abordagem mista possibilita a complementaridade entre os métodos e uma melhor compreensão da temática em estudo. Desta forma, faremos uso de ambas as metodologias de forma complementar, utilizando como método de recolha de dados, o questionário, a observação estruturada, análise documental e a entrevista semiestruturada.

O trabalho organiza-se em torno de cinco capítulos: o primeiro consiste no enquadramento teórico, explorando as vertentes da literacia em saúde, o modelo conceptual da LS, epidemiologia da DMT2, os fatores de risco e a importância da intervenção do enfermeiro especialista na Promoção da Saúde (PS); o segundo é dedicado ao Modelo do *Empowerment* que sustenta a intervenção; o terceiro refere-se à metodologia do planeamento em saúde; o quarto é reservado às competências desenvolvidas durante o estágio e por último a conclusão. O presente trabalho foi realizado segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL (2018), incluindo as Normas APA e o novo acordo ortográfico.

1. LITERACIA EM SAÚDE: DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

1.1. Literacia em saúde

Atualmente, a abrangência e a complexidade da área de saúde, aliada ao aumento incontornável da quantidade e diversidade de informação disponível acerca desta temática e de tudo o que a envolve, exige uma adaptação significativa do papel dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (CDC, 2014). Neste sentido, a LS é entendida como um pilar fundamental para a capacitação das pessoas, habilitando-as a serem capazes de processar e compreender e a usar as informações necessárias e, conseqüentemente, a tornarem-se parte integrante no processo de tomada de decisão.

A educação tem sido uma componente essencial para promover a saúde e prevenir doenças ao longo deste século. O conhecimento sobre estilos de vida saudável e prevenção configura-se como um contributo importante para a LS. No entanto, para além do domínio do conhecimento, é necessária a sua compreensão e interpretação por parte dos destinatários, de forma a produzir ações conducentes à adoção de estilos de vida saudável (DGS, 2016). O conceito de LS surge pela primeira vez nos anos 70 (Simonds, 1974) e só em meados dos anos 80 são desenvolvidas as primeiras pesquisas no Canadá, na sequência do relatório Lalonde (1974) que marca o começo de uma nova etapa para a saúde pública, sendo esta uma questão cada vez mais reconhecida nas políticas europeias da saúde (Pedro et al., 2016; Sørensen et al., 2012). Nos EUA, realizam-se vários estudos que culminam em 1993 com o *National Adult Literacy Survey*: NALS (Jungeblut, et al. 2002). O primeiro estudo internacional de literacia (Canadá) é realizado dois anos depois, em 1995, o *International Adult Literacy Survey* (IALS) (Kirsch, 2001; Coulombe et al., 2004), usando uma abordagem semelhante à do *National Adult Literacy Survey* em que os dados mostram que quase 50% da população tem baixa literacia (incluindo a LS).

O marco mais recente de avaliação da LS a nível europeu ocorreu em 2014 com a aplicação do questionário europeu de LS, nos domínios dos cuidados de saúde, prevenção e PS, em que Portugal acabou de participar, mas de forma indireta. Segundo os resultados do inquérito sobre LS obtidos em Portugal em 2016, comparativamente aos países participantes no *Health Literacy Survey* EU em 2014,

Portugal é o país com menor percentagem de pessoas com nível excelente de LS (8,6%) por referência a uma média Europeia de 16,5%. O mesmo estudo identificou também grupos muito vulneráveis na área da PS, em que 60% das pessoas registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” (DGS, 2019). Verifica-se que a LS tem ganho notoriedade na agenda europeia relativamente ao estímulo do papel ativo do indivíduo na PS e prevenção da doença (Pedro et al., 2016). Em Portugal, a promoção da LS constitui também um caminho claro para a melhoria dos cuidados de saúde e definição de políticas de saúde adaptadas à população, como é referido no PNS (DGS, 2015).

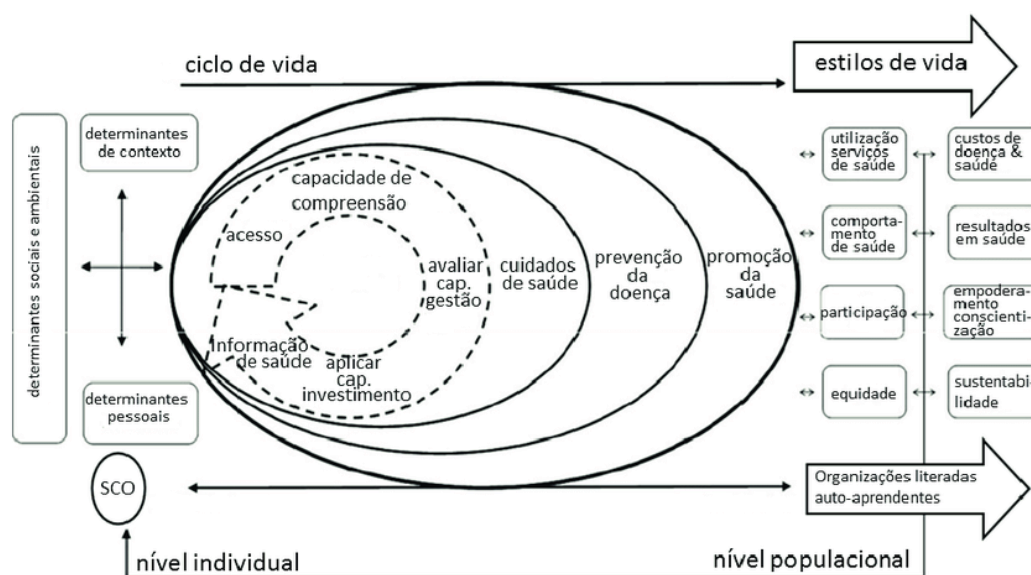
Sabe-se, hoje em dia, que um nível inadequado de LS representa elevados custos para o sistema de saúde (Loureiro et al., 2014; Sørensen et al. 2012). Assim, compreende-se que no caso de patologias com fatores de risco modificáveis que implicam a autogestão da doença, como por exemplo a obesidade, as doenças cardiovasculares e a diabetes, a baixa literacia constitui-se com fator de risco relevante (Huinzinga et al., 2009). Neste contexto, a urgência de capacitar os indivíduos participantes no processo de saúde, nas vertentes de cuidados, promoção, prevenção e reabilitação, exige um olhar renovado sobre os profissionais e sobre os indivíduos, que permita atribuir-lhes mais competências, mais confiança e conhecimentos (Almeida, 2018).

1.2. Modelo conceptual de literacia em saúde

A LS diz respeito aos conhecimentos e às competências dos indivíduos para dar resposta às complexas necessidades da saúde na sociedade contemporânea. Embora a sua importância tenha um reconhecimento crescente, não se chegou ainda um consenso sobre a sua dimensão conceptual, fator que impõe limites à medição e à comparação (Sørensen et al., 2012). De uma revisão sistemática da literatura, realizada por Sørensen et al. (2012), a dezanove publicações sobre o conceito de LS, resultaram dezassete definições. Após a análise do conteúdo das definições, verificou-se a existência de seis grupos. A saber: (i) competência, habilidade, capacidade; (ii) ações; (iii) informação e recursos; (iv) objetivo; (v) contexto; (vi) tempo. A partir da análise destes grupos, foi desenvolvido um modelo contendo as doze dimensões inerentes ao conhecimento, motivação e competência de aceder e compreender, avaliar e aplicar a informação relativamente à saúde,

prevenção de doenças e promoção da saúde, plasmado no modelo conceptual integrado de LS de Sørensen et al (2012). O modelo (ver figura 1) combina as qualidades de um modelo conceptual que esboça as principais dimensões de instrução em saúde, e de um modelo lógico no qual estão representados os fatores proximais (determinantes pessoais e situacionais) e distais (fatores sociais e determinantes ambientais) que têm impacto na LS, assim como a sua ligação com os resultados em saúde numa perspetiva contínua no ciclo de vida da pessoa.

Figura 1. Modelo Conceptual Integrado de Literacia em Saúde



Fonte: (Sørensen et al., 2012, p. 9).

O núcleo do modelo agrega as competências implícitas do processo de acesso compreensão, apreciação e aplicação da informação sobre a saúde. Em sentido estrito, este tipo de competências refere-se a: (i) aceder, enquanto capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; (ii) compreender, a capacidade de compreender as informações de saúde às quais teve acesso; (iii) avaliar, ou seja, a capacidade de interpretar, filtrar, jogar e avaliar as informações no âmbito da saúde; (iv) aplicar, reporta-se à capacidade de comunicar e de usufruir das informações que permitem uma tomada de decisão relativamente à manutenção e à melhoria da sua saúde (Sørensen et al., 2012, p.10). Este modelo distingue os três domínios de LS: cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde que, combinados com as quatro competências referidas anteriormente, originam uma matriz com 12 células em que cada uma delas pode ser compreendida

à luz de uma teoria sustentada nas subdimensões teóricas da LS. As respetivas subdimensões encontram-se referidas na tabela no Apêndice I.

O modelo conceptual subjacente a estes domínios representa, por um lado, a perspetiva centrada no indivíduo e, por outro, centrada na população, estando assim integrada uma conceptualização clínica da LS combinada com uma visão mais ampla da saúde pública. O paradigma pode servir de base ao desenvolvimento de intervenções que visem o contributo da promoção da LS baseado nas suas dimensões dentro dos serviços de saúde, prevenção de doenças e da PS (Sørensen et al, 2012). O modelo serviu de base para a construção do projeto de HLS-EU que posteriormente originou a estruturação do questionário HLS-EU com a sua aplicação em Portugal (Espanha et al., 2016; Pedro et al., 2016; Saboga-Nunes, 2014). Tendo em conta os pressupostos teóricos da LS, consideramos importante a abordagem num projeto que contribui para a mudança de comportamentos, através da PS na prevenção da DMT2.

1.3. Dados epidemiológicos da diabetes *mellitus* tipo 2

A diabetes constitui-se como uma das principais doenças crónicas que afeta populações em todos os países, representando não só um problema individual ou familiar, mas um problema de saúde pública, com forte impacto na qualidade de vida das pessoas. Nos últimos, anos tem-se assistido a um aumento crescente da incidência e prevalência da DMT2 que afeta já 415 milhões de pessoas no mundo, com previsão de subida para 642 milhões em 2040 (OND, 2015). A prevalência da DMT2 em Portugal é muito elevada, sendo que a referência no relatório da OCDE o classifica como um dos países com taxa mais alta da Europa (DGS, 2017). Em 2015, a prevalência estimada da DMT2 na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes (OND, 2015; DGS, 2017). De acordo com este relatório, verifica-se a existência de um forte aumento da prevalência com a idade, particularmente na faixa etária dos 65-74 anos com uma prevalência de 23% (DGS, 2017) assim como a presença de uma diferença estatisticamente significativa entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%) (OND, 2015). A DMT2 é a forma mais comum da doença e surge maioritariamente em adultos. No entanto, a IDF (2015) dá conta do aparecimento de

um número crescente de casos em crianças e adolescentes, geralmente em pessoas com histórico familiar de diabetes associado à ausência de hábitos de vida saudável. Observa-se a existência de uma relação entre o índice de massa corporal (IMC) e a diabetes, sendo que cerca de 90% da população com diabetes apresenta excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%), constituindo este um fator determinante para o desenvolvimento da doença (OND, 2015; IDF, 2015; ADA, 2019). Em 2015, verificou-se em Portugal que, embora o número de utentes internados/saídos dos hospitais do SNS nos quais a diabetes se assumia como principal diagnóstico tenha vindo a diminuir significativamente nos últimos anos (-2,79% entre 2009 e 2015), tem-se observado uma dinâmica de crescimento acentuada relativamente ao número de utentes nos quais a diabetes surge como diagnóstico secundário com um aumento de 82,7% entre 2006 e 2015 (OND, 2015). O último relatório do OND (2015) dá conta de gastos entre 1300 e 1500 milhões de euros com a diabetes, o que representa 8% a 10% das despesas com a saúde e 0,7% a 0,9% do Produto Interno Bruto (PIB) português em 2014. Para além dos gastos com a saúde, a perda de produtividade, de rendimento e custos económicos em geral relevam igualmente para o impacto da doença. Ainda que os dados evidenciados na mortalidade pela diabetes se encontrem muitas vezes subestimados, esta doença assume um papel significativo nas causas de morte, tendo estado na origem de 4,0% das mortes ocorridas em 2015 (OND, 2015; ADA, 2019). Apesar de ser designada como “epidemia” do século XXI, a diabetes foi formalmente reconhecida em 1989 na Declaração de *St. Vincent* como um grave problema de saúde que atinge todas as faixas etárias a nível mundial, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para a reorganização dos cuidados de saúde, com especial investimento na prevenção (DGS, 2008).

1.4. Fatores de risco da diabetes *mellitus* tipo 2

A saúde e em particular o desenvolvimento de doenças estão intimamente ligados aos comportamentos adotados pelos indivíduos, sendo que alguns se encontram associados às principais causas de morte (Campos et al., 2000). No entanto, esses mesmos comportamentos são passíveis de modificação, à semelhança da realidade dos fatores modificáveis na prevenção da DMT2 (OMS,1986). Segundo o PNPCD (DGS, 2008), sabe-se que existe um risco acrescido de desenvolver diabetes nos indivíduos que são portadores de um ou mais dos seguintes fatores de risco: excesso de peso ($IMC \geq 25$), obesidade ($IMC \geq 30$) obesidade central ou visceral (perímetro abdominal $H \geq 94$ cm e $M \geq 80$ cm), idade ≥ 45 anos, história familiar, diabetes gestacional, antecedentes de doença cardiovascular prévia /hipertensão arterial, dislipidemia, anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose. Associado ao risco de desenvolver a diabetes, emerge um conjunto de fatores ligado aos estilos de vida (WHO, 2016), adotados pelo indivíduo e pela população em geral que normalmente são influenciados pelos determinantes sociais da saúde, económicos e culturais (OMS,1986). Assim sendo, os fatores de risco da diabetes podem ser fatores etiológicos não modificáveis, nomeadamente a genética e o envelhecimento populacional, e fatores etiológicos modificáveis, como os hábitos alimentares e de atividade física (WHO, 2016). Campos et al (2005) referem ainda que os fatores ambientais e sociais também exercem a sua influência relativamente ao aumento do desenvolvimento de doenças crónicas. Vários estudos, tais como o *Finnish Diabetes Prevention Study* (Jaana et al., 2001); Tuomilehto et al (2001) e Viveiros et al (2015), demonstram que o aparecimento da doença pode ser retardado ou até mesmo prevenido por meio da alteração dos hábitos alimentares e da prática de atividade física apesar da predisposição genética para a doença e da presença de fatores de risco para o seu desenvolvimento. Em 2010 Unwin Whiting, & Roglic, realizaram um estudo que veio demonstrar que a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física regular e consequentemente a perda de peso, podem levar a uma diminuição em 60% da incidência da DMT2. Sendo os estilos de vida um dos determinantes da saúde, torna-se necessário a implementação de ações efetivas com foco nas estratégias de PS e de prevenção, particularmente para os grupos de maior risco de desenvolvimento desta doença (Candido et al., 2017).

1.5. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Saúde

A PS foi definida como sendo, “o processo de capacitação dos indivíduos para aumentar o seu controlo sobre a saúde para que possam com os seus próprios recursos melhorá-la” (OMS,1986, p.1). Esta baseia-se em dois pilares: 1) nos comportamentos do dia-a-dia e 2) no contexto onde estamos inseridos. Ambos detêm um impacto significativo na vida e saúde, ou seja, a saúde dos indivíduos é por eles fortemente influenciada. A PS direciona-nos para o conceito central de saúde definida e entendida de uma forma ampla como “o bem-estar físico, mental, social, mais do que a mera ausência de doença” (WHO, 1989), ou seja, a PS está muito para além da mera prevenção de doenças. As recomendações iniciais surgem em 1986, no Canadá, durante a conferência internacional sobre PS. Nesta ocasião, foi apresentada a Carta de Ottawa, um documento orientador para garantir a Saúde para Todos. O documento definiu cinco áreas de ação para promover a saúde: (i) Construir políticas públicas saudáveis; (ii) Criar ambientes favoráveis; (iii) Reforçar a ação comunitária; (iv) Desenvolver competências pessoais; (v) Reorientar os serviços de saúde. Relativamente à PS, já na altura se valorizava o papel ativo de cada indivíduo e maior controlo sobre as decisões que condicionam a sua saúde, no âmbito do desenvolvimento das suas competências pessoais. Depois do marco da Carta de Ottawa (OMS, 1986), a PS destina-se a induzir e orientar processos de mudança com vista a melhores condições de vida das pessoas e comunidades, baseada em três princípios chave: (i) dar capacidades, (ii) mediar; (iii) aconselhar. As intervenções de PS agrupam-se em quatro áreas fundamentais: construção de políticas públicas de saúde; criação de redes de apoio; sustentação comunitária e reorganização dos serviços de saúde (Rodrigues et al., 2005).

No seguimento do conceito, a educação para a saúde (EpS), é identificada pela WHO (1998) como um conjunto de “oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas que envolvem comunicação destinada a melhorar a LS, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de competências para a vida que favoreçam a saúde individual e da comunidade” (p.4). A EpS é muito mais que a mera transmissão de informação, tem um *input relevante* e deve ser estruturada de forma a dar resposta às necessidades da população envolvendo os indivíduos num processo flexível e dinâmico (Carvalho &Carvalho, 2006), sendo um

meio facilitador para a capacitação, tomada de decisão e responsabilização saúde das pessoas e comunidades (WHO, 2016). A EpS reveste-se ainda de maior importância quando centrada na comunidade, especificamente nos grupos vulneráveis, incidindo nas diferentes formas de lidar com os problemas decorrentes dos estilos de vida.

O PNS (2012-2016/2020) reforça a posição do cidadão no centro do sistema de saúde e tem, como eixos estratégicos, a cidadania em saúde, acesso à equidade, qualidade e políticas saudáveis onde se evidencia a estratégia de “*Empowerment* do cidadão”, com reforço do seu poder e responsabilidade para a melhoria da saúde individual e coletiva, através da promoção da LS. Efetivamente, com o *empowerment*, torna-se o indivíduo mais proactivo e detentor de autocontrolo (capacitação/participação ativa) com responsabilidade e autonomia, individual e coletiva. Para a agregação do investimento em LS foram criados os seguintes documentos: (i) O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016, de 10 de março); (ii) O Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica (Despacho n.º 4027-A/2016, de 18 de março), visando uma abordagem horizontal e integradora, no contexto dos programas de saúde prioritários (Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio (PNS 2020,DGS 2015). Estes elencam-se como bases de trabalho para que os EEEEC possam intervir na PS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O Modelo do *Empowerment*

O paradigma do progresso dos cuidados ao longo do tempo tem vindo a mudar: (i) pelo aumento da complexidade dos problemas de saúde; (ii) pelo número e sofisticação das tecnologias à disposição; (iii) pelas mudanças ao nível das políticas de saúde. Este progresso influenciou, inevitavelmente, os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, exigindo cuidados flexíveis, proactivos e centrados no indivíduo (Pacheco & Cunha, 2006). O *empowerment* resulta de uma evolução nas conceções da autonomia e responsabilidade dos indivíduos (Maria et al, 2018). É um processo contínuo, no qual o indivíduo e/ou comunidades alcançam a confiança, autoestima, compreensão e poder que permitem gerir os seus interesses e tomada de decisão no seu processo de saúde doença (WHO, 2013b). O processo de *empowerment* requer tempo e espaço para os indivíduos desenvolverem capacidades e fazerem uma aprendizagem de novas atitudes. Fitzgerald et al (2000), apresentaram um modelo de intervenção baseado em quatro passos: (1) identificação das áreas problemáticas pelo próprio; (2) exploração das emoções associadas a essas áreas problemáticas; (3) desenvolvimento de um conjunto de estratégias para superar as barreiras e atingir os objetivos (4) determinação do nível de motivação do indivíduo para se comprometer com o plano de mudança de comportamentos. A adoção deste paradigma exige uma mudança no papel dos profissionais de saúde, que passam a ter a função de ajudar e/ou criar condições para que o indivíduo assuma o controlo sobre a sua vida (Barroso, 2005), particularmente “ pelo enquadramento, suporte diferenciado de conhecimento especializado e controlo da relação, os profissionais de saúde representam a parte mais forte e habilitada da relação terapêutica” (Almeida, 2018, p.36).

A intervenção do EEEEC deve incidir sobre as três dimensões do Modelo *Empowerment*: (i) estratégias e mecanismos de envolvimento e participação dos indivíduos no diagnóstico, concepção, desenvolvimento e avaliação dos cuidados prestados; (ii) envolvimento do indivíduo em processos de autorrepresentação (self-advocacy); cooperação nos processos de tomada de decisão, numa auto-responsabilização pelo seu estado de saúde; (iii) desenvolvimento pessoal para a autonomia, autoconfiança e capacidade de iniciativa dos indivíduos nos cuidados

(Pereira et al, 2011). Indo ao encontro do Modelo Biopsicossocial (Engel, 1981) que olha para a pessoa na sua dimensão holística, e para o Modelo Ecológico e Social (McLeroy et al. 1988), de múltiplas influências, esta intervenção possibilita-nos assim promover a capacitação de indivíduos, grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, sendo esta uma das competências enunciadas no perfil do EEECS (OE, 2018).

2.2. Literacia em saúde e o *Empowerment*

A LS é considerada atualmente um dos grandes desafios populacionais e de saúde pública através do controlo da ação nos determinantes de saúde e dos fatores de risco, que influenciam, o estado da saúde individual, familiar ou comunitária. Por outro lado, a prevenção da doença crónica constitui de igual forma uma tarefa complexa, no desenvolvimento de intervenções para que os indivíduos sejam capazes de gerir a sua doença e o seu regime terapêutico, com adesão, autovigilância ou mudança de comportamentos. Os modelos de PS são alicerces que oferecem uma estrutura simples e clara para o enfermeiro realizar os cuidados individuais ou em grupo, de forma a permitir o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações.

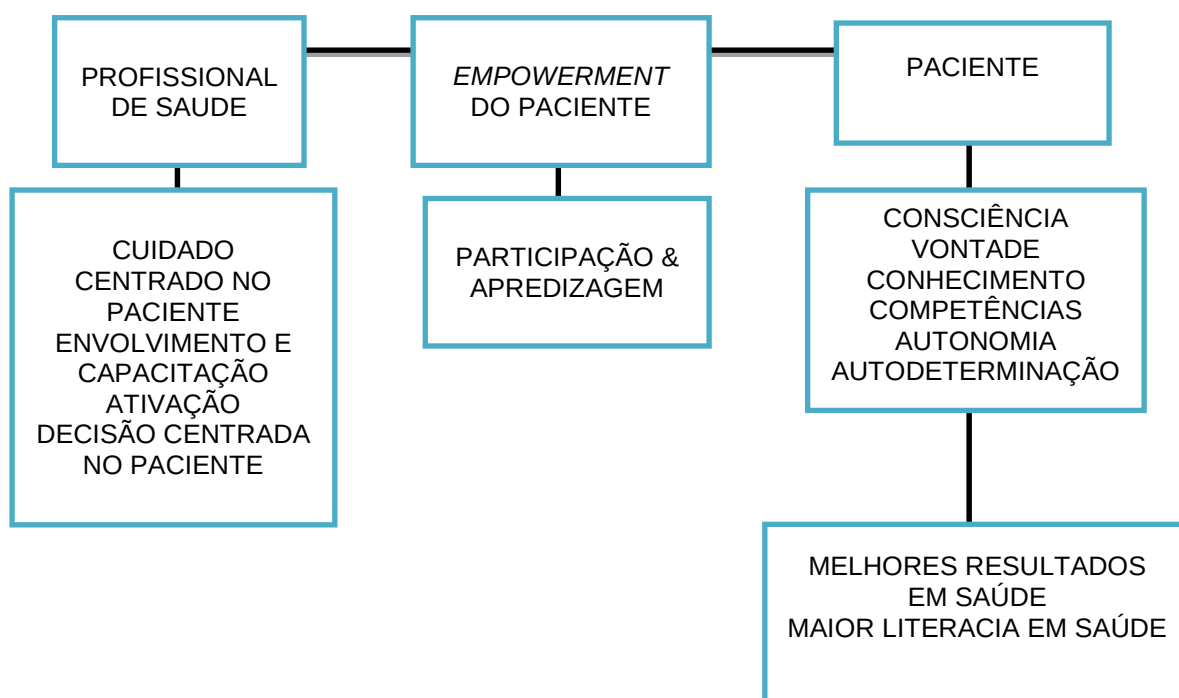
Elegemos o Modelo do *Empowerment*, por ser este que melhor se adapta à promoção de LS, especificamente no trabalho de terreno desenvolvido. A literatura define-o como um processo social multidimensional que ajuda as pessoas a terem o controlo sobre as suas próprias vidas.

O *empowerment*, quando empregue na PS, tem como objetivo aumentar o potencial dos indivíduos mais desfavorecidos e torná-los menos dependentes, mais capazes de tomar decisões informadas sobre as suas vidas, sustentadas em estilos de vida saudáveis que sejam favoráveis à mudança social. Este modelo envolve o reconhecimento de necessidades, de ações e o ganho no domínio sobre as questões que são identificadas como importantes (Dickinson et al., 2017). As principais vantagens deste modelo aplicado à saúde residem no facto de os utentes/doentes ganharem conhecimentos e capacidades, discursivas, cognitivas e procedimentais que lhes proporcionam poder de intervenção, tendo em vista a mudança individual e social e uma distribuição dos bens e serviços de saúde mais igualitária. A relação entre o profissional e o paciente é uma oportunidade para um

mútuo compromisso, colaboração e diálogo (Dickinson et al., 2017). Efetivamente, este é em simultâneo, um processo de participação e um processo de aprendizagem, pela aquisição de conhecimentos que favorecem a mudança de estilos de vida e criação de hábitos de vida mais saudáveis para aqueles que nele participam (Rodrigues et al., 2005). O Modelo do *Empowerment* na literacia, como um processo dinâmico quanto à capacidade de usar determinadas competências, implica que o indivíduo questione e assuma um papel ativo a nível pessoal, social e profissional (Loureiro et al., 2014). Sem desvalorizar os outros modelos, o *empowerment* na PS fornece maiores ganhos e mais duradouros e uma perspetiva holística e integrada dos problemas de saúde (Rodrigues et al., 2005).

Este modelo permite que o paciente desenvolva mais consciência, vontade, conhecimento, competências, autonomia e autodeterminação suscitando por parte do profissional de saúde um cuidado centrado no paciente, o seu envolvimento e capacitação, originando uma maior ativação e partilha de decisão (Palumbo, 2017).

Figura 2. *Empowerment* do paciente



Fonte: elaboração própria, baseado em Palumbo, R. (2017). *The Bright side and the dark side of patient empowerment. Co-creation and co- destruction of value in the healthcare environment.* Salerno, Italy: Springer.

Os programas de saúde sustentados na teoria do *empowerment* envolvem os grupos no processo de conceção, execução e avaliação das atividades, como sujeitos ativos e não apenas como consumidores (Hohn, 1997).

3. METODOLOGIA DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento de forma sustentada e sistematizada é fundamental para a execução de qualquer trabalho que vise a melhoria da qualidade, sendo que, para o presente projeto será utilizada a metodologia do processo de planeamento em saúde adaptado à realidade, respondendo de forma assertiva e pragmática às necessidades e/ou problemas sentidos na comunidade ou em organizações ao serviço dessa comunidade. (Nunes, 2006). O planeamento em saúde consiste numa intervenção organizada e pertinente construída passo-a-passo sobre problemas considerados prioritários, para alcançar objetivos através da escolha das melhores respostas possíveis. A intenção é favorecer a redução de problemas de saúde junto das populações (Imperatori & Giraldes, 1993). O primeiro passo do planeamento em saúde consiste na elaboração do diagnóstico de situação, estando as etapas subsequentes dependentes deste (Nunes, 2006).

3.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação, segundo Imperatori e Giraldes (1993), implica o conhecimento da situação, a determinação das necessidades da população e dos fatores de risco, acompanhado da devida fundamentação da intervenção que se assume como imprescindível para medir a evolução alcançada. A conformidade entre o diagnóstico e as necessidades determina a pertinência do projeto, esteja este direcionado para a resolução ou minimização de problemas de saúde, ou para a otimização dos serviços prestadores de cuidados (Tavares, 1990). Para a realização do diagnóstico de situação, procedemos à elaboração de uma *scoping review*, com o objetivo de aceder à melhor evidência científica sobre a respetiva temática e suas intervenções orientada pela questão **“Que intervenções de enfermagem inerentes à promoção da literacia em saúde previnem a diabetes mellitus tipo 2?”** (Apêndice II).

3.1.1. Local de intervenção: contexto

Selecionamos uma Unidade de Saúde (SCML) situada nas proximidades do castelo de São Jorge, em Lisboa, com área de influência de várias freguesias

(Arroios, Misericórdia, São Vicente, Penha de França, Santo António e Santa Maria Maior) abrangendo uma área total de 9,67 Km² e 112.042 habitantes. Esta Unidade de Saúde tem 3.836 utentes inscritos, distribuídos entre 2.132 mulheres e 1.704 homens, sendo que o número de inscritos com 65 ou mais anos de idade é de 26,4% (n=1.013), 15% (n=565) pessoas com ≥ 80 anos. O grupo dos 0-18 anos constitui 26% dos inscritos (n=978) e o grupo dos 18-64 anos é o mais representativo, com 48% de utentes inscritos. A equipa de saúde é constituída por dezasseis enfermeiros, quatro médicos, quatro assistentes operacionais, seis administrativas, quatro motoristas e dois seguranças. Em parceria com a Direção da Ação Social da SCML, desenvolve a sua ação na prestação de cuidados de saúde à população carenciada de Lisboa, nas vertentes preventiva, curativa e de reabilitação, com a missão de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em situação vulnerável (Direção de Saúde Santa Casa, 2018). O presente projeto foi desenvolvido em contexto de estágio dirigido a um sistema agregado. Optámos pelo Centro de Dia que, de entre as freguesias de abrangência desta Unidade de Saúde (SCML), apresenta o maior índice de acolhimento, bem como o número mais elevado de utentes. Situado na freguesia de Arroios em Lisboa, o Centro de Dia conta atualmente com 85 utentes inscritos, dos quais apenas 53 são frequentadores regulares das atividades (jogos de memória, *atelier* de trabalhos ou costura, artes plásticas, ginástica, entre outras). A equipa deste centro é constituída por cinco assistentes operacionais, um encarregado de setor, uma animadora sociocultural, uma professora de ginástica (voluntária) e uma diretora técnica. Os enfermeiros da US, particularmente os da valência de apoio domiciliário, intervêm pontualmente e/ou sempre que solicitados.

