



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**
Relatório de Estágio

**Literacia Funcional em Saúde: promoção de hábitos
de alimentação saudáveis**

Vanesa Pedraza Núñez

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**
Relatório de Estágio

**Literacia Funcional em Saúde: promoção de hábitos
de alimentação saudáveis**

Vanesa Pedraza Núñez



Orientador: Andreia Cátia Jorge Silva da Costa



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

À professora doutora Andreia Costa, pela sua competência como orientadora,
disponibilidade, paciência e motivação constantes.

Ao Enfermeiro António Patronilho pela disponibilidade no desenvolvimento deste
projeto.

À Enfermeira Fátima Medina pelo apoio incondicional em este longo percurso.

À minha família e amigos pela motivação e apoio constante.

Ao Fonseca pelo seu amor, apoio e compreensão em todos os momentos, sem ti
não teria sido possível!

À minha princesa, quem me deu sempre forças para não desistir.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS – Direção-Geral de Saúde
- DNT – Doença não transmissível
- DSS - Determinantes Sociais da Saúde
- EIPAS - Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável
- EPS - Educação para a saúde
- ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- IAN-AF - Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
- ILS-PT- Inquérito à Literacia em Saúde em Portugal
- INE- Instituto Nacional de Estatística
- NVS – *Newest Vital Sign*
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UNESCO - *United Nations Educational Scientific and Cultural Organization*
- WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: Hábitos alimentares inadequados estão na origem de algumas das patologias mais prevalentes em Portugal, tornando-os um dos principais determinantes de saúde responsáveis pelo total de anos de vida saudáveis perdidos (DGS, 2017a). Deste modo, para a promoção de estilos de vida saudáveis é necessária a participação dos utentes no próprio processo. Assim, as competências de literacia em saúde têm um papel fundamental para conseguir mudanças de comportamento. (Parnell, 2015). Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido numa unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) em Lisboa, tendo por objetivo contribuir para a promoção de hábitos de alimentação saudáveis.

Metodologia: Foi realizada uma *Scoping Review* com os objetivos de mapear a evidência existente referente à temática da literacia funcional em saúde, e de compreender de que forma os níveis de literacia podem influenciar a escolha de hábitos de alimentação saudáveis, respetivamente. Para este efeito, foi adotada a Metodologia do Planeamento em Saúde, utilizando como referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender. De forma a elaborar o Diagnóstico de Situação foi aplicado o questionário *Newest Vital Sign* (NVS), que foi validado e adaptado à população portuguesa. No que respeita a análise estatística dos dados, recorreu-se ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*®). Após a priorização dos problemas identificados, definidos os objetivos e selecionadas as estratégias a aplicar, foram realizadas sessões de educação para a saúde (EPS) na comunidade.

Resultados: O Diagnóstico de Situação revelou que 97,2 % dos indivíduos não realizam um consumo adequado de frutas e vegetais. Adicionalmente, revelou que 43,2% dos indivíduos apresentam uma alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada. Em suma, através da avaliação das sessões de educação para a saúde, foi constatado que todas as metas propostas foram cumpridas. Deste modo, os objetivos específicos deste estudo foram também atingidos.

Conclusões: A realização deste projeto teve como objetivo contribuir para a promoção de hábitos de alimentação saudáveis junto dos utentes da UCSP, através da realização de sessões de educação para a saúde, adaptadas ao nível de literacia funcional em saúde da comunidade. O projeto, aqui apresentado, contribuiu também para o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Comunitária.

Palavras Chaves: Hábitos de alimentação saudáveis, Literacia funcional em saúde, Promoção da Saúde, Enfermagem de Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Introduction: Some of the most prevailing pathologies in Portugal are derived from bad eating habits, being one of the primary health determinants that are accountable for the totality of healthy years lost. (DGS,2017a). To promote healthy lifestyles, it is necessary to involve the patients during their own process. Therefore, health literacy competencies play a major role at achieving this behavioural change. (Parnell, 2015). The community intervention took place in a personalized health care unit (UCSP) in Lisbon, aiming to promote healthy eating habits.

Methodology: A scoping review was applied with two main objectives. First, to map the existing literature in health literacy and secondly to determine health literacy's influence to choose healthy eating habits. Furthermore, having the Health Promotion Model, proposed by Nola J. Pender, as a theoretical background, a Health Planning Methodology was applied. Moreover, to create the Situation Diagnostic, the Newest Vital Sign questionnaire (adapted and validated for the portuguese population) was applied. Additionally, the statistical analysis and testing was accomplished using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences®) technology. After prioritizing the identified problems, defining objectives and selecting the strategy, community health education sessions were held.

Results: The Situation Diagnosis showed that 97.2% of the individuals does not make adequate consumption of fruits and vegetables and that 43.2% of the individuals has a high probability of functional health literacy in limited health. From the evaluation of the health education sessions, we verified that the established evaluation indicators were met. Hence, the specific goals were also accomplished.

Conclusions: This project contributes to the promotion of healthy eating habits of the patients of the UCSP. This was accomplished through health education sessions based on the community functional health literacy. Moreover, it contributes to the development of a Nurse specialist in community health competences.

Key words: Healthy eating habits, Health literacy, Health promotion, Community, Health nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. LITERACIA EM SAÚDE E PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEIS.....	13
1.1 Literacia em saúde segundo o modelo de Nutbeam.....	14
1.2. Determinantes da Saúde	17
1.2.1. Hábitos de alimentação saudável	18
2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	23
2.1 Protocolo da Scoping Review.....	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO PARA A PRÁTICA DA ENFERMEGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA	25
4. METODOLOGIA DO PROJETO	29
4.1 Diagnóstico de Situação.....	29
4.1.1. Contexto do local de intervenção comunitária	29
4.1.2. População Alvo e Amostra.....	30
4.1.3. Princípios e Procedimentos Éticos.....	30
4.1.4. Instrumento de Recolha de Dados.....	32
4.1.5 Tratamento e Apresentação dos Dados.....	33
4.2 Identificação e priorização dos problemas.....	37
4.2.1. Diagnóstico de Enfermagem, segundo a taxonomia CIPE.....	38
4.3 Fixação de Objetivos.....	39
4.4 Seleção de Estratégias.....	41
4.5 Preparação Operacional.....	42
4.6 Avaliação.....	44
5. CONCLUSÃO	47
5.1 Reflexão sobre o projeto de intervenção comunitária, limitações e sugestões	47
5.2 Desenvolvimento de Competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária.....	49
5.3 Descritores de Dublin.....	53
5.4 Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	54
5.5 Considerações Finais.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXO I – QUESTIONARIO	
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO QUESTIONARIO NVS-PT	
ANEXO III – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA UNIDADE	
ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ETICA DA ARSLVT	
APÊNDICE I – PROTOCOLO SCOPING REVIEW	
APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO	
APÊNDICE III – OBJETIVOS DO ESTÁGIO	
APÊNDICE IV- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
APÊNDICE V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO A DIRETORA EXECUTIVA DO ACES LOURES ODIVELAS.....	
APÊNDICE VI - TABELAS DA ANÁLISE DOS DADOS	
APÊNDICE VII - PLANOS DE SESSÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS.....	
APÊNDICE VIII- PLANOS DAS ATIVIDADES	
APÊNDICE IX - DIAPOSITIVOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE...	
APÊNDICE X - FOLHETOS ELABORADOS PARA ASS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	
APÊNDICE XI - QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS.....	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Literacia em Saúde, adaptado de Nutbeam (2000).....	15
Figura 2: Determinantes da Saúde (Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991).....	17
Figura 3: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.	27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1: Distribuição da amostra por faixas etárias.....	33
Tabela n.º 2: Caracterização da amostra quanto ao sexo, estado civil, faixa etária e habilitações literárias (%)	33
Tabela n.º 3: Consumo de frutas e/ou vegetais por dia na amostra.....	34
Tabela n.º 4: Distribuição da amostra pelos níveis de literacia funcional em saúde, análise face ao consumo de frutas e vegetais.....	36
Tabela n.º 5: Priorização dos problemas identificados	38
Tabela n.º 6: Sessão de educação sobre alimentação saudável – Indicadores de avaliação, resultados e metas.	45
Tabela n.º 7: Sessão de educação sobre o rotulo nutricional – Indicadores de avaliação, resultados e metas	46

INTRODUÇÃO

No âmbito do 10.º Curso de Mestrado de Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, foi-nos proposto pela professora regente da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, a realização de um projeto de intervenção comunitária, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde.

O projeto de intervenção comunitária intitulado “Literacia funcional em saúde: promoção de hábitos de alimentação saudáveis” foi desenvolvido no estágio realizado em uma UCSP da zona da Grande Lisboa.

As doenças não transmissíveis constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, estando associadas aos estilos de vida dos indivíduos. O consumo de tabaco, os erros alimentares ou a obesidade estão identificados como os principais fatores de risco para o desenvolvimento daquelas doenças (DGS, 2003).

A literacia em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) “*the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*” (WHO, 1998, p.10). A literacia em saúde permite que as pessoas adquiram um maior controle sobre a sua saúde e capacita os indivíduos a procurar informação e a tomar decisões fundamentadas na área da saúde (WHO, 1998).

O objetivo geral desta intervenção comunitária foi o de promover hábitos de alimentação saudáveis através de estratégias adaptadas ao nível de literacia funcional em saúde da população frequentadora da UCSP.

Os objetivos do relatório de estágio são: descrever o percurso realizado durante o período de estágio, analisar as atividades realizadas nas diferentes fases do planeamento em saúde e refletir sobre as competências de Enfermeiro Especialista desenvolvidas na área da Enfermagem Comunitária.

O presente relatório está dividido em cinco capítulos: o primeiro expõe, por um lado, a importância dos hábitos de alimentação saudável como tema central do projeto e, por outro, a literacia funcional em saúde e como esta pode contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis. O segundo capítulo explicita os resultados obtidos com a realização da revisão sistemática da literatura, elaborada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, relativamente as escolhas de hábitos de alimentação saudáveis e como as mesmas podem estar relacionadas com o nível de literacia funcional em saúde dos indivíduos. O terceiro capítulo demonstra como o referencial teórico de Enfermagem escolhido fundamenta esta

intervenção comunitária. O quarto capítulo aborda a aplicação da metodologia do planejamento em saúde, dividindo-se em subcapítulos correspondentes às suas diferentes fases. Por último, são apresentadas as conclusões onde é feita uma análise reflexiva sobre o trabalho desenvolvido e sobre as limitações encontradas no desenvolvimento do projeto, incluindo uma reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Comunitária e sobre as competências relativas à aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, sendo essencial demonstrar qual o papel do enfermeiro especialista na comunidade bem como as considerações finais.

O relatório foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição, e de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. LITERACIA EM SAÚDE E PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEIS

A Conferência de Alma-Ata reafirma a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1978, p.2) A saúde é um direito humano fundamental e para atingir esse estado de bem-estar é necessário desenvolver estratégias de promoção da saúde.

A Carta de Ottawa (1986) define a promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (para.1) Nesta conferência, foi reconhecida a necessidade de implicar diferentes sectores da sociedade na promoção da saúde, sendo essencial o papel dos Governos na definição de políticas que promovam a saúde (OMS, 1986).

Em 1997, a conferência de Jacarta esclarece como as estratégias de promoção de saúde podem modificar as condições sociais, económicas e ambientais, assim como os estilos de vida identificando aspetos importantes como: desenvolver parcerias entre os diferentes setores da sociedade no processo de promoção da saúde, aumentar a capacitação das comunidades e o empowerment dos indivíduos, entre outros (WHO, 1997).

Um das estratégias para o empoderamento dos indivíduos é a literacia em saúde. A WHO(1998) define a literacia em saúde como “as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde”.

Para Mitic e e Rootman (2012) são elementos essenciais para a literacia em saúde:

- O desenvolvimento de políticas promotoras da literacia;
- O setor da saúde;
- O setor da educação - as escolas são espaços privilegiados para a promoção da literacia em saúde;
- Os locais de trabalho;
- As organizações comunitárias, como centros de acolhimento a imigrantes.

1.1. Literacia em saúde segundo o modelo de Nutbeam

Segundo Nutbeam (2009) a literacia é definida como o conjunto de habilidades em leitura e escrita, sendo essencial para uma participação plena na sociedade. Assim sendo, o nível de literacia de uma população é determinante para o desenvolvimento económico e social da comunidade.

A literacia em saúde pode ser definida como as competências de literacia e as capacidades para compreender e utilizar a informação de forma a melhorar a sua saúde e se envolver nos cuidados de saúde mediante a tomada de decisão (Nutbeam, 1998, 2000).

O conceito de literacia em saúde pode ser abordado mediante duas perspetivas: por um lado como um fator de risco em contexto clínico, pois a literacia em saúde pode provocar problemas de saúde, impedindo os utentes de cumprirem os conselhos dos profissionais de saúde, por outro lado pode ser entendida como uma mais valia, já que os utentes adquirem mais controlo e autonomia em relação a sua saúde. (Nutbeam, 2008).

A literacia em saúde de um indivíduo é influenciada pela idade, pela etapa do ciclo de vida e pelo contexto. O aumento do nível de literacia em saúde, implica o desenvolvimento de ações de educação e a modificação do ambiente de forma a ser mais acessível a pessoas com baixos níveis de literacia em saúde.

Nutbeam 2000, define três níveis de literacia em saúde:

- Literacia funcional em saúde: são as competências básicas necessárias para os indivíduos obterem as informações relevantes sobre saúde (riscos, uso do sistema de saúde) e aplicar esse conhecimento para uma variedade limitada de atividades prescritas.
- Literacia interativa em saúde: refere-se às competências mais avançadas que permitem extrair informações e significado de diferentes canais de comunicação. Estas permitem aos indivíduos interagir com os profissionais de saúde de forma mais confiante.
- Literacia crítica em saúde: são as competências mais avançadas que permitem aos indivíduos analisar as informações e extrapolar as mesmas em diferentes situações, garantindo mais controlo sobre diversas situações de vida.

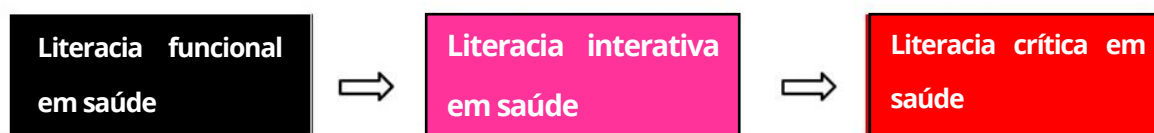


Figura 1: Modelo de Literacia em Saúde, adaptado de Nutbeam (2000)

Este modelo progressivo de literacia em saúde, permite que os utentes adquiram de forma gradual melhor capacitação pessoal e mais autonomia na tomada de decisões relacionadas com sua saúde. A progressão pelos diferentes níveis estará condicionada não só pelas capacidades cognitivas, mas também pela autoeficácia e pela exposição às diferentes fontes de informação.

A literacia em saúde traz benefícios tanto a nível individual como na comunidade, por um lado, capacita os indivíduos para a realização de mudanças no estilo de vida e assim obterem, ganhos em saúde e, por outro lado, uma população com melhores níveis de literacia em saúde possibilita o desenvolvimento do capital social. (Nutbeam, 2000)

Na verdade, utentes com baixos níveis de literacia em saúde são menos sensíveis à educação em saúde, com menos capacidades para gerir as doenças crónicas ou aderir a programas de rastreio (Williams, Baker, Parker, Nurss, 1998) e baixos níveis de literacia em saúde estão associados a um aumento da procura de assistência de urgência e assistência hospitalar (Howard, Gazmararian, Parker, 2006), com toma incorreta da medicação (Kripalani et al., 2006) ou interpretação inadequada da informação contida nos rótulos nutricionais (Rothman et al., 2006).

Segundo Nutbeam (2015), a educação é uma das estratégias para o desenvolvimento da literacia em saúde. As atividades desenvolvidas para melhorar a literacia funcional em saúde focam-se em melhorar os conhecimentos sobre os fatores de riscos para a saúde e sobre o sistema de saúde. As atividades desenvolvidas a este nível estão mais focadas nos benefícios individuais. As atividades centradas na literacia interativa em saúde pretendem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Ao nível da literacia crítica em saúde, as atividades estão direcionadas para o desenvolvimento de competências promotoras de políticas eficazes.

Desta forma, melhorar os níveis de literacia em saúde da população implica o desenvolvimento de estratégias ligadas a diferentes sectores como saúde e educação, planeadas a diferentes escalas (nacionais e internacionais) e locais, contando com parceiros como a OMS ou a United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (Nutbeam, 2000).

Em Portugal, o inquérito sobre a literacia em saúde (ILS-PT) realizado em 2015 revelou que o 38,1% das pessoas apresentam um nível problemático de literacia em saúde. (Espanha, Ávila & Mendes, 2016). Sendo que no âmbito da promoção da saúde, 51,1% da população apresenta níveis problemáticos ou inadequados.

Através de este inquérito foi possível identificar vários grupos com vulnerabilidade acrescida, devido aos baixos níveis de literacia em saúde, e, portanto, são o foco das estratégias promotoras da literacia em saúde. Destacam-se, nestes grupos, indivíduos com baixa escolaridade, baixos rendimentos ou aqueles que frequentaram no último ano os cuidados de saúde primários mais de seis vezes. (Espanha, Ávila & Mendes, 2016)

A OMS, em 2012, focada no aumento das desigualdades nos sistemas de saúde dos diferentes países, na diminuição dos serviços públicos e no aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis tais como a saúde mental, o cancro ou a obesidade, aprovou um quadro de ação política com o objetivo de proteger e de promover a saúde dos europeus, denominado *Health 2020*. Segundo a OMS (2012), as políticas europeias em matéria de saúde devem centrar-se em melhorar a saúde das populações nas diferentes fases do ciclo vital, na promoção da autonomia dos indivíduos, diminuir as desigualdades em saúde e fortalecer a saúde pública mediante sistemas de saúde centrados no indivíduo.

A capacitação dos cidadãos é essencial para melhorar os resultados em saúde, pois vai, por um lado, travar as doenças não transmissíveis e, por outro, promover a saúde aumentando a esperança de vida. Para a habilitação das populações é necessário desenvolver programas de saúde que ofereçam benefícios reais e comprometidos na preparação dos indivíduos. (WHO, 2012)

Em Portugal, para o desenvolvimento das estratégias 2020 e, como um recuso para a implementação do Plano Nacional de Saúde (PNS), surge o Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2020, com o objetivo de melhorar o nível de literacia em saúde da população residente em Portugal, ao longo do ciclo de vida. (DGS, 2019).

A prática da enfermagem pressupõe a interação com os indivíduos, as famílias ou comunidades. É por isso essencial que os enfermeiros estejam conscientes de como o nível de literacia em saúde dos indivíduos tem repercussões tanto na saúde individual, como na comunidade, devendo, por isso, adaptar as atividades de educação para a saúde de forma a garantir ganhos em saúde na população.

Do mesmo modo, os enfermeiros, como profissionais de saúde, têm um papel fundamental no desenvolvimento da literacia em saúde, visto que são uma fonte de informação fundamental sobre a saúde, pelo que devem garantir o fornecimento de informação clara,

simples e compreensível a todos os indivíduos e dirigida à capacitação dos utentes, para assim melhorar sua saúde (Parnell, 2015). A transmissão desta informação pode ser realizada por diferentes canais como folhetos, cartazes ou formulários de consentimento informado, que deverão estar adaptados ao nível de literacia em saúde dos utentes dos cuidados de saúde. (Parnell, 2015)

1.2. Determinantes da Saúde

A OMS define os determinantes de saúde como um conjunto de fatores pessoais, sociais políticos e ambientais que determinam o estado de saúde dos indivíduos e das populações (OMS, 1998). Segundo Lalonde (1974), os principais determinantes da saúde dividem-se em quatro categorias:

- Os Biológicos;
- O meio ambiente;
- O estilo de vida;
- O sistema de saúde.

Por outro lado, o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) expõe os determinantes de saúde, a relação que existe entre eles é de que forma estes influenciam a saúde. O modelo apresenta os determinantes organizados em diferentes estratos. Na base, encontram-se os indivíduos com as suas características pessoais (género, idade e fatores genéticos), seguidamente encontram-se os estilos de vida – escolhas individuais, influenciadas pelos determinantes sociais. No terceiro patamar encontram-se as redes comunitárias e de apoio, e no seguinte, encontram-se os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho – o desemprego, os serviços de saúde, a educação, o ambiente de trabalho, as condições de habitação. No último nível encontram-se os fatores económicos, culturais e ambientais da sociedade.



Figura 2: Determinantes da Saúde (Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1991)

Os determinantes sociais da saúde (DSS) “são os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Estes permitem explicar as diferenças intergrupais numa sociedade pois provocam as iniquidades da Saúde (Buss & Filho, 2007).

Os DSS têm um grande impacto na saúde das populações pois são os principais responsáveis pelas iniquidades da saúde (WHO, 2005). A OMS (2011) salienta como imperativo por parte dos governos implementarem estratégias intersectoriais para conseguir uma sociedade saudável, produtiva e igualitária.

Em Portugal, o PNS (2012), apresenta intervenções assentes em quatro eixos estratégicos: “Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis” e expõe estratégias intersectoriais que visam atuar sobre os determinantes em saúde conforme as orientações emanadas do *Health 2020* da OMS.

1.2.1. Hábitos de alimentação saudável

Os estilos de vida destacam-se entre os determinantes de saúde pois mediante a modificação dos comportamentos de saúde, conseguimos obter ganhos em saúde.

A OMS (1998) define estilos de vida como uma forma de vida baseada em padrões de comportamento identificáveis, determinados pela interação entre as características individuais, interações sociais e as condições socioeconómicas e ambientais.

Estes comportamentos não são fixos, vão-se modificando ao longo do ciclo de vida, face às diferentes situações sociais que as pessoas enfrentam. Os estilos de vida podem alterar a saúde das pessoas, assim, para conseguir ganhos em saúde devemos adotar estilos de vida saudáveis.

Segundo a OMS, a promoção da saúde pode ser definida como o “processo que capacita a pessoa a tomar o controle e a melhorar a sua saúde”. (1986). Os enfermeiros podem contribuir para este processo, onde os indivíduos precisam desenvolver capacidades e competências que permitam a adaptação às diferentes etapas do seu ciclo vital e aos seus processos de saúde e doença, de forma efetiva (Freire, Landeiro & Martins, 2016).

Assim, os enfermeiros na prática de cuidados devem implementar intervenções dirigidas ao empowerment dos utentes. Estas atividades compreendem, entre outras, a educação para a saúde, a capacitação dos indivíduos através da literacia em saúde (Nutbeam,

Kickbush, 2000) e também mediante a implementação de estratégias que modifiquem as situações sociais que podem influenciar negativamente a escolha dos estilos de vida (OMS, 1998).

Segundo a DGS os estilos de vida são um aspeto importante na promoção da saúde, assim, surge em 2004 o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. As Doenças Não Transmissíveis (DNT), são as principais causas de morte a nível mundial, atingindo mais duramente as populações com baixos rendimentos. Das seis regiões da OMS, a Europa é a mais afetada pelas DNT. Os fatores de risco associados às DNT estão ligados aos estilos de vida como o consumo de tabaco, a inatividade física, o consumo de álcool e dietas pouco saudáveis (WHO, 2013).

Na Europa, em 46 dos 53 países, mais de 50% da população apresenta excesso de peso e mais de 20% sofre de obesidade (WHO, 2014). O excesso de peso (IMC > 25), o consumo excessivo de calorias, as gorduras saturadas, o açúcar, o sal, assim como o baixo consumo de vegetais, frutas são os principais fatores de risco.

O Plano de Ação Global para a prevenção e controle das DNT (WHO, 2013) estabelece as diretrizes para o desenvolvimento de políticas que contribuem para diminuir a prevalência das DNT. As metas propostas pelo plano passam pela redução em 10% do consumo de álcool, pela diminuição em 25% do risco de mortalidade precoce por DNT, pela redução do consumo de sal em 30%, pelo aumento da prática de atividade física, pela redução em 30% do consumo de tabaco em pessoas com mais de 15 anos e pela redução do aumento da diabetes e da obesidade entre outras. Para alcançar estes pressupostos, o plano apresenta diferentes objetivos, entre eles cabe destacar a redução dos fatores de risco através da criação de ambientes promotores da saúde. Assim, a WHO propõe a implementação de diferentes medidas no que respeita aos principais fatores de risco associados à alimentação saudável, destacando-se a implementação de um plano nacional de alimentação saudável, o desenvolvimento de diretrizes focadas na redução do nível de sal nos alimentos processados, no aumento da disponibilidade e facilidade de acesso a frutas e legumes, na promoção de atividades de educação nutricional nas escolas, creches ou centros de saúde, na capacitação dos indivíduos e comunidades para adotar um papel ativo nas atividades de prevenção e controlo das DNT.