3.1.2. População alvo e amostra

Segundo Fortin (2009) “A população alvo são elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (p.202). A amostra representa “um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo” (Fortin 2009, p.202). Constituímos como população alvo/amostra para este projeto de intervenção, os idosos inscritos nas atividades do Centro de Dia, assim como os funcionários responsáveis pela gestão da alimentação e da atividade física. A

amostra teve por base uma seleção por conveniência definida em concreto pelos idosos inscritos no Centro e que pertencem à extensão de saúde de Natália Correia, presentes nos dias estipulados para a aplicação dos questionários. Foi assim constituída por 22 idosos. Estabelecemos como **critérios de inclusão** a aceitação em participar no projeto e de **exclusão** tanto os utentes com diagnóstico de DMT 2 como os com diagnóstico ou condição que pudesse vir a interferir com a colheita de dados e consequente intervenção.

3.1.3. Procedimentos éticos

Fortin (2009) refere que a ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um valor significativo na vida dos indivíduos. A investigação, quando aplicada a seres humanos, pode causar danos aos direitos e liberdades dos indivíduos, pelo que se torna imprescindível a garantia do direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo (Fortin, 2009). Para a autora, o investigador é detentor de obrigações e responsabilidades morais para com os participantes nos projetos de investigação, sociedade e comunidade científica (Fortin, 2009). No decorrer da fase metodológica, são utilizados instrumentos de medida que têm o objetivo de colher dados que forneçam resposta à questão da investigação. É importante ter em consideração os aspetos de validade e fiabilidade, assim como se o instrumento utilizado foi ou não traduzido para a língua portuguesa, (Fortin, 2009). O cumprimento dos procedimentos éticos atrás referidos foi assegurado em todo o processo, e obtidas as autorizações necessárias: (i) a aplicação do **Questionário Europeu de Literacia em Saúde *Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT)***, traduzido e validado para a população portuguesa (Anexo), (ii) à Direção da Santa Casa e à Direção de Ação Social da SCML, para a realização de estágio e aplicação de instrumentos de colheita de dados (Anexo). Após obtenção das devidas autorizações, deu-se início, no Centro de Dia, ao projeto de intervenção no grupo de idosos inscritos neste centro, no âmbito da promoção de LS na prevenção da DMT2. Solicitámos a participação dos idosos, após ter sido explicada a finalidade do projeto, pedido o seu consentimento informado e entregue um duplicado do mesmo (Apêndice III).

3.1.4. Processo de colheita de dados

Tendo em conta a natureza da nossa intervenção, desenvolvemos um estudo transversal descritivo com recurso à metodologia quantitativa e qualitativa. Procurámos fazer o diagnóstico de situação, por meio da avaliação do nível de LS do idoso relativamente à prevenção da DMT2. Wood e Haber (2001) referem que os questionários são instrumentos de registo escritos de forma planeada para pesquisar dados dos indivíduos, por via de perguntas relativas aos conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos. Têm a finalidade de obter, de forma sistemática e ordenada, a informação relativa à população em estudo. Desta forma, para a recolha de dados no que respeita à caracterização da LS da nossa amostra, aplicámos o **Questionário HLS-EU-PT** (Anexo). Este questionário é constituído por quarenta e sete questões que visam avaliar o índice de literacia geral para a saúde. Nestas questões, utiliza uma escala de 4 pontos, em que o indivíduo se autoavalia relativamente à dificuldade sentida face à execução de tarefas na área da saúde. A escala de Likert usada consiste nas opções: 1-Muito fácil, 2- Fácil, 3- Difícil e 4-Muito difícil, existindo ainda uma quinta opção de resposta que corresponde ao “Não Sabe/ Não Responde”. Integra três domínios fundamentais na saúde: (i) cuidados de saúde, (ii) promoção de saúde, (iii) prevenção da doença, bem como quatro níveis de processamento da informação: (i) acesso, (ii) compressão, (iii) avaliação, (iv) utilização, essenciais na tomada de decisão. Seguem-se vinte e três questões relacionadas com a saúde e utilização dos serviços de saúde, hábitos de vida e literacia funcional. Por fim, surgem dezasseis questões para avaliação sociodemográfica dos participantes. O questionário HLS-EU-PT entende a LS como interligada com a literacia e envolve o conhecimento individual, a motivação e as competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde. Efetivamente, permite o desenvolvimento da capacidade crítica e de tomada de decisão no dia-a-dia e em assuntos inerentes aos cuidados de saúde, prevenção de doença e PS, e consequentemente a manutenção ou a melhoria da qualidade de vida (Sørensen et al., 2012). Os autores definiram pontos de corte que limitam três níveis de literacia em saúde: inadequada (0-25); problemática (25-33); suficiente (33-42), sendo que esta conotação resulta do somatório de todos os itens dividido pelo número dos mesmos (Sørensen et al., 2015). A aplicação dos questionários foi feita por contacto direto, os mesmos foram preenchidos pelo investigador principal junto

dos utentes, no período definido no cronograma (Apêndice IV).

O tratamento dos dados foi descritivo com análise uni e bivariada com recurso ao programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS®) versão 25.0 do Windows e ferramentas do Microsoft® office 2013. Elaborámos tabelas descritivas da caracterização sociodemográfica e dos dados clínicos da amostra em estudo. Posteriormente foram também elaboradas tabelas de relação entre os resultados obtidos das categorias de literacia e os dados sociodemográficos. Avaliada a consistência interna das escalas utilizadas para a Literacia em saúde geral e nas suas dimensões, verificou-se que a mesma é elevada com $\alpha C > 0.92$ (Apêndice V). Almeida (2017) refere que o *Alfa de Cronbach* deve apresentar um valor positivo, que varia entre 0 e 1, interpretado em termos de consistência, segundo a seguinte escala:

Valores	Interpretação
>0.9	Muito boa
0.8 a 0.9	Boa
0.7 a 0.8	Razoável
0.6 a 0.7	Fraca
<0.6	Inadmissível

Fonte: Adaptado de Almeida, 2017

A operacionalização da intervenção que planeámos, obedeceu a um conjunto de procedimentos que passamos a descrever. Numa primeira fase, para determinação dos fatores pessoais, foi feita a caracterização sociodemográfica através de um questionário sociodemográfico, de modo a caracterizar a amostra de acordo com os seus hábitos alimentares e de atividade física (Apêndice VI). Numa segunda fase, utilizámos a entrevista semiestruturada. A escolha deste método justifica-se pelo facto de ser flexível, adaptativo, holístico que procura compreender o global, baseado nas perspetivas das pessoas do grupo alvo (Fortin, 2009). Os métodos de entrevista permitem a utilização da interação e comunicação humanas, que possibilitam ao investigador a recolha de dados pertinentes, sendo uma forma específica de interação social, baseada num diálogo peculiar onde uma das partes procura colher informações, sendo que a outra é a fonte dessas informações. A entrevista semiestruturada é frequentemente usada quando se deseja obter mais informações sobre determinada temática, para o investigador compreender o significado de um dado acontecimento ou fenómeno (Fortin, 2009). A autora refere que a entrevista semiestruturada dá ao entrevistado espaço para a expressão dos

seus sentimentos e das suas opiniões sobre a temática em estudo. A ordem das questões é flexível, o entrevistador poderá adaptar essa ordem em função do entrevistado para favorecer a rápida integração e manter o interesse do mesmo. Fortin (2009) refere ainda que deve ser agendado um dia com o entrevistado para a realização da entrevista, escolhido um local adequado, discreto e agradável. A entrevista pode ser relatada por escrito ou registada em vídeo ou áudio (Fortin, 2009).

Com o objetivo de recolher dados pertinentes sobre os hábitos alimentares e de atividade física da amostra, que sustentem a elaboração das perguntas das entrevistas semiestruturadas, elaborámos uma grelha de observação (Apêndice VII). A observação científica é definida como o uso sistemático dos nossos sentidos com intuito de obter dados necessários para a resolução de determinado problema de investigação, ou seja, perceber ativamente a realidade do contexto em que estamos inseridos, com a intenção de obter dados que previamente foram definidos como importantes para a investigação (Vilelas, 2009). Neste âmbito, foram elaborados dois guiões de entrevista semiestruturada com questões abertas, a saber: (i) um direcionado para as funcionárias da copa com o objetivo geral de identificar os conhecimentos sobre a DMT2, constituído por onze questões abertas, algumas acompanhadas de subquestões sobre, diabetes, alimentação saudável e escolhas alimentares (Apêndice VIII), (ii) outro dirigido aos profissionais responsáveis pela atividade física com o objetivo geral de promover o bem-estar físico do grupo de idosos do Centro de Dia, constituído por sete questões abertas sobre atividade física e estratégias para a sua promoção (Apêndice IX). A construção do guião de cada uma das entrevistas obedeceu a critério subjacente aos objetivos dos projetos, bem como a uma análise sumária da grelha de observação estruturada. As entrevistas foram realizadas pela investigadora, gravadas em suporte de áudio, mediante autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra (Apêndice X e Apêndice XI). Estas foram realizadas num gabinete, por forma a garantir um ambiente tranquilo e com privacidade, e tiveram uma duração aproximada de 15 a 20 minutos. Foram realizadas seis entrevistas no período estipulado previamente combinado. Concluído o período das entrevistas (codificadas de 1 a 6, sendo E1, E2, E6), procedemos à análise dos dados recolhidos resultantes das respetivas transcrições. Para análise dos dados, recorreremos ao método de análise de conteúdo que possibilita uma descrição sistemática do conteúdo da comunicação, com a

finalidade de interpretar a própria comunicação (Bardin, 2015).

3.1.5. Caracterização da amostra e dos entrevistados

Dados sociodemográficos

A amostra constituída no Centro de Dia é de 22 idosos, maioritariamente do sexo feminino (55%). No que se refere à idade, 91% da amostra tem idade superior a 65 anos e uma média de idades de 79 anos. Relativamente ao estado civil, 45% são viúvos, 9% separados ou divorciados e 41% solteiros. No que se refere ao agregado familiar, 96 % declaram morar sozinhos. O nível de habilitações literárias é baixo, a maioria dos idosos (63%) referem ter o 1 ciclo (até ao 4º ano) e 36,4% não saber ler nem escrever. Todos os idosos são reformados e o rendimento líquido mensal dos agregados familiares é baixo, sendo que 77,2% apresentam um rendimento mensal inferior a 500€ (Apêndice V)

Literacia em saúde

Verificou-se que 61,9% dos idosos apresentam uma inadequada literacia em saúde, 28,6% inserem-se no nível de literacia em saúde problemática e apenas 9,5% revelam um nível suficiente de literacia em saúde.

Relativamente à **literacia de cuidados de saúde** observámos que 59,1% apresenta LS inadequada, 18,2% problemática e 22,7% da amostra apresenta suficiente. Na **literacia de promoção de saúde**, confirmámos que 54,5% tem LS inadequada, 27,3% problemática e 18,2% da amostra apresenta LS suficiente. Quanto à **literacia de prevenção da doença** identificámos 61,9% de LS inadequada, 9,5% problemática e 28,6% suficiente. Desta forma, podemos constatar que a dos níveis de LS em relação aos domínios de cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, seguem a tendência da literacia em saúde no geral (Saboga-Nunes, 2014; Rita Espanha 2014) (Apêndice V)

Dados clínicos

Constatámos que a amostra apresenta 55% de indivíduos com excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) e 9% com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$). Relativamente ao perímetro abdominal, 83 % das mulheres apresentam um P. Abd superior a 80 cm e 60% dos homens P. Abd superior a 94 cm. Segundo as normas de orientação da

DGS (DGS, 2013), estes valores refletem risco de complicações metabólicas aumentado. No que diz respeito à avaliação da glicémia ocasional, 27% da amostra apresenta glicémia capilar superior a 140mg/dl e relativamente aos antecedentes pessoais, a HTA está presente em 68% da amostra. Em relação ao regime terapêutico, verificámos que os idosos desta amostra são maioritariamente polimedicados, sendo que se destacam os seguintes resultados: (i) 14% referem ter prescrição de dois fármacos, (ii) 27% referem ter prescrição de 3 fármacos e ainda 5% referem ter prescrição de 6 fármacos. Salienta-se ainda o facto de 86% da amostra ser responsável pela própria gestão da sua medicação (Apêndice V)

Anamnese alimentar

Dos inquiridos da amostra, 91% relata que não apresenta alteração do apetite e que maioritariamente (64%) se encontra a fazer três refeições diárias. No que diz respeito aos alimentos consumidos habitualmente nestas refeições, apresentam-se como significativos os seguintes resultados: (i) 95% refere não fazer consumo de sal, (ii) 82% tem um consumo diário de açúcar, (iii) nos últimos 7 dias, 55% desses idosos refere que comem pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar. Também relativamente aos últimos 7 dias, 27% admite ter comido alimentos doces como bolos, compotas, gelados ou chocolates. A amostra demonstra que na globalidade (95%), a ingestão de água é inferior a meio litro e o consumo de refrigerantes semanal de 59% (Apêndice V)

Anamnese da atividade física

Embora na maioria (55%) refiram fazer atividade física, apenas 36% admite tê-la realizado nos últimos 7 dias durante pelo menos 30 minutos (Apêndice V)

Dados sociodemográficos dos entrevistados

Relativamente aos entrevistados (4) responsáveis pela alimentação dos idosos, tinham à data da entrevista, idades compreendidas entre os 36 e os 61 anos. No que diz respeito às habilitações literárias duas tinham concluído o ensino secundário e as restantes o 3º ciclo. O tempo de serviço prestado no Centro de Dia oscila entre 1 e 16 anos, o que nos permite ter acesso a uma maior variedade de conhecimentos e experiências das entrevistadas. As entrevistadas responsáveis pela animação sociocultural e pela atividade física, ambas do sexo feminino, à data da entrevista

com 50 e 68 anos de idade respetivamente. Tinham as duas concluído cursos superiores.

3.1.6. Análise de conteúdo

A metodologia a que recorremos obedece a um tipo de análise de conteúdo que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, traduz a interpretação destas mesmas comunicações (Bardin, 2015). A mesma autora refere que, na análise de conteúdo, os resultados em bruto são tratados de forma a serem significativos e válidos. Por conseguinte, após a transcrição das entrevistas, leitura superficial e registo das observações, procede-se à elaboração de um quadro com as áreas temáticas, categorias e subcategorias e respetivas unidades de registo e registo da sua frequência em unidade (Apêndice XII). No sentido de facilitar a compreensão dos resultados alcançados, apresentamos e seguintes quadros:

Quadro 1. Apresentação das áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo /entrevistas funcionárias da copa

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Hábitos Alimentares	Alimentação saudável	Quantidade	“(…) <i>Pouca quantidade.</i> ” (E1) “ <i>Alimentação saudável deve ser pouca quantidade (…)</i> ” (E3)
		Variedade	“ <i>Ser variada e ter fruta (…)</i> ” (E1) “(…) <i>variada, mas não comer gorduras, guisados (…)</i> ” (E2)
		Escolha	“(…) <i>mais peixe que carne, arroz ou batata:</i> ”(E1) “(…) <i>mais peixe do que carne (…)</i> ” (E3) “ <i>...comer peixe grelhado, menos fritos e guisados (…)</i> ” (E4) “(…) <i>mais verdura (…)</i> ” (E1) “(…) <i>deve ter legumes, saladas, os vegetais são muito importantes (…)</i> ” (E3)
	Escolhas Alimentares	Frescos	“ <i>Preferencialmente produtos frescos, como peixe, carne branca, peru, coelho mas assim de tudo peixe</i> ” (E1) “(…) <i>produtos do dia, mas sem gorduras saturadas (…)</i> . (E3) “(…) <i>mais peixe e verduras (…)</i> . (E4)
		Produtos biológicos	“(…) <i>produtos portugueses, principalmente biológicos.</i> ”(E2) “(…) <i>escolher os alimentos mais saudáveis, os biológicos (…)</i> . (E3)
			“ <i>Para mim o horário é muito importante, embora</i>

	Horário das Refeições	Importante	<i>na realidade nunca se faz (...) (E1) “O horário é importante, mas é complicado ter horas para comer “(E2) “Acho que o horário é importante, mas ninguém cumpre (...) (E3)</i>
		Muito importante	<i>“É muito importante, principalmente o da manhã, devemos tomar o pequeno-almoço. (E4)</i>
	Gorduras na alimentação	Escolha do tipo de gordura	<i>“Usar o azeite na confeção dos alimentos (...) nada de margarinas nem manteiga (...). (E1). “(...) muitos cuidados, as gorduras são terríveis (...) (E3) “Utilizar mais o azeite, mas em pouca quantidade (...) evitar margarinas. (E4)</i>
		Desconhecimento	<i>não sei “(E2)</i>
	Cuidados com os açúcares	Redução	<i>“os máximos (...) não colocar no café, no chá, no leite embora eu não o faça (...) tenho a noção que não se deve comer bolos (...). (E1) “Muitos (...) imensos (...) evitar os doces. (E2) “o açúcar e o sal são um veneno (...) devemos reduzir, porque estão em tudo só que desfaçados” (E3)“ evitar porque já se come na fruta” (E4)</i>
Informação Nutricional	Rótulos Alimentares	Importante	<i>“É muito importante, porque agora obrigatórios os alimentos terem essa informação (...)” (E1) “Sim é importante pela informação que está lá escrito, mas a maioria das pessoas não entende (...). “(E2) “Muito importante (...) porque só sabemos o que estamos a comer quando lemos os rótulos (...) as vezes tem imagens muito apelativas que não correspondem há realidade (...). (E3) “Sim é importante porque assim já se sabes mais ou menos o que tem (...). “(E4)</i>
		Quantidade	<i>“Transmite as quantidades de sal e açúcar ”(E4)</i>
		Informação	<i>“É muito importante, porque agora é obrigatórios os alimentos terem essa informação (...)” (E1)“ Sim é importante pela informação que está lá escrito, mas a maioria das pessoa não entende (...). “(E2) “Muito importante (...) porque só sabemos o que estamos a comer quando lemos os rótulos (...) as vezes tem imagens muito apelativas que não correspondem há realidade (...). (E3) “Sim é importante porque assim já se</i>

			<i>sabes mais ou menos o que tem (...). “(E4)</i>
		Desconhecimento	<i>“Não sei, porque não está bem esclarecido ”(E2)</i>
Conhecimentos sobre DMT2	Fatores de risco da diabetes	Fisiopatologia	<i>“Não, acho que é uma doença que pode ser provocada por outros motivos como a carga genética.”(E1) “Não, pode ser genético” (E2) “Acho que sim, mas não só “(E3)“Não, também pela carga genética” (E4)</i>
		Excesso de peso	<i>“Sim, pode ser pelo excesso de peso “(E1) “Sim duvida que o excesso de peso pode causar diabetes “(E2) “Sim, a pessoa que tem peso a mais podem vir ater diabetes” (E3) “Sim, o excesso de peso pode ser uma causa “(E4)</i>
		Atividade física	<i>“Sim, pode ser pela falta de atividade física, devemos ser ativos “(E1) “Sim a falta de atividade física pode causar diabetes “(E2) “Sim, as pessoas que tem de ser ativas para evitar ter diabetes” (E3) “Sim, pouca atividade física pode ser uma causa “(E4)</i>
		Carga genética	<i>“Sim pode como já referi a carga genética é importante” (E1) “Sim, os familiares terem tem relação com a carga genética “(E2) ”Sim, os familiares podem transmitir geneticamente” (E3) “Sim, as pessoas que têm familiares com diabetes podem ter mais riscos de ter diabetes “(E4)</i>

Quadro 2. Apresentação das áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo/entrevista da animadora sociocultural e professora de educação física.

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Hábitos da atividade física	Atividade Física	Tipo	<i>Basicamente, é tudo o que tem a ver com organizar e desenvolver atividades de animação para o desenvolvimento do grupo (...). (E1)“ Exercícios que envolvam a movimentação (...) movimentação de braços, pernas, abdominais, rotação de todas as articulações (ombros, anca.) “(E2)</i>
	Prática da atividade física semanal	Frequência	<i>“Não é estruturada, por isso não consigo definir a frequência, pode ser por semana mensal ou até alguma atividade pontual, como por exemplo as atividades das marchas dos aniversários” (E1) “Uma vez semana” (E2)</i>

	Tempo de cada sessão	Duração	<i>“Normalmente sempre superior a trinta minutos” (E1) “Quarenta e cinco minutos” (E2)</i>
	Atividades preferidas	Passeios	<i>“(...) passeios ao exterior(...) atividades culturais (..) “ (E1)</i>
		Dança	<i>“ (...) estão sempre prontos para dançar (...) “ (E1)“ (...) gostam muito de dançar (...) (E2)</i>
		Outros	<i>“ (...) gostam de alguns trabalhos manuais e de cantar “ (E1)“ (...) exercícios na cadeira (...) “ (E2)</i>
Condicionantes atividade física Promoção da atividade física	Limitações na prática de atividade física	Físicas	<i>“(...) alguns tem limitações físicas (...) “(E1) “grandes limitações em trocar de roupa e em fazer exercício no ginásio por falta de equilíbrio (...)“ (E2)</i>
		Culturais	<i>“ os aspetos culturais, pois os homens acham que a ginástica é só para mulheres (...) “ (E2)</i>
		Outras	<i>“ (...) Outros não gostam e ainda outros gostam, mas as vezes não querem por estarem desmotivados “ (E1)</i>
	Fatores de risco na promoção da atividade física	Músculo-esqueléticas	<i>“ O que tem maior peso são as limitações físicas (...) “ (E1) (...) Limitações físicas com risco de queda “ (E2)</i>
Promoção da atividade física	Estratégias para aumentar a atividade física	Dinâmica	<i>“ articulação com outros profissionais de saúde (...) ser feita de forma e regular é ideal os idosos terem rotinas favorece a adesão á atividade física “(E1) “ mais passeios ao exterior (...), programar mais atividades ao ar livre (...) não mudar com muita frequência os exercícios, ser progressivo (...).” (E2)</i>

Da análise da informação, podemos concluir que, na generalidade, as entrevistadas tinham uma perceção sobre o que é a alimentação saudável. Focaram, sobretudo, que é importante a quantidade de alimentos que ingerimos, assim como a forma como os selecionamos. Foram consensuais em referir que as escolhas alimentares devem recair preferencialmente em alimentos frescos e algumas relataram a importância do consumo de produtos biológicos. No que diz respeito ao horário das refeições, a totalidade das entrevistadas referiu ser este um aspeto importante. Foram unânimes relativamente à importância da redução dos açúcares na alimentação e apenas um relato mostrou desconhecimento acerca das gorduras nos hábitos alimentares. Embora os relatos tenham refletido a perceção das entrevistadas quanto à importância dos rótulos, a totalidade mostra

desconhecimento quanto ao entendimento da informação que estes transmitem. Para finalizar a nossa análise das entrevistas no âmbito da alimentação, na área temática da DMT2, as participantes foram unânimes nos seus relatos e mostraram ter conhecimentos sobre os fatores de risco da diabetes.

Na área temática da atividade física, as informações das entrevistadas demonstram que, dentro da especificidade de cada uma, ambas desenvolvem as atividades adequadas ao grupo de idosos quanto ao tipo, ao tempo de duração e frequência. Sobre as preferências dos participantes, percebemos que, na generalidade, preferem atividades lúdicas ao ar livre e dança. Quando questionados sobre as limitações na prática da atividade física, apontaram como significativas as limitações físicas. Por outro lado, mencionam também aspetos de estereotipagem com a questão de género associada à prática de ginástica e ainda que a desmotivação atua, em certa medida como fator inibidor da atividade física. Em relação a fatores de risco na promoção da atividade física, foram relatados como muito significativos os aspetos músculo-esqueléticos que dos quais decorrem a falta de equilíbrio e o risco de quedas. A reflexão sobre os relatos das entrevistadas fez-nos concluir igualmente que os mesmos preferem dinâmicas que envolvam atividades culturais, principalmente no exterior. Foi perceptível neste grupo particular de idosos que a rotina favorece a motivação e a adesão à atividade física.

3.1.7. Análise e discussão dos resultados

É sobejamente sabido, que as alterações demográficas acarretam um aumento significativo das doenças crónicas. Ao passo que a influência dos fatores biomédicos e dos estilos de vida no aparecimento destas doenças está bem definida, só muito recentemente a literacia em saúde tem vindo a assumir uma importância crescente e tem sido identificada como fator determinante da saúde, devido à sua ligação com as escolhas comportamentais (Davey et al,2015; Panagioti et al,2018). Vários estudos corroboram esta ideia, demonstrando que a baixa literacia em saúde se relaciona com a perceção de baixa autoeficácia na prevenção e gestão de doenças como por exemplo na diabetes *mellitus* tipo 2 (Cavanaugh,2011; White et al, 2010; Santos 2010). Os níveis de literacia em saúde da nossa amostra vão ao encontro de outros estudos realizados na população portuguesa em geral. De igual modo, podemos verificar que a tendência da literacia

em saúde nos três domínios (cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença) acompanha a literacia em saúde geral, ou seja, a prevalência de uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada. (Pedro et al.,2016; Saboga-Nunes et al., 2014; Bohanny et al., 2013)

Na comparação da variável do género com os níveis de literacia em saúde no geral, verificámos que as mulheres têm níveis de literacia em saúde mais baixos do que os homens. Ainda dentro desta variável, não são consensuais os resultados obtidos em diferentes estudos de investigação: uns revelam que os homens apresentam uma maior literacia (Toçi et al.,2013) ao passo que outros revelam o contrário (Sudore et al.,2006). Pela confrontação entre a variável da idade e do nível de literacia em saúde, observámos que os valores das duas variáveis tendem a oscilar em sentido inverso, isto é, os níveis de literacia em saúde são tendencialmente mais baixos à medida que a idade avança (Serrão et al.,2015; Gazmararian et al.,2005). Também Kim (2009) chegou a resultados semelhantes a este, e à conclusão de que indivíduos com mais de 65 anos que apresentam uma inadequada literacia em saúde revelam hipertensão e maior limitação nas atividades de vida diárias.

Em consonância com a tendência de envelhecimento populacional, quer a nível nacional, quer internacional, a amostra, como já referido anteriormente, apresenta uma média de idades superior a 65 anos (91%). Esta condição é responsável pela predisposição para o aumento do risco de desenvolver DMT2 (OND, 2015; ADA 2019). A partir da caracterização da amostra, foi possível identificar que esta compreende um número significativo (59%) de indivíduos com excesso de peso, o que se apresenta como fator determinante para o desenvolvimento da DMT2 (OND, 2015; ADA, 2019). Sendo a alimentação um dos pilares fundamentais para a prevenção da DMT2, reveste-se de relevância máxima a adoção de um regime alimentar adequado (DGS, 2008; ADA, 2019). O PNPAS (2017) faz referência à importância de o idoso adotar um regime alimentar que inclua os alimentos dos sete grupos da roda dos alimentos nas proporções preconizadas, não descurando o consumo de água pelo risco de desidratação a que estes podem estar sujeitos. Segundo os dados do IAN-AF-2015-2016 do mesmo programa, embora a água tenha sido referida como a bebida mais consumida pela população portuguesa, verificou-se um consumo inadequado de refrigerantes. O mesmo pudemos constatar relativamente à nossa amostra que apresentou um consumo de

refrigerantes semanal de 59%. Quanto ao consumo de água, embora 95% dos inquiridos o mencionem, verificámos que o mesmo era inferior a 1,5l por dia, fator que contribui para o aumento do risco de desidratação para os idosos, sendo as necessidades mínimas (exceto situações particulares) de água de 1,5 l diário (DGS, 2004). Também o número de refeições diárias que fazem obedece a um padrão alimentar desadequado, devidamente identificado: a maioria faz três refeições diárias, com uma sobrecarga significativa de HC às refeições principais. O PNPAS (2017) recomenda que o consumo diário deve basear-se na roda dos alimentos, repartido por entre cinco a sete refeições diárias, sem intervalos superiores a três horas. Constatámos que existem padrões alimentares que não seguem as orientações da DGS no que diz respeito ao PNSI (2004).

Na verdade, demos conta de vários fatores que influenciam o comportamento alimentar: genéticos, psicológicos, socioculturais e ambientais (Pender, 2006). Entre estes fatores, os psicossociais ganham maior ênfase, tais como perda do cônjuge, isolamento social, pobreza e a integração social, (Campos et al., 2000). Com efeito, a presença de dificuldades económicas traduz-se em menor poder de compra e consequentemente na diminuição da possibilidade de adquirir alimentos nutritivos, em quantidade e em qualidade (DGS,2004). Em relação à amostra, para além da situação financeira, direccionámos a nossa atenção para o facto de que a maioria (96%) vive sozinha e 45% são viúvos. Para além disso, e relativamente ao tipo de habitação, uma percentagem muito significativa (77%) declarou morar num quarto. Este são inquestionavelmente aspetos que concorrem para a alteração dos comportamentos alimentares.

Está comprovado que a prática de atividade física regular contribui para a prevenção e tratamento das doenças crónicas não transmissíveis como a DMT2, ajuda a prevenir o excesso de peso e obesidade e contribui para a melhoria da qualidade de vida (WHO, 2018). Desta forma, importa desenvolver estratégias que favoreçam a adoção e a manutenção de comportamentos direcionados para a prática regular de atividade física. No que diz respeito à amostra, embora a maioria (55%) tenha referido o seu envolvimento em atividades desta natureza, quando questionados relativamente à sua realização nos últimos sete dias pelo menos durante 30 minutos, apenas 36% responderam afirmativamente. Estes resultados são consistentes com a literatura consultada que dá conta de dificuldades na mudança de estilo de vida, particularmente em relação à atividade física (Otiz et al.,

2016).

Concluimos que as características sociodemográficas da amostra condicionam de certa forma os comportamentos da mesma. Na verdade, as circunstâncias de vida remetem-nos para maneiras de estar e comportamentos que influenciam a atitude dos indivíduos face à sua saúde e à prevenção da doença, nos quais estão incluídos os comportamentos alimentares e de atividade física (Campos et al., 2000).

3.2. Identificação e priorização dos problemas

A determinação de prioridades em saúde é entendida, segundo alguns autores, como Tavares (1990), Imperatori e Giraldes (1993) e Nunes (2016), como a etapa do planejamento que corresponde à hierarquização dos problemas identificados no diagnóstico de situação. É um processo de tomada de decisão, no qual são selecionados os problemas em que se deve intervir em primeiro lugar.

Na definição das prioridades, deve-se ter em especial atenção ao horizonte temporal para o qual se prevê a intervenção, uma vez que as prioridades de um plano a longo prazo, não são absolutamente idênticas às de um plano a médio ou a curto prazo e a área de programação, que no que lhe concerne, deve pensar em prioridades nacionais, distritais, etc. A determinação de prioridades não é um processo meramente racional, envolve uma componente afetiva, de valores e julgamentos, com a consequente subjetividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

Apresentamos os problemas identificados neste trabalho, no seguinte quadro.

Quadro 3. Problemas identificados, após o tratamento de dados

Problemas	
61,9% da amostra apresenta níveis de literacia em saúde inadequada; 28,6% apresenta literacia em saúde problemática.	Conhecimentos
95% da amostra apresenta uma ingestão diária de água < 1,5l 59% da amostra apresenta um consumo semanal de refrigerantes	Ingestão de líquidos
64% da amostra revela que faz apenas três refeições diárias 55% da amostra revela um consumo de pão às refeições principais 82% da amostra revela um consumo diário de açúcares	Regime dietético
64% da amostra não pratica atividade física de forma estruturada	Regime de exercício
59% da amostra apresenta excesso de peso	Excesso de peso
60% da amostra do sexo masculino apresenta um P.Abd>94cm 83% da amostra do sexo feminino apresenta um P.Abd>80cm	Porcentagem de gordura corporal

De entre as várias técnicas existentes para a determinação de prioridades, seleccionámos o Plano de Biscaia que, segundo Imperatori e Giraldes (1993), é um método que utiliza três critérios isovalentes: (i) magnitude; (ii) transcendência social; (iii) transcendência económica e factibilidade tecnológica ou vulnerabilidade. A cada critério é atribuído o valor de 1 a 3 segundo a gravidade crescente do problema (não preocupante, importância média e grande importância) e uma ponderação de 30% à magnitude, 15% transcendência social, 15% transcendência económica e 40% vulnerabilidade. Da soma das diferentes pontuações por critério, obteve-se um valor variável entre 4 a 12, o permitiu estabelecer uma hierarquização dos diferentes problemas identificados descrito sumariamente no seguinte quadro e na íntegra no apêndice XIII.

Quadro 4. Problemas prioritários segundo o Método Plano Biscaia

Problemas Existentes	Classificação final Nº de pontos	Lista de Prioridades
1)Conhecimentos	11	3
2)Ingestão de líquidos	12	1
3)Regime dietético	12	2
4)Regime de exercício	10	4
5)Excesso de peso	9	5
6)Percentagem de gordura corporal	9	5

Desta forma, considerando o tempo de intervenção, condicionado pelos *timings* académicos, optámos por intervir nos problemas que obtiveram uma classificação de 12 pontos, por nos parecerem prioritários: (i) **2) Ingestão de líquidos**; (ii) **3) Regime dietético**

3.2.1. Diagnóstico de situação, segundo a taxonomia CIPE[®]

A utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) possibilita o uso de uma linguagem comum na área do conhecimento, condição indispensável para que esse conhecimento seja considerado ciência e impulsionar o desenvolvimento da profissão, dando maior uniformização e visibilidade nos cuidados de enfermagem (ICN,2015). A CIPE consiste num instrumento de informação que descreve a prática de enfermagem e fornece dados representativos dessa prática (ICN,2015).

Deste modo, considerando a linguagem CIPE[®] versão 2 (ICN,2015),

transformamos os problemas encontrados e priorizados em diagnósticos de enfermagem. Assim, foram definidos os seguintes diagnósticos:

- ✓ **Ingestão de líquidos comprometida**, por ingestão <1,5l dia (95%);
- ✓ **Regime dietético comprometido**, por realização de apenas três refeições diárias (64%); por consumo excessivo diário de pão às refeições principais (55%); por consumo excessivo diário de açúcar.

Foram igualmente definidos diagnósticos de enfermagem para os prestadores de cuidados dos idosos. Já que concluímos que a totalidade das entrevistadas mostra desconhecimento quanto ao entendimento da informação que os rótulos transmitem.

Definimos assim, de forma semelhante o respetivo diagnóstico de enfermagem:

- ✓ **Potencial para melhorar o conhecimento relativamente ao regime nutricional**, por conhecimento ausente.

3.3. Fixação de Objetivos

Efetuada o diagnóstico de situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir, no que diz respeito a esses problemas, num determinado período de tempo (Imperatori e Giraldes, 1993). Estes autores referem que esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante a fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução de plano em causa. Neste contexto, Tavares (1990) diz-nos que objetivos bem formulados deverão conter critérios com os quais se poderá apreciar o grau de sucesso de um projeto.

Sendo a finalidade desta intervenção em saúde contribuir para a capacitação de grupos de idosos na prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2, desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária (sessões de educação para a saúde), no qual se incluiu a participação ativa dos idosos e prestadores de cuidados. Posteriormente, o projeto foi designado pelo acrónimo **PROMLISA DIABETES - Promoção da Literacia em Saúde na prevenção da diabetes mellitus tipo 2**. Assim, o objetivo geral da implementação do projeto é: capacitar o grupo de idosos para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Contribuir para o aumento de conhecimentos da amostra sobre
“A diabetes e os seus fatores de risco”;
- Contribuir para o aumento de conhecimentos da amostra sobre
“A alimentação saudável”

Relativamente aos objetivos operacionais, os quais, segundo Tavares (1990) refletem os resultados esperados para as atividades implementadas, estabelecemos os seguintes:

- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “A diabetes *mellitus* e os seus fatores de risco “
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “A alimentação saudável nos idosos”
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “O que é uma alimentação saudável?”
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, adquiram conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “Os hidratos de carbono são bons ou são maus?”
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “O que são os açúcares?”
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “O que nos dizem os rótulos?”
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “A importância da água no nosso organismo”
- Que, pelo menos 30% dos idosos da amostra, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “Mitos na alimentação”
- Que, pelo menos 70% dos prestadores de cuidados dos idosos, demonstrem conhecimentos sobre a sessão de educação para a saúde sobre “A leitura dos rótulos e comportamentos para a alimentação saudável”.

3.4. Seleção de estratégias

A estratégia em saúde é referida por Imperatori e Giraldes (1993), como “o conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo um ou mais problemas de saúde” (p.65). Atendendo ao referencial teórico, Modelo do *Empowerment*, e à finalidade deste projeto, escolhemos como estratégia a **Educação para a Saúde**. A par desta estratégia, de forma a garantir a eficácia da intervenção, desenvolvemos **parcerias interdisciplinares, multidisciplinares e comunitárias**, com o objetivo de contribuir para a prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 nos idosos, intervindo nos fatores de risco. Uma parceria pode ser definida como um processo de colaboração que envolve a criação de relações de partilha de conhecimentos, confiança e liderança (Zimmerman,2000). Neste âmbito, as parcerias comunitárias são um meio privilegiado no que se refere à intervenção primária (Ornelas & Moniz, 2007). As parcerias mais eficazes tendem a privilegiar metodologias participativas e promotoras do *empowerment* (Zimmerman,2000; Wolf,2001).

WHO refere-nos que (2018) a educação para a saúde é a combinação de experiências baseadas na aprendizagem, criadas com a finalidade de ajudar os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde através do aumento dos seus conhecimentos ou da influência das suas atitudes. Neste contexto, como educadores para a saúde devemos estabelecer uma relação de ajuda e uma comunicação efetiva (Carvalho & Carvalho 2006).

A comunicação e a interação permitem melhorar os níveis de literacia em saúde, ter mais autonomia e refletir criticamente sobre as suas escolhas. Efetivamente, esta autonomia - *empowerment* - implica desenvolver o poder de decisão nos indivíduos no processo saúde-doença, dotando-os de meios que favoreça tomadas de decisão competentes e informadas (Melo,2009). Para que a informação seja adequada ao nível de literacia da população, particularmente idosa, deverá a mesma empregar uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva (DGS, 2019). Para além das competências clínicas, o profissional de saúde tem como responsabilidade direcionar e influenciar as decisões dos indivíduos, principalmente nos casos de baixo nível de literacia em saúde (DGS,2019). Em conclusão, a Educação para a Saúde, intimamente ligada à Promoção da Saúde, requer que os indivíduos sejam munidos de conhecimentos necessários à adoção ou

modificação de comportamentos (Miria et al,2015).

A intervenção junto dos idosos do Centro de Dia obedeceu a uma abordagem multidisciplinar, com recurso aos profissionais da instituição, particularmente, aos prestadores de cuidados, à animadora sociocultural, à professora de educação física, aos enfermeiros, instrutora de *biodanza* e à nutricionista da SCML, envolvidos nas sessões de educação para a saúde e na participação das atividades. Ainda neste contexto, considerámos fundamental avaliar os recursos materiais disponíveis para o desenvolvimento da intervenção, bem como a participação de outros parceiros (empresas de indústria no âmbito da diabetes). Com efeito, foi cedido o equipamento e os respetivos *kits* para a avaliação de hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Na verdade, as ligações com outras pessoas e organizações incluem parcerias, coligações e demonstram a capacidade de trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações interdependentes que se traduzem num maior envolvimento do grupo (Laverack,2008). Deste modo, a nossa intervenção compreende a participação dos idosos nas atividades, já referido, da estratégia de educação por pares na atividade do *workshop* da alimentação. Entende-se por educação por pares na área da Promoção da Saúde, um processo que ocorre durante um período de tempo, no qual indivíduos, desenvolvem atividades educacionais organizadas ou informais, com a finalidade de desenvolver conhecimento, atitudes, crenças e competências nos seus pares (iguais), de modo a capacitá-los para protegerem a sua saúde e a das comunidades onde se encontram inseridos (Dias, 2009).

3.5. Preparação operacional

A preparação operacional corresponde a um conjunto de atividades necessárias para executar uma estratégia e deve começar por especificar as atividades inerentes à intervenção que devem ser definidas em função dos objetivos operacionais (Tavares,1990). Imperatori e Giraldes (1993) reforçam este conceito, acrescentando que a elaboração de um programa consiste, fundamentalmente, na descrição pormenorizada das atividades necessárias à realização de uma estratégia que se destina a um ou vários objetivos (Apêndice XIV). As atividades dizem respeito a um conjunto de tarefas, que se devem processar de forma ordenada para

atingir o resultado final (Duràn,1989).

Projetámos inicialmente uma sessão de **divulgação dos resultados do diagnóstico de situação** que teve como finalidade sensibilizar os intervenientes do Centro de Dia para a pertinência da intervenção. Considerámos, assim, relevante divulgar os resultados do diagnóstico de situação por forma a favorecer o envolvimento dos participantes na intervenção. Foi realizada em dias diferentes, primeiro junto dos idosos e posteriormente da equipa (Apêndice XV).

A ação de educação para idosos, deverá adotar metodologias adaptadas à sua faixa etária, e devem os mesmos ser vistos como pessoas com uma experiência de vida que poderá influenciar o processo de aprendizagem (Almeida,2009). As sessões de educação para a saúde foram fundamentadas na evidência científica, baseadas numa comunicação simples, acessível e de fácil compreensão, tendo em conta a baixa escolaridade da amostra. Sempre que possível, recorremos a imagens, com o objetivo de tornar as sessões atrativas e motivantes, estimulando a participação e a interação dos participantes. Realizámos **oito sessões de educação para a saúde no âmbito da diabetes *mellitus* tipo 2 e da alimentação saudável**, as quais procuraram facilitar a compreensão da incidência da diabetes *mellitus* e dos seus fatores de risco, assim como a importância da adoção de comportamentos alimentares saudáveis na sua prevenção. Para tal, realizaram-se as seguintes sessões de educação:

- Diabetes *mellitus* tipo 2: fatores de risco
- Alimentação saudável nos idosos
- O que é uma alimentação saudável?
- O que são os açúcares?
- Os hidratos de carbono são bons ou são maus?
- O que nos dizem os rótulos?
- A importância da água no nosso organismo
- Mitos na alimentação.

Recorremos a metodologias pedagógicas do tipo expositivo e interrogativo, essencialmente com perguntas dirigidas para o raciocínio. Com o objetivo de promoverem aprendizagens significativas, as sessões tiveram como suporte apresentações com a duração de 30 minutos com recurso a diapositivos, sublinhasse que foi mantida a preocupação de adequar os objetivos das sessões às capacidades dos idosos (Apêndice XVI).

A sequência de sessões de educação para a saúde, incidiu sobre a alimentação saudável, por ser esta a principal responsável pela maior qualidade e vida das populações em geral e dos idosos em particular e enquadra a independência e a capacidade para a realização das atividades do dia-a-dia (DGS,2004). Almeida (2009) reforça esta ideia, quando nos refere que na população idosa os problemas de nutrição e do peso podem com frequência resultar não só de hábitos alimentares inadequados e insuficiente atividade, mas também podem resultar de uma eventual falta de informação. O autor refere ainda que vários estudos demonstram que, uma ingestão nutricional inadequada (*deficit* de vitaminas, más escolhas alimentares, com consumo excessivo de gordura e baixo consumo de frutas e vegetais) é um problema que afeta um número significativo de idosos na Europa, com maior expressão nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos.

No sentido de comemorarmos o Dia Mundial da Diabetes e alertar para a problemática do aumento da incidência e prevalência da diabetes realizámos uma **atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes** (Apêndice XVII). Com esta iniciativa, pretendemos, pois, rever os conteúdos das primeiras sessões e colocá-los em prática.

Neste contexto foram desenvolvidas estratégias de dinâmicas de grupo tais como:

- **Roda da conversa.** Esta metodologia frequentemente utilizada na intervenção comunitária, consiste num método de participação coletiva com debate acerca de uma temática, através da formação de espaços abertos ao diálogo, nos quais os indivíduos podem expressar-se, e sobre tudo ouvir-se e ouvir os outros. Tem como principal finalidade a reflexão voltada para a ação (Nascimento & Silva,2009).

Esta dinâmica contou com a avaliação de glicémia capilar pós-prandial e de hemoglobina glicosilada, quando relevante, como ponto de partida para a consciencialização e debate da problemática.

- **Discussão de grupo.** Esta estratégia faz parte da metodologia participativa que possibilita o vínculo entre a teoria e a prática, parte da experiência dos indivíduos para abordar a teoria e chegar á pratica, com ganho de conhecimentos significativos. Estimula a capacidade de reflexão e de comunicação entre os participantes (Melo & Cruz 2014).

Elaborada a tela dos alimentos, após ter sido debatida a temática dos açúcares

na alimentação habitual dos idosos. Foi estimulada a leitura dos rótulos e convertidos os hidratos de carbono em pacotes de açúcar. Posteriormente, colado na tela o alimento e respetiva quantidade de hidratos de carbono convertida em pacotes de açúcar. Esta etapa deu lugar a reflexão sobre futuras opções alimentares. No final uma das participantes colaborou na confeção de um bolo com substituição do açúcar adicionado pelo açúcar presente natural nos alimentos. Recorremos à metodologia **por pares**: um elemento do grupo fez a apresentação da atividade (explicação da receita e da confeção do bolo). Este método permitiu aos demais participantes, um processo de identificação com o seu par, a partilha de informação mediante o uso de uma linguagem comum, com efeito, a forma como o conhecimento e a informação são transmitidos é decisiva no processo educacional (Bastos,2004).

Na continuidade da sequência que iniciámos com a dinâmica da roda da conversa, em parceria com a instrutora de *biodanza* (enfermeira da USC), optámos por realizar uma **sessão de biodanza**. A Biodanza é um método de vivências cujo objetivo é promover os potenciais saudáveis, a partir de encontros em grupo, induzidos pela música e pela dança (Reis,2013).

Realizámos uma **sessão de educação para a saúde aos prestadores de cuidados dos idosos**, visto que o compromisso dos primeiros para com os segundos é fundamental para a eficácia da intervenção. Este momento, contribuiu para a melhoria de conhecimentos relativamente à leitura dos rótulos, problema identificado no diagnóstico de situação. Por outro lado, foi também nossa intenção envolver os prestadores de cuidados na mudança dos comportamentos dos idosos. Posto isto, foi apresentado o conteúdo referente às sessões de educação para a saúde dos idosos. Efetivamente, a educação para a saúde nos idosos tem como objetivo promover o cuidado de si ou capacitar o cuidador para assegurar o cuidado ao outro e procura a promoção da autonomia da pessoa em função das suas capacidades, decisões e projeto de vida (Peixoto,2013) (Apêndice XVIII).

Nesta continuidade, e no sentido de manter e incentivar a mudança, foi usada como estratégia a **elaboração de “Guia para escolhas saudáveis”**. Este guia foi realizado em parceria com a nutricionista da SCML, com o objetivo de disponibilizar a informação fornecida relativa às sessões. Particularmente, no que diz respeito às orientações sobre a leitura de rótulos e estratégias para escolhas saudáveis, optámos pelo uso de imagens e uma linguagem simples e compreensível, tendo em

conta o baixo nível de literacia deste grupo de idosos. Pretendemos que este guia, posteriormente divulgado aos enfermeiros da USC, seja disponibilizado aos idosos, constituindo-se como um instrumento de educação para a promoção da saúde (Apêndice XIX).

Como já referimos é fundamental, o desenvolvimento do trabalho em parceria em contextos desta natureza. Teve lugar uma **sessão informativa dos conteúdos das sessões de educação para a saúde aos profissionais** de enfermagem, nesta sessão, procuramos sensibilizar os profissionais para a promoção de comportamentos saudáveis relativamente à alimentação como fator de risco da diabetes *mellitus* tipo 2. A metodologia da sessão foi maioritariamente expositiva, no entanto, abriu-se espaço à discussão, neste caso uma mais-valia na análise de situações problemáticas nas quais se promove um intercâmbio de ideias e opiniões (Nascimento & Silva, 2009). Na verdade, esta atividade favoreceu o envolvimento dos profissionais e contribuiu para a continuidade e eficácia da intervenção que realizámos (Apêndice XX).

3.6. Avaliação

A avaliação consiste na última etapa do planeamento em saúde, tem como principal função determinar o grau de sucesso dos objetivos previamente estabelecidos, baseando-se em normas e critérios específicos (Tavares, 1990). Imperatori e Giraldes (1993), mencionam que numa situação de planeamento ou programação, a maioria dos elementos aplicados para a avaliação são sob a forma de indicadores. Estes, segundo Tavares (1990), representam uma relação entre determinada situação e a população em risco e são fundamentais para atingir uma avaliação dos projetos realizados. Particularmente, no planeamento de projetos em saúde, é fundamental considerar dois tipos de indicadores de avaliação: (i) indicadores de atividade ou de execução, que pretendem mensurar a atividade desenvolvida pelo profissional saúde, (ii) indicadores de resultado ou impacto, que visam medir a modificação confirmada num problema da saúde (Tavares, 1990).

Deste modo, seleccionámos como indicadores de atividade ou execução:

- Taxa de atividades realizadas
- Taxa de participação dos idosos na sessão de sensibilização e apresentação do diagnóstico de situação

- Taxa de participação dos idosos nas sessões de educação para a saúde
- Taxa de participação dos idosos na atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes
- Taxa de participação dos profissionais na sessão de sensibilização e apresentação do diagnóstico de situação
- Taxa de participação dos profissionais na sessão de educação para a saúde
- Taxa de satisfação dos idosos relativamente à sessão sensibilização e apresentação do diagnóstico
- Taxa de satisfação dos idosos relativamente às sessões de educação para a saúde
- Taxa de satisfação dos idosos relativamente à atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes
- Taxa de satisfação dos profissionais relativamente à sessão de sensibilização e apresentação do diagnóstico
- Taxa de satisfação dos profissionais relativamente à sessão de educação para a saúde

Foram igualmente definidos os seguintes indicadores de resultado ou impacto:

- Taxa dos idosos que demonstram conhecimentos relativamente às sessões de educação
- Taxa de profissionais que demonstraram conhecimentos relativamente à sessão de educação para a saúde

Neste sentido, e com o intuito de difundir a informação e promover a adesão às sessões de educação para a saúde, procedemos à fixação de cartazes informativos no placar de planeamento das atividades semanais no Centro de Dia (Apêndice XXI). Apesar de a finalidade da intervenção através das sessões de educação para a saúde, ser dirigida à nossa amostra, foram as mesmas acessíveis a todos os idosos do Centro de Dia que nelas quisessem participar, assegurando na nossa prática de cuidados o princípio de beneficência (OE,2015).

Para a avaliação do projeto optámos por classificar individualmente cada sessão de Educação para a Saúde. Para este efeito, foram elaborados questionários, com questões que correspondem aos indicadores, anteriormente referidos: sobre os conhecimentos lecionados e sobre a satisfação com a sessão. Assim, apresentamos nos seguintes quadros os resultados relativos aos indicadores de avaliação

Quadro 5. Resultados referentes aos indicadores de atividade ou execução

Indicadores de atividade	Resultado obtido (N;%)	Meta
% de sessões de atividades realizada	12 100%	90%
% de idosos presentes na sessão de sensibilização e apresentação do diagnóstico de situação “ Que resultados ?”	20 86,9%	50%
% de idosos que referiram satisfação com a sessão de sensibilização e apresentação de diagnóstico de situação “ Que resultados ?”	20 100%	50%
% de idosos presentes na sessão “ Diabetes e fatores de risco”	20 86,9%	50%
% de idosos que referiram satisfação com a sessão “ Diabetes e fatores de risco”	20 100%	50%
% de idosos presentes na sessão “ A nutrição nos idosos “	20 86,9%	50%
% de idosos que referiram satisfação na sessão “ A nutrição nos idosos”	20 100%	50%
% de idosos presentes na sessão “ O que é uma alimentação saudável ? “	16 69,5%	50%
% de idosos que referiram satisfação na sessão O que é uma alimentação saudável ?”	16 100%	50%
% de idosos presentes na sessão O que são os açúcares ?”	16 69,5%	50%
% de idosos que referiram satisfação na sessão “ O que são os açúcares ?”	16 100%	50%
% de idosos presentes na sessão “ Os hidratos de carbono são bons ou são maus ?”	16 69,5%	50%
% de idosos que referiram satisfação na sessão “ Os hidratos de carbono são bons ou são maus ?”	16 100%	50%
% de idosos presentes na sessão “ O que nos dizem os rótulos ? “	20 86,9%	50%
% de idosos que referiram satisfação na sessão “ O que nos dizem os rótulos ? “	20 100%	50%
% de idosos presentes na sessão “ A importância da água no nosso organismo “	14 60,8%	50%
% de idosos presentes na sessão “ A importância da água no nosso organismo “	14 100%	50%
% de idosos presentes na sessão Mitos na Alimentação “	21	50%

	91,3%	
% de idosos que refiram satisfação na sessão “ Mitos na Alimentação “	21 100%	50%
% de idosos que estejam presentes na atividade alusiva ao dia Mundial da Diabetes	23 100%	50%
% de idosos que refiram satisfação na atividade alusiva ao dia Mundial da Diabetes	23 100%	50%
% de prestadores de cuidados presentes na sessão de sensibilização e divulgação do diagnóstico de situação	4 100%	50%
% de prestadores satisfeitos com a sessão de sensibilização e divulgação do diagnóstico	4 100%	50%
% de prestadores de cuidados presentes na sessão “ A leitura dos rótulos e comportamentos para uma alimentação saudável”	4 100%	50%
% de prestadores de cuidados satisfeitos com a sessão “ A leitura dos rótulos e comportamentos para uma alimentação saudável”	4 100%	50%

No que concerne aos indicadores de atividade ou execução, verificou-se que as 12 atividades previstas se concretizaram na sua totalidade, com uma taxa de sucesso de 100 %. A taxa de participação nas atividades foi superada, embora tivesse verificado uma flutuação dos participantes ao longo das sessões devido às suas rotinas (consultas, doença e outras atividades em simultâneo). É de salientar que, tanto os idosos como os profissionais de saúde, demonstraram uma taxa de satisfação de 100% no que diz respeito às sessões de educação para a saúde.

Quadro 6. Resultados referentes aos indicadores de resultado ou impacto

Indicador de resultado	Resultado obtido (nº,%)	Meta
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão “ Diabetes e os fatores de risco”	20 88%	30%
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão “ A nutrição nos idosos”	20 78%	30%
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão “ O que é uma alimentação saudável?”	16 100%	30%
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão “ O que são os açúcares?”	16 87,2%	30%
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão “ Os hidratos de carbono são bons ou são maus?”	16 79,6%	30%
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão	20	30%

“ O que nos dizem os rótulos?”	94%	
% de idosos que demonstram conhecimentos sobre a sessão “ A importância da água no nosso organismo”	14 95,2%	30%
% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre a sessão “ Mitos na Alimentação”	21 74%	30%
% dos prestadores de cuidados que demonstrem conhecimentos sobre “ A leitura dos rótulos e comportamentos para uma alimentação saudável”	4 100%	70%

Relativamente aos indicadores de resultado ou impacte, consideramos que os mesmos foram atingidos e até superados. Este resultado demonstra que contribuímos para os conhecimentos no âmbito dos comportamentos saudáveis, particularmente no que diz respeito à alimentação saudável, sendo esta um pilar fundamental na prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2. Na verdade, a alteração de comportamentos requer uma intervenção mais prolongada e continuada, não passível de ser confirmada pelas condicionantes que os *timings* académicos impõem.

Este projeto de intervenção comunitária mostrou ganhos em relação a:

- Aquisição e /ou consolidação de conhecimentos relativos as sessões de educação para a saúde no âmbito à alimentação saudável e relativamente aos fatores de risco da diabetes *mellitus* tipo 2
- Formação em serviço dos prestadores de cuidados sobre a alimentação saudável e adoção de opções saudáveis
- Colaboração da equipa do Centro de Dia da SCML na intervenção e contribuição para a dinâmica no projeto.
- Referenciação de dois idosos para o Centro de Dia da área de residência, em possível risco de desenvolver a diabetes *mellitus* tipo 2 por valores de referência alterados.

Desta forma, podemos concluir que os objetivos delineados para este projeto foram atingidos, e, por conseguinte, a intervenção comunitária desenvolvida demonstrou ser relevante.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste ponto, torna-se fundamental refletirmos acerca das competências desenvolvidas durante este estágio que deram lugar à mudança e crescimento pessoal e profissional, com resultados na prática que exercemos. Tal como nos refere a *Community Health Nurses of Canada*, competências são um conjunto de conhecimentos, habilidades, julgamentos e atributos indispensáveis aos profissionais de saúde para o desenvolvimento da sua prática com ética e segurança (CHNC, 2009). Neste contexto, o EEEEC assume um papel fundamental no sistema de saúde, na garantia da qualidade e continuidade dos cuidados prestados, por meio de uma formação especializada que lhe confere competência para uma intervenção decisiva na PS através da educação com vista à capacitação e *empowerment* dos indivíduos e das comunidades (OE, 2010; REPE, 2010). Assim, a realização deste projeto de intervenção comunitária permitiu-nos o desenvolvimento de competências no âmbito da área do EEEECSP, com foco nas competências específicas definidas pela OE (RCEEEECSP, Regulamento nº 428/2018). Deste modo, com base na metodologia do processo de planeamento em saúde, procurámos, com este projeto, fazer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, no caso, a um grupo de idosos do Centro de Dia da SCML, na qual foram identificados em apreço as necessidades da amostra selecionada, por meio de um diagnóstico de situação. Face a este diagnóstico, alcançámos um entendimento complexo relativamente aos determinantes dos problemas de saúde deste grupo de idosos, e às necessidades dos mesmos. A nossa intervenção foi orientada para a prevenção primária, com contribuições que incidiram no processo de capacitação do grupo, na medida em que criámos condições para o desenvolvimento de competências para a adoção de comportamentos favoráveis à prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2. Não menos importante foi o facto de termos tido a oportunidade de contribuir para a consecução dos objetivos do PNS. Ao reconhecermos os fatores de risco relacionados com os estilos de vida por meio aplicação do questionário sociodemográfico desenvolvemos competências de realização e cooperação na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico, baseada na ética e na deontologia.

Este projeto de intervenção comunitária foi, pois, decisivo para o alcance de novos conhecimentos imprescindíveis à intervenção junto de indivíduos, grupos e comunidades no âmbito da enfermagem comunitária, assim como para o

desenvolvimento de competências e aptidões do 2º ciclo, correspondentes ao grau de mestre, de acordo com os descritores de Dublin (Decreto Lei nº 65/2018,2018), que realçamos: (i) ao nível do **conhecimento e da capacidade de compreensão**, a mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a *práxis* clínica e seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão. Neste âmbito, procurámos fazer uma *Scoping Review* que fosse ao encontro dos objetivos da investigação com base nos pressupostos da *Joanna Briggs Institute*, (ii) na **aplicação do conhecimento e compreensão**, revelámos um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem – a diabetes *mellitus* tipo 2 -, mas num contexto mais alargado, que se configura na escolha da área temática da literacia em saúde enquanto conceito global. Também o conhecimento e aplicação do questionário HLS-EU-PT é evidência da mobilização desta competência, assim como o uso da metodologia do planeamento em saúde que não se apresenta como exclusivo da enfermagem, (iii) na **capacidade de fazer julgamentos**, demonstrámos capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e emitir juízos através da criação de diagnósticos de enfermagem na taxonomia CIPE®, para os problemas prioritários identificados, (iv) a competência **capacidade de comunicação** foi por nós desenvolvida ao logo deste percurso, na partilha de conhecimento com a audiência informal (idosos e equipa do Centro de Dia, estudantes de licenciatura e de mestrado), e com a audiência formal (participação em encontros científicos, e realização de pósteres e submissão de artigos em revista científica), (v) num que diz respeito à **competência de autoaprendizagem**, revelámos um percurso autónomo através do estudo auto-orientado, com reflexões sobre a prática clínica e consciência crítica para os problemas atuais. Ainda de referir que mobilizámos parcerias durante a operacionalização da nossa intervenção através dos recursos disponíveis e adequados à realização da mesma, assim como garantimos as considerações éticas e sociais (consentimento livre e informado, pedidos de autorização). Face ao exposto, consideramos ter adquirido as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e do grau de mestre.