Uma dieta saudável pode contribuir para a redução de cerca de 25% da mortalidade prematura por DNT (WHO, 2014), e assim foi desenvolvido o Plano de Ação para as Políticas de Alimentação e Nutrição – “*European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*” (WHO, 2014) focado na redução das DNT relacionadas com a alimentação, obesidade e outras

formas de desnutrição. Uma dieta saudável e variada, acessível a todos os indivíduos, é essencial para melhorar a saúde, garantir o bem-estar das populações e para a promoção do envelhecimento saudável. (WHO, 2014)

Em 2016, 86% do número total de mortes registadas em Portugal foram atribuíveis às DNT (WHO, 2018). “Os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são o principal determinante da perda de anos de vida saudável na população portuguesa” (DGS, 2018, p.3). Segundo o Policy Report GBD 1990-2016, os hábitos alimentares inadequados foram o segundo fator de risco para a mortalidade precoce em 2016 (DGS, 2018b).

A DGS em 2012, tendo por base as orientações propostas pela OMS, elaborou o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), um dos nove programas de saúde prioritários da DGS (Despacho n.º 404/2012), o qual estabelece as linhas gerais de ação que devem ser consideradas em qualquer estratégia na área da alimentação e da nutrição que seja implementada a nível nacional ou local. O PNPAS tem como finalidade “melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias” (DGS, 2018, p.3).

Um bom estado nutricional da população permite prevenir e controlar as DNT e consequentemente possibilita o desenvolvimento económico do país (DGS, 2018).

O PNPAS, de acordo com as diretivas da OMS, propõe diferentes estratégias promotoras de uma alimentação saudável, como a qualificação dos profissionais de saúde, a modificação da oferta de determinados alimentos em estabelecimentos de ensino ou saúde, a monitorização e a promoção de hábitos de alimentação saudável ou a promoção da literacia alimentar e nutricional e a capacitação dos cidadãos de diferentes condições socioeconómicas, especialmente dos grupos mais vulneráveis, para as escolhas e práticas alimentares saudáveis mediante diferentes estratégias como o blog de alimentação e o site do PNPAS (DGS,2018).

A Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) baseada numa abordagem multisectorial, engloba todos os ministérios assim como diferentes parceiros para o desenvolvimento de estratégias de várias áreas para melhorar o estado nutricional dos indivíduos e, portanto, prevenir e controlar as DNT. Esta estratégia apresenta quatro focos de interesse: modificar o ambiente onde as pessoas escolhem e compram alimentos; melhorar a acessibilidade e a qualidade da informação disponível para o consumidor; promover a literacia em saúde para a realização de escolhas saudáveis e

promover a inovação na área da promoção da alimentação saudável. A EIPAS assenta no PNS, mais concretamente no eixo estratégico das políticas saudáveis, segundo o qual todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde.

O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (OE, 1996, artigo 8º). Os padrões de qualidade dos enfermeiros estabelecem como foco de atenção dos cuidados de enfermagem “a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2002, p. 11), contribuindo para alcançar o máximo potencial de saúde.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, estabelece uma relação muito próxima com as comunidades, conhecendo assim as necessidades da população, o que facilita o desenvolvimento de programas de intervenção destinados à capacitação das comunidades (OE, 2015). Assim, o enfermeiro especialista lidera os processos com vista à capacitação de grupos ou comunidades, aproveita todas as oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, fornece informação à comunidade para o desenvolvimento de novas aprendizagens e de novas capacidades (OE, 2015).

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão da literatura constitui um método que sustenta uma prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica.

Existem várias modalidades de revisão da literatura, e para este projeto foi realizada uma *scoping review*, que permite mapear a evidência disponível em relação a uma determinada temática, identificar lacunas de conhecimento ou esclarecer conceitos (*Joanna Briggs Institute, 2015*).

Para a elaboração de uma *scoping review*, as orientações descrevem que deve ser realizado um protocolo de revisão de *scoping*, que precede a extração de dados. O protocolo define os objetivos, a metodologia, assim como os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos estudos e de como será realizada a extração dos dados (*Joanna Briggs Institute, 2015*).

2.1. Protocolo da *Scoping Review*

A *scoping review* desenvolvida de forma a fundamentar este trabalho, foi intitulada de “Literacia em saúde e escolhas de hábitos de alimentação saudáveis”. Teve como objetivo mapear a literatura existente para compreender se as escolhas de hábitos de alimentação saudáveis estão relacionadas ao nível de literacia em saúde dos indivíduos. Assim, tendo em conta o objetivo, a questão formulada para a revisão foi: *De que forma o nível de literacia em saúde influencia a escolha de hábitos de alimentação saudável?*

Os termos de pesquisa utilizados nas bases de dados foram:

- Literacia em saúde: *health literacy, health education, health knowledge*.
- Hábitos de vida saudáveis: *health behavior*;
- Alimentação: *food choices, food habits, food preferences*.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão/exclusão: estudos que incluíssem adultos com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos, e excluídos os participantes que apresentassem patologias crónicas associadas.

- ✓ Conceito: serão apreciados os estudos que abordem a temática da literacia em saúde e as suas implicações nas escolhas de hábitos de alimentação saudável.
- ✓ Contexto: Esta revisão considerará estudos conduzidos em qualquer *setting*;

As estratégias de pesquisa, assim como a ferramenta para a extração de dados encontram-se em apêndice (Apêndice I).

Uma das primeiras conclusões a retirar após a realização desta revisão sistemática da literatura é o número reduzido de estudos que abordam diretamente a literacia em saúde como fator determinante na escolha de alimentos saudáveis. Por outro lado, foram analisados vários artigos que abordam os diferentes fatores que influenciam as escolhas de alimentos saudáveis.

Assim, Menozzi, Sogari e Mora (2015) demonstram como o consumo de vegetais em jovens adultos é determinado pelas características sociodemográficas, as atitudes face a uma alimentação saudável e a autoeficácia. Por outro lado, Munt, Partridge & Allman-Farinelli (2017), referem que existem vários fatores que facilitam as escolhas de alimentos saudáveis como a procura auto benefício de saúde, o controlo de peso ou a aceitação social. Já como barreiras, identificam a falta de conhecimentos sobre alimentação saudável, a falta de capacidade de planeamento, a ausência de motivação, o baixo custo de alimentos pouco saudáveis, ou os hábitos de alimentação dos familiares e amigos.

A rotulagem dos alimentos é outro aspeto referido em vários estudos. Machín, Aschemann-Witzel & Curutchet (2017) e Verhoeven, Watson & Wit S (2017) partindo de contextos diferentes, demonstraram que a presença dos rótulos nutricionais, contribui para realizar melhores escolhas de alimentos, salientando que esta rotulagem deve ser associada a estratégias educativas de alimentação saudável.

As diferentes fases do ciclo da vida, implicam realizar ajustes nos hábitos de alimentação. Brownie (2013) descreve como o envelhecimento está associado a um menor consumo de alimentos, e como os idosos referem sentirem-se confusos em relação à dieta, sendo que as atividades educativas se revelam como uma estratégia promotora a desenvolver nesta faixa etária.

Uma estratégia extensamente mencionada nos artigos, são as atividades de educação nutricional. Pem, Bhagwant & Jeewon (2016) demonstraram como os participantes de um programa de educação dirigido a adultos alteraram os seus hábitos alimentares mediante a aquisição de conhecimentos, melhorando, assim, as atitudes face à alimentação saudável. Também Uemura, Yamada & Okamoto (2018) demonstraram como um programa de educação ativa melhorou o nível de literacia em saúde dos participantes. Através deste tipo de programas os indivíduos tornaram -se mais confiantes em relação às suas capacidades para aceder, compreender e avaliar as informações de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITARIA

Os cuidados de enfermagem de qualidade assentam em modelos e teorias de enfermagem que garantem uma base científica e filosófica do exercício profissional (Huitzi-Egilegor, Elorza-Puyadena, & Urkia-Etxabe, 2014). Assim, a prática de enfermagem está norteada pelos fundamentos teóricos do modelo adotado, aceitando que a realidade do utente e do profissional são dependentes do modelo utilizado (Durán de Villalobos, 2009).

3.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A promoção da saúde e de hábitos de alimentação saudáveis podem ser potenciados recorrendo a diferentes modelos de teóricas de enfermagem, entre eles o modelo de promoção da saúde de Nola Pender.

Segundo Nola Pender (2015), os indivíduos apresentam capacidades e habilidades para realizar mudanças de comportamento em saúde, sendo o enfermeiro um elemento promotor na alteração de comportamentos, fomentando o desenvolvimento das capacidades que facilitaram as mudanças e a manutenção dos comportamentos saudáveis. O modelo de Promoção da Saúde apresenta os diferentes aspetos que influenciam a pessoa no seu percurso de procura de saúde. Esclarece como o comportamento das pessoas é influenciado pelo desejo de alcançar o bem-estar, demonstrando como as diferentes características da pessoa interagem com o contexto enquanto se tenta atingir o estado de saúde pretendido (Pender, Murdaught & Parsons, 2015). Segundo este modelo, o utente tem um papel ativo e central na alteração dos seus comportamentos (Pender et al., 2015).

Na verdade, as características e experiências individuais, os conhecimentos e os sentimentos específicos podem afetar o desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde (Hoyos, Borjas & Ramos, 2011). Cada pessoa tem uma história de vida, experiências anteriores que podem afetar os comportamentos em situações futuras similares, tal como descreve a teoria social cognitiva de Bandura (1986). As associações ligadas a eventos do passado estão condicionadas pela perceção daqueles, em termos de benefícios recebidos a curto prazo ou pelas dificuldades encontradas para o desenvolvimento de um determinado comportamento. Estes comportamentos estão igualmente associados a diferentes emoções, que irão, do mesmo modo, incidir nos comportamentos futuros. Aqui, mais uma vez, o enfermeiro tem um papel importante, devendo fomentar as emoções positivas e motivar a

mudança de comportamentos de forma a ultrapassar as barreiras para atingir o comportamento desejado. As características pessoais incluem fatores biológicos, como a idade, fatores psicológicos, a autoestima ou automotivação e fatores socioculturais como a etnia ou o status socioeconómico.

Existem 6 variáveis a considerar quando se consideram as repercussões sobre a motivação. Estas podem ser modificadas através de intervenções e serão estas que determinarão se houve efetivamente mudança de comportamentos. Estas variáveis são:

- **Benefícios percebidos do comportamento:** são os resultados positivos esperados com o desenvolvimento da nova conduta; como o aumento de energia ou recompensa monetária;
- **Barreiras percebidas para ação:** são as dificuldades percebidas na mudança de comportamentos; como ter de deixar de consumir alimentos ricos em gorduras;
- **Autoeficácia:** é um dos conceitos fundamentais no modelo, fundamenta que a autoperceção sobre a nossa capacidade para realizar um comportamento saudável influencia as barreiras percebidas, isto é, quanto mais confiança temos nas nossas capacidades, menores serão as barreiras à realização de uma mudança de comportamento;
- **Sentimentos em relação ao comportamento:** sentimentos positivos ou negativos relativamente a uma conduta determinarão se a pessoa voltará a repetir a conduta e se a mesma se manterá a longo prazo;
- **Influências interpessoais:** as atitudes da família, dos cônjuges, dos profissionais de saúde perante um determinado comportamento;
- **Influências situacionais:** o contexto onde se desenvolvem as situações pode ser facilitador da adoção de comportamentos saudáveis. Contextos onde os indivíduos se sentem seguros e tranquilos influenciam positivamente a adesão a comportamentos saudáveis.

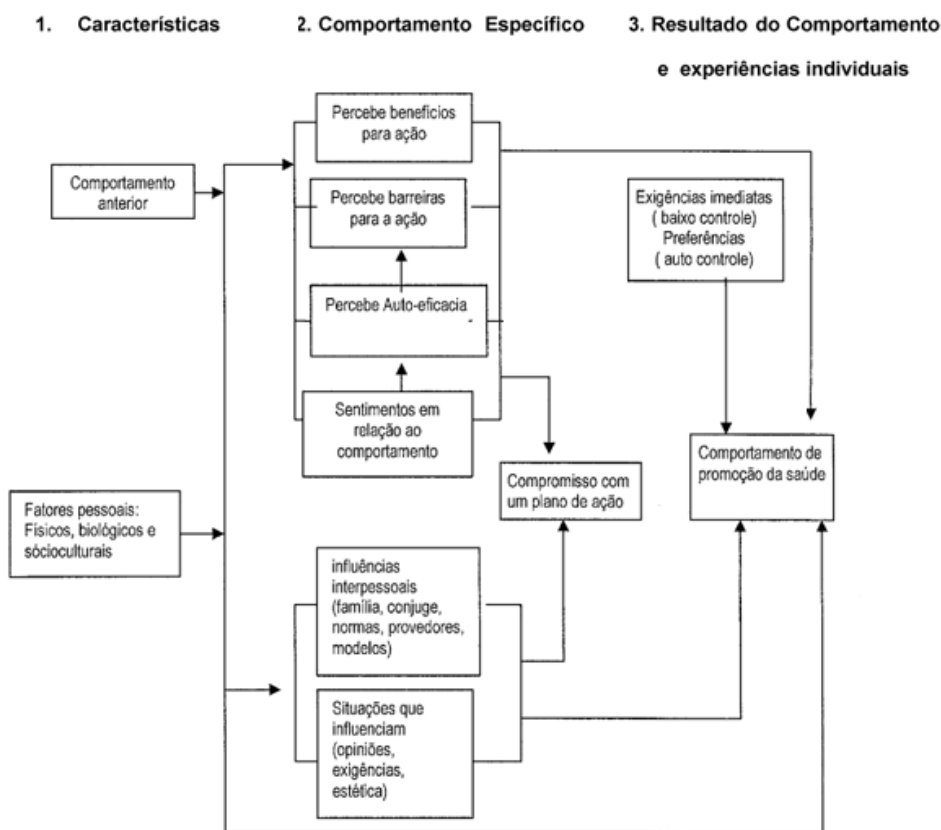


Figura 3: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde.

Adaptado de *Health Promotion in Nursing Practice* (2015)

A associação destes aspetos determinará o compromisso com o plano de ação concebido para a modificação ou adoção de condutas promotoras da saúde. Por sua vez, o plano ação pode ser influenciado pelas exigências imediatas, comportamentos alternativos, sobre os quais o indivíduo tem pouco controlo, como o trabalho ou a responsabilidade de cuidar um familiar. As preferências pessoais são comportamentos alternativos onde a pessoa tem um alto controlo (Hoyos, Borjas & Ramos, 2011).

A avaliação dos hábitos alimentares é fundamental para uma avaliação completa dos indivíduos, famílias e grupos específicos. Como parte desta avaliação é importante compreender a influência da cultura nos hábitos de alimentação para assim planear intervenções que facilitem as mudanças de comportamentos (Pender, 2015).

Os fatores sociológicos, económicos e culturais desempenham um papel importante na determinação dos comportamentos alimentares. As pessoas, quando inseridas num determinado contexto social e cultural, adequam os seus comportamentos alimentares ao contexto em que vivem (Pender, 2015).

As minorias étnicas, são grupos mais vulneráveis que estão mais expostos a fatores

stressantes de índole psicológica, como a discriminação, podendo utilizar a alimentação como uma forma de libertar o stress, consumindo, assim alimentos pouco saudáveis (Pender, 2015). Por outro lado, a etnia e a cultura, encontram-se fortemente ligadas aos hábitos de alimentação podendo existir alimentos que culturalmente são considerados como tendo uma função protetora, ou existir uma forte ligação entre um alimento e a etnia de procedência (Pender, 2015). Desta forma, para promover hábitos de alimentação saudáveis, é importante ter em consideração as crenças culturais relacionadas com a alimentação, reconhecendo as práticas de consumo de alimentos que têm uma identidade cultural, reforçando o consumo de alimentos étnicos que sejam positivos para a saúde.

Devemos ter igualmente em consideração, as diferentes barreiras que podem dificultar a modificação de hábitos alimentares, como as barreiras linguísticas ou o contexto onde o utente está inserido. Na verdade, para fazer escolhas adequadas de alimentos é necessário garantir a facilidade de acesso, garantindo que os alimentos estejam disponíveis e acessíveis (Sharkey, 2009).

O ritmo de vida atual torna mais difícil manter, de forma consistente, os hábitos de alimentação saudáveis. O custo dos alimentos é um dos fatores que mais dificulta a adoção de hábitos saudáveis, quando falamos de famílias que vivem em situações de precariedade económica. Devemos fornecer, por exemplo, informações sobre as alternativas que existem ao menor custo ou informar da vantagem de consumir alimentos da época, pelas características nutricionais dos alimentos e o preço associado, ou utilizar legumes e frutas congeladas.

A questão dos hábitos de alimentação saudáveis tem uma componente individual, pois cada pessoa é responsável pelos próprios hábitos alimentares. No entanto, é também necessária uma abordagem ao nível da comunidade, criando um contexto facilitador para a adoção de hábitos saudáveis, assim como o desenvolvimento de intervenções focadas nas comunidades com vulnerabilidades acrescidas (Pender, 2015).

A promoção da saúde na comunidade pode ser realizada através de diferentes atividades como a educação para a saúde. Ao trabalhar com a comunidade é necessário ter em consideração que os profissionais trabalham para capacitar a comunidade, desenvolvendo estratégias que visem aumentar a consciencialização e o consenso em relação aos problemas de saúde, estabelecendo parcerias que permitem mudanças ambientais e a participação dos cidadãos em todo o processo.

A successful community project requires that participants not only have ongoing knowledge of the community but also view the community as a true partner. Community programs are dynamic processes as defined through an ongoing negotiation process among all members. A community partnership, based on honesty and respect, requires time, people, and resources. (Pender, 2015, p 288).

Os profissionais de saúde fazem parte da envolvente interpessoal. Como tal, devemos desenvolver intervenções de educação para a saúde junto dos indivíduos, famílias e comunidades em todas as fases do seu ciclo de vida.

4. METODOLOGIA DO PROJETO

Este projeto será desenvolvido cumprindo as fases preconizadas para o planeamento em saúde. Imperatori & Giraldes (1993) definem o planeamento em saúde como a racionalização de recursos para atingir os objetivos fixados, com a finalidade de reduzir os problemas de saúde definidos como prioritários mediante a colaboração dos vários sectores socio-económicos. De acordo com Tavares (1990, p.37), “o planeamento em saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção das doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações”.

4.1. Diagnóstico de Situação

A primeira etapa do planeamento em saúde permite determinar os problemas de saúde presentes numa comunidade, para tal, o diagnóstico deve apresentar uma descrição da situação, preferencialmente quantitativa, explorar os fatores que a determinam, analisar a sua evolução e prognóstico, avaliar a situação e se esta é satisfatória.(Imperatori & Giraldes, 1993).

4.1.1. Contexto do local de intervenção comunitária

Segundo o INE (2012) no concelho de Loures residem 36.155 pessoas sem instrução e 109.532 com o ensino básico concluído. O grau de instrução mais elevado da maioria (53,4%) da população residente no concelho de Loures é precisamente o ensino básico.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas constituem uma das principais causas de morte em Portugal (INE, 2015). No concelho de Loures, as mortes devido a estas doenças aumentaram significativamente (3,5% em 2003 e 5,5% em 2013) (Perfil de Saúde do Concelho de Loures, 2018).

A população com grau de instrução mais elevado, refere ter mais cuidados em relação à alimentação. Assim, 51% dos que finalizaram o ensino superior declaram ter sempre cuidados em termos alimentares e apenas 16,5% afirmam nunca ou raramente ter cuidados particulares com a alimentação. Para os restantes graus de ensino os valores situam-se entre

os 31,6% (secundário) e os 36,4% (básico) (Perfil de Saúde do Concelho de Loures, 2018).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) o concelho de Loures apresenta das taxas de população migrantes mais altas do país, com 16.658 migrantes, que representam um 8,1% do total da população. A UCSP encontra-se na zona de influência de Sacavém, e nesta são recebidos utentes oriundos das freguesias da Apelação e Unhos, Camarate, Moscavide e Portela, Sacavém e Prior Velho. Em todas estas freguesias, encontramos um grande número de imigrantes, 85% oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), 4,78% oriundos do Brasil, e 5,22% oriundos do leste da europa (Camara Municipal de Loures,2010). A USCP presta cuidados de saúde a 5.700 utentes inscritos com número de utente e utentes esporádicos, sem número de utente, não possíveis de contabilizar de forma correta.

4.1.2. População Alvo e Amostra

Este projeto tem como população alvo os utentes frequentadores de uma UCSP na Grande Lisboa, indivíduos com 18 anos ou mais, com capacidade de compreensão da língua portuguesa.

Fortin (2009), define amostra como uma porção da população alvo, que participará no projeto, devendo ser representativa da população alvo. Para este projeto a amostra foi obtida por conveniência, sendo incluídas as pessoas que se dirigiram à UCSP entre 17 e o 31 de outubro de 2019, que após serem esclarecidos em relação ao projeto, aceitaram participar no mesmo, assinando para isso o consentimento, livre e informado. Os participantes que possuíam aparente dificuldade na compreensão da língua portuguesa, foi potenciado o seu envolvimento através da presença de um acompanhante.

4.1.3. Princípios e procedimentos éticos

Qualquer participação num projeto de intervenção comunitária de utentes e profissionais de saúde, implica garantir o cumprimento dos princípios éticos universais da investigação na prática clínica, durante todo o processo de intervenção. Grande (2000) manifesta que todo projeto de investigação em enfermagem deve respeitar os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Sendo a população alvo deste projeto os utentes frequentadores desta UCSP, a escolha da temática a abordar no projeto, teve com prumo orientador o respeito pela dignidade

humana, selecionando uma área de relevância para as pessoas envolvidas, garantindo que o projeto teria repercussões positivas na população, atendendo ao princípio ético de beneficência e ao princípio de não maleficência

Numa primeira fase foi solicitada a autorização para desenvolver o projeto no ACES à Senhora Diretora Executiva, cujo parecer favorável esteve condicionado à resposta positiva da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Apêndice V). Foi ainda obtida a autorização do Enfermeiro Chefe da unidade (Anexo III).

Numa segunda fase, foi solicitada a autorização ao laboratório Pfizer © (proprietário dos direitos de autor das versões original e portuguesa), para uso do questionário *Newest Vital Sign*, e ainda da Professora Doutora Anabela Correia Martins, coautora da tradução, adaptação e validação da versão portuguesa, de forma a salvaguardar os direitos de autor, tendo obtido, em ambos casos, um parecer positivo (Anexo II).

O princípio ético de justiça pressupõe a não discriminação em razão do sexo, religião, raça, idade ou status socioeconómico, sendo que neste projeto os participantes foram aqueles que se deslocaram a unidade nos dias estipulados e aceitaram participar de forma livre e esclarecida. De forma a assegurar o princípio de autonomia e a participação anónima, livre e esclarecida dos utentes da UCSP, foi elaborado e fornecido aos utentes que aceitaram participar no projeto (mediante a sua resposta ao questionário NVS), o formulário do consentimento informado. (Apêndice II).

Os dados recolhidos na análise do questionário, foram apenas utilizados para fins académicos, no projeto em questão, e ficaram guardados num ficheiro protegido com palavra passe, no computador da investigadora, até à data da publicação prevista deste documento agora elaborado. Sendo que os questionários dos participantes foram identificados através da atribuição de um código numérico, foi garantindo assim o anonimato dos participantes. Após a entrega e discussão deste relatório de estágio, o ficheiro em questão será eliminado e os documentos em papel destruídos.

Conforme a declaração de Helsínquia (2013), é dever ético do investigador divulgar os resultados da investigação, incluindo toda a informação relevante assim como as limitações do projeto, aspeto garantido com a elaboração do presente relatório.

Foi ainda solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, a qual, inicialmente emitiu um parecer favorável intermédio, onde foram solicitados esclarecimentos face a alguns pontos do projeto, sendo elaborada uma segunda proposta do projeto, que após

apreciação, na reunião de 7 de junho de 2019, recebeu um parecer favorável definitivo (Anexo IV).