5. CONCLUSÃO

A promoção da LS dos cidadãos tem sido identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e uma prioridade na definição de políticas de saúde, assumindo-se como uma estratégia do Plano Nacional de Saúde 2020. A literatura refere que os idosos, os doentes crónicos e grupos vulneráveis se apresentam como os mais atingidos pelos níveis inadequados de literacia e sobre os quais incidem, de forma mais significativa, os efeitos desse desajuste na literacia em saúde (Baker et al., 2008). Efetivamente, sabe-se que hoje em dia um nível inadequado de literacia em saúde tem, entre outros, um impacto negativo nos custos para o sistema (Sørensen et al., 2012). Neste cenário, a promoção da literacia em saúde implica intervenções que visam a autogestão da doença e a prevenção das doenças crónicas que representam um dos principais desafios do século XXI, quer pelo impacto que têm ao nível da qualidade de vida dos indivíduos, quer pelo impacto socioeconómico, e ainda porque constituem a primeira causa de morte (WHO, 2014). No campo das doenças crónicas, particularmente no que diz respeito à diabetes, a literacia em saúde apresenta-se como um fator relevante e influente na sua prevenção (Cavanaugh, 2012).

Atendendo à importância destas temáticas, projetámos a nossa intervenção comunitária no âmbito da promoção da literacia em saúde na prevenção da DMT2 dirigida a um grupo de idosos frequentadores do Centro de Dia da SCML. A intervenção foi direccionada para a prevenção primária, promovendo a aprendizagem de competências promotoras de estilos de vida saudáveis no idoso, sustentada pelo regulamento das competências do EEEEC, onde enfermeiro especialista “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, a que acrescentamos também a própria capacitação e ativação do indivíduo através do profissional de saúde segundo uma lógica de reciprocidade.

A elaboração do projeto e de todas as suas etapas levou ao desenvolvimento de competências relacionadas com o processo de planeamento em saúde, assim como à oportunidade de desenvolvermos conhecimentos sobre técnicas de comunicação com um grupo de idosos e seus cuidadores, promovendo o *empowerment*, consoante as necessidades identificadas. O suporte dado pelo modelo do *empowerment* afigurou-se fundamental na intervenção junto do idoso, uma vez que os programas de saúde que se apoiam na teoria do *empowerment*

envolvem os grupos no processo de concepção, execução e avaliação das atividades, como sujeitos ativos e não apenas como consumidores, com obtenção de melhores resultados e melhores níveis de literacia em saúde.

A educação para a saúde, apresentou-se, pois, como a estratégia por nós selecionada, uma vez que gera oportunidades conscientes e estruturadas para a aprendizagem que envolvem a comunicação direcionada para a melhoria da literacia em saúde e beneficiam, de igual modo, o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a vida, que são favoráveis ao indivíduo e à comunidade. Assim sendo, realizamos sessões de educação no âmbito da diabetes *mellitus* tipo 2 e da alimentação saudável, a qual é responsável pelo aumento da qualidade de vida em geral, e nos idosos por manter a sua independência e a aumentar a capacidade para as atividades dos seu dia-a-dia. Efetivamente, estas sessões de educação para a saúde pretenderam sensibilizar e dotar os idosos do Centro de Dia de conhecimentos e competências que contribuem para a adoção de comportamentos saudáveis que concorrem para a promoção da saúde. Num quadro mais amplo e no alinhamento dos sistemas de saúde de acordo com as necessidades das pessoas idosas, foram igualmente realizadas sessões de educação no mesmo âmbito aos prestadores de cuidados deste grupo. Procedemos ainda ao desenvolvimento de parcerias entre equipas multidisciplinares (USE enfermeira instrutora da biodanza, nutricionista e enfermeiros da SCML), comunitárias e interdisciplinares (USF), por forma a dar continuidade à intervenção por nós desenvolvida

Pese embora o tamanho da amostra - reduzida e não probabilística - e a não consequente generalização dos resultados obtidos para a população em geral, é nossa intenção dar conhecimento do trabalho que realizámos em sede de conferências, congressos e colóquios subjugados ao tema em questão, bem como a possibilidade da sua publicação em revistas científicas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C.V. (2018). Literacia em saúde – Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. In C. Lopes & C.V. Almeida (coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33-42). Lisboa: Edições ISPA.
- Almeida, M.C.F. (2008). *Promoção da saúde depois dos 65 anos elementos para uma politica integrada de envelhecimento*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saude Pública. Lisboa.
- American Diabetes Associations. (2019). *Standart of medical cariein diabetes-2019*. Diabetes Care, 42 (1). ISSN: 0149-5992.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilitis, and mortality among elderly persons. *Jornal of General Internal Medicine*, 23(6), 723-726. **Doi:** 10.1007/s11606-008-0566-4.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barroso, T., Pereira, A., Rodrigues, M. (2005). Empowerment na promoção da saúde: conceito e práticas. *Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*, 58-70. Acedido em: 04-06-2019. Disponível em: <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000157-37a9138a5f/Educacao-Para-a-Saude.pdf>.
- Bastos, F., Nardi, R., (2008). *Formação de professores e práticas pedagógicas no ensino de ciências: contribuições da pesquisa na área*. São Paulo: Escrituras.
- Bohanny, W., Wu, S., Liu, C., Yeh, S., Tsay, S., Wang, T. (2013). Health literacy, self.efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 00(2013), 1-8. **Doi:** 10.1111/1745-7599.1207.
- Campos, M., Monteiro, J., Ornelas, A. (2000). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista Nutrição*. 3(3). Acedido em: 07-08-2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000300002.
- Canadian Council on Learning (2007). *Health literacy in canada: Initial results from the international adults literacy and skils survey*. Canada: Canadian Council on Learning Acedido em 05-03-2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317434146_Health_Literacy_in_Cana

da A Healthy Understanding.

- Cândido, J. A. B. et al, (2017). Findrisk: diabetes mellitus risk stratification in community health. *Revista Brasileira Promoção saúde*, 30 (3), 1-8. Acedido em: 30-07-2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876328?lang=es>.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Cavanaugh, K. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Manag (lond)*, 1(2), 191-199. **Doi:** 10.2217/dmt.11.5.
- Cavanaugh, K. (2012). Health Literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *HHS Public Access*, 1(2), 191-199. **DOI:** 10.2217/dmt. 11.5.
- CDC (2011). Older Adults Why Is Literacy Important?. Acedido em: 02-03-2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/audiences/olderadults/index.html>.
- CDC (2014.) Understanding health literacy. Acedido em: 02-03-2019. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/understanding.html>.
- Center for Managing Chronic Disease (2011). Acedido em: 10-04-2019. Disponível em <https://cmcd.sph.umich.edu/>.
- Community Health Nurses of Canada (2009). *Public health nursing discipline specific competencies version 1.0*. Canada. Acedido em: 01-08-2019. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Community-Health-Nurses-Public-Health-Core-Competencies.pdf>.
- Coulombe, S., Tremblay, J. F. & Marchand, S. (2004) Internacional Adult Literacy Survey Literacy scores, human capital and growth across fourteen OECD countries. *JOUR*, 89-552(11), Acedido em 02-08-2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/242564913_International_Adult_Literacy_Survey_Literacy_scores_human_capital_and_growth_across_fourteen_OECD_countries.
- Davey, J., Holden, C., Smith, B. (2015). The correlates of chronic disease-related health literacy and its components among men: a systematic review. *BMC Public Health*, 15(1). **Doi:** 10.1186/s12889-015-1900-5.
- Decreto Lei nº 65/2018, altera o regime jurídico dos Graus e Diplomas de Ensino Superior. *Diário da Republica, Série I (Nº 157 de 16 de agosto)*, 417-4182. ELI:: <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>

- Denzin, N., Lincoln, Y. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa – teoria e abordagens*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Dias, R., Duque, F., Silva, M., Durá, E. (2005). Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia. *Análise Psicológica*, 22 (3), 463-473. Acedido a 15-12-2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300004&script=sci_abstract.
- Dickinson, J. K. et al (2017). The use of language in diabetes care and education. *Diabetes care*, 43(6), 551-564. Doi: 10.2337/dci17-0041.
- Direção de Saúde Santa Casa. (2018). *Plano de ação Unidade de Saúde Santa Casa do Castelo e Extensão Natália Correia*. Lisboa. SCML.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa nacional e controlo da diabetes*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma nº 017/2013, de 05/12/2013. Avaliação Antropométrica no Adulto. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 02-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promcao-da-atividade-fisica.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Promoção de Atividade Física*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável-2017*. Lisboa. Direção-geral da saúde.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de estudos e Planeamento de Saúde.
- Engel, G.L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 6 (2), 101-124. Doi: [10.1093/jmp/6.2.101](https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101).
- Espanha, R., Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: Contributions for the

- knowledge and health and communications. *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. **Doi:** 10.1016/j.procs.2016.09.277.
- Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. (2016). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fitzgerald, J..M., Anderson, R. M., Funnell, M. M. Marrero D. G. (2000). The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23(6), 739-743. Acedido a 03-08-2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10840988>.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Funnell, M., Brown, et al (2010). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes care*, 33(supl 1), 89-96. Acedido em 10-06-2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006053/>.
- Gazmararian, J.A., Wolf, M.S., Baker, D. W. (2005). Health Literacy and functional Health status among older adults. *Archives of internal medicine*, 165 (17) 1946-1947. **Doi:** 10.1001/archinte.165.17.1946.
- Hohn, M. (1997). Literacy Leader Fellowship Program Reports. *National inst. For literacy*, 3(4), 108-117. Acedido em 30-07-2019. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED425342.pdf>.
- Huizinga, M. M., Carlisle, A. J., Cavanaugh, K. L., Davis, D. L., Gregory, R. P., Schlundt, D. G., Rothman, R. L. (2009). Literacy, numeracy, and portion- size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 324-328. **Doi:** 10.1016/j.amepre.2008.11.012.
- ICN (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2015*. Genebra: Internacional Council of Nurses.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Edições de saúde.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas. 8ª edn*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Acedido em 02-05-2019. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/resources/how-to-cite.html>.
- Jaana, L. et al (2001). The finnish diabetes prevention study (DPS). *Diabetes Care*, 26 (12), 3230-3236. **Doi:** 10.2337/diacare.26.12.3230.
- Jungeblut, A., Jenkins, L. Kirsch, I., Kolstad, A. (2002). *Adult Literacy in America: A first Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey*. (3rd Ed) U:S.

- Department of Education Office Education Research and Improvement. Acedido em 10-06-2019. Disponível em: <https://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf>.
- Kim, S. (2009). Health literacy and functional health status in Korean old adults. *Journal of Clinical Nursing*, (18), 2337-2343. **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2008.02739. x.
- Kirsch, I. (2001). The internacional literacy survey (IALS) : understanding what was measurde. *Statistic & Research Division Princaton*. Acedido em 02-08-2019. Disponível em: <https://www.ets.org/Media/Research/pdf/RR-01-25-Kirsch.pdf>.
- Lalonde, M. (1974) A new perspective on the health of canadians. *A working. Document, Ottawa: Government of Canada*. Acedido em 02-08-2019. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde, poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Loureiro, L., Jorm, A., Rodrigues, M., Santos, J., Oliveira, R., Abrantes, A., Cardoso, D. (2014). *Literacia em saúde Mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para Agir. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Coimbra*.
- Maria, I., et al (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(18), 73–82. **Doi:** 10.12707/RIV18008.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351–377. Acedido em: 01-08-2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3068205>.
- Melo, M. et al (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência Saúde colectiva*, 14 (1), 1579-1586. **Doi:** 10.1590/s1413-812300900800031.
- Reis, C., (2013). Subjetividade e experiência do corpo na biodanza. *Estudos e pesquisa em psicologia*, 13(3), 1103-1123. Acedido a 06-01-2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300016.
- Melo, M., Cruz, G. (2014). Roda de conversa: uma proposta Metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. *Imagens da Educação*, 4 (2), 31-39. **Doi:** 10.4025/imagensseduc, v4i2.22222.

- Nascimento, M., Silva, C. (2009). Roda de conversas e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem. Acedido a 08-09-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/281526063_RODAS_DE_CONVERSA_E_OFICINAS_TEMATICAS_EXPERIENCIAS_METODOLOGICAS_DE_ENSINO-APRENDIZAGEM_EM_GEOGRAFIA.
- Nunes, E. (2006). Programas Nacionais relacionados com a Promoção de Estilos de vida saudável. *Fórum Nacional de saúde*. Coimbra.
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chicago Editora.
- Observatório Nacional da Diabetes (2015). *Diabetes: factos e números 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: SNS.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código deontológico do enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Acedido a 12-01-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1986). A promoção da saúde: Carta de Ottawa. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1-6. Acedido em 03-03-2019. Disponível em: <https://doi.org/file:///C:/Users/AM%C3%A9rico/Downloads/2ottawanesasesemlogo.pdf>.
- Ornelas, J., Moniz, M., (2007). Parcerias Comunitárias e intervenção preventive. *Análise Psicológica*, 1 (xxv), 153-158. Acedido a 09-09-2019. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Desktop/parcerias%20comunitarias.pdf>.
- Ortiz, L., Pérez, B., González, E., Martínez, S., Quirarte, N. & Berry, D. (2016). Self-care Behaviors and Glycemic Control in Low-Income Adults in México With Type 2 Diabetes Mellitus May Have Implications for Patients of Mexican Heritage Living in the United States. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 120-138. **Doi:** 10.1177/1054773815586542.
- Pacheco, S., Cunha, S. (2006). A educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: o papel do Enfermeiro. *Nursing*, 211 (2), 19-22. ISSN: 0871-6196.
- Palumbo, R. (2017). The dark side of patient empowerment. *Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment*, 47-61. **Doi:**

10.1007/978-3-319-58344-0_3.

- Panagioti, M., Skevington, S., Hann, M., Kelly, H., Blakemore, A., Reeves, D., Bower, P. (2018). Effect of literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Quality of Life Research*, 27(5), 1257-1268. **Doi:** 10.1007/s11136.017-1775-2.
- Pedro, A. R., Amaral, O., Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 34(3), 259-275. **Doi:** doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002.
- Peixoto, I. (2013). *Educação para a saúde – Contributos para a prevenção do cancro*. Braga: Sistemas humanos e organizações.
- Pender, N. J; Madaugh, M. P., (2006). Health promotion in nursing practice 5ª edição. *Journal of Clinical Nursing*, 28,357-359. **Doi:** 10.1111/j.1365-2702.2006. 01764.x
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing* 267. Acedido a 03-08-2019. Disponível em: www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.XXIZ1PZFz4g.
- Regulamento nº 428/2018. Artigo 2º Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Diário da República. Série II (Nº 135-16 de julho de 2018), 19354 a 16359.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde- Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (11), 94-99.
- Santos, O. (2010). O papel da Literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o control e redução da carga ponderal. *Observatório Nacional da Obesidade e do control do Peso*, 4(3). Acedido em 10-12-2019. Disponível em: [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/\(2010\)%20Literacia%20em%20saúde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redução%20da%20carga%20ponderal.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/(2010)%20Literacia%20em%20saúde%20-%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redução%20da%20carga%20ponderal.pdf).

- Serrano, G. (2004). *Investigation cualitativa. Retos e interrogantes – I. Métodos*. Madrid: Ed.La Muralla.
- Serrão, C., Veiga, S., Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoa idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (2), 33-38. Acedido em 05-12-2019. Disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf.
- Serviço Nacional de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde-Revisão e Extensão 2020*. Lisboa: SNS.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education & Behavior*, 2 (1). **Doi:** [10.1177/10901981740020S102](https://doi.org/10.1177/10901981740020S102).
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Plikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health Literacy and Public Health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). **Doi:**[10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80).
- Sudore, R. et al (2006). Limited literacy in old people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776. **Doi:**[10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x).
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Porto: Porto Ed.
- Teddlie, C., Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A Typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100. Acedido em: 01-08-2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558689806292430>.
- The International Adult Literacy Survey (IALS) was a 22-country initiative conducted between 1994 and 1998. The Canadian component of the Study was primarily funded by the Applied Research Branch and the National Literacy Secretariat of Human Resources Development Canada Published by authority of the responsible for Statistic Canada Minister of Industry, 2004.***
- Toçi, E. et al (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4) 1646-1658. **Doi:** [10.9734/BJMMR/2013/3972](https://doi.org/10.9734/BJMMR/2013/3972).
- Tumilehto, J. et al (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344 (18), 1343-1350. **Doi:**[10.1056/nejm200105033441801](https://doi.org/10.1056/nejm200105033441801).
- Universidade de Santa Cruz do Sul. (2015). *Interdisciplinidade e promoção da saúde na educação básica e no sistema de saúde*. ISBN: 978-85-7578-432-7.

- Unwin, N., Whiting, D., Roglic, G. (2010). Social determinants of diabetes and challenges of Prevention. *The Lancet*, 375 (9733), 2204-2205. **Doi:**[10.1016/S0140-6736\(10\)60840-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60840-9).
- Vilelas, J., (2009). *Investigação: O processo de Construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Viveiros, A.S., Borges, M., Martins, R., Anahory, B., Cordeiro, M. S. (2015). Estudo LIDIA: risco de diabetes mellitus tipo 2 numa população rural dos Açores. *Revista Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo*, 10(2), 124-127. Acedido em 30-07-2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343914000650>
- White, R., Wolff, K., Cavanaugh, K., Rothman, R. (2010). Addressing health literacy and numeracy to improve diabetes education and care. *Diabetes Spectrum*, 23(4), 238-243. **Doi:**[10.2337/diaspect.23.4.238](https://doi.org/10.2337/diaspect.23.4.238).
- Wolff, T. (2006). Collaborative Solutions. *A Newsletter from Tom Wolff & Associates*. Acedido a 15-09-2019. Disponível em: <https://www.tomwolff.com/collaborative-solutions-newsletter-summer-06.htm>.
- Wood, L. G., Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO. Acedido em 03-08-2019. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2013b). *Health literacy the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, ISBN: 978 92 890 00154 .
- World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization, IBSN 978 92 4 156485 4.
- World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneve: World Health Organization, IBSN 978 92 4 156525 7.
- World Health Organization (2018). *Plano de Acção Global para a Atividade Física 2018-2030* Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável. Acedido a 05-08-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/>.
- World Health Organization. (1989). *Health of the elderly: report of an expert committee*. World Health Organization, 1989. Acedido em 10-02-2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39521/WHO/TRS779.pdf;jsessionid=6D80FC9D3F36EDDF4074F2626031E11d?sequence=1>.

Zimmerman, M. (2000). Empowerment and community participation; a review for the next millennium. In *J.Ornelas (Ed.), II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária*. ISPA, Lisboa.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Tabela das subdimensões da literacia em saúde

Tabela – Subdimensões da literacia em saúde (Sørensen, 2012)

LITERACIA EM SAÚDE	ACESSO/OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES RELEVANTES DE SAÚDE	COMPREENDER INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	APRECIAR/JULGAR/AVALIAR INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE	APLICAR/USAR INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE
CUIDADOS DE SAÚDE	1) Habilidade para aceder a informação médica ou assuntos clínicos	2) Habilidade para compreender informação médica e significado	3) Habilidade para interpretar e avaliar informação médica	4) Habilidade para tomar decisões informadas em assuntos médicos
PREVENÇÃO DE SAÚDE	5) Habilidade para aceder a informação sobre factores de risco	6) Habilidade para compreender informação sobre factores de risco e significado	7) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre factores de risco	8) Habilidade para julgar a relevância de factores de risco
PROMOÇÃO DE SAÚDE	9) Habilidade para se atualizar sobre assuntos clínicos	10) Habilidade para compreender informação de saúde relevante e significado	11) Habilidade para interpretar e avaliar informação sobre assuntos relacionados com saúde	12) Habilidade para formar opinião refletida sobre assuntos de saúde

APÊNDICE II - Scoping Review



Promoção da literacia em saúde: Prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 nos idosos

Promoting health literacy: Prevention of Type 2 diabetes mellitus in the elderly

Objetivo: Identificar e mapear na literatura, os resultados inerentes à promoção da literacia em saúde, para a prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 em contexto comunitário.

Questão: “Que intervenções de enfermagem inerentes à promoção da literacia em saúde previnem a diabetes *mellitus* tipo 2?”

Mnemónica PCC – P (População) -é definida como os utentes na comunidade C (Conceito) -; como promoção da literacia em saúde e prevenção da diabetes *mellitus* tipo2 C (Contexto) - a comunidade

Palavras-Chave: Nursing interventions, Health literacy, self care, type 2 diabetes, promotion e community Intervention.

Background

A pertinência do estudo resultou de uma reflexão sobre o facto de que, nas últimas décadas, a literacia em saúde tem vindo a assumir um lugar de destaque. Esta está relacionada com a capacidade de a pessoa lidar com a informação sobre a saúde, particularmente no que diz respeito ao seu acesso, compreensão, avaliação, aplicação e utilização em variadas situações ao longo do ciclo de vida (Costa et al, 2016). Constitui-se como um recurso fundamental para prevenir problemas, bem como para uma melhor gestão de situações inesperadas (*Center of Disease Control*, 2014). Neste contexto, a literacia em saúde desempenha um papel fundamental na capacidade que o indivíduo tem para obter, interpretar e compreender a informação básica de saúde de forma a promover a sua própria saúde. Para além da capacidade de transmitir informação, implica também desenvolver competências

para obter informação e ser capaz de aplicá-la com ganhos no seu dia-a-dia (Pereira et al., 2011).

Estudos, realizados nos Estados Unidos da América pelo *Institute of Medicine* e pela *American Medical Association* e demonstram uma forte ligação entre a literacia e o nível de educação na saúde (Pedro et al., 2016). Efetivamente, a interação entre elas parece ser evidente em todas as idades, desde a infância à velhice. Vários investigadores consideram que a literacia é determinante nos resultados da saúde (*Canadian Council on Learning*, 2007). Deste modo, a literatura refere que indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam menor capacidade de compreender a informação fornecida pelos profissionais e de utilizar os serviços de saúde no cumprimento das indicações prescritas (Pedro et al., 2016). Esta situação agrava-se nos grupos etários dos idosos e tendo em conta a mudança demográfica que atualmente ocorre a nível mundial, é essencial uma reformulação da informação e dos serviços de saúde, sendo esta uma prioridade para obter melhoria na saúde dos idosos (CDC, 2011).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS), estendido até 2020, foram atualizados os quatro eixos estratégicos que transitam do PNS anterior: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis. Ou seja, o documento orientador das políticas de saúde centra-se na melhoria da saúde e do bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde.

As prioridades estratégicas são: investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores.

É estratégia do PNS (2016- 2020) a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo a que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende (DGS, 2015).

Compete ao enfermeiro, enquanto agente promotor de saúde, o diagnóstico da situação da saúde da população e dos recursos do indivíduo, família e comunidade: o desempenho de um papel ativo na criação e aproveitamento de oportunidades para a promoção de estilos de vida saudáveis; a maximização do

potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; a disponibilização de informação impulsionadora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo indivíduo (Rodrigues et al., 2005).

Assim, um projeto de intervenção comunitária na promoção de literacia em saúde dirigido a um grupo de utentes em contexto comunitário contribui para prevenção das complicações, bem-estar e autocuidado dos mesmos, que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), constitui-se como padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo por base o seu percurso de formação especializada, deve desenvolver competências que lhe permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Iniciamos uma pesquisa com **critérios de inclusão** que incluem estudos publicados em inglês e português, com texto completo na seleção temporal entre 2003 e 2019, Recurso às bases de dados da pesquisa eletrónica: EBSCOhost, MEDLINE, CINAHL.

População / Tipo de Participantes (P)

A presente revisão *scoping* pretende incluir estudos com os seguintes participantes que incluem adultos com idade igual ou superior a 45 anos, uma vez que o diagnóstico da diabetes *Mellitus* tipo 2 é feito geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, quando associado a fatores de risco como a obesidade (SPD, 2013).

Conceitos (C)

Os conceitos relevantes para esta revisão *scoping* são: intervenções de enfermagem na promoção da literacia e prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2.

Contexto (C)

Os estudos ao qual esta revisão se refere remetem para o contexto comunitário.

Tipos de recursos

Todos tipos de estudos, quer qualitativos, quantitativos (independente da sua metodologia), estudos primários e revisões da literatura disponíveis, serão aqui incluídos.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

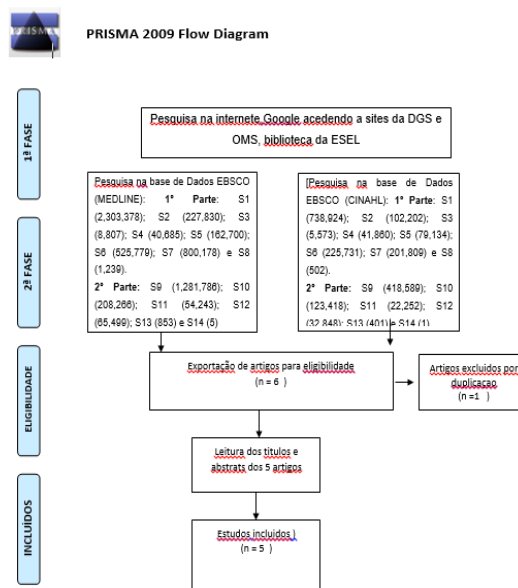
A estratégia de pesquisa desta *scoping review* foi faseada em dois momentos: O primeiro dedicado à consulta em *sites* e bibliotecas para acesso à “literatura cinzenta”, o segundo por via da base de dados EBSCO, empregando as ferramentas de pesquisa CINAHL e MEDLINE, com a finalidade de identificar a evidência que desse resposta à pergunta inicialmente colocada, tendo sido desenvolvida pesquisa em cada uma delas separadamente.

Em cada base de dados, partimos dos termos correspondentes às palavras-chave, procurámos por um lado, sinónimos e por outro, a partir das palavras naturais e os termos indexamos em cada base de dados, tal como se pode observar no quadro que se segue:

Quadro 1. Palavras naturais e termos indexados utilizados nas bases de dados

Base de dados Medline		Base de dados CINAHL	
Termos naturais	Termos Indexados (Mesh2018)	Termos naturais	Termos indexados (CINAHL Subject Headings)
“risk”	MH”Risk Assessment” MH”Risk Factors”	“risk”	MH”RiskTaking Behavior MH”Attitude to Risk” MH”Risk Assessment”
“diabetes type2”	MH”Diabetes Mellitus, Type 2” MH”Diabetes Mellitus”	“diabetes type2”	MH”Diabetes Mellitus , Type 2” MH”Diabetes Mellitus”
“health literacy”	MH”Health Literacy” MH”Literacy”	“health literacy”	MH”Health Literacy”
“self care”	MH”Self Care”	“self care”	MH”Self Care”
“promotion”	MH”Health Promotion”	“promotion”	MH”Health Promotion”
“intervention”	MH”Early Intervention(Education)”	“intervention”	MH”Early Intervention”
“nurs*”		“nurse”	
“community intervention”		“community intervention”	

Posteriormente, procedemos ao cruzamento da pesquisa inicial (termos naturais e indexados), tendo em consideração a questão da *scoping review* (Apêndice 1). A estratégia de pesquisa encontra-se esquematizada na seguinte *Prisma Flow Diagram*:



Seguidamente, exportamos os artigos selecionados, à exceção de um artigo duplicado e obtivemos um total de cinco artigos. Após a leitura dos mesmos realizamos o seguinte caracterização e resultados das pesquisas no Scoping Review nas bases de dados Medline e CHINAL, integradas na “EBSCOHST

Título	Autor	País	Ano	Tipo de estudo	Amostra/População	Principais Resultados
Cost-Effectiveness of a Community-Based Weight Control Intervention Targeting a Low-Socioeconomic-Status Mexican-Origin Population Objetivo do estudo foi avaliar a relação custo – eficácia de uma intervenção na comunidade para melhorar os níveis de atividade física e de ingestão alimentar com a finalidade de reduzir o risco de diabetes	Kimberly J.;H.Shelton BrownIII; Elena Bastida	México	2014	Quantitativo Quasi-experimental (6 meses de seguimento)	População majoritariamente hispânica residente ao longo da fronteira US México	Este estudo demonstra baseado numa comunidade: - Que a intervenção/ sensibilização sobre alimentação e exercício físico para a perda de peso nos indivíduos com excesso de e peso assim como a sua manutenção em indivíduos saudáveis sem excesso de peso pode ser rentável. Esta apresenta-se como uma descoberta positiva, pois muitos indivíduos com peso saudável podem estar em risco de obesidade no seu ciclo de vida.
Promoting Physical Activity in a Low-Income Multiethnic District:Effects of a Community Intervention Study to Reduce Risk Factors for Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease Objetivo era avaliar os efeitos sobre os fatores de risco para a diabetes tipo 2 e a doença cardiovascular através de uma intervenção na comunidade aumentando a atividade física num período de 3 anos	Jenum et al	Noruega	2006	Coorte pseudo-experimental Quantitativo	2.950 Participantes entre os 30 e 67 anos de idade e um follow-up de 1776 participantes (todos os indivíduos com idades compreendidas entre os 30-67 anos em Romsas, um bairro de baixa renda)	O principal resultado deste estudo evidência que: Através de um programa de intervenção com um baixo custo numa comunidade, observou-se um aumento nos níveis de atividade física, redução do ganho de peso e alterações de comportamento benéficas para a redução dos fatores de risco na diabetes tipo 2 e doença cardiovascular
Fostering Healthy Lifestyles in the African American Population Objetivo do estudo foi promover os estilos de vida saudáveis através de aconselhamento individual que incluíam exercício físico, aulas de nutrição liderados por mentores comunitários de saúde e avaliação de dados antropométricos	Murimi et al	América	2015	Quantitativo (longitudinal)	População africano americano residente no norte da Louisiana entre 2009 e 2012 A população alvo incluiu todos os moradores de uma comunidade escolhida com base baixo rendimentos e nos níveis baixos de literacia em saúde e sem acesso imediato aos cuidados de	Com a realização deste estudo verificou-se que a baixa literacia em saúde pode ser barreira para a modificação dos estilos de vida saudável. A intervenção preveniu o aumento de peso dos participantes e uma diminuição dos níveis de glicose e colesterol. Os resultados deste estudo

					saúde.	demonstram que uma intervenção realizada por mentores e comunitários de saúde podem ser eficaz na promoção de mudança de estilos de vida saudável.
Translating the Science of Primary,Secondary,and Tertiary Prevention to Onform the Public Health Response to Diabetes Revisão dos vários estudos científicos a nível da prevenção primária, secundária e terciária que demonstram evidência que a diabetes e as suas complicações podem ser prevenidas e controladas	Bowman et al	Atlanta	2003	Revisão sistemática da literatura	-----	Este estudo evidência a importância da prevenção secundária e terciária para: - O controlo glicémico intensivo resultou numa redução de 25% de complicações microvasculares e de 16% de enfarte agudo do miocárdio. Encontrado igualmente benefício no controlo de intensivo da tensão arterial No que diz respeito à prevenção primária da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2: -demonstra que o desenvolvimento da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 pode ser impedido ou atrasado em pessoas de alto risco. Os estudos foram realizados em populações de alto risco e as intervenções de estilos de vida saudável foram eficazes na redução do risco de diabetes em diferentes populações e em todos os grupos de idades. Faz ainda referencia que a gestão da saúde pública tem um potencial para a prevenção primária da doença, isso aumenta a urgência de implementar intervenções na comunidade e principalmente nos grupos de risco de desenvolver a diabetes tipo 2.
Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review	Hjelm et al	Suécia	2003	Revisão de literatura e meta análise	-----	O resultado do estudo evidencia que o desenvolvimento da diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 em geral é associada a fatores relacionados com o desenvolvimento social, e é possível prevenir a doença. Podem

						ser providenciadas diferentes medidas no que respeita à formação de enfermeiros em diferentes níveis pois estes têm a nível mundial um importante papel para travar a pandemia da diabetes através da promoção da saúde que visa manter as pessoas saudáveis tanto quanto é possível.
--	--	--	--	--	--	---

SÍNTESE CONCLUSIVA

A análise dos artigos selecionados a partir dos critérios de inclusão permite concluir que uma intervenção na comunidade através de um programa estruturado, que incentive o aumento da atividade física e uma alimentação saudável, tem efeitos significativos na saúde sobre os fatores de risco da diabetes (Jenum et al,2006). Estes programas devem incluir estratégias com o objetivo de aumentar a consciência, melhorar o conhecimento e mudar atitudes para a atividade física e alimentação saudável através de ações de formação, folhetos informativos, reuniões informais, meios de comunicação, etc (Bourman et al,2003).