4.1.4. Instrumento de Recolha de Dados

De forma a concretizar a avaliação do nível de literacia funcional em saúde da população em questão, o diagnóstico da situação, e através deste identificar os problemas de saúde da população em questão, foi aplicado entre 17 e o 31 de outubro de 2019, o questionário Newest Vital Sign (NVS-PT) validado para a população portuguesa (Martins & Andrade, 2014).

A versão original foi elaborada em 2005, pelo Dr. Weiss e pela sua equipa de investigadores da Universidade da Carolina do Norte, com a finalidade de criar um instrumento que permitisse avaliar, de forma rápida, o nível de literacia em saúde em contexto dos cuidados de saúde primários. Desde a sua publicação, este questionário foi aplicado em mais de 25 estudos que abrangeram diferentes populações. A adaptação e validação do NVS para a população portuguesa, foi realizada em 2014, pela Professora Doutora Anabela Correia Martins e pela Professora Isabel Maria Andrade.

O questionário NVS- PT é um instrumento relativamente simples, de fácil aplicação, de resposta rápida (tempo de resposta médio de 5 minutos), e adequado ao contexto de cuidados de saúde primários (Martins & Andrade, 2014) e foi selecionado para a realização do diagnóstico de situação, uma vez que está relacionado com a alimentação, a temática central deste projeto.

O questionário pode ser auto preenchido ou preenchido pelo investigador, respondendo a questões relacionadas com a leitura e interpretação do rótulo nutricional de uma embalagem de gelado. O rótulo foi disponibilizado ao utente (para que este o visualizasse), e as questões lidas pela investigadora. Desta forma, as pessoas com maior dificuldade na leitura da informação, foram incluídas no estudo.

O questionário é constituído por seis perguntas relacionadas com o rótulo nutricional, e o número de respostas corretas obtidas irá determinar o nível de literacia funcional em saúde dos indivíduos. Assim, uma resposta correta sugere um nível de literacia inadequado, duas ou três respostas corretas refletem um nível de literacia provavelmente inadequado, e entre quatro e seis indicam um nível de literacia adequado.

4.1.5. Tratamento e apresentação dos dados

Após a aplicação do questionário aos utentes que constituíram a amostra, o tratamento dos dados foi realizado através do programa SPSS versão 25.0.

A amostra era constituída por 37 utentes, sendo que 70,3% eram do sexo feminino e 29,7% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e 75 anos, com uma média de 42,24 anos, com maior prevalência das faixas etárias 25-34 anos e 35- 54 anos (24,3% e 59,5% respetivamente).

Tabela n.º 1: Distribuição da amostra por faixas etárias

Distribuição da amostra por faixas etárias (%)		
Faixa etárias	n	%
18-24 anos	1	2,7
25- 34 anos	9	24,3
35-54 anos	22	59,5
55-64 anos	2	5,4
mais de 65 anos	3	8,1
Total	37	100,0

Relativamente ao estado civil, 40,5% referem ser solteiros, 45,9% casados, 10,8% divorciados e 2,7% viúvos. Quando questionados sobre as habilitações literárias, verificou-se que 54,1% completaram o ensino básico, 10,8% completaram o ensino secundário e 35,1% apresenta algum grau académico de ensino superior.

Tabela n.º 2: Caracterização da amostra quanto ao sexo, estado civil, faixa etária e habilitações literárias (%)

Caraterização da amostra quanto ao sexo, estado civil, faixa etária e habilitações literárias (%)				
		Média	N	% de N da tabela
Idade		42		
Género	Masculino		11	29,7%
	Feminino		26	70,3%
Estado Civil	Casado		17	45,9%
	Divorciado		4	10,8%
	Solteiro		15	40,5%
	Viúvo		1	2,7%
Faixa Etária	18-24 anos		1	2,7%
	25- 34 anos		9	24,3%
	35-54 anos		22	59,5%
	55-64 anos		2	5,4%
	mais de 65 anos		3	8,1%
Habilitações Literárias	E. Básico		20	54,1%
	E. Secundário		4	10,8%
	E. Superior		13	35,1%

No que diz respeito a parentalidade 78,4 % dos inquiridos manifesta ter filhos, dos quais 13,5% encontram-se na faixa etária dos 25-34 anos e 54,1% na faixa dos 35-54 anos. A redução do analfabetismo e as melhores condições de vida, contribuem para o exercício da parentalidade assumindo a mesma como um direito e um dever por parte das famílias e dos progenitores (DGS, 2012), podendo ser este um dos motivos que os levam a deslocarem-se mais frequentemente à UCSP (Apêndice VI- Tabela I)

Para obter informação sobre os hábitos alimentares, os participantes foram questionados sobre seu consumo diário de frutas e vegetais, constatando-se que 5,4% não consome diariamente frutas ou vegetais, 45,9% consome uma porção de fruta ou vegetais, 32,4% duas porções, 8,1% três porções diárias, 5,4% quatro porções e 2,7% consome 5 porções diárias de frutas ou vegetais. O consumo de fruta e vegetais são essenciais numa alimentação equilibrada e a sua ingestão em quantidades adequadas previne o desenvolvimento de certos tipos de cancro e doenças cardiovasculares, igualmente contribui no controlo de doenças crónicas não transmissíveis, como é o caso da diabetes tipo 2 e da obesidade. (DGS, 2016). Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF, 2017) o consumo de frutas e produtos hortícolas é maioritariamente inadequado em crianças e adolescentes (68,9% e 65,9%), aspeto a destacar dado que 78,4% da amostra referem ter filhos.

Tabela n.º 3: Consumo de frutas e/ou vegetais por dia na amostra

Consumo de frutas e/ou vegetais por dia (%)		
	n	%
não consome frutas ou vegetais	2	5,4
consome 1 peça de fruta e/ou vegetais por dia	17	45,9
consome 2 peças de fruta e/ ou vegetais por dia	12	32,4
consome 3 peças de fruta e/ou vegetais por dia	3	8,1
consome 4 peças de frutas e/ou vegetais por dia	2	5,4
consome 5 peças de frutas e/ou vegetais por dia	1	2,7
Total	37	100,0

Para determinar o nível de literacia funcional em saúde na amostra, foi aplicado o NVS-PT, que consta de seis perguntas com resposta aberta, sendo que, o número de respostas corretas determinará o nível de literacia funcional em saúde dos inquiridos. Assim, a primeira pergunta foi respondida corretamente por 32,4% da amostra; 29,7% respondeu corretamente à segunda questão; 21,6% à terceira questão; 16,2% respondeu corretamente à quarta questão; 64,9% à quinta questão e 51,4% à sexta questão que estava relacionada com a anterior (Apêndice VI- Tabela II).

A relação entre as respostas corretas e o grau de literacia funcional em saúde é descrito da seguinte forma pelas autoras do instrumento:

- 0- 1 respostas corretas: sugere alta probabilidade (50% ou mais) de literacia funcional em saúde limitada,
- 2-3 respostas corretas: indica possibilidade de literacia funcional em saúde limitada,
- 4-6 respostas corretas: quase sempre indica literacia funcional em saúde adequada.

Analisado o número de respostas corretas obtidas, observamos que 43,2% da amostra apresenta alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada, o que dificulta o seu normal desempenho nos diferentes contextos de saúde (Nutbeam, 2000); 35,1% dos inquiridos tem probabilidade de apresentar literacia funcional em saúde limitada, e 21,6% da amostra tem probabilidade de possuir literacia funcional em saúde adequada (Apêndice VI- Tabela III).

Quando analisamos o nível de literacia funcional em saúde relacionado com outras variáveis como a idade (Apêndice VI- Tabela IV), verificou-se que a faixa etária mais representada na amostra, ostenta os níveis mais baixos de literacia funcional em saúde, com 10,8% para a faixa etária dos 25-34 anos e 24,3% para as idades compreendidas entre os 35-54 anos. Estes dados confirmam o que a evidência retrata, o uso excessivo dos serviços de saúde atribuível aos baixos índices de literacia em saúde, relacionado com a incapacidade para a gestão da própria saúde (Vandenbosch, Van Den Broucke, Vancorenland et al, 2016).

Já sobre a relação entre a literacia funcional em saúde e o sexo dos participantes, verificou-se que existia diferença entre os sexos, sendo que 18,9% do sexo feminino apresentava índices de literacia funcional em saúde adequados face a apenas 2,7% do sexo masculino (Apêndice VI- Tabela IV).

Quando se analisa literacia funcional em saúde com o consumo diário de frutas e vegetais, verificou-se que os utentes com alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada, 2,7% não consomem frutas e/ou vegetais diariamente; 24,3% manifestam consumir

uma peça por dia de frutas ou vegetais e 13,5% consomem 2 peças por dia, verificando-se que os utentes com níveis de literacia em saúde adequados estão mais capacitados para realizar escolhas saudáveis relacionadas com os hábitos de alimentação (DGS, 2017).

Tabela n.º 4: Distribuição da amostra pelos níveis de literacia funcional em saúde, análise face ao consumo de frutas e vegetais

Distribuição da amostra pelos níveis de literacia funcional em saúde, análise face ao consumo de frutas e vegetais (%)													
		consumo de frutas e vegetais/dia											
		não consome		1 peça por dia		2 peças por dia		3 peças por dia		4 peças por dia		5 peças por dia	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de Literacia	alta probabilidade de literacia limitada	1	2,7%	9	24,3%	5	13,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%
	possibilidade de literacia limitada	1	2,7%	5	13,5%	3	8,1%	2	5,4%	2	5,4%	0	0,0%
	quase sempre indica literacia adequada	0	0,0%	3	8,1%	4	10,8%	1	2,7%	0	0,0%	0	0,0%

Ao efetuar a análise dos níveis de literacia em saúde funcional relacionados com as habilitações literárias, nesta amostra verificou-se que 35,1% dos utentes com alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada finalizou apenas o ensino básico; 15,2% concretizou o ensino secundário e apenas 2,7% o ensino superior; as pessoas com possibilidade de literacia funcional em saúde limitada concretizaram o ensino básico em 2,7% e o ensino secundário em 8,1%. Os indivíduos com literacia funcional em saúde adequada finalizaram o ensino básico em 5,4%, o ensino secundário em 10,8% e o ensino superior em 18,9%. Verificando-se que à medida que aumenta o nível das habilitações literárias, aumenta o nível de literacia funcional em saúde (Apêndice VI- Tabela V).

Após esta análise, podemos concluir que os indivíduos da amostra, maioritariamente estão numa fase ativa, e reprodutiva do ciclo da vida, com filhos, com uma alta probabilidade de possuir um nível de literacia funcional em saúde inadequado, realizando um consumo de frutas e vegetais insuficiente.

4.2. Identificação e priorização dos problemas

A segunda etapa do planeamento em saúde está direcionada para a priorização dos problemas que foram identificados na fase anterior, determinando assim, os problemas que serão abordados neste projeto em função dos critérios de seleção definidos pela equipa multidisciplinar (Tavares, 1990). Os problemas identificados na amostra foram:

- 97,2 % da amostra não realiza um consumo adequado de frutas e vegetais;
- 43,2% da amostra apresenta uma alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada;
- 43,2% da amostra tem dificuldade para interpretar a informação presente num rótulo nutricional;
- 24,3% das mulheres em idade fértil com filhos, tem alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada. Existe um forte impacto da alimentação e do estado de nutrição nos primeiros anos de vida e a saúde futura do indivíduo (Gluckman P,2007)
- 40,5% da amostra com filhos tem alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada;
- 35,1% dos utentes com habilitações literárias básicas tem alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada.

O processo de priorização foi realizado com base nos critérios definidos pela equipa multidisciplinar da UCSP, sendo a escolha dos mesmos e sua ponderação um passo fundamental na fase de priorização (Tavares, 1990). Os critérios definidos pela equipa multidisciplinar foram:

- **Pertinência:** sendo a temática do projeto a promoção de hábitos de alimentação saudáveis, a equipa optou por privilegiar os problemas relacionados diretamente com objetivo central do projeto.
- **Exequibilidade:** tendo em consideração os problemas detetados, os recursos existentes na unidade, e o prazo para a conclusão do projeto, foram privilegiados aqueles problemas suscetíveis de serem abordados e avaliados dentro dos *timings* do projeto.
- **Recursos disponíveis:** sendo a UCSP uma unidade com poucos recursos humanos e físicos, a equipa decidiu privilegiar os problemas que poderão ser trabalhados na unidade.

Uma vez definidos os critérios para a priorização dos problemas, recorreu-se a técnica de comparação por pares, o que nos permitiu priorizar os problemas dois a dois, comparando cada problema com todos os problemas identificados (Tavares, 1990, p. 97).

Tabela n.º 5: Priorização dos problemas identificados

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES					VALOR FINAL	ORDENAÇÃO FINAL
P1.- 97,2 % da amostra não realiza um consumo adequado de frutas e vegetais	P1	P1	P1	P1	P1	5	1º lugar
	P2	P3	P4	P5	P6		
P2.- 43,2% da amostra apresenta uma alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada;	P2	P2	P2	P2	P2	1	6º lugar
	P1	P3	P4	P5	P6		
P3.- 43,2% da amostra tem dificuldade para interpretar a informação contida em um rotulo nutricional	P3	P3	P3	P3	P3	4	2º lugar
	P1	P2	P4	P5	P6		
P4.- 24,3% das mulheres em idade fértil com filhos, tem alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada	P4	P4	P4	P4	P4	3	3º lugar
	P1	P2	P3	P4	P6		
P5- 40,5% da amostra com uma alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada tem filhos	P5	P5	P5	P5	P5	2	4º lugar
	P1	P2	P3	P4	P6		
P6- 35,1% dos utentes com alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada apresentam habilitações literárias básicas	P6	P6	P6	P6	P6	0	5º lugar
	P1	P2	P3	P4	P5		

Assim, neste projeto, após a priorização dos problemas, foram selecionados os seguintes problemas para a intervenção comunitária:

- P1: Consumo inadequado de frutas e vegetais;
- P3: 43,2% da amostra tem dificuldade para interpretar a informação contida em um rotulo nutricional;
- P4: 24,3% das mulheres em idade fértil com filhos, tem alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada.

4.2.1. Diagnóstico de Enfermagem, segundo a taxonomia CIPE

Para a operacionalização dos problemas detetados foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015).

- Conhecimento sobre o regime dietético comprometido, relacionado com a dificuldade para interpretar a informação contida num rótulo nutricional;
- Comportamento alimentar comprometido, relacionado com déficite de conhecimentos sobre hábitos de alimentação saudáveis;
- Conhecimento sobre regime dietético comprometido, na mulher em idade fértil com alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada, relacionado com déficite de conhecimentos sobre hábitos de alimentação saudáveis.

4.3. Fixação de Objetivos

O objetivo, segundo Imperatori e Giraldes (1993) é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema” (p.79). Os objetivos, segundo Tavares (1990), deverão recolher os critérios que permitirão determinar o grau de sucesso do projeto, devendo ser os mesmos interdependentes e sequenciais.

Assim, o objetivo geral deste projeto foi definido como: promover hábitos de alimentação saudáveis através de estratégias adaptadas ao nível de literacia funcional em saúde da população frequentadora da UCSP.

Os objetivos específicos, foram delineados tendo em conta o objetivo geral formalizado, e tendo em conta o diagnóstico de situação:

1. Promover os conhecimentos dos utentes frequentadores da UCSP, sobre a importância do consumo de frutas e vegetais;
2. Incentivar a adoção de hábitos de alimentação saudáveis dos utentes frequentadores da UCSP;
3. Contribuir para o aumento de conhecimentos, sobre a informação presente num rótulo nutricional, dos utentes frequentadores da UCSP.

Igualmente, para cada objetivo específico foram elaborados os objetivos operacionais, que podem ser definidos como os enunciados de um resultado esperado para as atividades realizadas, e mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990).

Objetivo específico: promover os conhecimentos dos utentes frequentadores da UCSP, sobre a importância do consumo de frutas e vegetais;

Objetivos operacionais:

- Que pelo menos 75% dos utentes convidados para as sessões de educação para a saúde

compareçam;

- Que pelo menos 75% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde identifiquem 3 grupos alimentares presentes numa alimentação saudável;
- Que pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde reconheçam 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais;
- Que pelo menos 75% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde refiram sentirem-se satisfeitos com a mesma.

Objetivo específico: incentivar a adoção de hábitos de alimentação saudáveis na população frequentadora da UCSP;

Objetivos operacionais:

- Que pelo menos 75% das utentes convidados para participar na sessão de educação para a saúde compareçam à mesma;
- Que pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde reconheçam 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais;
- Que pelo menos 75 % dos utentes que compareçam na sessão de educação para a saúde identifiquem 3 razões para consumir sopa;
- Que pelo menos 75% dos utentes que participarem na sessão de educação para a saúde refiram sentir-se satisfeitos com a mesma.

Objetivo específico: contribuir para o aumento de conhecimentos sobre a informação presente num rótulo alimentar dos utentes frequentadores da UCSP;

Objetivos operacionais:

- Que pelo menos 75% dos utentes convidados para participar na sessão de educação para a saúde compareçam;
- Que pelo menos 75% dos utentes identifiquem o descodificador de rótulos como ferramenta para a leitura do rótulo alimentar;
- Que pelo menos 75% dos utentes envolvidos na sessão de educação para a saúde, identifiquem 2 elementos presentes no rótulo alimentar;
- Que pelo menos 75% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde identifiquem os produtos alimentares a evitar segundo o código de cores do descodificador de alimentos;
- Que pelo menos 75% dos utentes que participem na sessão de educação para a saúde refiram sentirem-se satisfeitos com a mesma.

4.4. Seleção de estratégias

Estratégia de saúde é definida por Imperatori e Giraldes (1993, p.87) como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

Tendo em consideração que o objetivo geral deste projeto é a promoção da saúde através da promoção de hábitos de alimentação saudável, e que o mesmo tem como referencial teórico o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a estratégia selecionada a usar neste projeto foi a educação para a saúde.

Segundo a OMS (1998, p.4), a educação para a saúde “*comprises consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health*”.

Rodrigues (2005), refere que a função da educação para a saúde é propiciar as mudanças de estilo de vida de forma voluntária, mediante a aprendizagem de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou recuperar a saúde.

Por outro lado, Pender, Murdaugh e Parsons (2015), referem que a promoção da saúde na comunidade, pode ser realizada através de diferentes atividades como a educação para a saúde. A Educação para a Saúde, permite que o indivíduo ou as comunidades adquiram conhecimentos e competências necessárias para a escolha de estilos de vida saudáveis.

Assim, foram desenvolvidas ações de educação para a saúde dirigidas aos utentes frequentadores da UCSP sobre a importância do consumo de frutas e vegetais como parte de uma dieta equilibrada tendo como ponto de partida a roda dos alimentos; já relativamente à leitura do rótulo nutricional foi abordada esta temática mediante a apresentação e explicação do uso do descodificador de alimentos desenvolvido pela DGS.

4.5. Preparação Operacional

Esta etapa do projeto destina-se a explicar de forma pormenorizada as atividades executadas, dando resposta ao que, quem, quando, onde e como devem ser realizadas, para assim dar resposta aos objetivos operacionais definidos em este projeto, igualmente deve ficar esclarecido a metodologia utilizada para a avaliação das atividades. (Tavares, 1990).

Sendo a estratégia selecionada a educação para a saúde, foram realizadas duas sessões de educação para a saúde em grupo. Os participantes as sessões foram convidados de forma individual após a realização da consulta de enfermagem, podendo assim estabelecer um diálogo com os utentes, explicando as temáticas a serem abordadas nas sessões assim como explorar quais os fatores que poderão influenciar a adesão do utente aos comportamentos a serem promovidos nas sessões, tais como os benefícios esperados, as barreiras percebidas, os sentimentos relativamente aos comportamentos a abordar nas sessões.

A primeira sessão de educação para a saúde “À roda da Roda”, tinha como objetivo promover os conhecimentos dos utentes frequentadores da UCSP sobre a importância do consumo de frutas e vegetais. Assim, introduziu-se a roda dos alimentos para apresentar os diferentes grupos alimentares presentes (segundo a Direção Geral do Consumidor, 2003) numa dieta saudável e apresentando estratégias para a introdução dos mesmos na dieta diária, de forma a incentivar a adoção de hábitos de alimentação saudáveis.

A atividade foi realizada no dia 17 de janeiro na sala de reuniões da UCSP, o grupo era constituído por 10 pessoas sendo que a sessão foi dinamizada pela Enfermeira Mestranda. A sessão, com uma duração de 30 minutos, esteve estruturada em 4 fases, uma primeira fase com uma duração de 5 minutos, onde foi apresentada a enfermeira mestranda, explicada a dinâmica da sessão e a temática a ser trabalhada. Seguidamente, na fase de desenvolvimento, foi apresentada a roda dos alimentos, dando especial ênfase aos benefícios do consumo de frutas e vegetais e por último foi introduzida a estratégia da sopa como forma de promover o consumo de legumes, tendo uma duração de 15 minutos. A fase de conclusão, teve 5 minutos dedicados ao esclarecimento de dúvidas e à distribuição de um folheto sobre a roda dos alimentos e outro sobre os benefícios e sugestões para a elaboração da sopa (Apêndice X). Para finalizar, foi distribuído um questionário para a avaliação da atividade. (Apêndice XI)

Para a realização desta sessão foram utilizados como recursos didáticos a sala de reuniões da unidade, um projetor do ACES, e o computador portátil da formadora. Como

material de apoio foi desenvolvida uma apresentação em PowerPoint (Apêndice IX) e os folhetos sobre a roda dos alimentos e sobre a importância da sopa na dieta, fornecendo dicas para a elaboração da sopa assim como receitas das mesmas.

A segunda sessão de educação para a saúde intitulada “O Rótulo Nutricional”, foi realizada no dia 21 de janeiro, na sala de reuniões da unidade. Esta sessão teve como objetivo geral contribuir para o aumento de conhecimentos sobre a informação presente num rótulo alimentar, dos utentes frequentadores da UCSP. A atividade teve uma duração de 35 minutos, contou com a enfermeira mestranda como formadora e com a participação de 10 pessoas. A sessão esteve dividida em 4 momentos; um primeiro momento introdutivo com 5 minutos de duração onde foi apresentada a formadora pelo Enfermeiro Chefe e exposta a temática a abordar assim como a dinâmica da mesma; um segundo momento, o desenvolvimento, com 20 minutos de duração onde foram apresentados os elementos que compõem um rótulo nutricional, assim como a importância da sua leitura para realizar escolhas de alimentação saudáveis. Foi igualmente apresentado o descodificador de alimentos, como ferramenta útil a usar na leitura e interpretação dos rótulos alimentares, explicada a correta utilização do mesmo, assim como a sua relação com a alimentação saudável; para finalizar esta etapa foram distribuídas diferentes embalagens de alimentos para realizar em grupo a leitura dos rótulos com o descodificador; na conclusão, foram esclarecidas dúvidas durante 5 minutos e distribuído o folheto elaborado sobre o rótulo nutricional (Apêndice X). O momento final foi destinado à avaliação da sessão mediante o preenchimento de um questionário.

Para esta sessão, foram utilizados como recursos: a sala de reuniões da unidade, assim como o projetor, o portátil da formadora, e várias embalagens de alimentos. Como material de apoio foi elaborada uma apresentação em PowerPoint (Apêndice IX) assim como um folheto com o descodificador de alimentos.

O material de apoio foi elaborado com base no nível de literacia funcional em saúde da população, tendo como prumo orientador as diretrizes do Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde (DGS, 2019), assim como do documento *Simply Put* do *Centers for Disease Control and Prevention*; (CDC, 2009).

Os planos de sessão das atividades desenvolvidas são apresentados no apêndice VII assim como os planos das atividades no apêndice VIII.

O cronograma de GANTT (Apêndice IV), permite uma melhor visualização e controlo das atividades programadas.

4.6. Avaliação

A última fase do planeamento em saúde destina-se à avaliação do projeto, segundo Tavares (1990),” a finalidade desta avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo” (p.205). Imperatori e Giraldes (1993), referem que após a avaliação, conseguem-se formular conclusões com vista a intervenções futuras.

Para a avaliação, no planeamento em saúde, são utilizados indicadores que fornecem informação sobre a realidade, sobre as variáveis em estudo e permitem medir os resultados alcançados (Imperatori e Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990), existem diferentes tipos de avaliação, assim podemos realizar uma avaliação segundo a disponibilidade dos dados, o tipo de dados disponíveis, as atividades implementadas, as componentes dos serviços prestados, a validade, na perspetiva da qualidade ou desde uma perspetiva económica.