A baixa literacia em saúde pode apresentar-se como uma barreira à mudança de comportamentos e não for trabalhada. Sendo que a literacia em saúde foi definida por Ratzan e Parker (2000) como o “ grau em que os indivíduos tem a capacidade de obter, processar e compreender a informação e os serviços necessários para tomar decisões de saúde “, a baixa literacia em saúde tem sido associada ao aumento de hospitalizações, má gestão da saúde e ao aumento da mortalidade. Por estas razões as estratégias de intervenção comunitária especialmente em indivíduos com baixa literacia em saúde são urgentemente necessárias para combater a epidemia mundial da obesidade e da diabetes (Murimi et al., 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barroso, T., Pereira, A., & Rodrigues, M. (2005). Empowerment na promoção da saúde: conceito e práticas. *Educação Para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*, 58-70.
- Bowman, B. A., Gregg, E. W., Williams, D. E., Engelgau, M. M., Jack, L. Jr. (2003). Translating the science of primary, secondary, and tertiary Prevention to inform the public Health response to diabetes. *Journal of Public Health Management and Practice*, 9(1), 8-14. Acedido em 03-03-2019. Disponível em: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14677324.
- Canadian Council on Learning (2007). *Health Literacy in Canada: Initial Results from the International Adults Literacy and Skills Survey*. Acedido em 05-03-2019. Disponível em: www.ccl-cca.ca/pdfs/Health.
- CDC (2011). Older Adults Why Is Literacy Important? Acedido em 02-03-2019. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/audiences/olderadults/importance.html>.
- CDC (2014.) Understanding Health Literacy. Acedido em 02-03-2019. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/understanding.html>.
- Costa, A., Costa, L., Saboga-Nunes, L., Costa, L. (2016). Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa. *Boletim Epidemiológico*, 17(9), 38-40. Acedido 03-03-2019. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N17_2016_artigo9.pdf.
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020 maio 2015*. Acedido em 28-01-2019. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpenegine.netdnacdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisão-e-Extensão-a2020.pdf.pdf>
- Hjelm, K., Mufunda, E., Nambozi, G., Kemp, J. (2003). Preparing Nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (5), 424-234. **Doi:**10.1046/J.1365-2648.2003.02548. x.
- Jenum, A.K. et al (2006). Promoting physical activity in a low-income multiethnic district: effects of a Community intervention Study to reduce risk factors for type 2 diabetes: a Community intervention reducing inactivity. *Diabetes Care*, 29(7), 1605-1612. DOI:10.2337/dc05-1587.

- Loureiro, L., Jorm, A., Rodrigues, M., Santos, J., Oliveira, R., Abrantes, A., Cardoso, D. (2014). *Literacia em saúde Mental – Capacitar as pessoas e as comunidades para Agir*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Coimbra
- Murimi, M., Chrisman, M. S., MCAilister, T., McDonald, O. D. (2004). Fostering Health lifestyles in the african american population. *Health Education & Behavior*, 42 (1), 109-116. DOI:10.1177/1090198114540465.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing* 267. Acedido a 03-08-2019. Disponível em: www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.XXIZ1PZFz4g.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde- Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Wilson, K. J., Brown, H. S., Bastida, E. (2014). Cost-effectiveness of a community-based weight control intervention targeting a low-socioeconomic-status mexican-origin population. *Health Promotion Practice*, 16 (19), 101-108. DOI:10.1177/1524839914537274.

APÊNDICE III - Consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

De acordo com a Declaração de Helsíquia¹ e a convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este o documento.

Título do estudo: *Promoção da literacia em saúde: Prevenção da diabetes mellitus tipo 2 nos idosos*

Enquadramento: No âmbito do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), este estudo será aplicado no Centro de Dia de Dia da Nossa senhora dos Anjos, com a orientação do srº Enfermeiro Alfredo Laureano e da Professora Lourdes Varandas.

Procedimentos: Será aplicado o Questionário Europeu da literacia em saúde aos utentes e realizada entrevista semiestruturada aos funcionários, acompanhada de gravação áudio, que integrar perguntas sobre: alimentação em geral e atividade física.

Condições e financiamento: a sua participação no estudo é voluntária e poderá em qualquer altura desistir do mesmo. Não existem quaisquer riscos para os participantes deste estudo, assim como não se preveem benefícios imediatos. O seu financiamento está a cargo da investigadora e recebeu o parecer favorável da Administração da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o procedimento será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo serão apenas para publicação de caráter científico mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço desde já a sua colaboração. Este trabalho de investigação prevê-se estar concluído em janeiro de 2019, podendo a partir dessa data solicitar a consulta dos resultados, junto da enfermeira investigadora.

Enfermeira Ana Cristina Almeida Sousa Veiga

Unidade de Saúde do Castelo
Telemóvel:919585584
Email:anaveiga@campus .esel.pt

Assinatura:-----

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima assina. 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 voluntaria forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e na garantia da confidencialidade e do anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:-----

Assinatura:-----

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE
CONSENTE**

¹ <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsing.2013.pdf>

1 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE IV - Cronograma de atividades

[illegible]

APÊNDICE V - Tratamento de dados

Tratamento de dados

Caracterização sociodemográfica

Tabela: Distribuição da amostra segundo o gênero

<i>Gênero</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	10	45,5	45,5	45,5
Feminino	12	54,5	54,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Tabela: Distribuição da amostra segunda a idade

<i>Idade</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
46-55 anos	1	4,5	4,5	4,5
56-65 anos	1	4,5	4,5	9,1
66-75 anos	7	31,8	31,8	40,9
Mais de 76 anos	13	59,1	59,1	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Medidas de tendência central e dispersão

Média	79,2273
Mediana	80,0000
Moda	89,00
Desvio Padrão	11,94404
Mínimo	52,00
Máximo	99,00

Tabela: Distribuição da amostra segundo o estado civil

<i>Estado Civil</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Solteiro	9	40,9	40,9	40,9
Casado	1	4,5	4,5	45,5

Separado/Divorciado	2	9,1	9,1	54,5
Viúvo	10	45,5	45,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Tabela: Distribuição da amostra segundo o agregado familiar

<i>Agregado Familiar</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Solteiro/Vive só	21	95,5	95,5	95,5
Vive junto /vida conjugal partilhada	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Tabela: Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

<i>Habilitações Literárias</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Nível 0	8	36,4	36,4	36,4
Nível 1	14	63,6	63,6	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Tabela: Distribuição da amostra segundo os rendimentos

<i>Rendimentos</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Menos de 500€	17	77,3	77,3	77,3
Entre 500€ e 800€	4	18,2	18,2	95,5
Entre 800€ e 1350€	1	4,5	4,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

Literacia em saúde

Tabela: Níveis de literacia para a saúde geral da amostra

<i>Literacia para a saúde geral</i>	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
-------------------------------------	------------	-------------	--------------------	-------------------------

Válido	LS Inadequada	13	59,1	61,9	61,9
	LS Problemática	6	27,3	28,6	90,5
	LS Suficiente	2	9,1	9,5	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	4,5		
Total		22	100,0		

Tabela: Níveis de literacia para a saúde em cuidados de saúde da amostra

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	LS inadequada	13	59,1	59,1	59,1
	LS problemática	4	18,2	18,2	77,3
	LS suficiente	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Tabela: Níveis de literacia para a saúde na promoção de saúde da amostra

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	LS inadequada	6	27,3	54,5	54,5
	LS problemática	3	13,6	27,3	81,8
	LS suficiente	2	9,1	18,2	100,0
	Total	11	50,0	100,0	
Omisso	Sistema	11	50,0		
Total		22	100,0		

Tabela: Níveis de literacia para a saúde na prevenção da doença da amostra

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	LS inadequada	13	59,1	61,9	61,9
	LS problemática	2	9,1	9,5	71,4
	LS suficiente	6	27,3	28,6	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	4,5		
Total		22	100,0		

Dados clínicos

Gráfico: Distribuição da amostra segundo o perímetro abdominal

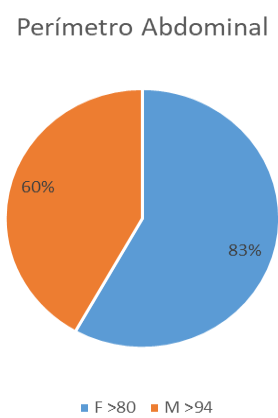


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o índice de massa corporal

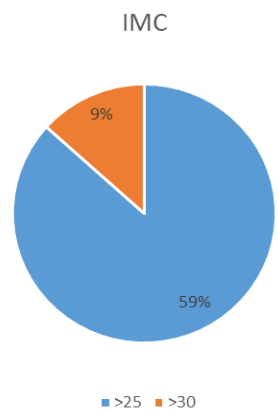


Gráfico: Distribuição da amostra segundo a avaliação de glicémia pós-prandial

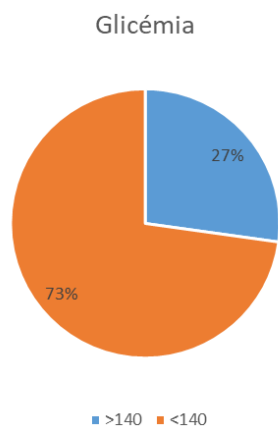


Gráfico: Distribuição da amostra segundo a hipertensão arterial

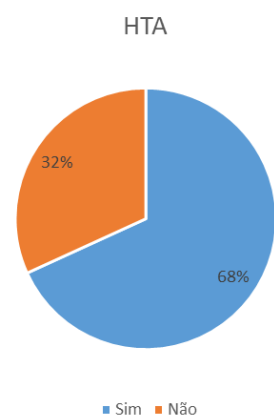


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o número de medicamentos diários

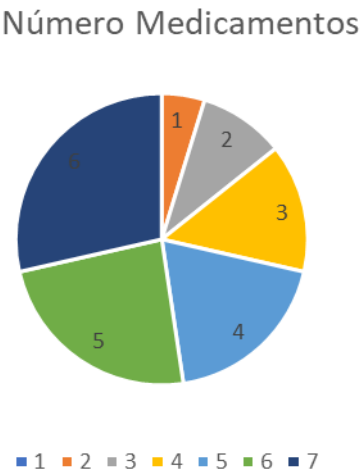
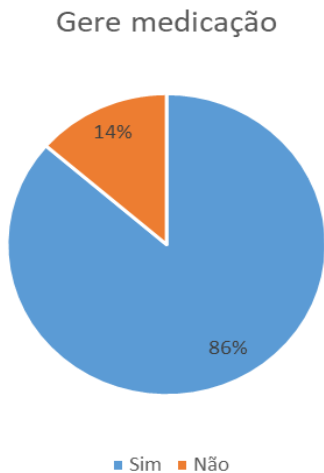


Gráfico: Distribuição da amostra segundo a gestão da medicação



Anamnese alimentar

Gráfico: Distribuição da amostra segundo a alteração do apetite

Alteração de aptite

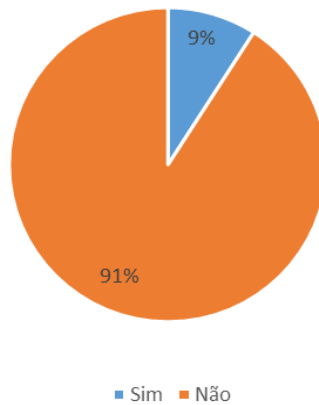


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o número de refeições diárias

Número de refeições diárias

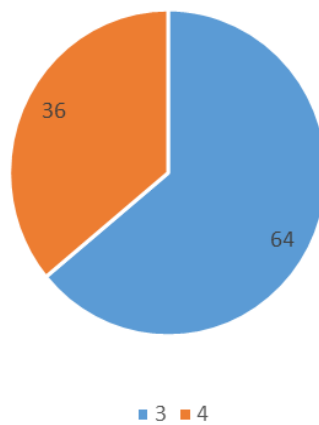


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o Consumo de sal

Sal

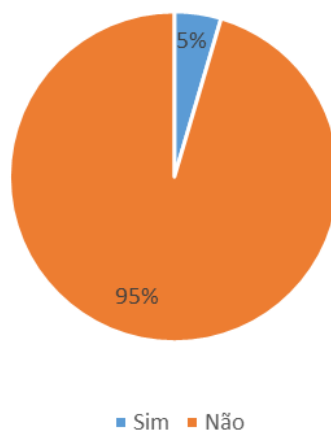


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o Consumo de açúcar

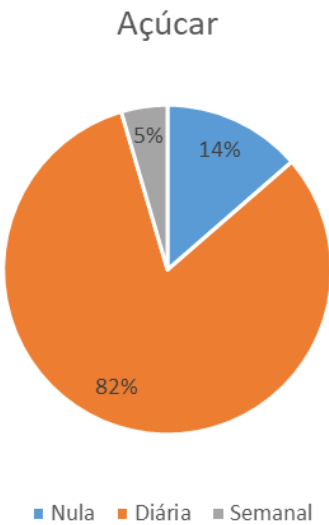


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o Consumo de pão nos últimos sete dias às refeições principais

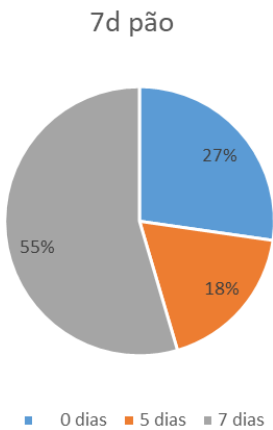


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o Consumo de doces nos últimos sete dias

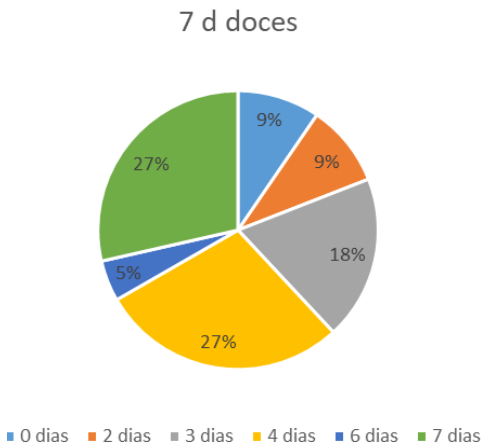


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o Consumo de água

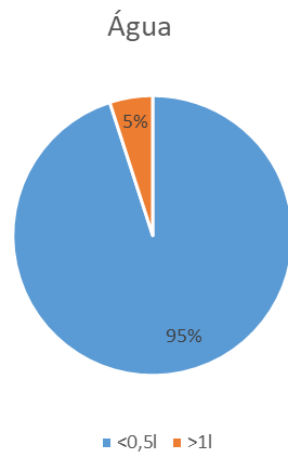
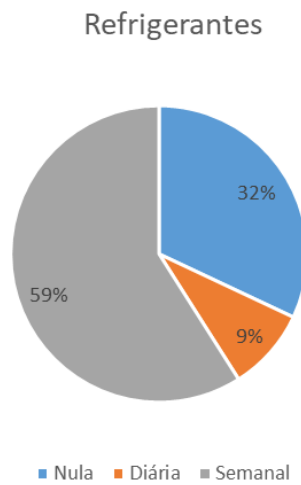


Gráfico: Distribuição da amostra segundo o Consumo de refrigerantes



Relação da literacia para a saúde e outras variáveis

Sendo a amostra de um tamanho reduzido, não reúne os critérios para a aplicação do teste não paramétrico do qui-quadrado. No entanto, foi tentada a categorização das variáveis para aplicação do teste exato de *Fischer*.

Tabela: Níveis de literacia para a saúde e o género

			Literacia para Saúde Geral			
			LS Inadequada	LS Problemática	LS Suficiente	LS Excelente
Género	Masculino	Freq %	3	2	3	2
			30,0%	20,0%	30,0%	20,0%
			30,0%	50,0%	60,0%	100,0%
Feminino		Freq %	7	2	2	0
			63,6%	18,2%	18,2%	0,0%
			70,0%	50,0%	40,0%	0,0%
Total		Freq %	10	4	5	2
			47,6%	19,0%	23,8%	9,5%
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Score for Health Care Literacy Index (between 0 and 50) is the same across categories of Género.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,007 ¹	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Tabela: Níveis de literacia para a saúde e a idade

			Literacia para a Saúde Geral				
			LS	LS	LS	LS	
			Inadequada	Problemática	Suficiente	Excelente	Total
Idade	46-55 anos	Freq %	0	0	1	0	1
			0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
			0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	4,8%
	56-65 anos	Freq %	1	0	0	0	1
			100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
			10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%
	66-75 anos	Freq %	3	1	2	0	6
			50,0%	16,7%	33,3%	0,0%	100,0%
			30,0%	25,0%	40,0%	0,0%	28,6%
	Mais de 76 anos	Freq %	6	3	2	2	13
			46,2%	23,1%	15,4%	15,4%	100,0%
			60,0%	75,0%	40,0%	100,0%	61,9%
Total		Freq %	10	4	5	2	21
			47,6%	19,0%	23,8%	9,5%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	6,098 ^a	9	,730
Likelihood Ratio	6,673	9	,671
Linear-by-Linear Association	,018	1	,893
N of Valid Cases	21		

a. 15 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,761 ^a	3	,288
Likelihood Ratio	4,572	3	,206
Linear-by-Linear Association	3,333	1	,068
N of Valid Cases	21		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,95.

Tabela: Níveis de literacia para a saúde e as habilitações

			Literacia para a Saúde Geral				
			LS	LS	LS	LS	
			Inadequada	Problemática	Suficiente	Excelente	Total
Habilitações	Nível 0	Freq	4	0	2	2	8
		%	50,0%	0,0%	25,0%	25,0%	100,0%
			40,0%	0,0%	40,0%	100,0%	38,1%
	Nível 1	Freq	6	4	3	0	13
		%	46,2%	30,8%	23,1%	0,0%	100,0%
			60,0%	100,0%	60,0%	0,0%	61,9%
Total	Freq	10	4	5	2	21	
	%	47,6%	19,0%	23,8%	9,5%	100,0%	
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,735 ^a	3	,125
Likelihood Ratio	7,720	3	,052
Linear-by-Linear Association	,997	1	,318
N of Valid Cases	21		

a. 7 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,76.

APÊNDICE VI - Questionário sociodemográfico

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Masculino

Feminino

Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Divorciado

Separado

Viúvo(a)

Habilitações Literárias:

Analfabeto

Sabe ler e escrever

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Secundário

Bacharelato/licenciatura

Profissão:

Tipo de Habitação:

Vivenda

Apartamento

Quarto

Habitação Social

Vive Sozinho: Sim

Não

DADOS CLÍNICOS

Antecedentes Pessoais:

Diabetes – Sim Há quanto tempo o diagnóstico _____

Não

Hipertensão Arterial – Sim Não

Fuma ou já fumou? _____ Nº cigarros dia: _____

Medicação:

Fármaco	Dosagem	Posologia

É responsável por gerir a sua medicação: Sim Não

Antecedentes Familiares: _____ -

—

DADOS BIOMÉTRICOS

Peso (kg):
Altura (cm):
Perímetro abdominal (cm):
Tensão Arterial (mmhg):
Pulso (p/m):
Glicémia ocasional (mg/dl):

ANAMNESE DA ATIVIDADE FÍSICA

Pratica atividade física Sim Não
Qual?

Nos últimos sete dias, quantos dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (atividade contínua)

0 1 2 3 4 5 6 7

Nos últimos sete dias, quantos dias participou numa sessão de atividade física específica (como nadar, andar de bicicleta, caminhar) para além da atividade que faz em casa?

0 1 2 3 4 5 6 7

Se não pratica. Já praticou? Sim Não

E há quanto tempo deixou de praticar?

Costuma sentir:

Tonturas

Sensação de desmaio

Dor no peito

Falta de ar

Cansaço fácil

ANAMNESE ALIMENTAR

Tem alguma intolerância alimentar?

Alteração do apetite: Sim Não

Faz quantas refeições por dia? 1 2 3 4 5 Mais de 5

Consumo de água

Consumo de sal:

Frequência Alimentar

ALIMENTOS	DIÁRIA	SEMANAL	NULA
Arroz			
Massa			
Batata			
Leguminosas			
Pão			
Cereais			
Leite Meio Gordo			
Leite Magro			
Iogurte			
Iogurte Magro			
Queijo			
Ovos			
Manteiga			
Margarina Light			
Frutas			
Hortaliça Cruas			
Hortaliça Cozida			
Salada			
Carne branca			
Carne vermelha			
Peixe			
Enchidos			
Enlatados			
Salgados			
Bolachas			
Biscoitos			
Açúcar			
Mel			
Sumo Natural			
Refrigerantes			
Café			
Chá			

Nos últimos sete dias, quantos dias comeu pão a acompanhar a refeição do almoço e do jantar?

0 1 2 3 4 5 6 7

Nos últimos sete dias, quantos dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz; batatas; massa; feijão?

0 1 2 3 4 5 6 7

Nos últimos sete dias, quantos dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?

0 1 2 3 4 5 6 7

Nos últimos sete dias, quantos dias consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?

0 1 2 3 4 5 6 7

Nos últimos sete dias, quantos dias comeu alimentos doces como, bolos, compotas, gelados ou chocolates?

0 1 2 3 4 5 6 7

APÊNDICE VII - Grelhas de observação

Observação: Espaços e Dinâmicas no âmbito da alimentação				
Local: Centro de dia dos Anjos				
Data: 27-06-2019				
Horas/Duração: 13:00 horas às 17:00 horas				
Recursos humanos Funcionárias	Recursos Materiais Recipientes de transporte ou acondicionamento da comida	Atividades desenvolvidas Horários Organização do grupo/dinâmica na refeição	Espaço físico Cantina Sala de refeição para comida pré-cozinhada	Outras observações Tem oportunidade de escolher a alimentação? Como se relacionam durante a refeição? Plano de refeições
Cinco assistentes operacionais e um encarregado de setor	A comida (cozinhada) é recebida e fornecida em recipientes de plástico, bem-acondicionada.	O almoço decorre das 13:00 horas às 14 horas O lanche das 16:00 horas às 17:00 horas Os utentes sentam-se conforme a sua preferência	Uma sala de refeição onde é servido o almoço e o lanche Uma sala com café, onde habitualmente os utentes fazem a refeição do pequeno-almoço	Existem seis ementas tipo Ementa de inverno e de verão Tem o plano de refeições exposto na sala de refeições O momento da refeição consiste também de forma agradável num momento de convívio

Observação: Espaços e Dinâmicas no âmbito da atividade física				
Local: Centro de dia dos Anjos				
Data: 28-06-2019				
Horas/Duração: 9:00 horas às 12:00 horas e das 14:00 horas às 17:00 horas				
Recursos humanos	Recursos Materiais	Atividades desenvolvidas	Espaço físico	Outras observações
• Animador sociocultural • Professor de educação física • Enfermeiros, • fisioterapeuta	• Ginásio, • Aparelhos atividade física, • Material didático, etc) • Televisão	• Tipo, • Horários, organização do grupo	• Sala de convívio,	• Quem planeia as atividades? • Quem está envolvido? • Onde e quando decorrem?
Uma animadora sociocultural Uma professora de Educação física (voluntária) Os enfermeiros da USC intervêm pontualmente e/ou sempre que solicitados	Um ginásio com aparelhos para atividade física Televisão Projektor	Existem atividades diárias como: <i>atelier</i> criativo, artes plásticas, ginástica adaptada, jogos e atividades ao ar livre. Decorrem das 10 :00 horas às 16:30 horas planeadas semanalmente expostas em plano	Existem salas de convívio (2) e sala de atividades (1)	As atividades são planeadas pela animadora sociocultural e professora de educação física. Toda a equipa é envolvida Decorrem nos espaços existentes do centro de dia, particularmente as atividades com a animadora sociocultural na sala de atividades e com a professora Educação física, na sala de convívio.

APÊNDICE VIII - Guião de entrevista das funcionárias da copa

Guião de Entrevista

Guião de Entrevista semiestruturada dirigida aos funcionários da copa

Tema: " *Promoção da literacia em saúde: prevenção da diabetes mellitus tipo 2 nos idosos* "

Finalidade do projeto: Promover a literacia em saúde na prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2

Objetivo geral

Identificar os conhecimentos dos cuidadores sobre a diabetes *mellitus* tipo 2.

Objetivos Específicos:

- I. Descrever o que é uma alimentação saudável
- II. Construir uma refeição adequada
- III. Escolher os alimentos adequados

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: _____ anos
3. Tempo na profissão: _____ anos
4. Habilitações académicas _____

Realizada em:-----

ENTREVISTA

1- Na sua opinião, em que consiste uma alimentação saudável?

2- Na sua opinião que cuidados devemos ter nas escolhas alimentares?

3- O horário das refeições é importante ou devemos quando temos fome?

4- Quais os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação?

5- Que cuidados se deve ter com os açúcares?

6- Na opinião sua a leitura dos rótulos dos alimentos é importante?

6.1- Se sim, porquê?

7- Que informação nos transmite os rótulos dos alimentos?

8- Considera que a causa da diabetes é apenas uma alimentação pouco saudável?

9- A diabetes pode ser causada por ter excesso de peso?

10- A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física?

11- A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes?

**APÊNDICE IX - Guião de entrevista dos profissionais responsáveis
pela atividade física**

Guião de Entrevista

Guião de Entrevista semiestruturada dirigida à animadora sociocultura e professora de Educação Física

Tema: *” Promoção da literacia em saúde: prevenção da diabetes mellitus tipo 2 nos idosos”*

Finalidade do projeto: Promover a literacia em saúde na prevenção da diabetes mellitus tipo 2

Objetivo geral

Promover o bem-estar físico do grupo de utentes do centro de dia

Objetivo Específico:

Identificar as dificuldades na promoção da atividade física

Saber se praticam uma atividade física adequada

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
2. Idade: _____ anos
3. Tempo na profissão: _____ anos
4. Habilitações académicas _____

Realizada em:-----

ENTREVISTA

1- Que atividades físicas realiza com os utentes?

2- Quantas vezes por semana praticam atividade física?

3 – Qual o tempo de duração de cada sessão?

4- Quais são as atividades físicas preferidas pelos utentes?

5- Quais são as limitações que os utentes mais referem que interferem na prática de atividade física?

6-Na sua perceção quais são os fatores de risco que pesam na promoção da atividade física?

7- No seu entender quais são as melhores estratégias para aumentar a atividade física dos utentes do centro de dia?

**APÊNDICE X - Transcrição das entrevistas dirigidas às funcionárias
da copa**

ENTREVISTA

1- Na sua opinião, em que consiste uma alimentação saudável?

Na minha opinião uma alimentação saudável consiste em ser variado e na pouca quantidade. Mais verdura do que couve ou peixe e do que batata e arroz e ter fruta.

2-Na sua opinião que cuidados devemos ter nas escolhas alimentares?

Preferencialmente peixe, mais peixe do que carne branca. Devemos comer frango, peru, coelho. Mas acima de tudo é peixe, mais peixe do que carne.

3-O horário das refeições é importante ou devemos quando temos fome?

Para mim o horário é importante, embora na realidade nunca se fez acaba-se por comer quando se tem fome, principalmente quem trabalha a cumprir horários mas acho importante comer muitas vezes e pouca quantidade.

4-Quais os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação?

Os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação são usar azeite na confeção dos alimentos, nada de margarinas nem manteigas. Até com banha é melhor que as outras, cozinhar em cru não deixar refugar muito.

5-Que cuidados se deve ter com os açúcares?

Os máximos, embora eu não tenha esse cuidado. Não colocar açúcar no café, chá ou leite. Mas tenho noção que como alguns bolos. Tenho noção mas não cumpro.

6- Na opinião sua a leitura dos rótulos dos alimentos é importante?

É importante, porque os alimentos agora têm obrigatoriamente que trazer informação até as vezes é por cores verdes, vermelhas e amarelas.

6.1- Se sim, porquê?

7-Que informação nos transmite os rótulos dos alimentos?

Os vermelhos são os piores, verdes são melhores e verdes mais ou menos. A informação não consigo perceber pois não é explícita.

8- Considera que a causa da diabetes é apenas uma alimentação pouco saudável?

Não, acho que tem a ver também com a genética.

9- A diabetes pode ser causada por ter excesso de peso?

Eu acho que desenvolve mais quem tem excesso de peso.

10-A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física?

Sim, recomendo que os diabéticos têm de ter atividade física.

11- A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes?