Para Tavares (1990), é importante que todo projeto inclua uma forma de avaliação:

só uma correta avaliação permitira comparar o estado inicial e final da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, relacionado as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas (p. 214)

A avaliação deste projeto foi realizada mediante aplicação de indicadores construídos a partir dos objetivos operacionais formulados para cada uma das atividades incluídas neste projeto. Foram definidas metas a atingir para cada objetivo operacional, que permitirão de forma clara e simples, precisar se os mesmos foram concretizados e determinar assim a eficácia das atividades executadas.

Para a avaliação das sessões de educação para a saúde foram elaborados dois questionários, com perguntas de escolha múltipla, que permitiu recolher a informação necessária relativamente aos indicadores construídos (Apêndice VII).

Relativamente a primeira atividade “À roda da roda” as metas a atingir em todos os indicadores foram definidas com uma taxa de sucesso de 75%. No que diz respeito ao indicador que avalia a adesão dos utentes da unidade, este foi 100%. Os restantes indicadores elaborados estão relacionados com as respostas dos participantes ao questionário distribuído no fim da sessão.

Observadas as respostas, podemos verificar que: 100 % dos participantes conseguiu identificar três dos grupos alimentares essenciais para uma alimentação saudável; 80% dos participantes reconheceram 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais; 100% dos utentes identificaram 3 benefícios do consumo da sopa na dieta

diária; por último, foi definido um indicador em que seria determinada a satisfação dos participantes com a sessão de educação para a saúde, sendo que neste indicador tivemos uma percentagem de 100%.

Para a segunda atividade, foi igualmente definida como meta para todos os indicadores uma taxa de 75%. Quando avaliamos a percentagem de utentes que participaram na sessão, vemos que esta foi de 100%. Relativamente aos restantes indicadores, estes estão relacionados com o questionário de avaliação distribuído na fase final da atividade. Assim, verificou-se que: 90% dos inquiridos conseguiram identificar 2 elementos presentes num rótulo nutricional; 100% identificaram o descodificador de rótulo como ferramenta para a leitura dos rótulos; 80% reconheceram o código de cores utilizado no descodificador de alimentos. O último indicador está relacionado com a satisfação dos participantes com a sessão, sendo que a percentagem foi de 100%.

De seguida, serão apresentados os indicadores de avaliação elaborados para cada sessão de educação para a saúde, assim como os resultados da avaliação e as metas que foram definidas para cada objetivo e consequentemente para cada indicador.

Tabela n.º 6: Sessão de educação sobre alimentação saudável – Indicadores de avaliação, resultados e metas.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	METAS (%)	RESULTADO (N, %)
Nº utentes presentes na sessão/ nº utentes convocados para a sessão	75%	10/10 100%
Nº de utentes presentes na sessão que enumeram 3 grupos de alimentos essenciais de uma alimentação saudável/ nº de utentes que assistiram a sessão	75%	10/10 100%
Nº de utentes que participaram na sessão que reconhecem 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais/ nº utentes que assistiram a sessão	75%	8/10 80%
Nº de utentes que comparecem a sessão de educação para a saúde identifiquem 3 benefícios do consumo da sopa	75%	10/10 100%
Nº de utentes que participam na sessão de educação para a saúde refiram sentir-se satisfeito com a mesma	75%	10/10 100%

Face aos resultados obtidos, podemos dizer que os objetivos operacionais formulados para esta atividade foram cumpridos.

Tabela n.º 7: Sessão de educação sobre o rotulo nutricional – Indicadores de avaliação, resultados e metas

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	METAS (%)	RESULTADO (N, %)
Nº de utentes que participaram na sessão de educação/ nº de utentes contactados para assistirem a sessão de educação para a saúde	75%	10/10 100%
Nº de utentes envolvidos na sessão de educação que identificam 2 elementos presentes em um rotulo alimentar/ nº utentes presentes na sessão de educação para a saúde	75%	9/10 90%
Nº de utentes que participam na sessão identifiquem o descodificador de rótulos como ferramenta para a leitura do rotulo nutricional	75%	10/10 100%
Nº de utentes que reconhecem os produtos a evitar segundo o código de cores do descodificador/nº de utentes presentes na sessão de educação para a saúde	75%	8/10 80%
Nº de utentes que referem sentir-se satisfeitos com a sessão de educação para a saúde/ nº utentes presentes na sessão de educação para a saúde	75%	10/10 100%

Igualmente para esta atividade podemos afirmar que as metas definidas foram alcançadas e os objetivos cumpridos, pelo que esta atividade demonstra ser eficaz como parte de um projeto de promoção de alimentação saudável.

As conclusões que advêm desta avaliação, é que as atividades planeadas, e a estratégia de educação para a saúde, resultam quando inseridas num projeto de promoção da saúde. Por outro lado, podemos em virtude da adesão às atividades, concluir que os utentes demonstraram sentir-se preocupados e interessados com a sua saúde. Estas sessões de educação permitem transmitir informação, com rigor científico e adaptada ao nível de literacia em saúde que permitirão ao utente tomar decisões e assumir as modificações nos estilos de vida. Por outro lado, as respostas positivas da população a este tipo de atividades constituem um incentivo para a equipa de saúde, que encontra em este tipo de iniciativas, outra forma de se aproximar a comunidade e facilitar que mais utentes participem das mesmas.

Dos resultados obtidos nos questionários, podemos concluir que o existo das sessões esta diretamente relacionado com a elaboração da apresentação e do material de apoio segundo o nível de literacia funcional em saúde dos utentes da unidade, que permitirá que os utentes possam utilizar a informação para tomar decisões relativamente a própria saúde.

5. CONCLUSÃO

5.1. Reflexão sobre o projeto de intervenção comunitária, limitações e sugestões

Uma vez finalizada a intervenção junto da comunidade, revelou-se essencial refletir sobre o percurso percorrido, as dificuldades sentidas e aportar sugestões para futuramente pôr em prática em novos projetos.

A escolha da promoção de hábitos de alimentação saudável, como tema central do projeto baseou-se na evidencia científica existente. Os dados do último Inquérito Alimentar Nacional (2015/2016) mostram que 56% da população portuguesa não adere à recomendação da OMS para o consumo diário de pelo menos 400 g de fruta e hortícolas (Lopes et al., 2017). Os hábitos alimentares inadequados são provavelmente responsáveis pelos 85% das doenças crónicas evitáveis no país (DGS, 2015). No diagnóstico de situação, verificou-se que 97,2 % da amostra não realizava um consumo adequado de frutas e vegetais. Outro dos problemas identificados, foi que 43,2% da amostra tinha dificuldade para interpretar a informação contida num rótulo nutricional. Ora, segundo Machin, Aschemann-Witzel & Curutchet (2017), o rótulo nutricional, contribui para melhores escolhas de alimentos. Estes autores, defendem que é necessário combinar o sistema de rotulagem nutricional com estratégias educativas que aumentem o interesse por a alimentação saudável.

Intimamente ligada às escolhas de alimentação saudável, encontra-se a literacia em saúde, sendo que baixos níveis em literacia em saúde estão associados a uma interpretação inadequada dos rótulos tanto alimentares como terapêuticos (Berkman, Sheridan & Donahue, 2011). Na amostra, identificou-se que 43,2% apresentava uma alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada. Hearty, McCarthy & Kearney (2007), referem que baixo nível de literacia em saúde tem influência nas escolhas alimentares.

O projeto formulou-se com o objetivo de promover hábitos de alimentação saudável, assim, para desenvolver o projeto fundamentado num referencial teórico da enfermagem, optou-se pela aplicação de um modelo focado na promoção da saúde, o modelo de Nola Pender. Este revelou-se uma ferramenta fundamental para entender os fatores que influenciam a mudança de comportamentos e permitiu selecionar a estratégia de acordo com a temática central do projeto, a educação para a saúde.

Segundo Pender (2015), nas atividades de educação para a saúde, os profissionais devem atuar com a finalidade de capacitar a comunidade, mediante a partilha de informação

clara e compreensível.

As sessões de educação para a saúde revelaram-se uma mais valia para o desenvolvimento da mestrandia pois permitiram aprofundar conhecimentos relativamente à temática do projeto, a literacia em saúde, e no que concerne à elaboração de material didático respeitando o nível de literacia funcional em saúde da população. Através da avaliação das atividades, mediante os indicadores de avaliação, podemos constatar que as sessões de educação para a saúde permitiram atingir os objetivos propostos, destinados a contribuir para a capacitação dos utentes na realização de escolhas de hábitos de alimentação saudável.

A elaboração do Diagnóstico de Situação revelou-se um processo complexo e moroso, por um lado, o pedido de aprovação por parte da comissão de Ética da ARSLVT foi mais demorado do que o esperado inicialmente, e por outro lado o calendário previsto do ano letivo, levou a que as outras fases do projeto tivessem de ser aplicadas num período de 3 meses, sendo que nesta fase do projeto tomaram-se decisões importantes que poderiam determinar a evolução do projeto, desde a escolha da estratégia a implementar e conseqüentemente as atividades a desenvolver, sendo que o tempo que efetivamente foi dedicado à implementação das atividades junto à comunidade foi de 4 semanas. Tendo em consideração as limitações de tempo, as atividades realizadas foram aquelas que tendo em consideração os recursos existentes, efetivamente conseguiriam dar resposta às necessidades da população.

Futuramente poderão ser desenvolvidas outras atividades que complementem as já realizadas na unidade, como lanches saudáveis e sessões de educação para a saúde que abordem a preparação da lista das compras ou idas ao supermercado, para praticar a utilização do decodificador de rótulos.

Outra das limitações do projeto prendeu-se com a dificuldade em avaliar até que ponto as atividades promotoras de hábitos de alimentação saudáveis tiveram repercussões nos hábitos alimentares dos utentes, dadas as características do projeto, por este estar inserido em contexto académico e pelos prazos de tempo para a finalização do mesmo, a avaliação realizada nos permite analisar apenas a eficácia das atividades realizadas.

Uma das sugestões a aplicar no futuro será a procura de parceiros na comunidade, que atuariam como intermediários facilitando e incentivando a participação comunitária, o que permitiria beneficiar mais utentes com os projetos desenvolvidos na unidade.

5.2. Desenvolvimento de Competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária

Os cuidados de saúde primários, assumem hoje um papel central na consecução da saúde para todos em todas as fases do ciclo de vida, o que exige cuidados de enfermagem diferenciados de uma maior exigência técnica e científica, sendo que o enfermeiro especialista possui os conhecimentos, capacidades e habilidades necessárias para satisfazer as necessidades da população nos diferentes contextos da vida e níveis de prevenção (OE, 2019).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, englobam diferentes esferas de atuação, desde a educação dos clientes e dos pares, a orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a investigação para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2019). Segundo a OE (2019), o Enfermeiro Especialista deve desenvolver competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o projeto foi baseado em evidência científica que sustentou a tomada de decisões assim como a prática de cuidados de enfermagem, sempre respeitando também o Código Deontológico do Enfermeiro, centrando os cuidados na pessoa, salvaguardando os direitos e respeitando as crenças, valores e costumes e garantindo o bem-estar dos utentes que participaram nas atividades inseridas neste projeto.

Com a elaboração deste projeto, por um lado, pretendeu-se melhorar os cuidados de enfermagem, especificamente na área da alimentação saudável, tendo em conta as necessidades da população, sendo esta umas das competências do enfermeiro especialista, por outro lado ao realizar a avaliação das atividades estamos igualmente avaliando a qualidade das mesmas para assim, se for necessário, desenvolver estratégias para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Esta intervenção comunitária, além de ter como foco as necessidades de saúde da população, foi executada otimizando os recursos existentes na unidade de forma a garantir a melhor resposta por parte da equipa de enfermagem, articulando em todo os momentos com a equipa de saúde, pelo que as competências do domínio da gestão foram aplicadas neste projeto.

A realização deste projeto, permitiu-me aprofundar a minha auto percepção como pessoa e enfermeira, explorar aspetos da personalidade que poderiam influenciar o decorrer

das atividades programadas, os recursos e os limites pessoais e profissionais e desenvolver assim estratégias para as afrontar.

Na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, as competências específicas a desenvolver pelo Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 428/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16) são:

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

Observando a descrição da primeira competência do regulamento de competências, verificamos que a mesma se refere às diferentes etapas do planeamento em saúde. Ao desenvolver o projeto de intervenção comunitária, com a metodologia do planeamento em saúde, conseguiu-se elaborar o diagnóstico de saúde dos usuários de uma UCSP da área da grande Lisboa, unidade de competência 1.1 (Regulamento n.º 428/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p.19355), através da aplicação do inquérito NVS- PT e posterior análise dos resultados, identificando assim os problemas de saúde e as necessidades dos usuários da UCSP.

A priorização dos problemas identificados, através da técnica de comparação por pares, partindo de critérios definidos pela equipa da UCSP, permitiram definir como diagnósticos de enfermagem prioritários:

- Conhecimento sobre o regime dietético comprometido, relacionado com a dificuldade para interpretar a informação contida num rótulo nutricional;
- Comportamento alimentar comprometido, relacionado com défice de conhecimentos sobre hábitos de alimentação saudáveis;
- Conhecimento sobre regime dietético comprometido, na mulher em idade fértil com alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada, relacionado com défice de conhecimentos sobre hábitos de alimentação saudáveis

Assim podemos concluir que a unidade de competência 1.2- Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade. (Regulamento n.º 428/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p.19355), foi adquirida.

A unidade de competência 1.3 — Formula objetivos e estratégias face à

priorização das necessidades em saúde estabelecidas (Regulamento n.º 428/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, p.19355), foi desenvolvida nas fases seguintes do planeamento em saúde, onde foram definidos os objetivos específicos a partir do objetivo geral do projeto, tendo em consideração o diagnóstico de situação. Assim como formulados os objetivos operacionais das atividades realizadas, definindo assim os resultados esperados após finalizar as sessões de educação para a saúde programadas.

Dentro desta unidade de competências, encontra-se a próxima fase do planeamento, onde é selecionada a estratégia de intervenção. Dado que o objetivo central do projeto é a promoção de hábitos de alimentação saudável, o referencial teórico que sustenta o processo é o modelo da promoção da saúde de Nola Pender, e tendo em consideração os recursos disponíveis assim como as características da comunidade, foi selecionada a estratégia da educação para a saúde, conseguindo assim desenvolver esta unidade de competências.

Através da fase da preparação operacional, onde são definidas e planeadas as intervenções, partindo dos recursos disponíveis para posteriormente as implementar, foi desenvolvida a unidade de competência 1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (OE, 2018, p.19355).

A unidade de competência 1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, foi adquirida através da fase de avaliação do planeamento em saúde, onde foi validada a eficácia do projeto mediante indicadores de avaliação, que determinaram a eficácia das atividades desenvolvidas e conseqüentemente da estratégia selecionada, para atingir os objetivos formulados. Por outro lado, esta fase permitiu tendo em vista os resultados da avaliação, reformular os objetivos e as estratégias anteriormente definidas.

Para desenvolver a segunda competência específica, a qual visa promover a capacitação de grupos e comunidades, foi concebido um projeto partindo do modelo de promoção da saúde de Nola Pender, onde as atividades desenvolvidas, assim como todo o material de apoio, foram elaborados tendo em consideração as especificidades da comunidade, um nível inadequado em literacia funcional em saúde.

A finalidade do projeto foi a de contribuir para a promoção de hábitos de alimentação saudável, e para tal, foram realizadas duas sessões de educação para a saúde, uma que abordava a composição de uma alimentação saudável e como

podemos aumentar o consumo de vegetais na nossa dieta e outra sobre o rótulo nutricional, o descodificador de alimentos e como podemos melhorar nossa alimentação, utilizando o descodificar ao realizar a compra. Estas sessões, visaram contribuir para a capacitação dos utentes, de forma a realizarem um consumo adequado de frutas e legumes. Em virtude dos resultados obtidos na avaliação das atividades, podemos concluir que esta competência foi adquirida.

Relativamente à terceira competência, podemos afirmar que foi alcançada. O projeto aqui desenvolvido, teve como objetivo geral contribuir para a promoção de hábitos de alimentação saudável e integrou-se nos objetivos do PNPAS, tal como aumentar o consumo de frutas e hortícolas. Este projeto, foi uma iniciativa que foi ao encontro das medidas apresentadas na estratégia integrada para a promoção da Alimentação saudável (EIPAS, 2017), tais como: promover a inclusão de iniciativas de promoção da alimentação saudável nos programas de promoção de saúde pública (EIPAS, 2017), ou promover iniciativas que valorizem o conhecimento sobre o valor nutricional de alimentos presentes na roda da alimentação, nomeadamente hortofrutícolas entre outros, pelo que podemos dizer que através da preparação, promoção, implementação e monitorização das atividades inseridas neste projeto, se procurou contribuir para a concretização dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde.

A última das competências específicas, prende-se com a vigilância epidemiológica da população.

Para a elaboração do diagnóstico de situação, foi definida como população alvo os utentes frequentadores de uma UCSP, sendo que a amostra foi obtida por conveniência, para que posteriormente pudesse ser aplicado um instrumento de colheita de dados. A colheita, análise e comparação dos dados obtidos, contribuiu para desenvolver esta competência, se bem que esta será uma das competências que devo aprofundar no meu futuro profissional.

As competências inerentes ao enfermeiro especialista, tanto as comuns como as específicas na área da saúde comunitária foram atingidas, se bem será necessário o desenvolvimento das mesmas em futuros projetos para atingir o nível de perito.

5.3. Descritores de Dublin

O percurso académico realizado durante o ciclo de estudos de especialista em Enfermagem Comunitária conduz igualmente a obtenção do grau académico de Mestre, de acordo com o sistema nacional de graus e diplomas do ensino superior, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho e Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro, devem ser desenvolvidas diferentes aptidões e atingidos os objetivos que configuram o nível de mestre tais como conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e competências de autoaprendizagem.

Através das diferentes unidades curriculares que constituíram o curso, conseguiu-se por um lado, aprofundar os conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura, os quais são postos em prática durante o semestre em estágio e aplicados na elaboração do presente relatório, e por outro lado permite fortalecer os conhecimentos relativamente a investigação, os quais foram aplicados na realização da *Scoping Review* que permitiu sustentar o projeto na evidencia mais recente, e ainda na fase de elaboração do diagnóstico de situação nomeadamente quando foi solicitada a aprovação pelo Comissão de Ética da ARSLVT e posteriormente quando foi realizada a colheita, tratamento e análise dos dados com recurso ao programa informático SPSS.

A aplicação de conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares foi desenvolvida no período de estágio, a realização de um projeto de intervenção na comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde, revelou-se uma situação nova que originou diferentes desafios e dificuldades. Igualmente a temática da literacia funcional, que não sendo exclusiva do âmbito da saúde, e a sua aplicação particularmente na promoção da saúde revelou-se uma temática nova que aportou outra perspetiva na abordagem à promoção de hábitos de vida saudáveis e representou novos reptos na consecução deste projeto.

Outro dos pontos foca-se na capacidade para a tomada de decisões. Durante os 3 semestres do curso o aluno é sempre estimulado a refletir sobre a prática dos cuidados de enfermagem desde as diferentes vertentes que configuram a enfermagem, incentivando a integrar conhecimentos, a lidar com questões complexas, e a emitir juízos em diferentes contextos, refletindo sobre as implicações destes. Esta capacidade que foi treinada durante o percurso académica foi exercitada durante o estágio, nas diferentes fases do planeamento em saúde.

A capacidade de comunicação, assim como as competências de autoaprendizagem foram desenvolvidas no decorrer da especialidade, pois foi promovido o trabalho autónomo, a reflexão, e conseqüentemente a autoaprendizagem. As apresentações de trabalhos em grupo realizadas em sala de aula, assim como as realizadas individualmente para expor os progressos relativamente ao projeto permitem desenvolver a capacidade de comunicar.

Tanto as aulas teóricas, o estágio, e a elaboração deste relatório, revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento das competências inerentes ao grau académico de mestre, considerando que obtive nas diferentes áreas o aproveitamento necessário que permitir-me-á de adquirir o grau de mestre.

5.4. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel basilar na promoção dos estilos de vida saudáveis, sendo que são os profissionais de saúde com as competências necessárias para a realização do diagnóstico de saúde de um grupo ou comunidade, assim como para a planificação de intervenções com vista a capacitação para a mudança de comportamentos.

A situação privilegiada junto da comunidade permite planificar e realizar projetos que efetivamente vão ao encontro das necessidades reais dos usuários. Igualmente esta proximidade das comunidades possibilita estabelecer uma relação de confiança que favorecerá a participação ativa das populações nas estratégias definidas.

A realização de projetos como este, permitem dar maior visibilidade ao trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, seja pela partilha de conhecimentos com outros elementos da equipa de saúde, seja através das parcerias estabelecidas com diferentes sectores dentro e fora do âmbito da saúde.

As comunidades mais desfavorecidas irão encontrar no enfermeiro especialista um agente de saúde que vai ao encontro das suas necessidades que busca a participação ativa da mesma, desde a fase de planeamento até para a execução das atividades, sempre com a finalidade de conseguir ganhos em saúde para a comunidade.

Por último salientar que o enfermeiro especialista em saúde comunitária vem garantir a prestação de cuidados de enfermagens de qualidade, com foco no indivíduo, família ou comunidades com base na evidencia científica.

5.5. Considerações Finais

Segundo a OMS (1977), o planeamento em saúde é um instrumento que permite transformar as políticas em saúde em ações para o desenvolvimento do domínio da saúde. Na Conferência de Alma-Ata, a OMS (1978), recomenda aos governos para aplicarem métodos de gestão apropriados para o planeamento e implementação dos cuidados de saúde primários.

Para Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento da saúde pode ser definido como a racionalização dos recursos para alcançar os objetivos estabelecidos que permitirão reduzir os problemas de saúde considerados prioritários, implicando diferentes sectores socioeconómicos.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária detém as competências necessárias para aplicar a metodologia do planeamento em saúde. O planeamento em saúde desde um modelo conceptual de cuidados de enfermagem, fornece uma base sólida de conhecimentos que vai orientar a prática dos cuidados. Neste projeto, o modelo utilizado visa a promoção da saúde, o modelo de Nola Pender, fornecendo uma estrutura simples e clara, que permite explorar os fatores que irão determinar a adesão a comportamentos promotores da saúde.

A modificação dos hábitos de alimentação da população portuguesa continua a ser um dos principais focos de atenção do setor da saúde. Assim, devem ser desenvolvidas estratégias de promoção da saúde dirigidas à modificação dos estilos de vida, à promoção de ambientes fomentadores da alimentação saudável e ao desenvolvimento da literacia em saúde (DGS, 2017a).

O desenvolvimento da literacia em saúde em contacto com a comunidade é fundamental, dado a diversidade cultural, linguística, religiosa que atualmente encontramos na comunidade. Diferentes grupos aplicam as competências em saúde em função de seu contexto cultural. Ao trabalhar com a comunidade os enfermeiros devem considerar as características da mesma, pois as competências culturais e as crenças religiosas repercutem-se na literacia em saúde. Para o desenvolvimento de atividades promotoras da saúde na comunidade é necessário que exista um processo de parceria, uma relação de respeito onde os enfermeiros devem adequar a comunicação ao nível de literacia em saúde da população, para melhorar a prestação de cuidados e assim garantir ganhos em saúde na comunidade (Parnell, 2015)

A literacia em saúde permite à população tomar decisões fundamentadas sobre a própria saúde e portanto, assumir um maior controlo sobre a mesma. Considerando o nível de

literacia em saúde um determinante da saúde, o qual, influencia os comportamentos relacionados com a saúde, torna-se necessário adequar as diferentes estratégias de promoção da saúde ao nível de literacia em saúde para assim garantir o sucesso das mesmas.

A promoção dos estilos de vida saudáveis mediante intervenções de educação para a saúde, contribui para o aumento da literacia em saúde do grupo alvo, capacitando os indivíduos para assumirem um papel ativo na tomada de decisão quanto aos comportamentos de saúde que promovem estilos de vida saudáveis.

O projeto de intervenção comunitária como parte do projeto educativo da especialidade em Enfermagem Comunitária, permite por um lado, mobilizar os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares e por outro lado desenvolver as competências necessárias para que, mediante a aplicação do planeamento em saúde se consiga atingir um estado de saúde, como referido por Tavares (1990, p.37) “o planeamento em saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações”.

A consecução deste projeto e através da elaboração do presente relatório podemos concluir que os objetivos propostos na unidade curricular de estágio com relatório foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, C., Tavares, D., Vitor, A., Reis, B., Sousa, L., Correia, P., Lousão, P. (2018). *Perfil de Saúde do concelho de Loures 2017*. Camara Municipal de Loures: Acedido em: 10-04-2019. Disponível em: <https://www.cm-loures.pt/media/pdf/PDF20180511145609393.pdf>
- Basagoiti, I. (2012). *Alfabetización en salud. De la información a la acción*. Valencia: ITACA/TSB. Acedida em: 20-05-2019. Disponible en <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Brownie, S. (2013). Older Australians' views about the impact of ageing on their nutritional practices: Findings from a qualitative study. *Australasian Journal on Ageing*, 32(2), 86–90. Acedido em: 11-07-2019. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1741-6612.2012.00607.x
- Decreto de Lei nº 74/2006(2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República I serie-A* (Nº 60 de 24-03-2006), 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 11418/2017(2017). Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) *Diário da República*, 2.ª série (N.º 249 de 29 de dezembro de 2017), 29595- 29598.
- Dewalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., et al. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*; 19(12): 1228–1239.
- Direção Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. DGS. Acedido em: 20-07-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: DGS. Acedido em: 30-05-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 4/07/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-desaudef/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017a) *Programa Nacional para a promoção da alimentação*

- saudável. Lisboa: DGS. Acedido em: 21-01-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017b). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. [s.n.,s.l.,s.d]. Acedido em: 21-01-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018a). *Alimentação Saudável. Desafios e Estratégias*. Direção-Geral da Saúde: Lisboa. Acedido: 18-01-2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2018/07/PNPAS_DesafiosEstrategias2018.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2018b) *Institute for Health Metrics and Evaluation. Portugal: The Nation's Health 1990–2016. An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle, WA: IHME. Acedido em: 5-07-2019. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde*. Direção Geral de saúde: Lisboa. Acedido em: 06/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Direção Geral do Consumidor (2003). *A nova roda dos alimentos..um guia para a escolha alimentar diária!* Instituto do Consumidor. Faculdade de Ciência da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Acedido: 30-05-2020. Disponível em: <https://www.consumidor.gov.pt/comunicacao/publicacoes.aspx>
- Durán de Villalobos, M. (2009). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2(1). Acedido em: 13-07-2019. Disponível em: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>
- Espanha, Rita; Ávila, Patrícia; Mendes, Rita. (2016). Literacia em saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em: 06/04/2019. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta
- Gluckman, P., Hanson, M.A., Beedle, A.S. (2007). Early life events and their consequences for later disease: A life history and evolutionary perspective. *American Journal of Human Biology*.19 (1): 1-19
- Grande, N. (2000). Ética e investigação. *Revista Investigação em Enfermagem*.

Coimbra. (2),49-53

- Hearty, Á.P; McCarthy, S.N; Kearney, J.M; Gibney, M.J (2007). Relationship between attitudes towards healthy eating and dietary behaviour, lifestyle and demographic factors in a representative sample of Irish adults. *Appetite*. 48 (1) 1-11. Acedido em: 04/07/2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.03.329>
- Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. (2006) The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *Am J Med*. 2005; 118:371-7.
- Hoyos, G.P., Borjas, D.M., Ramos, A., Meléndez, R.M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23. Acedido em: 20-01-2019. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia-Etxabe, J. M., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementation of the nursing process in a health area: models and assessment structures used. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.22(5), 772-777. Acedido em: 14-07-2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3612.2479>
- Kripalani S, Henderson LE, Chiu EY, Robertson R, Kolm P, Jacobson TA. (2006) Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *J Gen Intern Med*. 21,852-6. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00536.x
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S. ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Universidade do Porto. Acedido em: 04/07/2020. Disponível em: www.ian-af.up.pt
- Loureiro, I., Miranda, N. (2016). *Promover a saúde dos fundamentos à ação*. (2ª edição) Coimbra: Almedina.
- Machín, L., Aschemann-Witzel, J., Curutchet, M.R., Giménez, A., Ares, G. (2017). Does front-of-pack nutrition information improve consumer ability to make healthful choices? Performance of warnings and the traffic light system in a simulated shopping experimente. *Appetite*. 121 (2018), 55- 62. Acedido em: 11-07-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.037>
- Martins, A & Andrade, I. (2014). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Referência*, Série 6 (3), 75-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1399>
- Menozzi,D., Sogari, G., Mora, C. (2015). Explaining Vegetable Consumption among You adults: Na Application of the Theory of Planned Behaviour. *Nutrients*, 7, 7633-7650.

Acedido em: 11-07-2019. doi:10.3390/nu7095357

- Munt, A.E., Partridge, S.R., Allman-Farinelli, M. (2017). The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: A scoping review. *Obesity Reviews* 18, 1–17. doi: 10.1111/obr.12472
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259–267. Acedido em: 05-07-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*. 67. 2072-78.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 54, 303–305. DOI 10.1007/s00038-009-0050-x
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *HEP* 42, (4), 450-455. Acedido em: 05-07-2019. DOI: 10.7143/jhep.42.450
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Acedido em: 17-08-2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em: 17-08-2019. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. [s.l, s.n]. Acedido em: 20-01-2019. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiVY_7H8fzfAhVHqxoKHUsVApwQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fpaginas-de-sistema%2Fsaude-de-a-a-z%2Fcarta-de-otawa-1986.aspx&usq=AOvVaw1jFDMn9iqIWWJQ6346kIAeF
- Parnell, T. A. (2015). *Health Literacy in Nursing: Providing Person- Centered Care*. New York: Springer Publishing Company.
- Pedro, A., Amaral, O., Escoval, Ana. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. 34(3):259–275. *Revista portuguesa de saúde pública*. Acedido em: 08-04-2019. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

- Pem,D., Bhagwant, S., Jeewon, R. (2016). A Pre and Post Survey to Determine Effectiveness of a Dietitian-Based Nutrition Education Strategy on Fruit and Vegetable Intake and Energy Intake among Adults. *Nutrients*. 8, 127. Acedido em: 10-07-2019. doi:10.3390/nu8030127
- Pender, N.J., Murdaught, C., Parsons, M.A. (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7^a ed). Pearson Education
- Peters, MDJ., Godfrey, C., Mclnerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2017): *Scoping Reviews*. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.
- Protheroe, J., Nutbeam, D., Rowlands, G. (2009). Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *British Journal of General Practice*. Editorial.721-723. Acedido em: 06-07-2019. DOI: 10.3399/bjgp09X472575
- Rothman RL, Housam R, Weiss H, Davis D, Gregory R, Gebretsadik T, et al. (2006). Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy. *AmJ Prev Med*.31:391-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.025>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da saúde, departamento de recursos humanos da saúde centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Lisboa
- Sands, J. & Wilson, A. (2003). *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis*. Loures: Lusociência
- Sheridan S, Halpern DJ, Viera AJ, et al. (2011). Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*.16(3): 30-54.
- Smith, B.J., Tang, K.C., Nutbeam, D. (2006). *Health Promotion Glossary: new terms*. doi:10.1093/heapro/dal033
- Silva, Paulo. (2010). *Imigrantes em Loures – Retrato dos percursos e fixação no território*. Camara Municipal de Loures. Acedido em: 11-07-2019. Disponível em: <file:///C:/Users/ucsp.sjtalha/Downloads/Imigrantes em Loures CD.pdf>
- Verhoeven, A.A.C., Watson, P., De Wit, S., (2017). Failing to pay heed to health warnings in a food associated. *Appetite*, 120 (2018), 616- 626. Acedido em: 11-07-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.020>
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M., Nurss, J.R. (1998) Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 158(2), 166–172
- World Health Organization (1997). *Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no*

- Século XXI. Indonésia: Organização Mundial da Saúde. Acedido em: 19-01-2019. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: World Health Organization. Acedido em: 19-01-2019. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO. Acedido em: 20-07-2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (2014). *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*. Copenhagen: WHO. Acedido em: 05-06-2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_1_40426.pdf
- World Health Organization (2018) . *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Acedido em: 06-06- 2019. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/countries/en>
- World Medical Association (2013). Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. 64th WMA General Assembly: Brazil. Acedido: 27-06-2020. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONARIO

Informação Nutricional

Tamanho da porção 100ml
Porções por embalagem 4

Quantidade por porção

Valor Energético

Calorias 250 kcal

		%DDR*
Gordura total	13g	20%
Gordura saturada 9g		40%
Colesterol	28 mg	12%
Sódio	55mg	2%
Total Hidratos de Carbono	30g	12%
Fibras Alimentares 2g		
Açúcares 23g		
Proteínas	4g	8%

*Os valores da Dose Diária Recomendada (DDR) baseiam-se numa dieta de 2000 kcal. Os seus valores diários podem ser maiores ou menores consoante a sua necessidade calórica.

Ingredientes: Natas, leite desnatado, xarope de açúcar, água, gemas de ovos, açúcar mascavado, matéria láctea gorda, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extrato de baunilha.



Os direitos de autor das versões original e em Português do teste NVS são propriedade da **Pfizer Inc.** e as mesmas só podem ser utilizadas com sua permissão. Copyright in both the original and Portuguese versions of the NVS test are owned by **Pfizer Inc.** and can only be used with its permission.

Folha de Pontuação do Questionário *Newest Vital Sign-versão portuguesa*
Perguntas e Respostas

CONSULTE A INFORMAÇÃO NUTRICIONAL RELATIVA A UMA EMBALAGEM DE GELADO (FOLHA ANEXA) E RESPONDA ÀS PERGUNTAS SEGUINTE:

		RESPOSTA CORRETA? (a preencher pelo avaliador)	
		Sim	Não
1.	Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas? Resposta: _____		
2.	Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado que poderá comer? Resposta: _____		
3.	Imagine a seguinte situação: o seu médico aconselha-o(a) a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir? Resposta: _____		
4.	Se consome normalmente 2500 kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção? Resposta: _____		
Imagine que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelha.			
5.	É seguro para si comer este gelado? Resposta: _____		
6.	Se respondeu “Não” à questão anterior, justifique porque não? Resposta: _____		
Número de respostas corretas:			



Os direitos de autor das versões original e em Português do teste NVS são propriedade da **Pfizer Inc.** e as mesmas só podem ser utilizadas com sua permissão. Copyright in both the original and Portuguese versions of the NVS test are owned by **Pfizer Inc.** and can only be used with its permission.

ANEXO II- AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO QUESTIONARIO NVS-PT



VANESA PEDRAZA NÚÑEZ <vanesa.pedraza@campus.esel.pt>

Fwd: Autorização para utilização da escala NVS

2 mensagens

Anabela Correia Martins <anabelacmartins@estescoimbra.pt>

7 de abril de 2019 às 18:13

Para: VANESA PEDRAZA NÚÑEZ <vanesa.pedraza@campus.esel.pt>

Boa tarde Vanesa,

Encontra em anexo o NVS-PT.

Bom trabalho e não hesite em contactar-nos se necessitar de mais alguma informação ou ajuda.

Abraço.

Anabela

ANABELA CORREIA MARTINS, PhD PT
Senior Lecturer / Physiotherapy Dept.
Principal Investigator FALLSENSING www.fallsensing.com

Email: anabelacmartins@estescoimbra.pt

Tel: +351 239 802 430

Polytechnic Institute of Coimbra
ESTeSC Coimbra Health School
Rua 5 de Outubro - S. Martinho do Bispo - Apartado 7006 - 3040-162 Coimbra PORTUGAL



Newest Vital Sign self-admin .pdf

391K

VANESA PEDRAZA NÚÑEZ <vanesa.pedraza@campus.esel.pt>

20 de maio de 2019 às 23:40

Para: Anabela Correia Martins <anabelacmartins@estescoimbra.pt>

Boa noite, Exma. Professora Anabela Correia Martins, em relação ao inquérito NVS, gostava de saber si existe a possibilidade de eu ler as perguntas aos utentes durante a aplicação do questionário.

grata pela atenção

Vanesa Pedraza Núñez



Sem vírus. www.avast.com

[Citação ocultada]



VANESA PEDRAZA NÚÑEZ <vanesa.pedraza@campus.esel.pt>

pedido autorização para uso do inquérito Newest Vital Sign

2 mensagens

VANESA PEDRAZA NÚÑEZ <vanesa.pedraza@campus.esel.pt>

15 de abril de 2019 às 16:52

Para: helena.novais@pfizer.com

Ex.ma Dra. Helena Novais

Eu, Vanesa Pedraza Núñez, enfermeira na UCSP Moscavide do ACES Loures-Odivelas (ARSLVT), aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), orientada pela Sra. Professora Doutora Andreia Silva da Costa, venho por este meio solicitar autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados – *Newest Vital Sign* (SVN) que, de acordo com o artigo “*Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign*”, se encontra validado para a população portuguesa.

O questionário será utilizado para realizar o diagnóstico de situação do projeto de intervenção comunitária “*Literacia em saúde: promoção de hábitos de alimentação saudável*”. Este projeto académico tem como objetivo fomentar a promoção de hábitos de alimentação saudável através da capacitação dos utentes mediante o aumento do nível de literacia sobre esta temática.

Para a concretização do objetivo, é imperativo o uso do instrumento em questão. Assim aguardo a sua decisão, com a maior brevidade que lhe for possível.

Com os melhores cumprimentos.

Vanessa Pedraza Núñez

15/04/2019

Novais, Helena Maria C <Helena.Novais@pfizer.com>

17 de abril de 2019 às 17:43

Para: VANESA PEDRAZA NÚÑEZ <vanesa.pedraza@campus.esel.pt>

Cara Dra. Vanesa Pedraza Núñez,

Muito agradecendo o interesse demonstrado na utilização do *NVS – Newest Vital Sign* e congratulando-nos com a utilidade do mesmo no âmbito do trabalho académico que desenvolve, enviamos abaixo o disclaimer que terá que constar no artigo ou publicação que resulte da sua aplicação:

"The English version of the NVS was developed by Pfizer Inc..

Pfizer Inc. granted authorization for the translation and assessment of the psychometric properties of

NVS for the Portuguese language in adult (aged 18 to 64 years old) population."

Com os melhores cumprimentos, desejamos-lhe uma Feliz Páscoa.

Helena Novais

Helena Novais

Corporate Affairs

Tel: +351 214 235 630

Mobile: +351 916 824 828

www.pfizer.pt



Esta comunicação e respectivos anexos são confidenciais e destinados exclusivamente aos destinatários indicados. Se recebida por engano, por favor avise o remetente e elimine-a do seu sistema. Se não é o destinatário da comunicação, não deve divulgar ou copiar o seu conteúdo.

This communication and its enclosures are confidential and intended for the addressees only. If you received it in error please inform the sender and then delete it from your system. If you are not the addressee, you should not copy it or disclose its contents to anyone.

[Citação ocultada]

ANEXO III – DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA UNIDADE

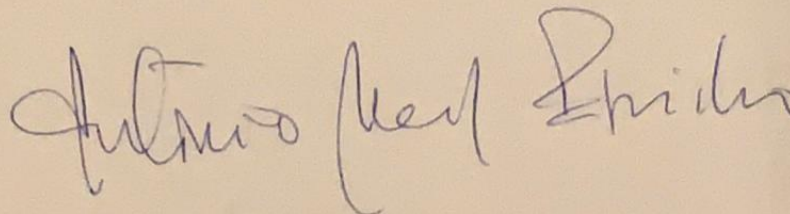
DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE

Eu, António Manuel Patronilho, Enfermeiro em funções de Chefia da UCSP Moscavide, venho por este meio declarar que a unidade supracitada dispõe das condições para a realização do projeto de intervenção comunitária com o título "Literacia em saúde: promoção de hábitos de alimentação saudável".

Mais informo, que o pedido de autorização foi solicitado pela Enfermeira Vanesa Pedraza Núñez, a frequentar o 10º Mestrado de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Mais afirmo que a unidade de saúde dispõe de condições estruturais e logísticas para a sua realização, nomeadamente, no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo.

Moscavide, 15 de abril de 2019



António Patronilho
RESPONSÁVEL DE ENFERMAGEM

ANEXO IV – PARECER DA COMISSÃO DE ETICA DA ARSLVT

Exma. Senhora
Dr.ª Vanessa Nunez
vanesa.pedraza@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		5719/CES/2019	

Assunto: Literacia em saúde: promoção de hábitos de alimentação saudável.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 7.06.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUIS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

APÊNDICES

APÊNDICE I– PROTOCOLO SCOPING REVIEW

Literacia em saúde e as escolhas de alimentação saudáveis

Autora

Vanesa Pedraza Núñez

Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. (WHO, 1998.p.10)

A literacia em saúde é considerada pela OMS como um determinante social básico para as populações (Nutbeam,1998) e essencial no desenvolvimento dos mais desfavorecidos.

A Literacia em Saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a tomar decisões fundamentadas no seu dia a dia sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. (DGS, 2019)

Segundo Berkman et al (2011) baixos níveis de literacia estão relacionados com um maior número de internamentos, frequentes deslocações aos serviços de urgência e uma fraca adesão a estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Pela sua vez Avila, 2008 refere que baixos níveis de literacia estão associados a pobreza e situações de exclusão social.

Assim, infere-se que com o aumento do nível de literacia da população as desigualdades na saúde irão diminuir (Loureiro & Miranda, 2016). Contudo, os benefícios não são exclusivos do utente, já que o sistema de saúde é igualmente beneficiado pois utentes com maior nível de literacia recorrerão com menos frequência

aos serviços de saúde, possibilitando uma melhor gestão de recursos e consequente diminuição das despesas (Loureiro & Miranda, 2016).

A OMS estabelece como uma das estratégias fundamentais para melhorar a saúde das populações mais vulneráveis e para reduzir as desigualdades em saúde é o aumento dos níveis de literacia tanto em pais em desenvolvimento como países desenvolvidos (OMS, 2009).

O inquérito europeu sobre literacia HLS-EU (2014) revelou que baixos níveis de literacia afetam a saúde, reforçam as desigualdades e que por oposição elevados níveis beneficiam a sociedade. Por outro lado, manifesta que as competências relacionadas com a saúde estão influenciadas pelo contexto e a cultura.

No ILS-PT (2016) podemos observar que um 38% da população manifesta um nível problemático da literacia em saúde frente a média europeia (35,2%), o pior resultado de Portugal está relacionado com a literacia para a promoção da saúde, sendo que um 34,5% da população manifesta ter um nível problemático de literacia para a promoção da saúde.

O estudo identificou grupos de risco onde 60% das pessoas demonstram um nível problemático de literacia em saúde tais como pessoas com 65 ou mais anos, com baixos níveis de escolaridade, rendimentos inferiores a 500 euros, com doenças crónicas, entre outros.

A Direção Geral de Saúde (DGS) no Plano Nacional de Saúde (PNS) determina como um dos objetivos a promoção da literacia em saúde, assim o plano de ação para a literacia em saúde (2019) recolhe diferentes estratégias dirigidas a promover a literacia em saúde para assim fomentar ganhos em saúde. Um dos objetivos do plano de ação é a adoção de estilos de vida saudáveis em diferentes áreas como a alimentação, atividade física, saúde mental entre outros, mediante a capacitação da população utilizando diferentes instrumentos como os profissionais de saúde, campanhas, audiovisuais, site da DGS, site PNPAS entre outros.

A OMS (1986) na carta de Ottawa define a promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (para.1)

A conferência de Jacarta (1997) explicita que as estratégias de promoção de saúde podem, até certa extensão, modificar condições sociais, económicas e ambientais, assim como a alteração de estilos de vida.

Entre as metas do PNS para o 2020 encontramos a redução da mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%; aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%; controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

“Os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são o principal determinante da perda de anos de vida saudável na população portuguesa” (DGS, 2018, p.3). A DGS em 2012, elaborou o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), sendo um dos doze Programas Nacionais de Saúde Prioritários, o qual tem como finalidade “melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando os nas suas rotinas diárias”(DGS,2018,p.3).

Como estratégia foi desenvolvida a primeira abordagem intersectorial entre o ministério das finanças, a administração interna, a educação, a saúde, a agricultura, as florestas e o desenvolvimento rural e do mar conhecida como “estratégia integrada para a promoção da alimentação saudável”. (DGS,2018, p.11).

Um aspeto importante desenvolvido pelo programa é a promoção da literacia sobre a alimentação – são exemplos, o blog de alimentação e o site web do PNPAS (DGS,2018).

Literacia em Saúde segundo a WHO foi definida como “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. (WHO, 1998.p.10)

Conhecimento em saúde (Health knowledge) revela fatos, informações e competências adquiridas através da experiência ou a educação, bem como a compreensão teórica ou prática de um assunto relacionado à saúde e de cuidados de saúde (Chin et al., 2011).

Hábitos alimentares (food habits) foi definido como “... eleições efetuadas por indivíduos ou grupos de indivíduos como resposta às pressões sociais e culturais para

selecionarem, escolherem, consumirem e utilizarem uma fração das disponibilidades alimentares disponíveis” (Guthe e Mead, 1945, p.3)

Comportamento em saúde (Health behavior) segundo a WHO define-se como qualquer atividade desenvolvida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde real ou percebido, encaminhada a promover, proteger o manter a saúde, seja esta ou não, objetivamente efetiva para esse fim. (WHO, 1998)

Uma pesquisa preliminar foi efetuada na MEDLINE, CINAHL e na JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports e não foram encontrados registos sobre revisões sistemáticas realizadas sobre a tematica abordada em eta scoping.

Com esta revisão da literatura pretende-se compreender se o nível de literacia dos indivíduos influencia as escolhas de hábitos de alimentação saudáveis.

Pergunta da revisão

De que forma o nível de literacia em saúde influencia a escolha de hábitos de alimentação saudável?

Palavras chave

Health literacy, Health knowledge, food habits, health behavior

Critérios de inclusão

- Participantes

A revisão considerará estudos que incluam adultos com idades compreendidas entre os 19 até os 65 anos. Serão excluídos estudos onde os participantes apresentem patologias crónicas associadas.

- Conceito

Esta revisão analisará os estudos que abordem a temática da literacia e suas implicações nas escolhas de hábitos de alimentação saudável.

- Contexto

Esta revisão considerará estudos conduzidos em qualquer setting

- Tipos de fontes

Este scoping review examinará estudos quantitativos, qualitativos e as revisões sistemáticas da literatura. Os estudos quantitativos incluem qualquer estudo experimental, quase-experimental ou observacional. Os estudos qualitativos incluem todos os desenhos como os fenomenológicos, grounded theory e etnografias, mas não são limitados a estes. Igualmente serão consideradas as revisões sistemáticas que atenda aos critérios de inclusão.

Textos e documentos de opinião também serão considerados para inclusão nesta revisão de scoping.

Os estudos publicados na língua inglesa, portuguesa e espanhola serão incluídos em esta scoping.

Métodos

Este protocolo foi elaborado de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs para scoping review. A metodologia do JBI visa fornecer uma síntese abrangente e imparcial de um grande número de estudos relevantes dentro dos limites de um único documento usando métodos rigorosos e transparentes. (Pearson, Wiechula, Court, Lockwood, 2005)

- Estratégia de pesquisa

A estratégia de busca terá como objetivo localizar os estudos publicados relacionados com a temática em estudo. Foi realizada uma pesquisa nas plataformas MEDLINE® *Complete* e CINAHL® *Complete*. Inicialmente foi realizada uma primeira busca limitada de artigos para identificar as palavras contidas nos títulos e nos resumos, identificar os termos indexados utilizados e as palavras chaves para assim desenvolver uma estratégia de pesquisa completa para a MEDLINE® *Complete* e CINAHL® *Complete*.

A estratégia de pesquisa, incluindo todos os termos naturais e indexados, será adaptada para cada base de dados incluída. Assim, primeiramente foi realizada a pesquisa na Medline começando pelo termo indexado Health Literacy (S1) com 4.569 artigos encontrados, prosseguiu-se com o termo indexado Health Knowledge (S2) com 102.578 resultados, Health Education (S3) termo indexado com 58.811 artigos, Food Preferences (S4) termo indexado com 13.376 resultados, o termo natural food

choices com 2.754, o termo indexado Health Behaviour (S6) 46.690 artigos encontrados. Na segunda fase desta pesquisa cruzei os descritores através das expressões OR quando são semelhantes ou sinónimos e com AND quando se pretende a combinação dos mesmos. Primeiramente cruzei MH Health Literacy OR MH Health Knowledge OR MH Health Education (S7) com 156.412. Por outro lado, cruzei os termos MH Food preferences OR food choices (S8) com 15.278 resultados. Por último cruzei o termo indexado MH Health Behaviour AND S7 AND S8 (S9) com 278 resultados. Esta pesquisa foi limitada aos artigos com texto integral (S10) passando assim a 206, quando aplicada a limitação temporal (S11) os resultados reduzem para 140, limitando os artigos a aqueles publicados em inglês (S12) ficam 139, e por último quando limitada a idade da população Alvo (S13) resultam 87 artigos.