Sim

ENTREVISTA

1- Na sua opinião, em que consiste uma alimentação saudável?

Não comer gorduras, guisados por ai fora.

2-Na sua opinião que cuidados devemos ter nas escolhas alimentares?

Produtos portugueses principalmente, ou outros biológicos.

3-O horário das refeições é importante ou devemos quando temos fome?

O horário é importante mas é complicado ter horários para comer.

4-Quais os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação?

Não sei.

5-Que cuidados se deve ter com os açúcares?

Muitos, imensos, evitar doces.

6- Na opinião sua a leitura dos rótulos dos alimentos é importante?

Sim

6.1- Se sim, porquê?

É importante, mas a maior parte das pessoas não sabe ler a informação.

7-Que informação nos transmite os rótulos dos alimentos?

Não sei.

8- Considera que a causa da diabetes é apenas uma alimentação pouco saudável?

Não sei, pode ser genética.

9- A diabetes pode ser causada por ter excesso de peso?

Sim.

10-A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física?

Sim.

11- A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes?

Sim

ENTREVISTA

1- Na sua opinião, em que consiste uma alimentação saudável?

Na minha opinião uma alimentação saudável consiste em ser variado e na pouca quantidade. Mais verdura do que couve ou peixe e do que batata e arroz e ter fruta.

2-Na sua opinião que cuidados devemos ter nas escolhas alimentares?

Preferencialmente peixe, mais peixe do que carne branca. Devemos comer frango, peru, coelho. Mas acima de tudo é peixe, mais peixe do que carne.

3-O horário das refeições é importante ou devemos quando temos fome?

Para mim o horário é importante, embora na realidade nunca se fez acaba-se por comer quando se tem fome, principalmente quem trabalha a cumprir horários mas acho importante comer muitas vezes e pouca quantidade.

4-Quais os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação?

Os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação são usar azeite na confeção dos alimentos, nada de margarinas nem manteigas. Até com banha é melhor que as outras, cozinhar em cru não deixar refugar muito.

5-Que cuidados se deve ter com os açúcares?

Os máximos, embora eu não tenha esse cuidado. Não colocar açúcar no café, chá ou leite. Mas tenho noção que como alguns bolos. Tenho noção mas não cumpro.

6- Na opinião sua a leitura dos rótulos dos alimentos é importante?

É importante, porque os alimentos agora têm obrigatoriamente que trazer informação até as vezes é por cores verdes, vermelhas e amarelas.

6.1- Se sim, porquê?

7-Que informação nos transmite os rótulos dos alimentos?

Os vermelhos são os piores, verdes são melhores e verdes mais ou menos. A informação não consigo perceber pois não é explícita.

8- Considera que a causa da diabetes é apenas uma alimentação pouco saudável?

Não, acho que tem a ver também com a genética.

9- A diabetes pode ser causada por ter excesso de peso?

Eu acho que desenvolve mais quem tem excesso de peso.

10-A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física?

Sim, recomendo que os diabéticos têm de ter atividade física.

11- A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes?

Sim

ENTREVISTA

1- Na sua opinião, em que consiste uma alimentação saudável?

Alimentação saudável deve ser pouca quantidade, mais peixe e menos carne, legumes e saladas. Os vegetais são importantes, os idosos não gostam.

2-Na sua opinião que cuidados devemos ter nas escolhas alimentares?

Escolher os alimentos mais saudáveis e evitar e evitar gorduras saturadas.

3-O horário das refeições é importante ou devemos quando temos fome?

Acho que o horário é importante mas ninguém cumpre.

4-Quais os cuidados que devemos ter com as gorduras que se incluem na alimentação?

Muitos cuidados, as gorduras são terríveis.

5-Que cuidados se deve ter com os açúcares?

O açúcar e o sal são outro veneno porque há açúcar em quase tudo, este disfarçado.

6- Na opinião sua a leitura dos rótulos dos alimentos é importante?

Muito importante.

6.1- Se sim, porquê?

Porque só se sabe o que estamos a comer quando temos os rótulos. Todas as imagens muito apelativas não correspondem há realidade.

7-Que informação nos transmite os rótulos dos alimentos?

Toda a informação possível está lá, nós e que não entendemos.

8- Considera que a causa da diabetes é apenas uma alimentação pouco saudável?

Não, também é genético.

9- A diabetes pode ser causada por ter excesso de peso?

Sim.

10-A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física?

Sim.

11- A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes?

Sim.

**APÊNDICE XI - Transcrição das entrevistas dirigidas aos
profissionais responsáveis pela atividade física**

ENTREVISTA

1-Que atividades físicas realiza com os utentes?

Basicamente tudo o que tem a ver com, organizar, desenvolver atividades de animação para promover o desenvolvimento de grupo.

2-Quantas vezes por semana praticam atividade física?

Não é estruturada, pode ser uma vez por semana, uma vez por mês ou pontualmente em ocasiões especiais. Como por exemplo nos aniversários ou marchas dos santos populares.

3 – Qual o tempo de duração de cada sessão?

A duração de cada sessão é superior a 30 minutos.

4- Quais são as atividades físicas preferidas pelos utentes?

As atividades físicas preferidas pelos utentes são passeios ao exterior, atividades culturais, dança e alguns trabalhos manuais.

5- Quais são as limitações que os utentes mais referem que interferem na prática de atividade física?

As limitações que os utentes mais referem que interferem na prática de atividade física são algumas limitações físicas, outros por não gostarem e ainda outros por não quererem.

6-Na sua perceção quais são os fatores de risco que pesam na promoção da atividade física?

Os fatores de risco que pesam na promoção da atividade física, na minha opinião, são as limitações físicas, outros não gostam e ainda outros gostam mas as vezes não querem por estarem desmotivados.

7- No seu entender quais são as melhores estratégias para aumentar a atividade física dos utentes do centro de dia?

No meu entender, as melhores estratégias para aumentar a atividade física dos utentes do centro de dia são, articular mais com os profissionais de saúde da Santa Casa, de forma a fazer programado. O ideal seria um professor fixo para poder fazer estruturada e ser uma rotina para a adesão ser maior.

ENTREVISTA

1-Que atividades físicas realiza com os utentes?

Movimentação, movimentação de braços e pernas, abdominais, rotação de todas as articulações (pescoço, ombros, anca, ...), porque é aí que começam as dificuldades da idade.

2- Quantas vezes por semana praticam atividade física?

Uma vez por semana.

3 – Qual o tempo de duração de cada sessão?

O tempo de duração de cada sessão é de 45 minutos.

4- Quais são as atividades físicas preferidas pelos utentes?

As atividades físicas preferidas pelos utentes são a dança e fazer exercícios na cadeira. Gostam menos de abdominais.

5- Quais são as limitações que os utentes mais referem que interferem na prática de atividade física?

As limitações que os utentes mais referem que interferem na prática de atividade física são grandes limitações em trocar de roupa, fazer exercício no solo e equilíbrio, por risco de queda. Os aspetos culturais, os homens acham que é para as mulheres

6-Na sua perceção quais são os fatores de risco que pesam na promoção da atividade física?

A meu ver, é basicamente a falta de equilíbrio, limitações físicas com risco de queda.

7- No seu entender quais são as melhores estratégias para aumentar a atividade física dos utentes do centro de dia?

As melhores estratégias são os passeios ao exterior, exercícios com dança e não mudar os exercícios com muita frequência, ser progressivo.

APÊNDICE XII - Análise de conteúdo

Análise de Conteúdo | Entrevista das Funcionárias da Copa

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidade de enumeração
Hábitos Alimentares	Alimentação o saudável	Quantidade	“(…) Pouca quantidade.” (E1) “Alimentação saudável deve ser pouca quantidade (…)” (E3)	2
		Variedade	“Ser variada e ter fruta (…)” (E1) “(…) variada, mas não comer gorduras, guisados (…)” (E2)	2
		Escolha	“(…) mais peixe que carne, arroz ou batata.” (E1) “(…) mais peixe do que carne (…)” (E3) “(…) comer peixe grelhado, menos fritos e guisados (…)” (E4) “(…) mais verdura (…)” (E1) “(…) deve ter legumes, saladas, os vegetais são muito importantes (…)” (E3)	4
	Escolhas alimentares	Frescos	“Preferencialmente produtos frescos, como peixe, carne branca, peru coelho mas assim de tudo peixe” (E1) “(…) produtos do dia, mas sem gorduras saturadas (…)” (E3) “(…) mais peixe e verduras (…)” (E4)	3
	O horário das refeições	Produtos biológicos	“(…) produtos portugueses, principalmente biológicos.” (E2) “(…) escolher os alimentos mais saudáveis, os biológicos (…)” (E3)	2
		Importante	“Para mim o horário é muito importante, embora na realidade nunca se faz (…)” (E1) “O horário é importante, mas é complicado ter horas para comer” (E2) “Acho que o horário é importante, mas ninguém cumpre (…)” (E3)	3
		Muito Importante	“É muito importante, principalmente o da manhã, devemos tomar o pequeno-almoço.” (E4)	1
	Gorduras na alimentação	A escolha do tipo de gordura	“Usar o azeite na confeção dos alimentos (…)	3
		Desconhecimento	“(…) nada de margarinas nem manteiga (…).” (E1) “(…) muitos cuidados, as gorduras são terríveis (…)” (E3) “Utilizar mais o azeite, mas em pouca quantidade (…)	1
	Cuidados com os açúcares	Redução	“os máximos (…)	4

Informação Nutricional	Rótulos alimentares A informação dos rótulos dos alimentos	Importante	<i>“ É muito importante, porque agora é obrigatórios os alimentos terem essa informação (...) ” (E1)</i> <i>“ Sim é importante pela informação que está lá escrito, mas a maioria das pessoa não entende (...). ” (E2)</i> <i>“Muito importante (...) porque só sabemos o que estamos a comer quando lemos os rótulos (...) as vezes tem imagens muito apelativas que não correspondem há realidade (...). (E3)</i> <i>“ Sim é importante porque assim já se sabes mais ou menos o que tem (...). ” (E4)</i>	4
		Quantidade	<i>“ Transmite as quantidades de sal e de açúcar” (E4)</i>	1
		Informação	<i>“ (...) os vermelhos são os piores, os verdes são melhores e os amarelos mais ou menos (...) a informação não consigo perceber, pois não é muito explicita.” (E1)</i> <i>“ (...) toda a informação possível está lá, nós é que não entendemos. ” (E3)</i>	2
		Desconhece	<i>“ Não sei, porque não está bem esclarecido “. (E2)</i>	1
Conhecimento s sobre DMT2	Fatores de risco da diabetes	Fisiopatologia	<i>“ Não, acho que é uma doença que pode ser provocada por outros motivos como a carga genética.” (E1)</i> <i>“ Não, pode ser genético” (E2)</i> <i>“Acho que sim, mas não só “ (E3)</i> <i>“Não, também pela carga genética” (E4)</i>	4
		Excesso de peso	<i>“Sim, pode ser pelo excesso de peso “ (E1)</i> <i>“Sim duvida que o excesso de peso pode causar diabetes “ (E2)</i> <i>“Sim, a pessoa que tem peso a mais podem vir ater diabetes” (E3)</i> <i>“ Sim, o excesso de peso pode ser uma causa “ (E4)</i>	4
		Atividade física	<i>“Sim, pode ser pela falta de atividade física, devemos ser ativos “ (E1)</i> <i>“Sim a falta de atividade física pode causar diabetes “ (E2)</i> <i>“Sim, as pessoas que tem de ser ativas para evitar ter diabetes” (E3)</i> <i>“Sim, pouca atividade física pode ser uma causa “ (E4)</i>	4
		Carga Genética	<i>“ Sim pode como já referi a carga genética é importante” (E1)</i> <i>“Sim, os familiares terem tem relação com a carga genética “ (E2)</i> <i>Sim, os familiares podem transmitir geneticamente” (E3)</i> <i>“Sim, as pessoas que têm familiares com diabetes podem ter mais riscos de ter diabetes “ (E4)</i>	4

Análise de Conteúdo | Entrevista da Animadora Sociocultural e da Professora de Educação Física

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Significado	Unidades de Enumeração
Hábitos da atividade física	Atividades físicas	do	“ Basicamente, é tudo o que tem a ver com organizar e desenvolver atividades de animação para o desenvolvimento do grupo (...) “. (E5) “ Exercícios que envolvam a movimentação (...) movimentação de braços, pernas, abdominais, rotação de todas as articulações (ombros, anca.) “ (E6)	2
	Prática da atividade física semanal	equência	“ Não é estruturada, por isso não consigo definir a frequência, pode ser por semana mensal ou até alguma atividade pontual, como por exemplo as atividades das marchas dos aniversários” (E5) “ Uma vez semana” (E6)	2
	Tempo de cada sessão	Duração	“Normalmente sempre superior a trinta minutos” (E5) “ Quarenta e cinco minutos “ (E6)	2
	Atividades preferidas	Passeios	“ (...) passeios ao exterior (...) atividades culturais (...) “ (E5)	1
		Dança	“ (...) estão sempre prontos para dançar (...) “ (E5) “ (...) gostam muito de dançar (...) (E6)	2
		Outros	“ (...) gostam de alguns trabalhos manuais e de cantar “ (E5) “ (...) exercícios na cadeira (...) “ (E6)	2
Condicionantes atividade física Promoção da atividade física	Limitações na prática da atividade física	Físicas	“ (...) alguns tem limitações físicas (...) “ (E5) “ grandes limitações em trocar de roupa e em fazer exercício no ginásio por falta de equilíbrio (...) “ (E6)	2
		Outras	“ (...) Outros não gostam e ainda outros gostam mas as vezes não querem por estarem desmotivados “ (E5)	1
		Culturais	“ os aspetos culturais, pois os homens acham que a ginástica é só para mulheres (...) “ (E6)	1
	Fatores de risco na promoção da atividade física	Músculo-esqueléticos	“ O que tem maior peso são as limitações físicas (...) “ (E5) “ (...) Limitações físicas com risco de queda “ (E6)	2
Promoção da atividade física	Estratégias para aumentar a atividade física	Dinâmica	“ articulação com outros profissionais de saúde (...) ser feita de forma e regular é ideal os idosos terem rotinas favorece a adesão á atividade física “(E5) “ mais passeios ao exterior (...), programar mais atividades ao ar livre (...) não mudar com muita frequência os exercícios, a mudança tem de ser progressiva (...)” (E6)	2

Análise de conteúdo das entrevistas

Concluídas as entrevistas, procedemos ao tratamento das informações com base nas transcrições das mesmas. A metodologia incidiu sob a análise de conteúdo, através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo expresso nas entrevistas, com a finalidade de interpretar esses mesmos relatos (Bardin, 2015).

A análise de conteúdo exige o tratamento do material (informação) através de uma codificação. Esta corresponde a uma transformação – baseada em regras precisas – dos dados brutos do texto. Essa Transformação recorre a uma enumeração de modo a que seja construída uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, através de sinais orais extralinguísticos, características do conteúdo.

1. Análise de Conteúdo | Entrevista Funcionarias da Copa

Na área temáticos hábitos alimentares foram encontradas cinco categorias, nomeadamente:

Alimentação saudável

A categoria “*Alimentação saudável*” engloba três subcategorias: “Quantidade”, “Variedade” e “Escolha”.

Na generalidade, as entrevistadas tinham uma perceção sobre a alimentação saudável, enfatizado que é importante a quantidade de alimentos que ingerimos assim como a forma como os selecionamos.

Escolhas alimentares

A categoria “*Escolhas alimentares*” divide-se em duas subcategorias “*Frescos*” e “*Produtos biológicos*”.

Foram consensuais em referir que as escolhas alimentares devem ser preferencialmente alimentos frescos e algumas ainda relataram a importância do consumo produtos biológicos.

Horário das refeições

A categoria “*O horário das refeições*” origina uma subcategoria “Importância”.

A totalidade das entrevistadas referiu que o horário das refeições é um aspeto importante no que respeita aos hábitos alimentares.

Gorduras na alimentação

A categoria “*Gorduras na alimentação*” subdivide-se em “*Tipo de gordura*” e no “*Desconhecimento*”.

Apenas um relato mostrou desconhecimento relativamente às gorduras nos hábitos alimentares.

Cuidados com os açúcares

A categoria “*Cuidados com os açúcares*” apenas originou uma subcategoria a “*Redução*”.

As entrevistadas foram unânimes em relatar que é de extrema importância a redução dos açúcares na alimentação.

Na área temática informação nutricional identificamos uma categoria:

Rótulos alimentares

A categoria “*Rótulos alimentares*” divide-se em três subcategorias: “*Importância*”, “*Informação*” e “*Desconhecimento*”.

Embora os relatos tenham refletido a percepção das entrevistadas quanto à importância dos rótulos, a totalidade mostra desconhecimento quanto ao entendimento da informação que estes transmitem.

Relativamente à área temática sobre os conhecimentos sobre DMT2, também foi igualmente identificado uma categoria:

Fatores de risco da diabetes

Para finalizar a nossa análise, a categoria “*Fatores de risco da diabetes*” engloba quatro subcategorias: “*Alimentação*”, “*Excesso de peso*”, “*Atividade física*” e “*Carga genética*”.

Relativamente a esta categoria, foram unânimes nos seus relatos e mostram ter conhecimentos sobre os fatores de risco da diabetes.

2. Análise de Conteúdo | Entrevista da animadora sociocultural e da professora de educação física

Na área temática hábitos de atividade física foram identificadas as seguintes categorias:

Atividade Física

A categoria “*Atividade Física*” dividiu-se em três subcategorias: “*Tipo*”, “*Frequência*” e “*Duração*”. Os relatos das entrevistadas demonstram que, dentro da especificidade de cada uma, ambas desenvolvem as atividades adequadas ao grupo de utentes quanto ao tipo e ao tempo de duração. Já no que diz respeito à frequência, embora não seja a desejável é a possível dentro do contexto.

Atividades Preferidas

À semelhança da categoria anterior “*Atividades preferidas*” também se subdivide em três subcategorias, sendo elas: “*Passeios*”, “*Dança*” e “*Outros*”.

No que concerne aos relatos sobre esta atividade, percecionámos que, na generalidade, os utentes preferem atividades lúdicas ao ar livre e dança.

No que diz respeito à área temática Condicionantes atividade física identificamos duas categorias, a saber:

Limitações na prática da atividade física

A categoria “*Limitações na prática da atividade física*” divide-se em três subcategorias a “*Físicas*”; “*Culturais*” e “*outros*”.

Quando questionados acerca das limitações na prática da atividade física, apontaram como significativas as limitações físicas. Por outro lado, mencionam também aspetos de estereotipagem com a questão de género

associada à prática de ginástica e ainda que a desmotivação atua, em certa medida como fator inibidor da atividade física.

Fatores de risco na promoção da atividade física

A categoria “*Fatores de risco na promoção da atividade física*” compreende a subcategoria: “*Músculo-esqueléticas*”

No que diz respeito aos fatores de risco na promoção da atividade física, foram relatados como muito significativos os aspetos músculo-esqueléticos que dos quais decorrem a falta de equilíbrio e o risco de quedas.

A última área temática, promoção da atividade física, apresentou uma categoria:

Estratégias para aumentar a atividade física

A categoria “*Estratégia para aumentar a atividade física*” origina uma subcategoria a “*Dinâmica*”.

A reflexão sobre os relatos das entrevistadas fez-nos concluir igualmente que os utentes preferem dinâmicas que envolvam atividades culturais, principalmente no exterior. Foi igualmente perceptível que a rotina, neste grupo particular de utentes, favorece a motivação e a adesão à atividade física.

APÊNDICE XIII - Método de Plano Biscaia

Método Plano Biscaia

Ponderação	Percentagem
Magnitude	30%
Transcendência Social	15%
Transcendência económica	15%
Vulnerabilidade	40%

Priorização dos problemas

Problemas existentes	Magnitude	Transcendência social	Transcendência económica	Vulnerabilidade	Classificação final Nº de pontos
1)Conhecimento	3 $3 \times 0,30 = 0,9$	3 $3 \times 0,15 = 0,45$	3 $3 \times 0,15 = 0,45$	2 $2 \times 0,40 = 0,8$	11 2,6
2)Ingestão de líquidos	3 $3 \times 0,30 = 0,9$	3 $3 \times 0,15 = 0,45$	3 $3 \times 0,15 = 0,45$	3 $3 \times 0,40 = 1,2$	12 3
3)Regime dietético	3 $3 \times 0,30 = 0,9$	3 $2 \times 0,15 = 0,45$	3 $3 \times 0,15 = 0,45$	3 $3 \times 0,40 = 1,2$	12 2,85
4)Regime de exercício	3 $3 \times 0,30 = 0,9$	3 $2 \times 0,15 = 0,45$	2 $2 \times 0,15 = 0,3$	2 $2 \times 0,40 = 0,8$	10 2,45
5) Excesso de peso	3 $3 \times 0,30 = 0,9$	3 $2 \times 0,15 = 0,45$	2 $2 \times 0,15 = 0,3$	1 $1 \times 0,40 = 0,4$	9 2,05
6) Percentagem de gordura corporal	3 $3 \times 0,30 = 0,9$	3 $2 \times 0,15 = 0,45$	2 $2 \times 0,15 = 0,3$	1 $1 \times 0,40 = 0,4$	9 2,05

Pontuação dos problemas

Problemas Existentes	Classificação Final Nº de pontos	Lista de Prioridades
1)Conhecimento	11	3
2)Ingestão de líquidos	12	1
4)Regime dietético	12	2
5)Regime de exercício	10	4
6)Excesso de peso	9	5
7)Percentagem de gordura corporal	9	5

APÊNDICE XIV - Cronograma do programa operacional

Plano operacional do projeto				
Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades/intervenções	Recursos	Avaliação
Capacitar o grupo de idosos de hábitos alimentares saudáveis	Contribuir para o aumento de conhecimentos da amostra sobre a diabetes e os fatores de risco	Sessão de sensibilização divulgação dos resultados do diagnóstico de situação. Atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes. Sessão de educação para a saúde sobre: “Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2: fatores de risco”	Enfermeira mestrandia; nutricionista e enfermeiros da SCML; Animadora sociocultural, prestadores de cuidados e funcionários do Centro de Dia da SCML e outros recursos	Taxa de adesão nas sessões e atividades Taxa de satisfação nas sessões e das atividades Taxa de conhecimentos relativos às sessões de educação para a saúde
	Contribuir para o aumento de conhecimentos da amostra sobre a alimentação saudável	Sessões de educação para a saúde sobre: “Alimentação saudável nos idosos”; “ O que é uma alimentação saudável?”; “ o que são os açúcares?”; “Os hidratos de carbono são bons ou são maus?”; “o que nos dizem os rótulos?”; “A importância da água no nosso organismo”; “Mitos na alimentação “. Sessão de educação para a saúde aos prestadores de cuidados dos idosos sobre:” Leitura de rótulos e comportamentos saudáveis” Elaboração de “Guia para escolhas saudáveis”	Enfermeira mestrandia; nutricionista e enfermeiros da SCML; Animadora sociocultural, prestadores de cuidados e funcionários do Centro de Dia da SCML	Taxa de adesão nas sessões e atividades Taxa de satisfação nas sessões e das atividades Taxa de conhecimentos relativos às sessões de educação para a saúde

**APÊNDICE XV - Sessão de divulgação dos resultados do
diagnóstico de situação**

Plano de sessão: **Sessão de sensibilização e apresentação do diagnóstico se situação “Que resultados?”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos que frequentam o Centro de Dia da SCML**

Data: **5 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Sensibilizar os idosos do Centro de Dia para a pertinência da intervenção**

Objetivos específicos: **Divulgar os resultados dos diagnósticos de situação; favorecer o envolvimento dos idosos na intervenção**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação da formadora Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrand Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	Apresentação dos resultados / problemas identificados	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrand Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Divulgação de estratégias para a intervenção: PROMLISA	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrand Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Funcionárias do Centro de Dia Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de divulgação do diagnóstico de situação

Promoção da literacia em saúde: prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 nos idosos



Ana Veiga
Lisboa, Novembro de 2019

Literacia em Saúde em Portugal...



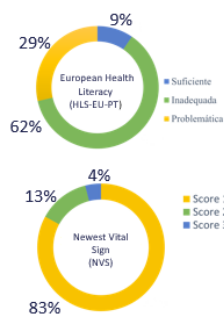
Que resultados?



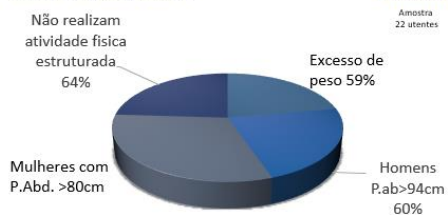
Que resultados?



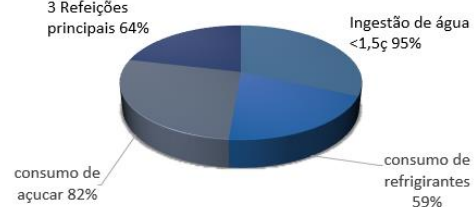
Amostra
22 utentes



Que resultados?



Que resultados?





Literacia em Saúde



Literacia em Saúde



Literacia em Saúde



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: Que resultados?

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE XVI - Sessões de Educação para a saúde

Plano de sessão: **Sessão “ Diabetes *mellitus* tipo 2: fatores de risco”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **8 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Facilitar a compreensão da incidência da diabetes *mellitus* tipo e dos seus fatores de risco**

Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 fatores de risco da diabetes *mellitus* tipo 2**

Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 sinais de alarme da diabetes *mellitus* tipo 2

Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar comportamentos que previnam a diabetes *mellitus* tipo 2

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação da formadora Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestranda Computador Projektor	5 Minutos
Desenvolvimento	Fatores de risco, Sinais de alarme, Complicações e prevenção da diabetes <i>mellitus</i> tipo2	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestranda Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de “ Diabetes *mellitus* tipo 2: fatores de risco”

Diabetes *Mellitus* tipo 2 : fatores de risco



Diabetes *mellitus*

- A diabetes *mellitus* tipo 2 é a mais comum



Diabetes *mellitus* tipo 2

- É caracterizada pela resistência do corpo à insulina
- Deficiente funcionamento da insulina no organismo
- Níveis altos de açúcar no sangue (hiperglicemia)



Diabetes *mellitus* tipo 2

Fatores de risco



Antecedentes familiares



Sedentarismo



Maus hábitos alimentares



Excesso de peso



Diabetes *mellitus* tipo 2

Sinais de Alerta



Urinar com frequência



Sede excessiva



Falta de energia

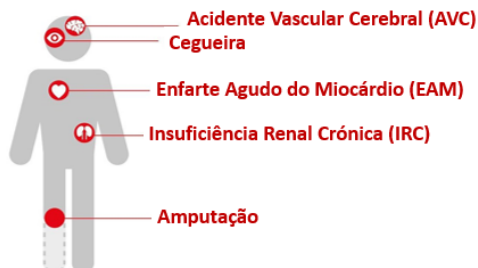


Perda de peso



Diabetes *mellitus* tipo 2

Complicações



Diabetes mellitus tipo 2

Como Prevenir ?



Dieta saudável



Manter um peso corporal normal



Atividade física regular



Excluir o uso do tabaco



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: Diabetes mellitus tipo 2: fatores de risco?

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário Avaliação
Diabetes e os seus fatores de risco

Assinale 3 fatores de risco da diabetes *mellitus* tipo 2:



Antecedentes familiares

☐

Sedentarismos

☐

Manter um peso saudável

☐

Maus hábitos alimentares

☐

Assinale 3 sinais de alarme:



Urinar com frequência

☐

Sede excessiva

☐

Sentir-se com energia

☐

Perda de peso

☐

Assinale 3 comportamentos que previnem a Diabetes:



Alimentação Saudável

☐

Atividade física

☐

Sedentarismo

☐

Manter peso saudável

☐

Obrigada pela colaboração

Plano de sessão: **Sessão “ Alimentação saudável nos idosos”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **11 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender a importância da alimentação saudável na qualidade de vida dos idosos**

Objetivos específicos: **Que pelo menos 30% dos idosos consigam identificar 3 aspetos importantes para uma alimentação nos idosos**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrande e nutricionista da SCML Computador e projetor	5 Minutos
Desenvolvimento	Recomendações relativamente a alimentação saudável e às necessidades especiais da alimentação dos idosos	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrande e nutricionista da SCML Computador e projetor	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrande e nutricionista da SCML Computador e projetor	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestrande e nutricionista da SCML Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de “Alimentação saudável nos idosos”

Alimentação saudável nos idosos



PIXA EBELO

Alimentação saudável nos idosos



PIXA EBELO

Tenha horários de rotina para comer e tente segui-los

Escolha um lugar agradável para se alimentar

Desfrute de companhia em suas refeições.

Alimentação saudável nos idosos



PIXA EBELO

Prefira os alimentos na sua forma mais natural.

Coma devagar e mastigue bem os alimentos.

Inclua frutas, legumes e verduras na sua alimentação.

Alimentação saudável nos idosos



PIXA EBELO

Carnes, aves, peixes, ovos, leite e derivados em uma refeição ao dia.

Óleos, gorduras, açúcar e sal com moderação.

Atente-se a temperatura dos alimentos.

Alimentação saudável nos idosos



PIXA EBELO

Cozinhe e invista na sua alimentação saudável

Beba água.

Faça uma lista de compras.



PIXA EBELO

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: Alimentação saudável nos idosos|

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

<i>Na alimentação saudável dos idosos:</i>	Verdadeiro	Falso
<i>Tenha horários de rotina para comer e tente segui-los</i>		
<i>Escolha um lugar agradável para se alimentar</i>		
<i>Coma devagar e mastigue bem os alimentos.</i>		
<i>Prefira os alimentos na sua forma mais natural.</i>		
<i>Beba água</i>		

Obrigada pela colaboração

Plano de sessão: **Sessão “ O que é uma alimentação saudável?”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **18 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender a importância da alimentação saudável – Dieta mediterrânica**

Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre a alimentação saudável**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	Dieta mediterrânica Estratégias para uma alimentação saudável	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestrandas Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de “O que é uma alimentação saudável?”



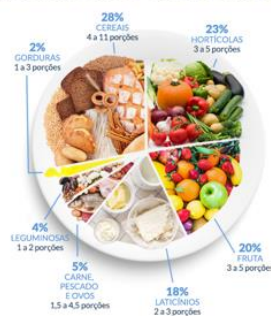
O que é uma alimentação saudável?

É uma dieta que deve ser...