Paralelamente, na base de dados CINAHL comecei a pesquisar todos os termos indexados individualmente iniciando com MH Health Literacy (S1) com 3.323 resultados, seguidamente MH Health Knowledge (S2) com 25.152, MH Health Education (S3) com 24.214 artigos encontrados, (S4) MH Food Habits 11.663 resultados, (S5) MH Food Preferences 5.022, (S6) MH Health Behaviour resultando 41698 artigos. Seguidamente procedi a cruzar MH Health Literacy OR MH Health Knowledge OR MH Health Education (S7) com 49.913. A continuação cruzei MH Food OR MH Food Preferences (S8) obtendo 15.785 artigos. Por último cruzei MH Health Behaviour AND S7 AND S8 (S9) com 196 resultados, seguidamente foram aplicados os limitadores de texto integral (S10) reduzindo para 146, da idade dos participantes (S11) ficando assim 65 e por último foi limitada a pesquisa aos artigos publicados em português e inglês resultando assim 64 artigos. (Apêndice I)

Em esta scoping serão incluídos os artigos publicados em inglês, português e espanhol, publicados desde 2011 em diante, momento da realização da conferencia internacional sobre os determinantes Sociais da Saúde no Rio de Janeiro em outubro de 2011.

Foram excluídos desta scoping os artigos onde a população abrangida apresenta-se alguma doença crónica.

Em terceiro lugar, analisei as referências bibliográficas dos artigos seleccionados, para incluir artigos que não foram encontrados nas bases de dados consultadas.

Os termos de pesquisa utilizados em inglês, de acordo com as bases de dados consultadas, e conforme o PCC, estão enumerados na seguinte tabela.

População		
Conceitos	Literacia em saúde	Health literacy Health education Health knowledge
	Hábitos de vida saudáveis	Health behavior
	Alimentação	Food choices Food habits Food Preferences
Contexto		

Fontes de informação

Para a pesquisa foi utilizada a plataforma eletrônica agregadora de bases de dados online, a EBSCOhost, através da qual se acede à MEDLINE® e à CINAHL®.

Foi realizada uma pesquisa em outras fontes (biblioteca e diversos sites) para aceder à “literatura cinzenta”

Seleção do estudo

Após a pesquisa, e remoção dos artigos em duplicados foram examinados os títulos e resumos em função os critérios de inclusão para a revisão. Estudos potencialmente relevantes foram recuperados na íntegra. Os textos integrais dos artigos selecionados foram avaliados em detalhes tendo em consideração os critérios de inclusão. Os resultados da pesquisa estão apresentados em forma de diagrama de fluxo. (Apêndice II)

Extração de dados

Os dados serão extraídos dos artigos incluídos na revisão de scoping mediante uma ferramenta de extração de dados que foi desenvolvida com base no instrumento de extração de dados da Joanna Briggs Institute . Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre a população, os conceitos, o contexto, os métodos de estudo e os principais achados relevantes para o objetivo da revisão. (Apêndice III)

Apresentação de dados

Os dados extraídos serão apresentados em uma tabela (Apêndice IV) de forma que fique perceptível o objetivo desta revisão de scoping.

Conflitos de interesse

Não há conflito de interesses neste projeto.

Referências Bibliográficas

- Ávila, Patrícia (2008), *A Literacia dos Adultos: Competências-Chave na Sociedade do Conhecimento*, Lisboa, Celta.
- Berkman, ND., Sheridan, SL., Donahue, KE., Halpern, DJ., Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*.155(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Brownie, S., (2013). Older Australians' views about the impact of ageing on their nutritional practices: Findings from a qualitative study. *Australasian Journal on Ageing*, 32(2), 86–90. Acedido em: 11-07-2019. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2012.00607.x
- Chin, J., Morrow, D. G., Stine-Morrow, E. A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J. F., & Murray, M. D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of Health Communication*.16 (3), 222-241. doi:10.1080/10810730.2011.604702
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Acedido em:10-04-2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Alimentação Saudável. Desafios e Estratégias*. Direção-Geral da Saúde: Lisboa. Acedido: 18-01-2019. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2018/07/PNPAS_DesafiosEstrategias2018.pdf
- Direção Geral da Saúde (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde*. Direção Geral de saúde: Lisboa. Acedido em: 06/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Espanha, Rita; Ávila, Patrícia; Mendes, Rita. (2016). *Literacia em saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido em: 06/04/2019. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal>

- Everett-Murphy, K., De Villiers, A., Ketterer, E., Steyn, K. (2015). Using formative research to develop a nutrition education resource aimed at assisting low-income households in South Africa adopt a healthier diet. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*.30 (6), 882–896. Acedido em: 10-07-2019. Disponível em: doi:10.1093/her/cyv051
- Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (2015) edition/supplement. The Joanna Briggs Institute. Acedido a 02-02-2019. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Loureiro, I., Miranda, N. (2016). *Promover a saúde dos fundamentos à ação*. (2ª edição) Coimbra: Almedina.
- Machín, L., Aschemann-Witzel, J., Curutchet, M.R., Giménez, A., Ares, G. (2017). Does front-of-pack nutrition information improve consumer ability to make healthful choices? Performance of warnings and the traffic light system in a simulated shopping experimente. *Appetite*,121 (2018), 55- 62. Acedido em: 11-07-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.037>
- Mc Morrow, L., Ludbrook, A., Macdiarmid, J.I., Olajide, D. (2016). Perceived barriers towards healthy eating and their association with fruit and vegetable consumption. *Journal of Public Health*, 39 (2), 330–338 Acedido em: 10-06-2019. doi:10.1093/pubmed/fdw038
- Mead M., Guthe, CE. (1945) *Manuel for the study of food habits*, Bulletin of National Research Council, National Academy of Sciences 111, Éditions françaises avec une présentation d' A. Hubert e P. Poulain, Paris, Éditions Octares.
- Menozzi, D., Sogari, G., Mora, C. (2015). Explaining Vegetable Consumption among Young Adults: Na Application of the Theory of Planned Behaviour. *Nutrients*, 7, 7633-7650. Acedido em: 11-07-2019. doi:10.3390/nu7095357
- Munt, A.E., Partridge, S.R., Allman-Farinelli, M. (2017). The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: A scoping review. *Obesity Reviews* 18, 1–17. doi: 10.1111/obr.12472
- O'Brien, O., Lindsay, K., McCarthy, M., McGloin, A., Kennelly, M., Scully, H., McAuliffe, F. (2017). Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study. *Midwifery* 47, 28–

35. Accedido em: 11-06-2019. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.003>

Organização Mundial da Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. [s.l, s.n]. Acedido em: 20-01-2019. Disponível em:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwiVy_7H8fzfAhVHqxoKHUsVApwQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fpaginas-de-sistema%2Fsaude-de-a-a-z%2Fcarta-de-otawa-1986.aspx&usq=AOvVaw1jFDMn9iqIWIWJQ6346klAeF

Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. (2005) The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc*, 3(8):207-15. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00026. x.

Pem,D., Bhagwant, S., Jeewon, R. (2016). A Pre and Post Survey to Determine Effectiveness of a Dietitian-Based Nutrition Education Strategy on Fruit and Vegetable Intake and Energy Intake among Adults. *Nutrients*, 8, 127. Acedido em: 10-07-2019. doi:10.3390/nu8030127

Sohng, K-Y., Sohng, S. (2002). Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States. *Public Health Nursing*, 19(4), 294–300. Acedido em: 21-05-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2002.19409.x>

Uemura, K., Yamada, M., Okamoto,H. (2018). Effects of Active Learning on Health Literacy and Behavior in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *The American Geriatrics Society*, 66(9),1721–1729. Acedido em: 21-05-2019. Disponível em: DOI: 10.1111/jgs.15458

Velardo, S. (2015). The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,47(4),385-389. Acedido em: 2-05-2019. DOI: 10.1016/j.jneb.2015.04.328

Verhoeven, A.A.C., Watson, P., De Wit, S., (2017). Failing to pay heed to health warnings in a food associated. *Appetite*, 120 (2018), 616- 626. Acedido em: 11-07-2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.020>

World Health Organization (1997). Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI. Indonésia: Organização Mundial da Saúde. Acedido em: 19-01-2019. Disponível em: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

World Health Organization (1998). Health promotion. Glossary. Acedido em: 10-05-2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=2F86219F5F3EBCC38429CC9EC22361F0?sequence=1

ANEXOS

ANEXO I- ESTRATEGIA DE PESQUISA

21/05/2019

Imprimir Histórico de Pesquisas: EBSCOhost

S10	S6 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	206
S9	S6 AND S7 AND S8	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	278
S8	S4 OR S5	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	15,278
S7	S1 OR S2 OR S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	156,412
S6	(MH "Health Behavior")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	46,690
S5	"food choices"	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2,754
S4	(MH "Food Preferences")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	13,376
S3	(MH "Health Education")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	58,811

			Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	(MH "Health Knowledge, Attitudes, Practice")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	102,578
S1	(MH "Health Literacy")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	4,569



Tuesday, May 21, 2019 2:47:33 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S12	S6 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Restringir por SubjectAge: - aged, 80 & over Restringir por SubjectAge: - aged: 65+ years Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - adult: 19- 44 years Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	64
S11	S6 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral Restringir por SubjectAge: - aged, 80 & over Restringir por SubjectAge: - aged: 65+ years Restringir por SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Restringir por SubjectAge: - adult: 19- 44 years Restringir por SubjectAge: - all adult Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	65

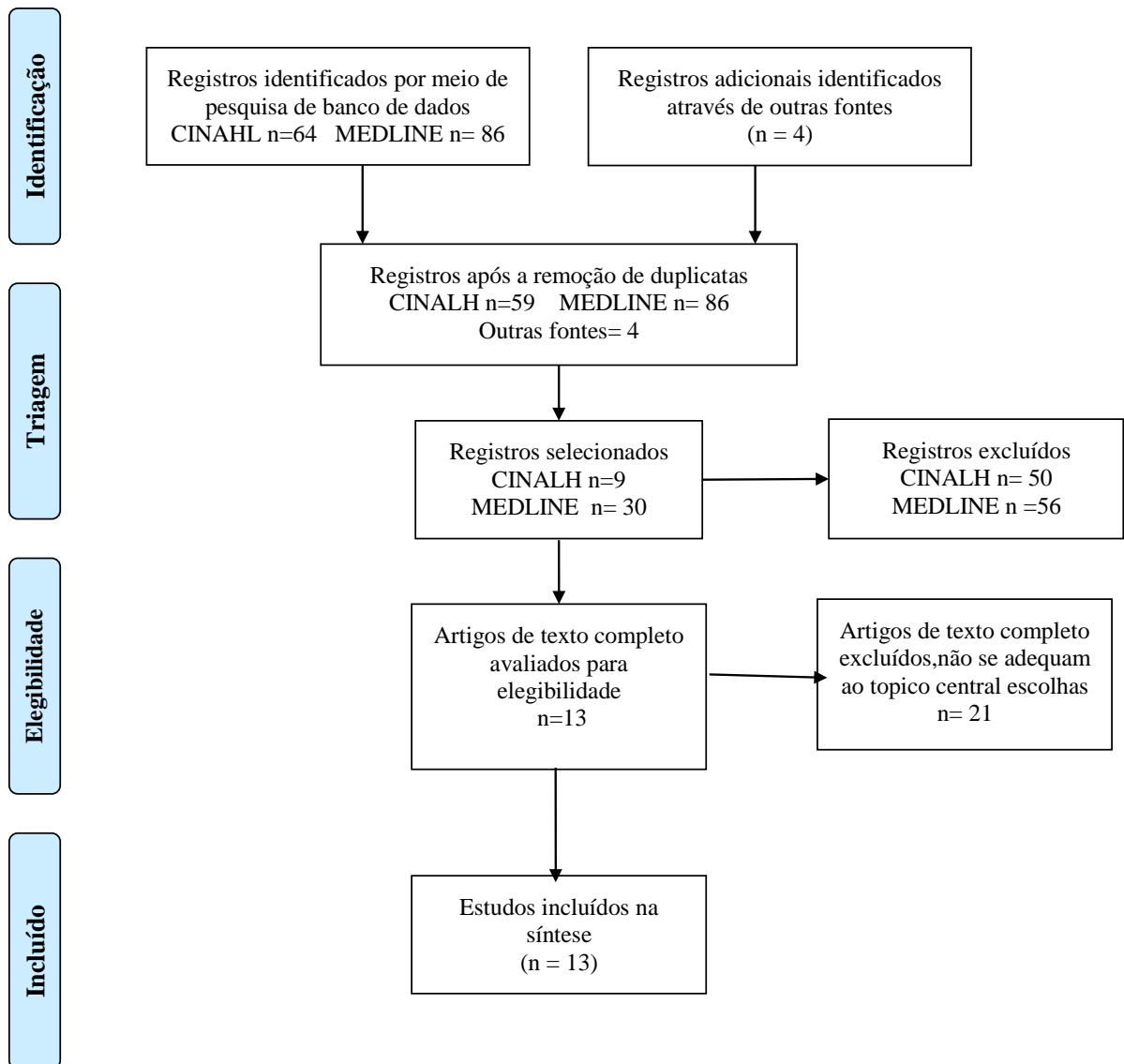
S10	S6 AND S7 AND S8	Limitadores - Texto Integral Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	146
S9	S6 AND S7 AND S8	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	196
S8	S4 OR S5	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	15,785
S7	S1 OR S2 OR S3	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	49,913
S6	(MH "Health Behavior")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	41,698
S5	(MH "Food Preferences")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	5,022
S4	(MH "Food Habits")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,663
S3	(MH "Health Education")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa	24,214

			Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S2	(MH "Health Knowledge")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	25,152
S1	(MH "Health Literacy")	Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,323

ANEXO II – PRISMA FLOW DIAGRAM



PRISMA 2009 Flow Diagram



APÊNDICES

APÊNDICE I – FERREMENTA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Ferramenta de Extração de Dados

Título da Revisão: Literacia em saúde e hábitos de alimentação saudáveis
Questão de Investigação: De que forma o nível de literacia em saúde influencia a escolha de hábitos de alimentação saudável?
Critérios de Inclusão (PCC) 1. Participantes: adultos com idades compreendidas entre os 19 até os 65 anos 2. Conceitos: a literacia e suas implicações nas escolhas de hábitos de alimentação saudável. 3. Contexto: qualquer context
Detalhes e Características Extraídas do Estudo Autor(s) _____ Ano de publicação _____ País de origem _____ Finalidade _____ População do estudo e tamanho da amostra _____ Tipo de estudo _____ Contexto _____ _____
Conclusões _____ significativas _____ obtidas _____ com _____ o estudo _____ _____

Adaptado de: *Methodology for JBI scoping reviews. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015.*

APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Artigo	Autores Ano de Publicação	Título	País	Objetivo	População/ Amostra	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusões
1	Verhoeven AAC, Watson P, de Wit S (2017) Appetite	Failing to pay heed to health warnings in a food-associated Environment	Holanda	Estudo 1: avaliar os efeitos das advertências de saúde na presença e ausência de estímulos associados. Estudo 2: analisar se os fatores associados aos alimentos têm menor influência quando as advertências de saúde são fornecidas antes de surgir a associação.	Alunos da universidade de Amsterdam/ 47 participantes Alunos da universidade de Amsterdam/ 75 participantes	Experimental	As percepções sobre alimentos não saudáveis era melhorada apos a leitura do aviso. Na ausência de estímulos associados à comida, os participantes escolheram lanches mais saudáveis. as informações fornecidas aos participantes durante a fase de pré-formação melhora a percepção sobre alimentos saudáveis.	Na presença de fatores ambientais associados aos alimentos, não são tomadas em consideração as advertências de saúde na escolha dos alimentos. As advertências de saúde mudaram as percepções em relação aos alimentos.
2	Machín, L., Aschemann- Witzel, J., Curutchet, M.R., Giménez, A., Ares, G.	Does front-of- pack nutrition information improve consumer ability to	Uruguay	Avaliar a influencia dos rótulos nutricionais na compra de alimentos saudáveis	População Alvo: Residentes em Montevideo Amostra	Randomizado	os produtos incluídos no carrinho de compras do grupo de controle foram menos saudáveis dos incluídos pelos participantes que completaram a tarefa com o sistema de aviso de semáforos.	A presença de rotulagem nutricional contribui para melhores escolhas de alimentos. Os rótulos são mais eficazes na mudança

	(2017). Appetite	make healthful choices? Performance of warnings and the traffic light system in a simulated shopping experiment			1182 pessoas, grupo controle, sem informação nutricional (n: 352), sistema de semáforos (n = 425) e sistema de aviso (n = 405)		os rótulos diminuíram significativamente o teor médio de calorias, açúcares e gorduras saturadas adquiridas pelos participantes. Participantes no grupo de controle compraram uma quantidade significativamente maior de calorias, açúcar, gordura e sódio do que aqueles expostos a advertências ou ao semáforo nutricional. A presença de informação nutricional diminuiu as despesas, sendo o semáforo mais eficaz.	de comportamentos quando as pessoas têm por meta melhorar a sua saúde. É necessário combinar o sistema de rotulagem nutricional ou o semáforo nutricional com estratégias educativas que aumentem o interesse por a alimentação saudável.
3	Brownie, S., (2013) Australasian Journal on Ageing,	Older Australians' views about the impact of ageing on their nutritional practices: Findings from a qualitative study	Austrália	explorar a opinião das pessoas mais velhas sobre como a envelhecer tem influenciado suas práticas alimentares	População: Indivíduos de 60 anos ou mais, residentes do distrito de Northern Rivers of NSW. Amostra: 29 participantes	Qualitativo: Grupos focais	Relataram: 1. não conseguir ingerir a mesma quantidade de alimentos. 2. o estado de saúde atual está relacionado com as escolhas e praticas alimentares. 3. sentir-se confusos em relação a qual é a dieta	Envelhecer foi associado a uma menor ingesta de alimentos. Exposição a diversas campanhas de educação nutricional levou aos participantes a duvidar da credibilidade das mensagens

							adequada para a pessoa idosa. 4. isolamento social, estado civil pode afetar as práticas alimentares em esta faixa etária	relacionadas com os alimentos. O qual tem implicações para atividades promotoras de uma alimentação saudável.
4	Menozzi, D., Sogari, G., Mora, C. (2015) Nutrients	Explaining Vegetable Consumption among Young Adults: An Application of the Theory of Planned Behaviour	Itália	compreender os principais determinantes do consumo de vegetais entre os jovens adultos para sugerir possíveis estratégias de intervenção.	População Estudantes da universidade de Parma. Amostra 751 estudantes	Estudo transversal	1.O consumo de vegetais foi de 3 porções/dia 2. as mulheres têm uma atitude mais positiva em relação ao consumo de vegetais. 3. os estudantes responsáveis pela compra de alimentos têm uma atitude mais positiva ao consumo de vegetais. 4. alunos matriculados em cursos universitários relacionados com a alimentação tem atitudes mais positivas em relação aos vegetais. 5. alunos responsáveis pela compra de alimentos são também responsáveis pela sua preparação.	as características sociodemográficas e pessoais influenciam as atitudes em relação ao consumo de vegetais. Atitudes, são preditores de intenções, enquanto o comportamento é significativamente afetado por intenções. Isto sugere que os esforços para aumentar as intenções por meio de segmentação atitudes, normas subjetivas pode provocar um aumento do consumo de vegetais. O sexo, estudos acadêmicos

						<p>6. O local de origem dos estudantes influencia as atitudes para o consumo</p> <p>7. Os alunos com maior autoeficácia relatam maior consumo de vegetais.</p> <p>8. Os alunos mostram uma atitude positiva ao consumo de frutas e legumes.</p> <p>9. descrevem maior pressão social por parte dos profissionais sanitários e das famílias para realizar um consumo adequado de frutas e legumes.</p> <p>10. A prática de atividades físicas leva a atitudes mais positivas e maior confiança em relação ao consumo de vegetais.</p> <p>11. As características sociodemográficas e fatores pessoais influenciam as intenções e comportamentos de consumo</p>	<p>relacionados com a alimentação ou atividade física são fatores que influenciam a percepção sobre as dificuldades em realizar um comportamento saudável .</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

5	<p>Pem,D., Bhagwant, S., Jeewon, R. (2016) Nutrients</p>	<p>A Pre and Post Survey to Determine Effectiveness of a Dietitian-Based Nutrition Education Strategy on Fruit and Vegetable Intake and Energy Intake among Adults</p>	<p>Ilhas Maurício</p>	<p>avaliar a eficácia de um programa de educação nutricional multicomponente entre os adultos</p>	<p>População: Utentes de 2 centros comunitários Amostra: 353 adultos</p>	<p>Estudo randomizado</p>	<p>1.elevado consumo de carboidratos e vegetais entre adultos. 2. maior ingesta de vegetais e fruta nas mulheres. 3. o nível económico, os conhecimentos em nutrição, nível de escolaridade ou a atividade física não tiveram influência no consumo de vegetais e frutas. 4. a maioria dos adultos revelam baixos níveis de atividade. 5. o conhecimento nutricional está associado a idade</p> <p>Apos o programa educacional conseguiu-se uma 1. diminuição de açúcar no lanche 2. os participantes revelam como barreiras as preferências, a falta de motivação</p>	<p>Os participantes que assistiram à intervenção educação nutricional relataram mudanças nos comportamentos alimentares, conhecimentos e atitudes. Após a intervenção verificou-se um aumento significativo no consumo de frutas, e no conhecimento nutricional. Fatores que influenciam o conhecimento nutricional são: idade, sexo e nível de educação. O Sabor foi a principal barreira para a aplicação da estratégia de educação nutricional.</p>
---	--	--	-----------------------	---	--	---------------------------	--	--

6	Munt, A.E., Partridge, S.R., Allman- Farinelli, M. (2017) Obesity Reviews	The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: A scoping review	Austrália	sintetizar a base de barreiras e facilitadores de uma alimentação saudável entre os jovens adultos.	Os dados foram recolhidos a partir de 34 artigos	Scoping review	<p>1.Os estudos maioritariamente eram desenvolvidos em ambiente universitário.</p> <p>2.o tamanho medio era de 400pessoas, maioritariamente mulheres.</p> <p>3. as principais barreiras a uma alimentação saudável são: falta de conhecimentos e habilidades para planejar, comprar e cozinhar os alimentos; a falta de motivação; o sabor, o baixo preço de alimentos pouco saudáveis, componente emocional que induz ao consumo de alimentos pouco saudáveis, a dieta pouco saudável da família e amigos. Fatores que facilitam uma alimentação saudável: dieta saudável de família e amigos, apoio da família para adotar uma dieta saudável, o desejo de melhorar a saúde e o peso, a auto-motivação para uma alimentação saudável</p>	Os principais fatores que favorecem uma dieta saudável são: a procura de uma melhoria da saúde, o controlo de peso e a aceitação social. A auto motivação promove a manutenção do comportamento ao longo do tempo, como a procura de melhores resultados de saúde. As barreiras e facilitadores identificados podem fundamentar futuras intervenções na promoção de hábitos de alimentação saudável.
---	---	---	-----------	---	--	----------------	--	--

7	<p>O'Brien, O., Lindsay, K., McCarthy, M., McGloin, A., Kennelly, M., Scully, H., McAuliffe, F.</p> <p>(2017)</p> <p>Midwifery</p>	<p>Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: A qualitative study</p>	<p>Irlanda</p>	<p>Explorar os factores que influenciam as escolhas de alimentos e a atividade física na grávida</p>	<p>População: mulheres grávidas frequentadoras de um centro de saúde Amostra: grávidas com idade compreendida entre os 18- 45, com IMC 25-39 sem história de diabetes ou outras doenças. Amostragem por conveniência</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>As mulheres referem os fatores pessoais como a fadiga ou as preferências pessoais, gostos pessoais como determinantes na escolha de alimentos. A valorização da saúde estava ligada ao contexto socio-cultural, mulheres com um maior nível educacional e idade acreditam nos benefícios da alimentação saudável.</p> <p>A gravidez é um período da vida da mulher motivador a mudança de hábitos de alimentação saudável. Outro fator que influencia as escolhas são as influências sociais, amigos e família. O aspeto económico também foi importante para as grávidas entrevistadas. Igualmente importante é a educação em relação a alimentação saudável.</p>	<p>A gravidez é uma etapa facilitadora para a adoção de hábitos de alimentação saudável.</p> <p>As estratégias a implementar em devem estar baseadas em motivações intrínsecas para assim estas perdurarem a longo prazo.</p>
---	--	--	----------------	--	--	---------------------------	---	---

							Devem ser desenvolvidas estratégias centradas na família.	
8	<p>Everett-Murphy, K., De Villiers, A., Ketterer, E., Steyn, K. (2015)</p> <p><i>Health Education Research</i></p>	<p>Using formative research to develop a nutrition education resource aimed at assisting low-income households in South Africa adopt a healthier diet</p>	<p>Africa do Sul</p>	<p>Orientar o desenvolvimento de um recurso informativo adequado a situação socioeconómica de Africa do Sul.</p>	<p>População: Residentes do Africa Do Sul.</p> <p>Amostra: 167 participantes</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>Muitos participantes tinham conhecimentos errados sobre o que é uma dieta saudável, não sendo esta associada a prevenção de doenças não transmissíveis. O consumo de arroz o pão está associado a um ritual social. Os participantes sinalam com uma barreira a pouca disponibilidade nas lojas de alimentos saudáveis</p>	<p>Este estudo permitiu determinar os fatores que influenciam a adoção de uma dieta saudável na Africa do Sul, pontos que posteriormente foram abordados em um livro editado para desenvolver a literacia nutricional pelos autores do estudo.</p>
9	<p>Mc Morrow, L., Ludbrook, A., Macdiarmid, J.I., Olajide, D. (2016)</p> <p><i>Journal of Public Health</i></p>	<p>Perceived barriers towards healthy eating and their association with fruit and vegetable consumption</p>	<p>Reino Unido</p>	<p>Estudar a relação entre as barreiras percebidas à alimentação saudável e o consumo de frutas e vegetais.</p>	<p>População Alvo: Residentes na Escócia</p> <p>Amostra 8.319</p>	<p>Estudo Transversal</p>	<p>A falta de força de vontade é a barreira mais relatada tanto por homens como mulheres, seguidamente o custo dos alimentos. As mulheres que revelam falta de habilidades culinárias tinham um 10,4% menos probabilidade de cumprir as recomendações de consumo de fruta e vegetais.</p>	<p>Nem todas as barreiras comumente associadas a uma alimentação saudável estão significativamente associadas ao consumo de frutas e vegetais.</p>

							<p>O sabor dos alimentos saudáveis, os tempos de preparação também foram identificados como barreiras significativas a uma dieta saudável.</p> <p>A falta de conhecimentos foi relatada em um 6 % das entrevistas.</p> <p>Indivíduos com melhor nível de conhecimento consomem mais frutas e legumes.</p>	
10	<p>Kyeong-Yae Sohng, Sue Sohng, Hye-A Yeom. (2002) Public Health Nursing</p>	<p>Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Explorar os comportamentos promotores da saúde entre idosos imigrantes coreanos, e examinar as relações destes comportamentos com autoeficácia e estado de saúde percebido.</p>	<p>População Alvo: indivíduos usuários de 2 centros de idosos. Amostra por conveniência: 110 idosos coreanos.</p>	<p>Estudo transversal.</p>	<p>Entrevistados com mais educação tem mais comportamentos promotores da saúde. estes comportamentos estavam relacionados com as áreas da nutrição, exercício, autorrealização e responsabilidade em saúde. Entrevistados com melhor nível educativo apresenta maiores escores de autoeficácia.</p>	<p>A autoeficácia esta associada positivamente com a promoção da saúde. O aumento da autoeficácia pode ser uma estratégia útil para aumentar o envolvimento nos comportamentos promotores da saúde.</p> <p>A educação é um fator importante na promoção de estilos de vida saudáveis.</p>

								As barreiras linguísticas limitam o acesso dos imigrantes aos recursos existentes na comunidade.
11	Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D., Crotty, K. (2011) Annals of Internal Medicine	Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review.	Estados Unidos	Atualizar uma revisão sistemática de 2004 e determinar se baixos níveis de literacia em saúde estão relacionados com o uso dos serviços de saúde, os custos e as iniquidades em saúde.	artigos em língua Inglês identificados através MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ERIC e Biblioteca Cochrane.	Revisão sistemática da literatura.	9 estudos demonstraram aumento do uso dos serviços de saúde em indivíduos com menor literacia em saúde. 4 estudos demonstraram fraca adesão aos rastreios. 6 estudos fornecem evidências sobre a relação entre a literacia e as habilidades para a toma correta da alimentação. Baixa literacia em saúde está associada a uma interpretação inadequada dos rótulos tanto alimentares como da terapêutica. Pessoas idosas com baixos níveis de literacia apresentam mais problemas de saúde	Baixos níveis de literacia em saúde provocam desigualdades em saúde. A literacia em saúde não está só associada ao conhecimento em saúde, também ao uso dos serviços de saúde, a toma correta da terapêutica. baixos níveis de literacia em saúde estão associados a maior mortalidade.

12	Kazuki Uemura, Minoru Yamada, and Hiroshi Okamoto (2018) The American Geriatrics Society.	Effects of Active Learning on Health Literacy and Behavior in Older Adults: A Randomized Controlled Trial	Japão	Investigar os efeitos de um programa de educação ativa sobre exercício, nutrição e atividade cognitiva em relação a alfabetização em saúde.	Indivíduos com 65 anos ou mais residentes em uma comunidade rural no Japão (Imizu) Amostra 84 idosos.	Estudo Clínico Randomizado	Os participantes após os cursos se tornaram mais confiantes em relação a suas capacidades para acessar, compreender e avaliar informações de saúde. Os participantes demonstraram mais capacidade para comportamentos de prevenção da saúde relacionados com os estilos de vida. A função cognitiva, física e a variedade de alimentos na dieta melhoraram igualmente.	A aprendizagem ativa para a promoção da saúde levou a uma melhoria significativa na literacia em saúde. A aprendizagem ativa pode promover um estilo de vida saudável.
13	Velardo, S. (2015) Journal of Nutrition Education and Behavior.	The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy	Australia.	Aborda a temática da literacia em saúde e a literacia nutricional.	Não aplicável	Artigo de opinião	Surgiu maior interesse pela literacia nutricional e alimentar para abordar os conhecimentos e habilidades para uma alimentação saudável. Propõe a aplicação do modelo de Nutbeam para o desenvolvimento da literacia nutricional. A literacia nutricional deve ter em consideração os fatores sociais, culturais e ambientais.	Práticas alimentares adequadas são o resultado esperado de uma adequada literacia nutricional. A literacia nutricional está mediada pelos determinantes sociais pelo que é necessário considerar as competências relevantes para os diferentes grupos.

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE ESTÁGIO

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 documento.

O projeto de intervenção comunitária “*Literacia funcional em saúde: promoção de hábitos de alimentação saudável*” encontra-se inserido na Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária II, no 10º Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa com a orientadora a Exma. Professora Andreia Silva da Costa e o Exmo. Enfermeiro António Patronilho.

Este projeto destina-se a promover hábitos de alimentação saudável, de forma a reduzir comportamentos alimentares que potenciem o risco do desenvolvimento de complicações de saúde.

Com esta finalidade peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário (aproximadamente 15 minutos) de forma voluntária e sem prejuízos caso não queira participar. Este projeto obteve a autorização da direção do ACES Loures- Odivelas e teve o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do ARSLVT.

Grata pela sua colaboração,

A investigadora,

(Vanessa Núñez, enfermeira)

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que 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 voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:
..... /..... /.....

Data:

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE III – OBJETIVOS DO ESTÁGIO

Os objetivos definidos para o estágio na UCSP são:

- Identificar a área de influência geodemográfica da UCSP;
- Compreender a estrutura organizacional da UCSP;
- Conhecer as consultas da UCSP que dão resposta aos Programas de Saúde da DGS;
- Identificar os recursos existentes na unidade;
- Desenvolver os procedimentos éticos relativos ao pedido de autorização à CES da ARSLVT;
- Efetuar uma revisão sistemática da literatura, de forma a fundamentar a intervenção na evidência;
- Definir o referencial teórico que mais se adequa a temática.

APÊNDICE IV- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

**APÊNDICE V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO A DIRETORA
EXECUTIVA DO ACES LOURES ODIVELAS**

Dr.ª Ileine Lopes
Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Loures Odivelas
Comissão do
Ética

18/4/19

ILEINE LOPES
DIRETORA EXECUTIVA
ACES LOURES - ODIVELAS

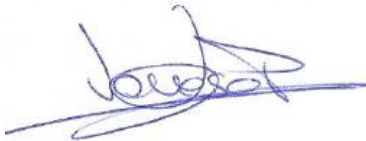
Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Loures Odivelas

Dr.ª Ileine Lopes

Eu, Vanesa Pedraza Núñez, Enfermeira do ACES Loures Odivelas, a exercer funções na UCSP Moscavide, com cédula profissional nº 49604 e nº. mecanográfico 14891, a frequentar o 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Venho por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para a realização do Projeto de intervenção comunitária, "*Literacia em saúde: promoção de hábitos de alimentação saudável*" na UCSP Moscavide do ACES Loures- Odivelas. Este projeto tem como objetivo fomentar a promoção de hábitos de alimentação saudável através da capacitação dos utentes mediante o aumento do nível de literacia. No âmbito da consulta de enfermagem os utentes, que falem português, serão convidados a participar no projeto mediante o preenchimento de um inquérito, de forma voluntária, após o seu consentimento informado escrito, livre e esclarecido.

Peço deferimento,



António Patronilha
RESPONSÁVEL DE ENFERMAGEM



Moscavide, 9 de abril de 2019

APENDICE VI - TABELAS DA ANÁLISE DOS DADOS

Tabela I – UTENTES COM FILHOS DISTRIBUIDOS PELA DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

Utentes com filhos, distribuídos pelas diferentes faixas etárias (%)

Faixa Etária	Sem filhos		com filhos	
	n	% de N da tabela	n	% de N da tabela
18-24 anos	1	2,7%	0	0,0%
25- 34 anos	4	10,8%	5	13,5%
35-54 anos	2	5,4%	20	54,1%
55-64 anos	1	2,7%	1	2,7%
mais de 65 anos	0	0,0%	3	8,1%

tabela II- Distribuição das respostas do questionário NVS-PT pelas categorias possíveis (%)

Distribuição das respostas do questionário NVS-PT pelas categorias possíveis (%)

		n	% de N da tabela
Se comer a embalagem de gelado inteira, qual o total de calorias consumidas?	incorreto/não sabe/não responde	25	67,6%
	Correto	12	32,4%
Se lhe for permitido ingerir 60 gramas de hidratos de carbono à sobremesa, qual a quantidade de gelado poderá comer?	incorreto/não sabe/não responde	26	70,3%
	Correto	11	29,7%
O seu medico aconselha-o a reduzir a quantidade de gordura saturada na sua dieta. Normalmente, ingere, em média, 42 gramas de gordura saturada por dia, que já inclui uma porção de gelado. Se deixar de comer esse gelado, quantas gramas de gordura saturada irá consumir?	incorreto/não sabe/não responde	29	78,4%
	Correto	8	21,6%
Se consome normalmente 2500Kcal num dia, qual a percentagem de calorias diárias que iria ingerir se comesse uma porção?	incorreto/não sabe/não responde	31	83,8%
	Correto	6	16,2%
É seguro para si comer este gelado?	incorreto/não sabe/não responde	13	35,1%
	Correto	24	64,9%
Se a resposta anterior foi "Não". Porque não?	incorreto/não sabe/não responde	18	48,6%
	Correto	19	51,4%

tabela III- Distribuição da amostra pelos diferentes níveis de literacia funcional em saúde (%)

Distribuição da amostra pelos diferentes níveis de literacia funcional em saúde %

	<i>n</i>	<i>% de N da tabela</i>
<i>alta probabilidade de literacia limitada</i>	16	43,2
<i>possibilidade de literacia limitada</i>	13	35,1
<i>quase sempre indica literacia adequada</i>	8	21,6
<i>Total</i>	37	100,0

tabela IV- Distribuição da amostra pelos níveis de literacia funcional em saúde, análise face à idade e sexo (%)

DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELOS NÍVEIS DE LITERACIA FUNCIONAL EM SAÚDE, ANÁLISE FACE À IDADE E SEXO (%)								
			Nível Literacia Funcional em saúde					
			alta probabilidade de literacia F. limitada		possibilidade de literacia F. limitada		quase sempre indica literacia F. adequada	
			n	%	n	%	n	%
Sexo Masculino	Faixa Etária	18-24 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	2,7%
		25- 34 anos	2	5,4%	1	2,7%	0	0,0%
		35-54 anos	2	5,4%	3	8,1%	0	0,0%
		55-64 anos	0	0,0%	1	2,7%	0	0,0%
		mais de 65 anos	1	2,7%	0	0,0%	0	0,0%
Feminino	Faixa Etária	18-24 anos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
		25- 34 anos	2	5,4%	1	2,7%	3	8,1%
		35-54 anos	7	18,9%	7	18,9%	3	8,1%
		55-64 anos	1	2,7%	0	0,0%	0	0,0%
		mais de 65 anos	1	2,7%	0	0,0%	1	2,7%

**tabela V. – Distribuição da amostra pelos níveis de literacia funcional em saúde,
análise face as habilitações literárias (%)**

**Distribuição da amostra pelos níveis de literacia funcional em saúde, análise face as
habilitações literárias (%)**

		Habilitações Literárias					
		E. Básico		E Secundário		E Superior	
		n	% de N da tabela	n	% de N da tabela	n	% de N da tabela
Níveis de Literacia Funcional em Saúde	alta probabilidade de literacia funcional em saúde limitada	13	35,1%	1	2,7%	2	5,4%
	possibilidade de literacia funcional em saúde limitada	6	16,2%	3	8,1%	4	10,8%
	quase sempre indica literacia funcional em saúde adequada	1	2,7%	0	0,0%	7	18,9%

APÊNDICE VII - PLANOS DE SESSÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS

PLANO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Plano da sessão da educação para a saúde sobre a roda dos alimentos e a sopa como recurso para a introdução de vegetais na dieta diária de adultos e crianças.

- ▶ **Local:** Sala de reuniões da UCSP.
- ▶ **Data:** janeiro 2020.
- ▶ **Formador:** Enfermeira Mestranda
- ▶ **Duração:** 30 minutos
- ▶ **População Alvo:** Utentes frequentadores da UCSP, que aceitaram o convite para a atividade
- ▶ **Objetivo Geral:** Promover os conhecimentos dos utentes frequentadores da UCSP, sobre a importância do consumo de frutas e vegetais e apresentar estratégias para a introdução dos mesmos na dieta diária.
Incentivar a adoção de hábitos de alimentação saudáveis nos utentes frequentadores da UCSP
- ▶ **Objetivos específicos:**
 - ▶ Que pelo menos 75% dos utentes contactados para a sessão de educação para a saúde compareçam;
 - ▶ Que pelo menos 75% dos utentes que participam na sessão de educação para a saúde, identifiquem 3 grupos alimentares presentes em uma alimentação saudável;
 - ▶ Que pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde reconhecem 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais;
 - ▶ Que pelo menos 75 % dos utentes que comparecem a sessão de educação para a saúde identifiquem 3 razões para o consumo da sopa;
 - ▶ Que pelo menos 75% dos utentes que participaram na sessão de educação para a saúde referem sentir-se satisfeito com a mesma.
- ▶ **Recursos didáticos:** Computador, Projetor, Diapositivos

► **Instrumento de avaliação:** questionário

► **Documentação de apoio a distribuir aos participantes:** Folheto sobre a roda dos alimentos e folheto sobre os benefícios da sopa

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora Exposição da temática da sessão Explicação da dinâmica da sessão	Expositivo	Computador Projeter diapositivos	5 min
Desenvolvimento	Roda dos alimentos Benefícios do consumo de frutas e vegetais A sopa como estratégia para o consumo de legumes	Expositivo	Computador Projeter diapositivos	15 min
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Distribuição de material de apoio à sessão Agradecimento	Expositivo Interrogativo	Computador Projeter Diapositivos Folheto a roda dos alimentos e folheto sobre a sopa	5 min
Avaliação	Presença na sessão Aplicação questionário	Interrogativo	Questionário	5 min

Plano da sessão da educação para a saúde sobre o rotulo nutricional.

- ▶ **Local:** Sala de reuniões da UCSP.
- ▶ **Data:** janeiro 2020.
- ▶ **Formador:** Enfermeira Mestranda
- ▶ **Duração:** 35 minutos
- ▶ **População Alvo:** Utentes frequentadores da UCSP, que aceitaram o convite para a atividade
- ▶ **Objetivo Geral:** Contribuir para o aumento de conhecimentos sobre a informação presente num rotulo alimentar dos utentes frequentadores da UCSP.
- ▶ **Objetivos específicos:**
 - ▶ Que pelo menos 75% dos utentes contactados para participar na sessão de educação para a saúde compareçam;
 - ▶ Que pelo menos 75% dos utentes envolvidos na sessão de educação para a saúde, identifiquem 2 elementos presentes nos rótulos alimentares;
 - ▶ Que pelos menos 75% dos utentes que participam na sessão identifiquem o descodificador de rótulos como ferramenta para a leitura do rotulo nutricional;
 - ▶ Que pelo menos 75% dos participantes reconheçam os produtos a evitar segundo o código de cores do descodificador de rótulos;
 - ▶ Que pelo menos 75% dos utentes que participam na sessão de educação para a saúde refiram sentir-se satisfeito com a mesma.
- ▶ **Recursos didáticos:** Computador, Projetor, Diapositivos, embalagens de produtos alimentares
- ▶ **Instrumento de avaliação:** questionário sobre o rotulo nutricional

► **Documentação de apoio a distribuir aos participantes:** Folheto sobre o rotulo nutricional

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora Exposição da temática da sessão Explicação da dinâmica da sessão	Expositivo	Computador Projeter diapositivos	5 min
Desenvolvimento	Elementos mais importantes no rotulo alimentar Apresentação do descodificar de rótulos e como o utilizar Relação com a alimentação saudável.	Expositivo Interativo	Computador Projeter Diapositivos Embalagens de alimentos	20 min
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas Distribuição de material de apoio à sessão Agradecimento	Expositivo Interrogativo	Computador Projeter diapositivos	5 min
Avaliação	Presença na sessão Aplicação questionário	Interrogativo	questionário	5 min

APÊNDICE VIII- PLANOS DAS ATIVIDADES

PLANO DAS ATIVIDADES

Atividades	Objetivo/Metas	Programação	Local	Procedimento	Recursos Humanos	Avaliação
Sessão de educação para a saúde sobre a roda dos alimentos e os benefícios da sopa	<p>Que pelo menos 75% dos utentes contactados para a sessão de educação para a saúde compareçam;</p> <p>- Que pelo menos 75% dos utentes que participam na sessão de educação para a saúde identifiquem 3 grupos alimentares presentes em uma alimentação saudável;</p> <p>Que pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde reconhecem 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais;</p> <p>-Que pelo menos 75 % dos utentes que comparecem a sessão de educação para a saúde identifiquem 3 razões para o consumo da sopa;</p>	Janeiro 2020	Sala de reuniões da UCSP	<p>Apresentação de diapositivos pelo método expositivo.</p> <p>Distribuição de material de apoio.</p>	Enfermeira mestranda	<p>- nº utentes presentes na sessão/ nº utentes convocados para a sessão</p> <p>- nº de utentes presentes na sessão que identificam 3 grupos alimentares presentes em uma alimentação saudável/ nº de utentes que assistiram a sessão</p> <p>- nº utentes que participaram na sessão que reconhecem 3 benefícios do consumo de frutas e vegetais/ nº utentes que assistiram a sessão</p> <p>- nº de utentes que identificam 3 razões para o consumo da sopa/ nº utentes presentes na sessão de educação para a saúde</p>

PLANO DAS ATIVIDADES

Atividades	Objetivo/Metas	Programação	Local	Procedimento	Recursos Humanos	Avaliação
Sessão de educação para a saúde sobre a roda dos alimentos e os benefícios da sopa	-Que pelo menos 75% dos utentes que participam na sessão de educação para a saúde refiram sentir-se satisfeito com a mesma.	Janeiro 2020	Sala de reuniões da UCSP	Apresentação de diapositivos pelo método expositivo. Distribuição de material de apoio.	Enfermeira mestranda	- nº de utentes que referem sentir-se satisfeitos com a sessão de educação para a saúde/ nº de utentes presentes na sessão de educação para a saúde

PLANO DAS ATIVIDADES

Atividades	Objetivo/Metas	Programação	Local	Procedimento	Recursos Humanos	Avaliação
Sessão de educação para a saúde sobre o rotulo nutricional	<p>Que pelo menos 75% dos utentes contactados para participar na sessão de educação para a saúde comparecem,</p> <p>- Que pelo menos 75% dos utentes envolvidos na sessão de educação para a saúde, identificam 2 elementos presentes nos rótulos alimentares,</p>	Janeiro 2020	Sala de reuniões da UCSP	Apresentação de diapositivos pelo método expositivo.	Enfermeira mestranda	<p>nº utentes que participaram na sessão de educação/ nº de utentes contactados para assistirem a sessão de educação para a saúde,</p> <p>-nº utentes envolvidos na sessão de educação que identificam 2 elementos presentes em um rotulo alimentar/ nº utentes presentes na sessão de educação para a saúde;</p>

PLANO DAS ATIVIDADES

Atividades	Objetivo/Metas	Programação	Local	Procedimento	Recursos Humanos	Avaliação
Sessão de educação para a saúde sobre o rotulo nutricional	<p>-Que pelos menos 75% dos utentes que participam na sessão identifiquem o descodificador de rótulos como ferramenta para a leitura do rotulo nutricional,</p> <p>-Que pelo menos 75% dos utentes que participam na sessão de educação para a saúde identifiquem os produtos a evitar segundo o código de cores do descodificador de rótulos;</p> <p>-Que pelo menos 75% dos utentes que participam na sessão de educação para a saúde refiram sentir-se satisfeito com a mesma;</p>	Janeiro 2020	Sala de reuniões da UCSP	<p>Apresentação de diapositivos pelo método expositivo.</p> <p>Método interativo:</p> <p>distribuição de 3 embalagens diferentes de alimentos para a leitura dos rótulos com o descodificador</p> <p>Distribuição de material de apoio.</p>	Enfermeira mestranda	<p>-nº utentes envolvidos na sessão de educação que identificam o descodificador de alimentos como ferramenta de leitura do rotulo nutricional/nº utentes presentes na sessão de educação para a saúde</p> <p>-nº de utentes que reconhecem os produtos a evitar segundo o código de cores do descodificador/nº de utentes presentes na sessão de educação para a saúde</p> <p>nº de utentes que referem sentir-se satisfeitos com a sessão de educação para a saúde/ nº utentes presentes na sessão de educação para a saúde</p>

**APÊNDICE IX- DIAPOSITIVOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA
A SAÚDE.**

ALIMENTAÇÃO SAUĐAVEL

A RODA DOS ALIMENTOS.

A SOPA ESTÁ NA MESA!



Vanessa Pedraza Núñez. Aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária



O que é a roda dos alimentos?

- É uma imagem que procura mostrar quais os alimentos que devem fazer parte de uma alimentação saudável;
- Tem forma de um prato;
- Esta dividida em 7 partes.



Para que serve a roda dos alimentos?

- Permite escolher e a combinar os alimentos da nossa alimentação diária;
- Cada grupo tem funções específicas na nossa alimentação.

Fonte: <https://www.dsp.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos.pdf>



Porque a roda está dividida em partes?

- Cada parte do “prato” mostra um grupo alimentar (grupo de alimentos parecidos);
- Todos são diferentes, mas todos eles devem estar na nossa alimentação diária;
- Dentro do mesmo grupo, os alimentos têm algumas características parecidas, o que faz com que se possam substituir entre eles;



Fonte: <https://www.dapqz.com/obras-de-qualidade/alimentacao-roda-dos-alimentos.pdf>



À roda da alimentação

1. Cereais e derivados. 4-11 porções /dia

- Pão, tostas, flocos de cereais, massa, arroz, batata, batata doce, tapioca,
- Dão energia para realizar as atividades do dia.



2. Hortícolas. (Alimentos que se cultivam na horta) 3- 5 porções/dia

- Cenoura, nabo, couve, cebola, nabiça, grelos, alface....
- O segundo grupo mais importante na roda dos alimentos;
- Fornecem água, minerais, vitaminas e fibras;
- Comer todos os dias melhora o funcionamento dos intestinos, aumenta as defesas, ajuda no controlo do peso, previne o aparecimento de vários tipos de cancro ou diabetes.