- Completa
- Equilibrada
- Variada

Diariamente devemos...



Alimentação Mediterrânica



Escolher alimentos locais e da época



Valorizar a gastronomia saudável

Alimentação Mediterrânica



Partilhe refeições
Partilhe tradições



Use ervas aromáticas em substituição do sal

Alimentação Mediterrânea

 Lembre-se dos frutos secos ao natural, sem sal

 Mexa-se, divirta-se

SANTA CASA ESEL

(DGS, 2017)

Alimentação Mediterrânea

 Beber vinho com moderação

Homens 

Mulheres 

SANTA CASA ESEL

(DGS, 2017)

10 dicas para uma alimentação saudável

SANTA CASA ESEL

1 Fazer 5 a 6 refeições diárias



SANTA CASA ESEL

2 O ideal é beber, pelo menos, 1,5l por dia



SANTA CASA ESEL

3 Coma sempre legumes ou saladas às refeições



SANTA CASA ESEL



4 Distribua de forma equilibrada os alimentos nas refeições



E...



Escolha a fruta como sobremesa



5 As sopas de vegetais são boas aliadas de uma alimentação saudável.



6 Beba leite e derivados em quantidade suficiente.



7 Prefira peixe em vez de carne e privilegie as carnes magras.



8 Prefira azeite para cozinhar e temperar.





9 Substitua o sal por ervas aromáticas.



10 Reduza o consumo de ...



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: O que é uma alimentação saudável?

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

<i>Para uma alimentação saudável:</i>	Verdadeiro	Falso
<i>A nossa dieta deve ser: completa, equilibrada e variada</i>		
<i>Devemos escolher os alimentos da época</i>		
<i>Comer várias vezes ao longo do dia</i>		
<i>Beber pelo menos 1,5 l de água durante o dia</i>		
<i>Devemos evitar comer açúcares, como por exemplo bolos</i>		

Obrigada pela colaboração

Plano de sessão: **Sessão “ O que são os açúcares?”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **19 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender o conceito de “açúcares”**

Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre os “açúcares”**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	Hidratos de carbono Classificação dos hidratos de carbono	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestrandas Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de “ O que são os açúcares?”



O que são os açúcares ?

OS “açúcares”



Hidratos de Carbono

Hidratos de carbono simples:

Lactose



Hidratos de carbono simples:

Frutose



Hidratos de carbono simples:

Sacarose





Hidratos de carbono complexos:

Amido



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: O que são os açúcares?

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração!

Questionário de Avaliação

<i>Podemos dizer que...</i>	Verdadeiro	Falso
<i>Os "açúcares" é o nome que se dá aos hidratos de carbono que ingerimos</i>		
<i>Existem diferentes tipos de "açúcares"</i>		
<i>A sacarose é o vulgar açúcar de mesa</i>		
<i>A lactose é um tipo de Açúcar</i>		
<i>A frutose é o Açúcar naturalmente presente na fruta</i>		

Obrigada pela colaboração!

Plano de sessão: **Sessão “ Os hidratos de carbono são bons ou são maus?”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **20 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender a importância dos hidratos de carbono na alimentação**

Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre hidratos de carbono**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	O papel dos hidratos de carbono na alimentação As diferenças na absorção dos hidratos de carbono (simples e complexos)	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestranda Questionário	5 Minutos

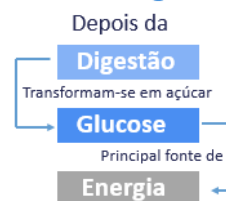
Apresentação de Slides da sessão de “Os hidratos de carbono são bons ou são maus?”



Os hidratos de carbono são bons ou são maus ?

Imprescindíveis Precisamos de hidratos de carbono para satisfazermos as necessidades energéticas diárias do organismo. No entanto, porque nem todos os hidratos de carbono são iguais, devemos aprender a fazer as opções mais saudáveis.

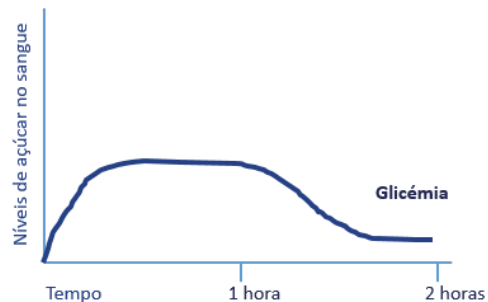
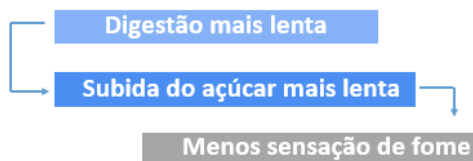
Alimentos ricos em hidratos de carbono
Pão, batata , arroz, massa, leguminosas, fruta, leite, iogurtes



É preferível :

Pão de mistura, massa e leguminosas

Porque têm





Enquanto que

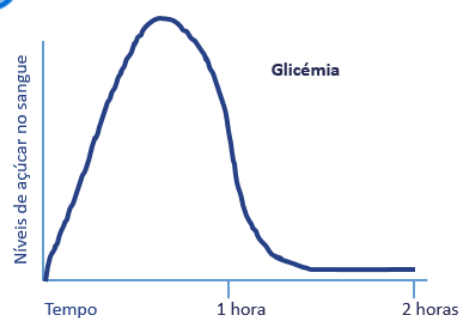
Pão branco, a batata e o arroz

Porque têm

Digestão mais rápida

Sobe mais rápido o açúcar

Sensação de fome mais rapidamente



Hidratos de carbono simples



Hidratos de carbono complexos



Não se esqueça que...

Quando acordamos, as nossas necessidades energéticas são maiores devido ao jejum noturno, pelo que o pequeno-almoço deve ser rico em hidratos de carbono complexos. Ao longo do resto do dia, deve distribuí-los, de forma moderada, pelas restantes refeições.



Sabia que ...

À noite, a produção de energia é menos prioritária para o organismo e, se consumir hidratos de carbono em exagero, estes irão ser convertidos em gordura.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: Os hidratos de carbono são bons ou são maus?

Duração: 30 minutos Data:

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

<i>Podemos dizer que...</i>	Verdadeiro	Falso
<i>Os hidratos de carbono são a principal fonte de energia do nosso organismo</i>		
<i>E preferível comer pão escuro</i>		
<i>Os hidratos de carbono complexos são uma escolha saudável</i>		
<i>Devemos começar o dia com hidratos de carbono complexos</i>		
<i>Devemos evitar grandes quantidades de hidratos de carbono à noite</i>		

Obrigada pela colaboração

Plano de sessão: **Sessão “ o que nos dizem os rótulos?”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **21 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender a importância da informação existente nos rótulos**

Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre os rótulos**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrand Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	A importância da informação dos rótulos Prazos de validade Informação nutricional	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrand Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrand Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestrand Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de “O que nos dizem os rótulos?”



Leitura dos rótulos



SANTA CASA ESEL



Porquê ?



O rótulo dos alimentos contém informação importante que permite:

- **conhecer** o produto
- saber como conservar, utilizar e/ou preparar
- pesquisar **alergénios** ou ingredientes que possam causar intolerância (por ex. doença celíaca, intolerância à lactose, etc.)
- fazer **escolhas conscientes**
- contabilizar os **hidratos de carbono**

SANTA CASA ESEL



Menções obrigatórias ?



SANTA CASA ESEL



Prazo de Validade

Data limite de consumo

“Consumir até: dia/mês”

utilizada para alimentos que facilmente se deterioram (iogurte, leite, queijo...)



SANTA CASA ESEL



Prazo de Validade

Data de Durabilidade Mínima

“Consumir de preferência até: dia/mês”

Aplicada a alimentos com duração inferior a 3 meses

SANTA CASA ESEL



Prazo de Validade

Data de Durabilidade Mínima

“Consumir de preferência até: mês/ano”

Aplicada a alimentos com durabilidade de 3 a 18 meses (cereais de pequeno-almoço, arroz, massa)

Indica-se apenas o ano em alimentos com duração >18meses (conservas, mel, compotas)



SANTA CASA ESEL



Lista dos ingredientes

- ✓ Enumera todos os ingredientes que constituem o alimento **por ordem decrescente de peso**
- ✓ Os ingredientes que provoquem alergias ou intolerâncias (**alergénios**) devem ser indicados na lista de ingredientes com uma grafia que os distinga dos restantes

SANTA CASA ESEL



Lista dos ingredientes

- ✓ Enumera **aditivos**: categoria (ex. antioxidante; corante), nome específico (ácido L-ascórbico; dióxido de enxofre) ou letra E seguida de 3 algarismos (ex. E300; E220)

SANTA CASA ESEL



Informação Nutricional

Informação Nutricional	100g	Por dose (20g – 2 tostas)	Valor diário de referência (VDR)
Energia (kcal/kJ)	364/1524	73	2000

Evite alimentos com maior valor calórico-mais de **400Kcal por 100g** de produto é bastante elevado



Informação Nutricional

Informação Nutricional	100g	Por dose (20g – 2 tostas)	Valor diário de referência (VDR)
Hidratos de Carbono (g)	62,6	12,5	270
Dos quais açúcares (g)	3,5	0,7	90

Escolha alimentos com quantidades de açúcares simples **inferiores a 13g**



Informação Nutricional

Procure **valores inferiores a 10g** por cada 100g de produto alimentar

Informação Nutricional	100g	Por dose (20g – 2 tostas)	Valor diário de referência (VDR)
Lípidos (g) dos quais:	5,1	1	70
Saturados (g)	1	0,2	20
Moninsaturados (g)	0,8	0,2	34
Polinsaturados (g)	2,2	0,2	16

Quanto **menos gordura saturada e mais mono e polinsaturada** melhor será o alimento.



Informação Nutricional

Procure **valores inferiores a 10g** por cada 100g de produto alimentar

Informação Nutricional	100g	Por dose (20g – 2 tostas)	Valor diário de referência (VDR)
Lípidos (g) dos quais:	5,1	1	70
Saturados (g)	1	0,2	20
Moninsaturados (g)	0,8	0,2	34
Polinsaturados (g)	2,2	0,2	16

Quanto **menos gordura saturada e mais mono e polinsaturada** melhor será o alimento.



Informação Nutricional

Procure produtos que tenham pelo menos **6g de fibra por 100g** de produto é o aconselhado

Informação Nutricional	100g	Por dose (20g – 2 tostas)	Valor diário de referência (VDR)
Fibras (g)	7,4	1,5	25
Sódio (g)	0,4	0,1	2,4

Escolha alimentos com um teor de sódio inferior a **0.6g por 100g** de produto



A leitura dos rótulos permite...

1. Analisar a **lista de ingredientes**
2. Ler atentamente a **composição Nutricional**
3. Verificar o **prazo de validade**
4. Averiguar as **condições de utilização e conservação**



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: “O que nos dizem os rótulos?”

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

Podemos dizer que os rótulos permitem...	Verdadeiro	Falso
<i>Conhecer o produto</i>		
<i>Saber como conservar os produtos</i>		
<i>Saber os ingredientes que podem fazer alergias</i>		
<i>Fazer escolhas inteligentes</i>		
<i>Contabilizar os hidratos de carbono</i>		

Obrigada pela colaboração

Plano de sessão: **Sessão “ A importância da água no nosso organismo ”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **24 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender a importância da água no organismo**

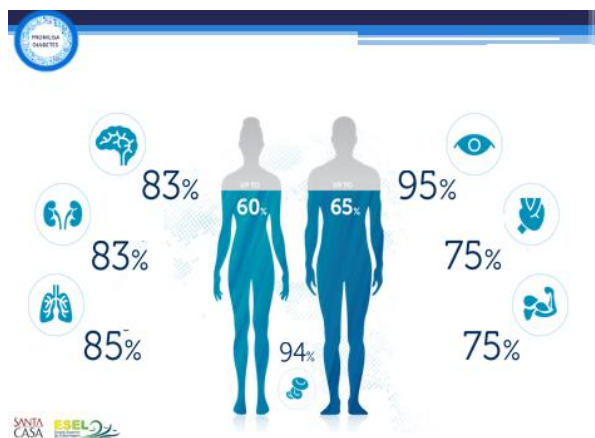
Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre a importância da água**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	Alertar para a quantidade de açúcar nos refrigerantes A importância da água para o organismo Estratégias para o consumo de água	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestrandas Questionário	5 Minutos

Apresentação de Slides da sessão de “A importância da água no nosso organismo?”



Qual a importância da água?



É importante...



Hidrate-se com antecedência! Dê preferência à água e aos sucos naturais. Evite ao máximo os refrigerantes, pois possuem baixíssimo poder de hidratação.

Hidrate-se a todo o momento! A perda de água através da transpiração é muito intensa e, junto com ela, perdem-se muitos eletrólitos, como sódio, potássio, magnésio e cloro.

A ingestão de água e suco durante todo o dia vai refletir também no tempo da recuperação. Por isso, tomar muita água e suco de frutas, mesmo no momento de descanso, é fundamental para acelerar o processo de recuperação do corpo.

Consuma alimentos leves e ricos em carboidratos, com muitas frutas e verduras. Dê preferência às sopas e caldos, evitando, principalmente, alimentos muito gordurosos.

Por isso...



**MANTENHA-SE
HIDRATADO**

Estratégias para beber água



Quantidade	Quando beber	Benefício
2 copos	DEPOIS DE ACORDAR	AJUDA A ATIVAR O ORGANISMO
1 copo	30 MIN ANTES DE COMER	AJUDA A DIGESTÃO
1 copo	ANTES DO BANHO	AJUDA A DIMINUIR A PRESSÃO SANGÜÍNEA
1 copo	ANTES DE DORMIR	EVITA PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS



Benefícios de beber água



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: "A importância da água no nosso organismo"

Duração: 30 minutos Data:

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

<i>A água é importante porque:</i>	Verdadeiro	Falso
<i>70% do nosso corpo é constituído por água</i>		
<i>Ajuda a ativar o organismo</i>		
<i>Ajuda na digestão</i>		
<i>Transporta nutrientes</i>		
<i>Protege o organismo</i>		

Obrigada pela colaboração

Plano de sessão: **Sessão “ Mitos na alimentação?”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **24 de novembro de 2019**

Duração: **30 minutos**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Clarificar ideias erradas sobre alimentação**

Objetivos específicos: **Que, pelo menos 30% dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre os mitos na alimentação**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	Apresentação e esclarecimento de mitos na alimentação	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	15 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Convidar e relembrar da data da próxima sessão	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestranda Computador Projeto	5 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestranda Questionário	5 Minutos

Verdades ou Mitos ?



SANTA CASA
ESEL

Verdade ou mito?



Devemos beber mais água se estiver mais calor

Diariamente perdemos água através do ar expirado, suor, urina e fezes. Quando as temperaturas são elevadas, essa perda é maior.

Verdade ou mito?



Beber água à refeição engorda

A água não fornece calorias, logo não engorda.

Verdade ou mito?



É preferível usar cremes vegetais do que manteigas

Os cremes vegetais (margarina) têm menos gorduras pelo que são preferíveis, mas não são um alimento saudável.

Verdade ou mito?



Os edulcorantes fazem mal à saúde

Cada edulcorante até à dose máxima de consumo não faz mal à saúde.

Verdade ou mito?



Os diabéticos devem usar mel em vez de açúcar

O Mel é um alimento saudável com benefícios para a saúde. Mas tem o mesmo efeito que o açúcar.

Verdade ou mito?



O pastel de nata é um dos bolos com menos calorias

Sim, mas de qualquer forma continua a ser um alimento com muitas calorias que **só deve ser consumido em ocasiões especiais.**

Verdade ou mito?



Os diabéticos podem comer banana

A banana é uma das frutas com mais açúcar, por isso só pode ser **consumida com moderação e em pequenas quantidades.**

Verdade ou mito?



Os alimentos Light são melhores para os diabéticos

Os alimentos Light têm menos 30% de calorias, gordura ou açúcar em relação ao produto original, no entanto, também **não são adequados para diabéticos.**

Verdade ou mito?



Os alimentos integrais têm menos calorias

Os alimentos integrais são **mais ricos em fibras e vitaminas. Mas não têm menos calorias.**

Verdade ou mito?



O azeite é uma gordura saudável

O azeite é sempre preferível às outras gorduras, mas deve ser sempre **consumido com conta, peso e medida.**

Verdade ou mito?



É melhor comer tostas do que pão

A maioria das tostas, quando comparadas com a mesma quantidade do pão, fornecem mais calorias. **Pois são mais ricas em gordura.**

Verdade ou mito?



Para emagrecer é preferível comer poucas vezes

Para emagrecer de forma saudável é fundamental **comer de forma fraccionada e nas quantidades adequadas.**

Verdade ou mito?



Comer fruta às refeições principais engorda

A fruta fornece as mesmas calorias se consumida antes ou depois das refeições. No entanto, é aconselhável o seu consumo nos intervalos das mesmas.

Verdade ou mito?



O pão torrado engorda menos do que o pão normal

O Pão torrado tem apenas menos teor de água, logo tem as mesmas calorias que o pão "normal".

Verdade ou mito?



Os diabéticos devem beber sumo de fruta natural

As frutas em sumo têm as mesmas calorias e menos fibra e vitaminas, logo não têm vantagem.



Somos o que comemos



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: “ Mitos na alimentação”

Duração: 30 minutos Data:

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

Mitos na alimentação:	Verdade	Mito
Devemos beber mais água se estiver calor		
Os alimentos light são melhores para os diabéticos		
Os alimentos integrais tem menos calorias		
E melhor comer tostas do que pão		
O azeite é uma gordura saudável		

Obrigada pela colaboração

APÊNDICE XVII - Atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes

Plano de sessão: **Atividade alusiva ao dia da diabetes**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **14 de novembro de 2019**

Duração: **Das 9:00 às 17:00 horas**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Capacitar o grupo de idosos para a adoção de hábitos saudáveis**

Objetivos específicos: : **Que, pelo menos 70% dos prestadores de cuidados dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras sobre a sessão**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação da temática	Expositivo Roda da conversa	Enf. ^a . mestranda Glicómetros, e respetivo material para a pesquisa de glicémia Equipamento de avaliação de hemoglobina glicosilada e respetivos <i>kits</i>	1 Hora
Desenvolvimento	Tela e o <i>Workshop</i> dos alimentos	Participativa Por pares	Enf. ^a . mestranda Idoso (apresentar a sessão) Tela e respetivos materiais para a sua elaboração	1 Hora e 30 minutos
3 ^a Atividade	<i>biodanza</i>	Participativa	Instrutora da <i>Biodanza</i> e equipamento de som	1 Hora
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestranda Questionário	5 Minutos

Dia: 14 de Novembro de 2019
Das 10:30 às 11:30



DIA MUNDIAL DA DIABETES



**Venha saber como estão os seus níveis de
açúcar no sangue**

Enfermeira: Ana Veiga

Dia: 14 de Novembro de 2019
Das 11:30 às 13:00



Workshop dos alimentos



Enfermeira: Ana Veiga

Dia: 14 de Novembro de 2019
Das 14:30 às 15:30



Diabetes Mundial da Diabetes: Biodanza



Enfermeira: Ana Veiga

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: Atividade alusiva ao Dia Mundial da Diabetes

Duração: 30 minutos Data:

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

**APÊNDICE XVIII - Sessão de educação para a saúde aos
prestadores de cuidados dos idosos**

Plano de sessão: **Sessão “ A leitura de rótulos e comportamentos saudáveis”**

Local: **Centro de Dia da SCML**

População alvo: **Prestadores de cuidados dos Idosos do Centro de Dia da SCML**

Data: **29 de novembro de 2019**

Duração: **Das 15:30 às 17:00 Horas**

Formador: **Ana Veiga**

Objetivo geral: **Compreender a importância da leitura dos rótulos e da alimentação saudável – Dieta mediterrânica**

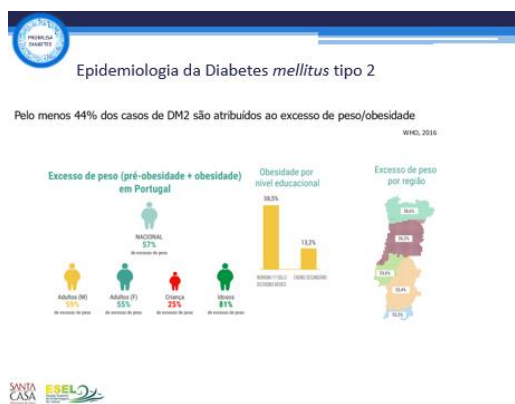
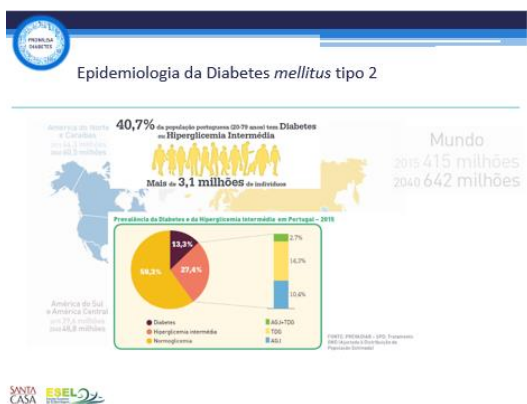
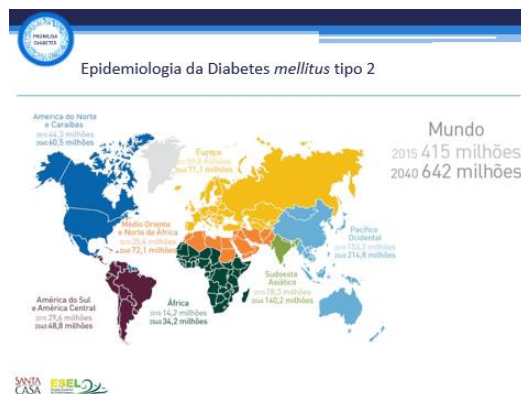
Objetivos específicos: **Que, pelo menos 70% dos prestadores de cuidados dos idosos do Centro de Dia, consigam identificar 3 afirmações verdadeiras relativamente à sessão**

Etapas	Conteúdos /temas	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos	Duração
Introdução	Apresentação das formadoras Agradecimento da presença Apresentação do tema	Expositivo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	5 Minutos
Desenvolvimento	Dieta mediterrânica Estratégias para uma alimentação saudável Leitura de rótulos	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	60 Minutos
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo Interrogativo	Enf. ^a . mestrandas Computador Projeto	10 Minutos
Avaliação	Avaliação da sessão	Interrogativo	Enf. ^a mestrandas Questionário	15 Minutos

Apresentação de Slides da sessão leitura de rótulos e comportamentos saudáveis



A leitura dos rótulos e comportamentos saudáveis



PRIMEIRA DIABETES

Importância da alimentação

Hand Symbol	Equivalent	Food	Calories
1st	1 cup	Rice, pasta Fruit Vegetables	100
2nd	2 oz	Meat Fish Poultry	100
3rd	1 oz	Nuts Beans	100
4th	1/2 cup	Cheese Yogurt Milk	100
5th	1/2 cup	Oil Butter Margarine	100
6th	1/2 cup	Alcohol	100
7th	1/2 cup	Alcohol	100
8th	1/2 cup	Alcohol	100
9th	1/2 cup	Alcohol	100
10th	1/2 cup	Alcohol	100



SANTA CASA ESEL

PRIMEIRA DIABETES

Importância da alimentação



ALIMENTAÇÃO MEDITERRÂNEA

SANTA CASA ESEL

PRIMEIRA DIABETES

Importância da alimentação



FOCOS PRINCIPAIS:

- Aumentar o consumo de vegetais
- Minimizar os açúcares de adição e a utilização de farinhas refinadas
- Preferir sempre alimentos integrais em detrimento de alimentos processados
- Promover escolhas saudáveis em detrimento de um ou outro padrão alimentar
- Promover a adesão à dietoterapia

SANTA CASA ESEL

PRIMEIRA DIABETES

Importância da alimentação

- 1. Açúcares adicionados**
(pela indústria, pelos manipuladores e pelo consumidor)
- 2. Açúcares naturalmente presentes nos alimentos**



SANTA CASA ESEL

PRIMEIRA DIABETES

Importância da alimentação

Consumimos açúcar....

...nas bebidas

"Aproximadamente 1,5 milhões de Portugueses (17% da população) consomem **pelo menos um refrigerante ou néctares por dia**, sendo que 12% são refrigerantes)"

Refrigerante
(1 lata - 330mL)
35g

Ice tea
(1 lata - 330mL)
25g

Néctar de Fruta
(1 pacote - 200mL)
20g

SANTA CASA ESEL

PRIMEIRA DIABETES

Importância da alimentação

Consumimos açúcar....

...nos doces

Queque
(1 unidade = 80g)
22g

Bolo de Chocolate
(1 fatia = 60g)
20g

Bolo-rei
(1 fatia = 80g)
15g

Chocolate de leite
(4 quadrados ou 25g)
15g

SANTA CASA ESEL

Importância da alimentação

Consumimos açúcar....
...em alimentos menos óbvios

Alimento	Quantidade	Açúcar (g)
Cereais tipo linha (1 porção de 50g)	1 pacote	9,5g
Granola (1 porção de 50g)	1 pacote	11g
Iogurte de aromas magro	1 pote	11g
Bolachas (1 saqueta = 4 bolachas)	1 saqueta	12,5g

SANTA CASA ESEL

Importância da alimentação

Consumimos açúcar....
...adicionado por nós

3 cafés por dia

Num dia: ≈ 15g de açúcar

Num mês: ≈ 450g de açúcar

SANTA CASA ESEL

Importância da alimentação

Consumimos açúcar....
...adicionado por nós

3 cafés por dia

Num dia: ≈ 15g de açúcar

Num mês: ≈ 450g de açúcar

Pastel de Nata (80g)

≈ 22,4g de açúcar

Num mês: ≈ 1 122g de açúcar

SANTA CASA ESEL

Importância da alimentação

2 sopas de legumes + 3 peças de fruta = 5 PORÇÕES DE HORTOFRUTÍCOLAS AO DIA

Pequeno-Almoço: 100g Hortícolas, 100g Fruta

Almoço: 100g Hortícolas, 100g Fruta

Jantar: 100g Hortícolas, 100g Fruta

SANTA CASA ESEL

Importância da alimentação

Salada ou legumes variados, de preferência da época

Dica: Utilize o azeite como gordura de adição, em doses moderadas e substitua o sal por ervas aromáticas

Alimento fornecedor de proteínas (carne, peixe ou ovo)

Dicas: Faça refeições alternadas de carne e peixe. Pelo menos uma refeição/semana deve incluir ovos. Prefira as carnes magras. Limite o consumo de carnes vermelhas a 1 vez/semana.

Alimentos fornecedores de hidratos de carbono complexos: a massa, o arroz, couscous, a batata ou leguminosas

Dica: Varie os alimentos e experimente as versões integrais

SANTA CASA ESEL

Importância da alimentação

Comece sempre as duas refeições principais com sopa de legumes

Elabore um prato completo, equilibrado e variado

A fruta é a sobremesa de eleição

SANTA CASA ESEL



Importância da alimentação

- Planear as refeições para a semana
- Fazer uma **lista de compras adequada**
- Organizar as idas ao **mercado** de forma a ter **hortícolas e fruta fresca**
- Ler e interpretar os rótulos



Importância da alimentação



Leitura dos rótulos



Leitura dos rótulos

O rótulo dos alimentos contém informação importante que permite:

- **conhecer** o produto
- saber como conservar, utilizar e/ou preparar
- pesquisar **alergénios** ou ingredientes que possam causar intolerância (por ex. doença celíaca, intolerância à lactose, etc.)
- fazer **escolhas conscientes**
- contabilizar os **hidratos de carbono**



Leitura dos rótulos



Leitura dos rótulos

DATA LIMITE DE CONSUMO

"Consumir até: dia/mês"

- utilizada para alimentos que facilmente se deterioram (iogurte, leite, queijo...)

DATA DE DURABILIDADE MÍNIMA

"Consumir de preferência antes de: dia/mês"

- aplicada a alimentos com duração inferior a 3 meses (manteiga, pão-de-forma)

"Consumir de preferência antes de: mês/ano"

- aplicada a alimentos com durabilidade de 3 a 18 meses (cereais de pequeno-almoço, arroz, massa)
- indica-se apenas o ano em alimentos com duração > 18 meses (conservas, mel, compotas)



Leitura dos rótulos

- ✓ Enumera todos os ingredientes que constituem o alimento **por ordem decrescente de peso**

- ✓ Os ingredientes que provoquem alergias ou intolerâncias (**alergénios**) devem ser indicados na lista de ingredientes com uma grafia que os distinga dos restantes

- ✓ **Aditivos:** categoria (ex. antioxidante; corante), nome específico (ácido L-ascórbico; dióxido de enxofre) ou letra E seguida de 3 algarismos (ex. E300; E220)

ALÉRGICOS
INGREDIENTES: Frutos de floresta, açúcar, gelatina vegetal, sal, ácido ascórbico, emulsionante (E322), estabilizante (E415), aromas. Pode conter vestígios de frutos de castanha, leite, soja e derivados de leite.

PT INDIQUE DE ATENÇÃO À SAÚDE
INGREDIENTES: Frutos de floresta, açúcar, gelatina vegetal, sal, ácido ascórbico, emulsionante (E322), estabilizante (E415), aromas. Pode conter vestígios de frutos de castanha, leite, soja e derivados de leite.

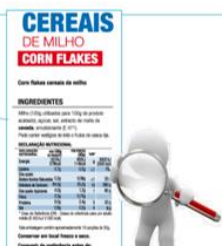
Categorias de Aditivos

E100 - E199	Corantes
E200 - E299	Conservantes
E300 - E399	Antioxidantes
E400 - E499	Emulsionantes, Estabilizadores, Espessantes, Gelificantes, e outros



1. ANALISAR A LISTA DE INGREDIENTES

- ✓ Dimensão
- ✓ Conteúdo
- ✓ Ordem dos ingredientes



2. VERIFICAR A COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL



Fundamental ensinar e dar ferramentas que permitam a realização de **escolhas alimentares mais equilibradas!**

- ✓ Preferir alimentos **menos processados**
- ✓ **Lista de ingredientes mais curta**, que não apresente no início açúcares, gorduras ou sal
- ✓ Consultar o descodificador de rótulos para **compreender a tabela nutricional**
- ✓ Preferir alimentos com **baixo teor de açúcares simples, gorduras (sobretudo as saturadas) e sal**
- ✓ Ser **crítico** em relação às informações apresentadas no rótulo



Dúvidas

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: "A leitura dos rótulos e comportamentos saudáveis"

Duração: 1 Hora e 30 minutos Data:

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

Para uma alimentação saudável:	Verdadeiro	Falso
<i>A nossa dieta deve ser: completa, equilibrada e variada</i>		
<i>Devemos escolher os alimentos da época</i>		
<i>Comer várias vezes ao longo do dia</i>		
<i>Beber pelo menos 1,5 l de água durante o dia</i>		
<i>Devemos evitar comer açúcares, como por exemplo bolos</i>		

Podemos dizer que...	Verdadeiro	Falso
<i>Os hidratos de carbono são a principal fonte de energia do nosso organismo</i>		
<i>E preferível comer pão escuro</i>		
<i>Os hidratos de carbono complexos são uma escolha saudável</i>		
<i>Devemos começar o dia com hidratos de carbono complexos</i>		
<i>Devemos evitar grandes quantidades de hidratos de carbono à noite</i>		

Obrigada pela colaboração

APÊNDICE XIX - Guia para escolhas saudáveis

Semáforo Nutricional
É um código de cores muito fácil de perceber que ajuda na escolha dos alimentos

As cores do semáforo

Verde O alimento pode ser consumido ocasionalmente e em menores quantidades

Amarelo O alimento é uma boa opção

Vermelho O alimento é uma opção mais saudável

CAL significa calorias. A cor cinzenta não tem qualquer significado nutricional

Não se esqueça que...

Produtos sem adição de açúcares: são produtos que não tem qualquer adição de açúcar. No entanto, poderão ter o açúcar naturalmente presente nos seus ingredientes

Produtos light: são produtos com redução no mínimo de 30% de um ou mais de um dos nutrientes

Produtos magros: são produtos que tem uma redução de gordura

Leia sempre o rótulo dos produtos alimentares, pois contém informação importante para as escolhas alimentares

2020



Vá as compras depois da refeição. Ir as compras com fome resulta em escolhas pouco saudáveis

Antes de ir ao supermercado planeie as refeições da semana e faça uma lista do que vai precisar

Evite os corredores centrais, nos quais costumam estar arrumados os alimentos processados

Não se concentre só nos produtos que se encontram nas prateleiras ao nível dos olhos

APRENDA A LER O RÓTULO

Porquê?

O rótulo dos alimentos contém informação importante que permite:

Conhecer o produto

Saber como conservar, utilizar e/ou preparar

Pesquisar ingredientes que possam causar intolerância ou alergias alimentares

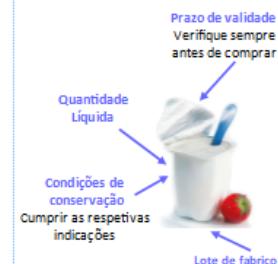
Fazer escolhas conscientes

Contabilizar os hidratos de carbono

Prazo de validade

Data limite de consumo: "consumir até dia/mês. Utilizada para alimentos com pouca duração não se pode consumir após a data

Data de durabilidade mínima: "consumir de preferência até dia/mês. Aplicada a alimentos com duração inferior a 3 meses, devem ser consumidos nessa data



Evite alimentos que tenham...

Mais de 400kcal por 100g

Mais de 10g de gordura por cada 100g

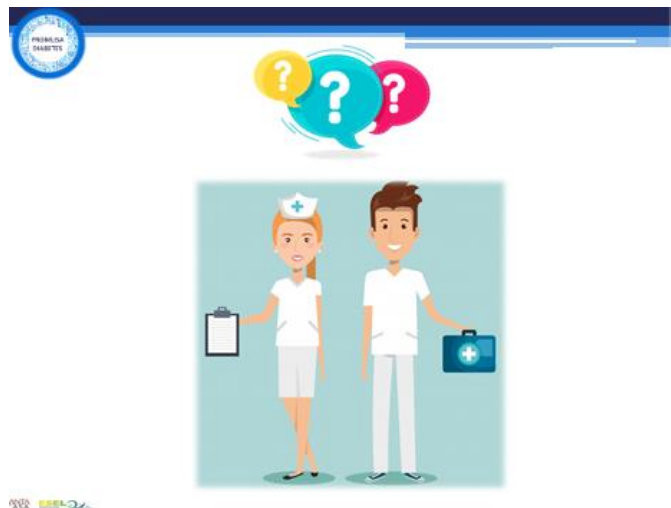
Mais de 0,8 g sódio (sal) por cada 100g

Mais de 13g de hidratos de carbono por cada 100g

Procure alimentos que tenha pelo menos 8 g de fibra por 100 g de produto alimentar

**APÊNDICE XX - Sessão informativa dos conteúdos das sessões
para os profissionais**

Promoção da literacia em saúde: prevenção da diabetes *mellitus* tipo 2 nos idosos



Alimentação saudável nos idosos



Diabetes *Mellitus* tipo 2 : fatores de risco



Leitura dos rótulos





Verdades ou Mitos ?



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação do processo formativo é essencial, pelo que peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Tema: sessão informativa dos conteúdos das sessões para os profissionais

Duração: 30 minutos **Data:**

Formador: enfermeira Ana Veiga

Como considerou esta sessão?

1	2	3
Suficiente	Boa	Muito Boa

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE XXI - Cartazes informativos



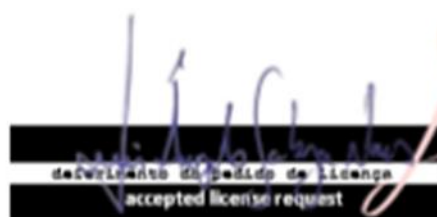
Sessões de educação para a saúde

De 05 a 22 de Novembro 2019



ANEXOS

ANEXO I - Autorização da aplicação do questionário HLS-EU-PT



Digitally signed by Luis Saboga Nunes

DN: cn=Luis Saboga Nunes,
o=ProSalus, ou=Renasceres,
email=saboga@prosalus.com, c=PT
Date: 2019.04.24 10:53:50 +0100



1. Organização/Organisation

Nome da organização /Name of organisation:

Instituto de Oftalmologia Drº Gama Pinto

Pessoa de contato / Contact person:

Ana Cristina Almeida Sousa Veiga

Email /Email address: anaveiga74@gmail.com

Telem / Phone number: 919585554

Endereço / Address: Av. Infante D. Henrique Nº8 1º C.

Cidade / Town / City: Lisboa

Estado / State: Portuguesa

País / Country: Portugal

Endereço Web/Website: _____

2. Tipo de organização / Type of organisation:

☒

Hospital / Serviços de saúde / Hospital/Medical Practice

☐

Organização Comunitária de Saúde / Community Health organisation

☐

organização não-governamental/Non-Government organisation (e.g. Diabetes Foundation)

☐

organização académica/Academic organization (e.g. University or Student)

☐

Serviço Nacional de Saúde / SNS / SUS / NHS / Primary Care Trust / Commissioning

outro (especifique) Other (please specify): _____

3. Nome do Projeto / Name of Project / Program: Promocão da literacia em saúde e do autocuidado na prevenção da diabetes tipo 2

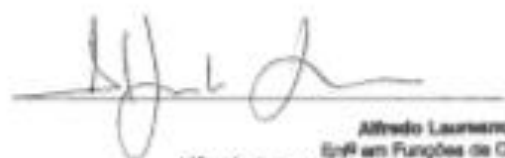
Resumo / Summary of your project: Projeto de intervenção comunitária com realização de diagnóstico de situação, avaliando o nível de literacia em saúde nos centros de dia da Unidade da Santa casa da Misericórdia do Castelo.

ANEXO II - Autorização autorizações para implementação do projeto

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que Ana Cristina Almeida Sousa Veiga, aluna do 10º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do estágio de especialidade, tem autorização dos serviços para realização de estágio e aplicação de instrumentos de investigação na USSC Castelo/NC e Centro de Dia dos Anjos.

Lisboa, 16 de Maio de 2019



Alfredo Laureano
Enf em Funções de Chefe
Alfredo Laureano USSC Castelo/NC

ANEXO III - Questionário HLS-EU-PT



Versão portuguesa autorizada do
Questionário europeu de literacia para a saúde
Health Literacy Survey in Portuguese
(HLS-EU-PT)

Questionário Europeu de literacia para a saúde. Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) v131216

©Luis Saboga Nunes, Kristine Sorensen, 2013 ENSP-UNL. **Todos os direitos reservados.**

©Saboga Nunes, 2013 ENSP-UNL. versão portuguesa validada para um amostra de 983 indivíduos. $\alpha_C = 0.97$ (47); $r = 0.78$
 α_C 0.93 (16) Hk02 Hk04 Hk05 Hk08 Hk11 Hk13 Hk16 Hk18 Hk21 Hk23 Hk28 Hk31 Hk33 Hk37 Hk39 Hk43
 (a) <http://www.literacia-saude.info>

ao citar este documento devem ser associadas as seguintes referências:

Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Pelikan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., Paixão, E. (2014) Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Aten Primaria*, 2014, 46: 13

e

Saboga-Nunes, Luis (2014). *Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT)*. In 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas. Atas do VIII Congresso Português de Sociologia, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-2-0. Disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/actas.php?area=actas&m=1

Para qualquer utilização queira contactar

Luis A. Saboga Nunes - Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / Secção de Saúde Pública e Comunidade .
Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa

www.literacia-saude.info Tel. 21 75 12 153 telem 91 47 47 066 Email saboga@prosalus.com

www.literacia-saude.info

Guião do entrevistador

De modo a poder desenvolver estratégias para melhorar os níveis de saúde e de bem-estar, está a ser desenvolvido este estudo em Portugal focalizando a literacia para a saúde. Agradecemos a sua participação! A sua colaboração na resposta a estas perguntas, ajudará a compreender melhor a importância que os temas assumem na promoção da sua saúde. Assim, esperamos contribuir para um futuro com mais e melhor saúde.

Obrigado pela sua colaboração.

The portuguese health literacy survey (HLS-EU-PT) é um projecto desenvolvido numa articulação entre a Escola Nacional de Saúde Pública (UNL) e a Universidade de Maastricht (CSN, 2013 ENSP-UNL) © Luis Saboga Nunes, Kristine Sørensen,

As suas respostas são confidenciais.

Registar hora em que iniciou o inquérito h

 Responda por favor sinceramente a cada pergunta **conforme** a opção que na sua opinião é a mais correta.

Mostrar a escala VAS

o número que expressa a opinião do entrevistado a cada uma das seguintes perguntas. Os números ① e ⑤ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do n.º ① corresponde ao que a pessoa pensa, seleccione-o com uma ☒. Se o texto que se encontra perto do n.º ⑤ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☒. **Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os sentimentos da pessoa.** Considere uma só resposta a cada pergunta

Numa escala que vai de ① Muito fácil, ② fácil, ③ difícil ④ Muito difícil quão fácil diria que é:		Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil
Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (grupo 1: 1-47)		①	②	③	④
Q 1	1.º ... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	2.º ... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	3.º ... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	4.º ... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	5.º ... compreender o que o seu médico lhe diz?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	6.º ... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	7.º ... compreender o que fazer numa emergência médica?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	8.º ... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo como tomar um medicamento que lhe foi receitado?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	9.º ... avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	10.º ... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	11.º ... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	12.º ... avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?* (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	13.º ... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	14.º ... seguir/cumprir as instruções sobre medicação?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	15.º ... chamar uma ambulância numa emergência?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		
	16.º ... seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?*	①	②	③	④
		③	não sabe/não responde		

17*... encontrar informações para lidar com comportamentos que afetam a sua saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
18*... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stress ou depressão?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
19*... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?" (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
20*... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições, tais como o excesso de peso, tensão arterial alta ou colesterol alto?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
21*... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
22*... compreender porque precisa de vacinas?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
23*... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
24*... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
25*... avaliar quando precisa de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
26*... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
27*... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, tensão arterial)"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
28*... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
29*... decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
30*... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
31*... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
32*... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
33*... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc)"	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde

34* ... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
35* ... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc)*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
36* ... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
37* ... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
38* ... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
39* ... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? (por ex. Internet, jornais, revistas)*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
40* ... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
41* ... avaliar até que ponto a zona onde vive afeta a sua saúde e bem-estar? (por ex. a sua comunidade, o seu bairro)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
42* ... avaliar o modo como as suas condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
43* ... avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
44* ... tomar decisões para melhorar a sua saúde?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
45* ... integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
46* ... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc.)*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
47* ... tomar parte nas atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 não sabe/não responde
Qpp* a Sente-se confiante na vida, pois as coisas que lhe acontecem explicam-se bem e até eram de algum modo previsíveis?	muito frequentemente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 muito raramente ou nunca
b Sente-se confiante na vida, pois tem ao seu alcance aquilo de que precisa para lidar com os acontecimentos da vida?	muito frequentemente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 muito raramente ou nunca
c Sente-se confiante na vida, e por isso lida com as coisas da vida com empenho e interesse?	muito frequentemente ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 muito raramente ou nunca
Q 2 Como está a sua saúde em geral? (ler e atribuir uma resposta por pergunta)	
☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Má ☐ Muito má ☐ não sabe/não responde	

	3 Tem alguma doença de longa duração ou problema de saúde? (Por longo prazo, consideram-se problemas que duraram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais.) (ler e atribuir uma resposta por pergunta) ☐ Sim mais de uma ☐ Sim uma ☐ Não ☐ não sabe/não responde
	4 Nos últimos 6 meses (pelo menos), os seus problemas de saúde limitaram as atividades que habitualmente desenvolve? (ler e atribuir uma resposta por pergunta) ☐ Limitaram severamente ☐ Limitaram, mas não severamente ☐ Não limitaram ☐ não sabe/não responde
	5 Que tipo de sistema/seguro de saúde tem? (ler e atribuir uma resposta por pergunta) ☐ Serviço Nacional de Saúde ☐ Público e privado ☐ Privado ☐ Nenhum ☐ não sabe/não responde
Q	6 Quantas vezes...? 1ª ... teve de recorrer a um serviço de urgência nos últimos 2 anos? (por ex.: uso de uma ambulância, centro de saúde ou clínica funcionando fora das horas normais de expediente tipo Serviço de Atendimento Permanente, serviço de urgência de um hospital)" (mostrar VAS) ☐ 0 vezes ☐ 1 - 2 vezes ☐ 3 - 5 vezes ☐ 6 vezes ou mais ☐ não sabe/não responde
	2ª ... foi ao médico nos últimos 12 meses?" ☐ 0 vezes ☐ 1 - 2 vezes ☐ 3 - 5 vezes ☐ 6 vezes ou mais ☐ não sabe/não responde
	3ª ... utilizou um serviço hospitalar nos últimos 12 meses?" ☐ 0 vezes ☐ 1 - 2 vezes ☐ 3 - 5 vezes ☐ 6 vezes ou mais ☐ não sabe/não responde
	4ª ... usou os serviços de outros profissionais de saúde, como dentista, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista ou oculista, nos últimos 12 meses?" ☐ 0 vezes ☐ 1 - 2 vezes ☐ 3 - 5 vezes ☐ 6 vezes ou mais ☐ não sabe/não responde
Q	7 Quanto a fumar cigarros, charutos ou cachimbo, qual das seguintes condições se aplica a si? (ler e atribuir uma resposta por pergunta) ☐ fuma atualmente ☐ costumava fumar, mas já parou ☐ nunca fumou ☐ não sabe/não responde se a resposta foi "fuma atualmente", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 9 8 Usa os seguintes produtos do tabaco todos os dias, ocasionalmente ou nunca? (mostrar AVS) cigarros manufaturados ☐ todos os dias ☐ ocasionalmente ☐ nunca ☐ não sabe/não responde cigarros enrolados ☐ todos os dias ☐ ocasionalmente ☐ nunca ☐ não sabe/não responde
Q	9 Durante os últimos 12 meses, bebeu alguma bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, cidra ou outras bebidas tradicionais)? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA] se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 14
	10 Quantas vezes, nos últimos 12 meses, tomou cinco ou mais bebidas numa ocasião? (mostrar AVS) ☐ Várias vezes por semana ☐ Uma vez por semana ☐ Uma vez por mês ☐ Menos do que uma vez por mês ☐ Nunca ☐ não sabe/não responde
	11 Bebeu alguma bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas espirituosas, cidra licóres e outras bebidas tradicionais) nos últimos 30 dias? [APENAS UMA RESPOSTA] ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA] se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 14

12 Nos últimos 30 dias, quantas vezes bebeu bebidas alcoólicas? (Uma bebida = 1 copo de vinho (15 cl) ou 1 lata / garrafa de cerveja ou cidra (33cl) ou espirituosa 4cl) (mostrar AVS) ☐ Diariamente ☐ 4 - 5 vezes por semana ☐ 2 - 3 vezes por semana ☐ uma vez por semana ☐ 2 - 3 vezes por mês ☐ uma vez ☐ não me lembro/não responde																																																				
13 Num dia em que bebe bebidas alcoólicas, quantas costuma beber? (mostrar AVS) ☐ menos de 1 bebida ☐ 1-2 bebidas ☐ 3-4 bebidas ☐ 5-6 bebidas ☐ 7-9 bebidas ☐ 10 ou mais bebidas ☐ depende da altura (é espontâneo) ☐ não me lembro/ não responde																																																				
Q 14 Quantas vezes, no último mês, praticou atividade física durante 30 minutos ou mais, por exemplo, corrida, caminhada, ciclismo? ☐ quase todos os dias ☐ algumas vezes por semana ☐ algumas vezes este mês ☐ nunca ☐ não tenho sido capaz																																																				
15 Tem alguém da família ou um amigo para o acompanhar a uma consulta médica? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe/não responde																																																				
16 Está envolvido/a ativamente na sua comunidade, por exemplo, fazendo voluntariado ou participando em atividades locais? ☐ quase todos os dias ☐ algumas vezes por semana ☐ algumas vezes por mês ☐ algumas vezes por ano ☐ de modo nenhum ☐ não sabe/não responde																																																				
Instruções: entregar o rótulo e dar 1 minuto para o entrevistado se familiarizar com o mesmo. Ler: Considere a título de exemplo o rótulo a seguir apresentado, existente nas embalagens dos alimentos. Este rótulo dá-lhe o tipo de informação que pode encontrar na parte de trás de uma embalagem de gelado. Por favor, faça uma boa leitura das informações que este rótulo contém. As respostas a todas as questões que se seguem podem ser encontradas neste rótulo. Não se preocupe se não pode responder a todas as perguntas. Algumas delas foram colocadas com alguma complexidade e podem ser difíceis e nem todos os indivíduos lhes respondem. Se o entrevistado parecer hesitar perguntar "quer que explique de novo?". Se perceber a dificuldade responder tudo bem, não se preocupe, algumas perguntas são mais complicadas do que outras. Vejamos a seguinte. Por favor, dedique o tempo que precisar para responder a cada pergunta". Os participantes podem voltar atrás e corrigir alguma resposta se entretanto se aperceberem que se enganaram (mas não diga isto até ele entender que o deve fazer).	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"> Descrição do Produto: Gelado Tamanho da porção: 100ml Porções em cada embalagem: 4 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Informação Nutricional</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Valores de referência</td> <td>Por 100ml</td> </tr> <tr> <td>Energy</td> <td>/ Valor energético</td> <td>1050 kJ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>250 kcal (calorias)</td> </tr> <tr> <td>Protein</td> <td>/ Proteína</td> <td>4 g</td> </tr> <tr> <td>Carbohydrate</td> <td>/ Hidratos de Carbono (g)</td> <td>30 g</td> </tr> <tr> <td>of which sugars</td> <td>/ dos quais açúcares (g)</td> <td>23 g</td> </tr> <tr> <td>Fat/Lipidos</td> <td></td> <td>13 g</td> </tr> <tr> <td>of which saturates</td> <td>/ dos quais saturados</td> <td>9 g</td> </tr> <tr> <td>of which monounsaturates</td> <td>/ dos quais monosaturados</td> <td>0 g</td> </tr> <tr> <td>of which polyunsaturates</td> <td>/ dos quais polinsaturados</td> <td>3 g</td> </tr> <tr> <td>of which trans fats</td> <td>/ dos quais insaturados</td> <td>1 g</td> </tr> <tr> <td>Fibre</td> <td>/ Fibra</td> <td>0 g</td> </tr> <tr> <td>Sodium</td> <td>/ Sódio (g)</td> <td>0.05 g</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Ingredientes:</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Crema, leite desnatado, açúcar, ovo completo, estabilizadores (goma de guar), óleo de amendoim, extracto de baunilha (0.05%) </td> </tr> </table>	Descrição do Produto: Gelado Tamanho da porção: 100ml Porções em cada embalagem: 4			Informação Nutricional			Valores de referência		Por 100ml	Energy	/ Valor energético	1050 kJ			250 kcal (calorias)	Protein	/ Proteína	4 g	Carbohydrate	/ Hidratos de Carbono (g)	30 g	of which sugars	/ dos quais açúcares (g)	23 g	Fat/Lipidos		13 g	of which saturates	/ dos quais saturados	9 g	of which monounsaturates	/ dos quais monosaturados	0 g	of which polyunsaturates	/ dos quais polinsaturados	3 g	of which trans fats	/ dos quais insaturados	1 g	Fibre	/ Fibra	0 g	Sodium	/ Sódio (g)	0.05 g	Ingredientes:			Crema, leite desnatado, açúcar, ovo completo, estabilizadores (goma de guar), óleo de amendoim, extracto de baunilha (0.05%)		
Descrição do Produto: Gelado Tamanho da porção: 100ml Porções em cada embalagem: 4																																																				
Informação Nutricional																																																				
Valores de referência		Por 100ml																																																		
Energy	/ Valor energético	1050 kJ																																																		
		250 kcal (calorias)																																																		
Protein	/ Proteína	4 g																																																		
Carbohydrate	/ Hidratos de Carbono (g)	30 g																																																		
of which sugars	/ dos quais açúcares (g)	23 g																																																		
Fat/Lipidos		13 g																																																		
of which saturates	/ dos quais saturados	9 g																																																		
of which monounsaturates	/ dos quais monosaturados	0 g																																																		
of which polyunsaturates	/ dos quais polinsaturados	3 g																																																		
of which trans fats	/ dos quais insaturados	1 g																																																		
Fibre	/ Fibra	0 g																																																		
Sodium	/ Sódio (g)	0.05 g																																																		
Ingredientes:																																																				
Crema, leite desnatado, açúcar, ovo completo, estabilizadores (goma de guar), óleo de amendoim, extracto de baunilha (0.05%)																																																				
Q 17 Quantas calorias (kcal) vai ingerir, se comer toda o gelado contido na embalagem? ☐ 1.000 kcal ☐ 1.000 calorias ☐ qualquer outra resposta ☐ não sabe/não responde																																																				
18 Se for aconselhado/a a comer no máximo 60 gramas de hidratos de carbono como sobremesa, qual é a quantidade máxima de gelado que pode consumir? ☐ Duas porções (ou até 2 porções) ☐ Metade da embalagem (ou qualquer quantidade até à metade da embalagem) ☐ 200 ml (ou qualquer valor até 200 ml) ☐ Qualquer outra resposta ☐ não sabe/não responde																																																				

19 Imagine que o seu médico o/a aconselha a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua alimentação. Geralmente consome 42 g de gordura saturada por dia, alguns dos quais vêm de uma porção de gelado. Se parar de comer gelado, quantas gramas de gordura saturada comeria por dia? ☐ 33 g ☐ Qualquer outra resposta ☐ não sabe/não responde
20 Se costuma ingerir alimentos que fornecem 2500 calorias por dia, qual a percentagem do seu consumo diário de calorias (kcal) que consome numa porção de gelado? (leia Kcal ou calorias, mas não leia quilocalorias, nem as respostas à pergunta) ☐ 1/10 (um décimo) ☐ 10% ☐ Qualquer outra resposta ☐ não sabe/não responde
21 Imagine que é alérgico/a às seguintes substâncias: penicilina, amendoim, luvas de látex e picadas de abelha. É seguro para si comer este gelado? (não leia as respostas) ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe/não responde se a resposta foi "não", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta D
22 Porque não é seguro comê-lo, na sua opinião? (não leia as respostas) ☐ Porque ele contém óleo de amendoim/amendoins/nozes ☐ Porque pode ter uma reação alérgica ☐ Qualquer outra resposta ☐ não sabe/não responde
23 Porque existe a possibilidade, na sua opinião, de haver uma reação alérgica? (não leia as respostas) ☐ Porque ele contém óleo de amendoim/amendoins/nozes ☐ Qualquer outra resposta ☐ não sabe/não responde
D 1 Género ☐ Masculino ☐ Feminino (não pergunte) 2 Qual a sua idade? _____ anos 3 Qual é a sua altura? (aproximadamente em cm) _____ cms (se não responde código 998; se recusa 999) 4 Quanto pesa? (aproximadamente em Kg) _____ Kg (se não responde código 998; se recusa 999)
5 Qual destas afirmações corresponde à sua situação? (mostrar AVS) ☐ Os seus pais (mãe e pai) nasceram em Portugal ☐ Um dos seus pais nasceu em Portugal e o outro num Estado-Membro da União Europeia ☐ A sua mãe e o seu pai nasceram noutro Estado-Membro da União Europeia ☐ Um dos seus pais nasceu em Portugal e o outro fora da União Europeia ☐ A sua mãe e o seu pai nasceram fora da União Europeia ☐ Um dos pais nasceu noutro Estado-Membro da União Europeia e o outro fora da União Europeia ☐ não sabe/não responde
6 Qual é o seu estado civil? ☐ Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a / divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐ não responde
7 Qual é a sua situação de vida atual? ☐ solteiro/a vive só ☐ Vive junto (vida conjugal partilhada) ☐ Num relacionamento sério, mas não vive juntamente ninguém ☐ não responde
8 Tem filhos? ☐ sim, com menos de 15 anos ☐ sim, com mais de 15 anos ☐ não, tenho filhos ☐ não responde
9 Qual o nível de graduação académica mais elevado que possui (geralmente através da obtenção de um certificado ou diploma)? (mostrar AVS) ☐ Nível 0 (pré-escolar) ☐ Nível 1 (Escola primária e/ou Ciclo Preparatório; 1º Ciclo ou 2º Ciclo do Ensino Básico) ☐ Nível 2 (5º ano do liceu; 3º Ciclo do Ensino Básico) ☐ Nível 3 (Ensino Secundário) ☐ Nível 4 (Bacharelato ou Licenciatura de Bolonha) ☐ Nível 5 (Licenciatura antiga) ☐ Nível 6 (Pós-graduação: Curso de Especialização, Mestrado ou Doutoramento) ☐ não responde

10 Como descreve a sua condição principal actual perante o trabalho? (mostar AVS) ☐ Tem um emprego ou profissão, incluindo trabalho não remunerado para uma empresa familiar ou sociedade gestora de participações sociais (SGPS), incluindo um estágio de aprendizagem paga, etc ☐ De tempo integral ☐ Incapacidade permanente ☐ De part time /tempo parcial ☐ Militares ou serviço comunitário ☐ Desempregado ☐ Dona de casa (tempo integral) pai ou cuidador ☐ Estudante, experiência de trabalho não remunerado ☐ Inativo ☐ Na reforma, reforma antecipada ou desistiu de negócios ☐ outros ☐ não responde	
11 Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia? ☐ Sim ☐ Não ☐ não sabe/não responde	
12 Consegue comprar com facilidade os seus medicamentos a fim de cuidar de si e da sua saúde?	1 Muito fácil, 2 fácil, 3 difícil 4 Muito difícil 5 não sabe/não responde
13 Tem facilidade em aceder ao seu médico assistente? (Atendendo ao tempo de que dispõe, condições do tipo de seguro ou subsistema, custo de deslocações e transportes)	1 Muito fácil, 2 fácil, 3 difícil 4 Muito difícil 5 não sabe/não responde
14 Durante os últimos doze meses, diria que teve dificuldades em pagar as suas contas no final do mês? (mostar AVS)	1 a maior parte das vezes 2 de vez em quando 3 quase nunca 4 nunca 5 não sabe/não responde
15 Na escala seguinte, o nível 1 "corresponde ao mais baixo na sociedade" e nível 10 ao mais elevado na sociedade". Poderia dizer em que nível se colocaria a si mesmo? (mostar AVS) nível mais baixo na sociedade 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O nível mais alto na sociedade ☐ não sabe/não responde	
16 Qual é o rendimento líquido do seu agregado familiar por mês? (mostar AVS) ☐ Menos de € 500 ☐ entre € 500 e € 800 ☐ entre € 800 e € 1.350 ☐ entre € 1.350 e € 1.850 ☐ entre € 1.850 e € 2.400 ☐ entre € 2.400 e € 2.950 ☐ entre € 2.950 e € 3.600 ☐ entre € 3.600 e € 4.400 ☐ entre € 4.400 e € 5.250 ☐ entre € 5.250 e € 6.450 ☐ 6.450 € ou mais ☐ não sabe/não responde	
Obrigado pela sua participação! P1 Data em que realizou o inquérito (dia, mês, ano) - - P2 Registrar hora em que iniciou o inquérito :00 (código 24h) P3 Hora em que terminou o inquérito :00 P4 Registrar tempo em minutos da entrevista P5 Local: P7 Região: P8 Código Postal: P9 Identificativo amostra: P10 Nº da entrevista: * Sugestão do estudo da validação para o português no contexto da validade convergente do construto HLS-EU-PT sentido de coerência, saúde e utilização de serviços 2-6, hábitos e estilos de vida 7-16, NVS Literacia Funcional 17-23, variáveis sociodemográficas D1 - D16 Questionário Europeu de Literacia para a Saúde - Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EU-PT) © Luis Saboga Nunes, Kristine Sørensen, 2013. www.hls-eu-pt.com Uso e direitos reservados. Citação - ao citar este documento devem ser associadas as seguintes referências: Saboga-Nunes, L., Sørensen, K., Polkan, J., Cunha, M., Rodrigues, E., Paixão, E. (2014) Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). <i>Acta Primária</i>, 2014, 46: 13 Saboga-Nunes, Luis (2014). <i>Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua evolução em Portugal (HLS-EU-PT): in 40 anos de democracia (re) progressos, contradições e perspectivas</i>. Atas do VIII Congresso Português de Sociologia, Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-2-0. Disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/atas.php?area=actas&n=1 Escala validada. Para qualquer utilização queira contactar www.literacia-saude.info Luis A. Saboga Nunes - Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / Secção de Saúde Pública e Comunidade . Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa telm 91 47 47 065 Email saboga@prosalus.com	