À roda da alimentação

3. Fruta. 3-5 porções/dia

- Pera, maçã, banana, laranja, ananás...
- Fornecem água, vitaminas, minerais e fibras;
- Melhora a tensão arterial, reduz os níveis de colesterol, previnem vários tipos de cancro, o envelhecimento da pele, as doenças do coração, a obesidade, o Alzheimer e melhora a memória.



4. Leite e derivados. 2-3 porções /dia

- Leites, iogurtes, queijo e requeijão;
- Fornecem cálcio e proteínas.



À roda da alimentação

5. Carne, pescado e ovos. 1 porção e meia -4 porções e meia/dia

- Carnes, ovos, pescados (marisco, moluscos...)
- Fonte de proteínas, vitaminas e minerais.



6. Leguminosas. 1-2 porções/dia

- Ervilhas, grão de bico, feijão, lentilhas...
- Fonte de energia e proteínas de qualidade;
- Podem substituir aos alimentos do grupo das carnes, pescado e ovos em algumas refeições;
- 3-6 colheres de sopa = 50-100gr de carne;
- Leguminosas + cereais = um aporte completo de proteínas. Por exemplo o arroz de feijão



À roda da alimentação

No centro da roda está a água porque é **imprescindível** à vida e está presente em todos os alimentos.

- Deve beber entre 1,5 a 2 litros de água por dia,
- Beber pouca água pode levar ao aparecimento de prisão de ventre, dores de cabeça, dores musculares, menor capacidade de concentração e mau funcionamento dos rins.



7. Gorduras e óleos. 1-3 porções/dia

- Azeite, óleo alimentar, margarina, manteiga e banha
- Fornecem ácidos gordos essenciais (ácidos que o nosso corpo não consegue produzir, são necessários para o crescimento e essências para defendermos nas infeções)





O que é uma porção?

- Cereais
 - 1 pão;
 - 1 fatia de Broa;
 - 6 bolachas maria/agua e sal;
 - 2 colheres de sopa de massa/arroz crus;
 - 1 Batata e meia.
- Hortícolas
 - 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas cruas;
- Fruta
 - 1 peça de fruta de tamanho medio;
- Lactínios
 - 1 chávena almoçadeira de leite;
 - 1 iogurte liquido ou 1 iogurte solido e meio;
 - 2 fatias finas de queijo.



Fonte: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload/a/alimentacao-rota-dos-alimentos.pdf.aspx>



O que é uma porção?

- Carne, pescado e ovos
 - 30 gr de carne/pescado crus;
 - 1 ovo tamanho médio (S,M,L, XL);
- Leguminosas
 - 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas;
 - 3 colheres de sopa de leguminosas cozinhadas;
- Gorduras
 - 1 colher de sopa de azeite/óleo;
 - 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina.



Fonte: http://www.alimentacao.gov.pt/dgs-pt/activa/app/og-content/files/inf/114440879/Carne_FrutosCereais_ChiBem-euRODASOALIMENTOS.pdf



Dicas

1. Prefira o pão fresco é mais económico;
2. Escolha frutas e hortícolas da época, são mais económicas;
3. O peixe congelado é uma opção inteligente por preço e qualidade;
4. O ovo é uma boa alternativa à carne vermelha e ao peixe e é mais económico. Pode consumir 1 ovo/dia
5. Prefira cereais integrais (pão escuro, massa escura e arroz integral) que têm mais fibra;
6. Prefira o azeite virgem pelo efeito protetor contra as doenças do coração;
7. O consumo de **sopa** ao início do almoço e o jantar e de **3 peças de fruta** por dia **garantem o consumo adequado de frutas e hortícolas.**



Porque devemos comer sopa?

- A sopa deve fazer parte de uma refeição completa e saudável;
- Boa fonte de água;
- Aumenta o consumo de hortícolas a refeição;
- Tem um elevado valor nutricional (vitaminas e minerais) e baixo aporte calórico;
- No início da refeição ajuda a regular a quantidade que consumimos do prato principal;
- Aumenta a sensação de saciedade;
- Melhora o funcionamento do intestino.



Fonte: <https://nutrimento.pt/dicas/10-boas-razoes-para-comer-sopa/>



Como preparamos a sopa?

A receita é simples!

Para uma pessoa:

- 1 batata média ou 2 colheres de sopa de arroz ou massa crus;
- 180g de 3 ou 4 hortícolas diferentes de preferência um verde;
- Água;
- 1 colher de chá de azeite no final da preparação.



Fonte: <https://nutrimento.pt/dicas/10-boas-razoes-para-comer-sopa/>



Dicas para a preparação da sopa

- Faça a base da sopa para uma semana (pode congelar);
- Para elaborar a base da sopa coloque batata, arroz ou massa;
- A cada dia adicione 1 hortaliça diferente;
- Pode adicionar leguminosas como o feijão ou o grão;
- A sopa pode ser o único prato da refeição desde que adicione carne ou legumes;
- Se não vai aproveitar a água da cozedura, use a quantidade mínima necessária ou prefira cozer os legumes ao vapor;
- Hortaliças e legumes congelados são uma boa opção;
- Utilize ervas aromáticas para reduzir o consumo de sal.



Fonte: <https://nutrimento.pt/dicas/10-boas-razoes-para-comer-sopa/>



Referencias Bibliográficas

- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2011). Alimentação Adequada: Faça mais pela sua Saúde!. Porto: Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Acedido em: 20.12.2019. Disponível em: <https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/AlimentacaoAdequada.pdf>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). Sopas mais que um alimento, são um prato de saúde. Acedido em 04.01.2020. Disponível em: <https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Sopas.pdf>
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2017). *Colher saber*. Acedido em: 4.01.2020. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/AW_EBook_ColherSaber.pdf
- Direção Gera da Saúde (2016). Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde, 2016. Lisboa: DGS. Acedido em 08.11.2019. Disponível em: <https://nutrimento.pt/manuais-pnpas/padrao-alimentar-mediterranico-promotor-de-saude/>
- Gregório, M.J.; Santos, M.C.; Ferreira, S.; Graça, P.(2012). *Alimentação Inteligente- coma melhor, poupe mais*. Lisboa: DGS. Acedido em: 22.12.2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/o-livro-alimentacao-inteligente-coma-melhor-poupe-mais-foi-o-vencedor-do-premio-nutrition-awards-2013-1.aspx>
- Instituto do Consumidor, Faculdade de ciências da nutrição e alimentação da universidade do Porto . (2003). -*A nova RODA DOS ALIMENTOS, um guia para uma escolha alimentar diária*. Acedido em: 4.01.2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-roda-dos-alimentos-pdf.aspx>

O ROTULO NUTRICIONAL

Vanessa Pedraza Núñez. Aluna do 10º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

O QUE É O ROTULO NUTRICIONAL?

- Parte da **rotulagem alimentar** presente em **todas** as embalagens;
- É uma tabela que mostra a composição nutricional dos alimentos e bebidas;
- Mostra a quantidade de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, fibras, minerais e vitaminas presentes em 100gr ou 100ml do produto.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL MÉDIA	100g	100ml	Por 100g (kg)	
	DE PRODUTO ESCURECIDO		%VDI*	VDI**
VALOR ENERGÉTICO	291kJ/ 69kcal	232kJ/ 55kcal	2,8	2000kJ
PROTEÍNAS	6,3g	5g	10,1	50g
HIDRATOS DE CARBONO	6g	4,8g	1,8	270g
DOS QUAIS: AÇÚCARES	0,5g	0,4g	0,4	90g
LÍPIDOS	2,2g	1,8g	2,5	70g
DOS QUAIS: SATURADOS	0,3g	0,2g	1,2	20g
FIBRA	13,9g	11,2g	44,5	25g
SÓDIO (SAL)	0,3g (0,8g)	0,2g (0,6g)	10	2,4g /g

*VDI - Valor energético (de hidratos de carbono) de acordo com o método de actividade física e outros atributos, correspondendo ao nível de ingestão médio de energia e nutrientes, que se encontra das porções e porções para a consumir diariamente, no âmbito de uma alimentação saudável.

**VALORES DE REFERÊNCIA
Uma dieta equilibrada inclui todo o tipo de alimentos, mas para uma alimentação mais saudável, dá preferência aos que apresentam mais nutrientes verdes e menos do que vermelhos.

PORQUE É IMPORTANTE SABER LER O ROTULO NUTRICIONAL?

- Para poder **escolher bem os alimentos e bebidas** segundo as necessidade e gostos

QUE APARECE NO ROTULO NUTRICIONAL?

OBRIGATORIO

- Valor energético** = quantidade total de calorias (energia) que tem o produto;
- Lípidos** = fornecem energia, protegem aos órgãos frente as agressões externas;
- Ácidos gordos saturados** = favorecem o aparecimento de doenças do coração;
- Hidratos de carbono e açúcares** = principal fonte de energia;
- Proteínas** = necessárias para o crescimento, manutenção e reparação dos órgãos
- Sal** = aumenta a tensão arterial

QUE OUTRA INFORMAÇÃO PODE APARECER ?

- Fibras = previnem a obesidade, doenças do coração, e vários tipos de cancros
- Vitaminas e sais minerais = nutrientes indispensáveis para a vida

COMO POSSO FAZER A ESCOLHA DOS ALIMENTOS USANDO O ROTULO NUTRICIONAL?

- Utilizando o descodificador de rótulos

DESCODIFICADOR DE ROTULOS

- Compare a informação presente no rotulo nutricional do alimento (100g / 100ml) com a informação que aparece no descodificador,
- Evite o consumo de alimentos e bebidas com muitos nutrientes na categoria vermelha.
- Modere o consumo de alimentos com mais nutrientes na faixa amarela;
- Opte por alimentos e bebidas com mais nutrientes na faixa verde;

DESCODIFICADOR DE ROTULOS		ALIMENTOS por 100g			
		GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de	17,5g	5g	22,5g	1,5g
MÉDIO	entre	3,175g	1,5g	5,225g	0,3-1,5g
BAIXO	ou menos	3g	1,5g	5g	0,3g

Mais informações consulte www.alimentacao Saudavel.dgppf

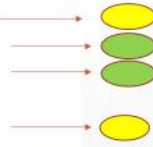
DESCODIFICADOR DE ROTULOS		BEBIDAS por 100ml			
		GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de	8,75g	2,5g	11,25g	0,75g
MÉDIO	entre	1,5-8,75g	0,75-2,5g	2,5-11,25g	0,3-0,75g
BAIXO	ou menos	1,5g	0,75g	2,5g	0,3g

Mais informações consulte www.alimentacao Saudavel.dgppf

DESCODIFICADOR DE ROTULOS

Maça de alcaobaça

Valor Nutricional	Por 100g
Valor Energético	57 Kcal 238 KJ
Proteínas	0,2g
Hidratos de Carbono (dos quais açúcares)	13,4g 13,4g
Gorduras	0,5g
Saturadas	0,1g
Fibras Alimentares	2,1g
Sódio	0,06g
Coolesterol	0mg



<http://www.dubedamaca.pt/Page/13659/Tabela-nutricional.aspx>

DESCODIFICADOR DE ROTULOS ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3,17,5g	entre 1,5, 5g	entre 5, 22,5g	entre 0,3, 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Para mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgspt

DESCODIFICADOR DE ROTULOS BEBIDAS por 100ml

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5, 8,75g	entre 0,75, 2,5g	entre 2,5, 11,25g	entre 0,3, 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

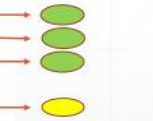
Para mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgspt

Fonte: <https://nutricao.pt/noticias/decodificador-de-rotulos>

DESCODIFICADOR DE ROTULOS

Grão de Bico cozido

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL MÉDIA	POR 100g DE PRODUTO ESCORRIDO	POR DOSE (80g) %VDR*	VDR*
VALOR ENERGÉTICO	291kJ / 69kcal	232kJ / 55kcal	2,8 2000kcal
PROTEÍNAS	6,3g	5g	10,1 50g
HIDRATOS DE CARBONO	6g	4,8g	1,8 270g
DOS QUAIS: AÇÚCARES	0,5g	0,4g	0,4 90g
LÍPIDIOS	2,2g	1,8g	3,5 70g
DOS QUAIS: SATURADOS	0,3g	0,2g	1,2 25g
FIBRA	13,9g	11,2g	44,5 25g
SÓDIO (SAL)	0,3g (0,8g)	0,2g (0,6g)	10 2,5g (6g)



*VDR - Valor Diário de Referência (variável de acordo com o sexo, idade, nível de atividade física e outros fatores), correspondendo ao nível de ingestão médio de energia e nutrientes, que a população dos países e regiões pode consumir diariamente, no âmbito de uma alimentação saudável.

SEGUIR AS CORES
Uma dieta equilibrada inclui todo o tipo de alimentos, mas para uma alimentação mais saudável, dá preferência aos que apresentam mais nutrientes verdes e menos do que vermelhos.

<https://www.continente.pt/pt/public/Pages/ProdutoDetail.aspx?ProductId=2953825>

DESCODIFICADOR DE ROTULOS ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3,17,5g	entre 1,5, 5g	entre 5, 22,5g	entre 0,3, 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Para mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgspt

DESCODIFICADOR DE ROTULOS BEBIDAS por 100ml

	GORDURA (Lipídios)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 8,75g	mais de 2,5g	mais de 11,25g	mais de 0,75g
MÉDIO	entre 1,5, 8,75g	entre 0,75, 2,5g	entre 2,5, 11,25g	entre 0,3, 0,75g
BAIXO	1,5g ou menos	0,75g ou menos	2,5g ou menos	0,3g ou menos

Para mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgspt

Fonte: <https://nutricao.pt/noticias/decodificador-de-rotulos>

Que informação podemos encontrar na rotulagem alimentar?

- Denominação do género alimentício (carne, peixe, leite, manteiga...)
- Lista de ingredientes : começando pelos que estão presentes em maior quantidade;
- Ingredientes ou substâncias utilizadas na preparação do alimento que provoquem alergias ou intolerâncias por exemplo ovos, cereais com glúten, amendoins;
- A quantidade de produto em gramas ou litros;
- Data limite de consumo;
- Instruções de preparação e conservação depois de aberta a embalagem;
- Modo de emprego;
- Declaração nutricional.

GRÃO-DE-BICO COZIDO. ISENTO DE GLÚTEN

INGREDIENTES: Grão-de-bico cozido, água, sal e antioxidante (E 385)

Produto esterilizado.

Conservar em local fresco e seco, ao abrigo da luz solar.

Depois de aberto, transferir o conteúdo para um recipiente apropriado de vidro e conservar no frigorífico por um período máximo de 3 dias.

CONSUMIR DE PREFERÊNCIA ANTES DO FIM DE: (ver embalagem)

LOTE: (ver embalagem)

Peso Líquido: **830g** Peso Líquido escorrido: **520g**

<https://www.continente.pt/pt/public/Pages/ProdutoDetail.aspx?ProductId=2953825>

Dicas

- Preferia produtos alimentares com:
 - Poucas** calorias;
 - Pouca** gordura saturada, e mais gordura insaturada
 - Baixo** conteúdo em sal e açúcar
 - Maiores** fontes de proteína e de fibra.
- Evitar produtos alimentares cujos primeiros ingredientes sejam **o sal/sódio** ou **o açúcar** e derivados (sacarose, maltose, glucose). Tenha atenção também a produtos alimentares que, naturalmente, não têm açúcar, mas em que este **adicionado** como conservante (por exemplo, ervilhas em conserva; polpas de tomate; pão)
- Optar por alimentos que tenham uma **lista de ingredientes pequena**, são alimentos mais simples, menos processados e com menos aditivos.
- Devemos também ter em mente que nutrientes faz sentido analisar em cada alimento: os frutos secos têm gordura, mas é uma gordura saudável, pelo que não faz sentido procurar os que têm menos gordura.



Obrigada

Referencias Bibliográficas

- Associação Portuguesa dos Nutricionistas. (2017). *Rotulagem alimentar: um guia para uma escolha consciente*. Acedido em: 4-01-2020. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Rotulagem.pdf
 - Direção Geral da Saúde. (2015). Descodificador de Rótulos. Acedido em 04-01-2020. Disponível em: <https://nutrimento.pt/noticias/descodificador-de-rotulos/>
 - Direção Geral da Saúde. Vitaminas- Divisão de Promoção e Educação para a Saúde. Acedido 04-01-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-vitaminas-pdf.aspx>
 - Direção Geral da Saúde. Sais minerais- Divisão de Promoção e Educação para a Saúde. Acedido 04-01-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-1/alimentacao-minerais-pdf.aspx>
 - Gregório, M.J.; Santos, M.C.; Ferreira, S.; Graça, P.(2012). *Alimentação Inteligente- coma melhor, poupe mais*. Lisboa: DGS. Acedido em: 22.12.2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/o-livro-alimentacao-inteligente-coma-melhor-poupe-mais-foi-o-vencedor-do-premio-nutrition-awards-2013-1.aspx>
-

**APENDICE X – FOLHETOS ELABORADOS PARA AS SESSÕES DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Por dia, uma alimentação saudável deve incluir:

Lacticínios 2 a 3 porções

- 1 porção:**
- 1 chávena almoçadeira de leite
 - 1 iogurte líquido
 - 2 fatias finas de queijo

Carnes, pescado e ovos

1 porção e meia a 4 porções e meia

- 1 porção:**
- 30 gr de carne/pescado crus
 - 1 ovo tamanho médio

Leguminosas 1 a 2 porções

- 1 porção:**
- 3 colheres sopa de legumes cozinhados

Gorduras e óleos 1 a 3 porções

- 1 porção:**
- 1 colher de sopa de azeite/óleo
 - 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina

Dicas

1. Prefira o pão fresco é mais económico,
2. Escolha frutas e hortícolas da época, são mais nutritivas e económicas;
3. A sopa ao início da refeição e 3 peças de fruta ao dia garantem o consumo adequado de frutas e hortícolas;
4. O peixe congelado é uma opção inteligente face a preço vs qualidade;
5. O ovo é uma boa alternativa à carne vermelha e ao peixe e são mais económicos. Pode consumir 1 ovo/dia;
6. Prefira cereais integrais que forneçam mais fibra;
7. Prefira o azeite virgem (efeito protetor contra doenças cardiovasculares);
8. Deve ingerir entre 1,5 a 3 litros de água por dia;

Elaborado por:
Yanessa Pedraza Hützel, Aluna 1ºº, Mestrado Inf. Comunitária
yanessa.pedraza@ampues.esel.pt



**A roda dos alimentos
À volta da roda**



ACES Loures Odivelas

UCSP Moscavide

O que é a roda dos alimentos?

- É uma imagem que procura mostrar quais os alimentos que devem fazer parte de uma alimentação saudável.
- Tem a forma de um prato.



Então para que serve a roda dos alimentos?

- Permite-nos **escolher e a combinar** os alimentos que fazem parte da nossa alimentação diária.
- Permite-nos perceber que quantidade de cada grupo alimentar devemos comer.

Porque a roda está dividida em partes?

Cada parte do “prato” mostra um grupo alimentar (grupo de alimentos parecidos)

- Cereais e derivados, batatas
- Hortícolas
- Fruta
- Lacticínios
- Carnes, pescado e ovos
- Leguminosas
- Gorduras e óleos

Todos são **diferentes**, mas todos eles devem estar na nossa alimentação diária

Dentro do mesmo grupo, os alimentos têm algumas características parecidas, o que faz com que se possam substituir entre eles.

Por dia, uma alimentação saudável deve incluir:

Cereais, arroz e batatas 4 a 11 porções

- 1 porção:**
- 1 pão ou 6 bolachas maria/água e sal
 - 2 colheres de sopa de massa/arroz crus
 - 1 batata e meia tamanho médio

Hortícolas 3 a 5 porções

- 1 porção:**
- 2 chávenas almoçadeiras de hortaliça crua



Chávena almoçadeira



Fruta 3 a 5 porções.

- 1 porção:**
- 1 peça de fruta de tamanho médio

SUGESTÕES DE SOPA

Sopa de espinafres e grão-de-bico

Ingredientes para 2 pessoas:

- 120 gr. de grão de bico
- 1 cenoura
- 250g de abóbora
- 1 cebola
- 1 nabo
- 1 molho de espinafres
- 2 colheres de sopa de azeite
- Água de cozer o grão
- Sal

Coza o grão e reserve.

Descasque e coza a abóbora, a cenoura, a cebola e o nabo na água de cozer o grão.

Depois de cozidos reduza-os a puré e ferva novamente. Junte os espinafres ripados e o grão-de-bico. Deixe ferver durante alguns minutos e desligue o lume. Tempere a sopa com um pouco de sal e azeite.

<https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Sopas.pdf>

SUGESTÕES DE SOPA

Creme de Cenoura e alho francês

Ingredientes para 4 pessoas:

- 4 cenouras
- 2 unidades de alho francês (parte branca)
- 2 cebolas
- 1 courgette
- 2 batatas
- Um fio de azeite
- Sal
- Água

Descasque e coza todos os legumes. Quando estiverem cozidos reduza a puré. Tempere a sopa com pouco sal e azeite.

<https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Sopas.pdf>

Elaborado por:

Vanesa Pedraza Núñez. Aluna 109C. Mestrado Enf. Comunitária
vanesa.pedraza@campus.esel.pt



A SOPA É PARA TODOS!



ACES LOURES ODIVELAS
UCSP MOSCAVIDE

PORQUE DEVEMOS COMER SOPA?

- A sopa faz parte de uma refeição completa e saudável.
- É uma boa fonte de água.
- Aumenta o consumo de hortícolas a refeição.
- Tem um alto valor nutricional (vitaminas e minerais) e baixa quantidade de calorias
- No início da refeição ajuda a regular a quantidade que consumimos do prato principal.
- Aumenta a sensação de saciedade.
- Melhora o funcionamento do intestino.
- Fácil de preparar e económica.

Como deve preparar a sopa?

Para uma pessoa:

- 1 batata média ou 2 colheres de sopa de arroz ou massa crus;
- 2 chávenas almoçadeiras de legumes crus, 3 ou 4 diferentes (de preferência um verde);
- Água
- 1 colher de chá de azeite no final da preparação.

Sopa ao almoço + sopa ao jantar
+ 3 peças de fruta de tamanho médio

Fornecem as quantidades recomendadas por dia, de fruta e hortícolas para que tenha uma **alimentação saudável**

Dicas

- Faça a base da sopa para uma semana (pode congelar);
- Para elaborar a base da sopa coloque batata, arroz ou massa;
- Cada dia adicione 1 hortaliça diferente;
- Pode adicionar leguminosas como o feijão ou o grão;
- A sopa pode ser o único prato da refeição desde que adicione carne ou leguminosas;
- Se não vai aproveitar a água da cozedura, use a quantidade mínima necessária ou prefira cozer os legumes a vapor;
- Hortaliças e legumes congelados são uma boa opção;
- Utilize ervas aromáticas para reduzir o consumo de sal.



Dicas

• Prefira produtos alimentares com:

- Poucas calorias;
 - Pouca gordura saturada, e mais gordura insaturada (necessários para o funcionamento normal de nosso corpo)
 - Baixo conteúdo em sal e açúcar
 - Maiores fontes de proteína e de fibra.
- Evitar produtos alimentares cujos primeiros ingredientes sejam o sal/sódio ou o açúcar. Tenha atenção também a produtos alimentares que, naturalmente, não têm açúcar, mas em que este adicionado como conservante (por exemplo, ervilhas em conserva, polpas de tomate; pão)
- Prefira alimentos que tenham uma lista de ingredientes pequena, são alimentos mais simples, menos processados e com menos aditivos.
- Devemos ter atenção a que nutrientes faz sentido analisar em cada alimento: os frutos secos têm gordura, mas é uma gordura saudável, pelo que não faz sentido procurar os que têm menos gordura.

Elaborado por:
Vanessa Pedraza Núñez. Aluna
10°C. Mestrado Enf. Comunitária



Alimentação Saudável. O Rotulo nutricional

Fonte: http://www.apa.org.pt/documentos/Ebooks/Ebooks_Rotulagem.pdf

ACES Loures Odiveiras
UCSP Moscavide

O que é o rotulo nutricional?

É uma tabela que mostra a composição nutricional dos alimentos e bebidas;

Mostra a quantidade de proteínas, hidratos de carbono, lípidos, fibras, minerais e vitaminas presentes em 100gr ou 100ml do produto.

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL MÉDIA	POR 100g DE PRODUTO	POR 100ml	POR DOSE (mg)	%DIÁRIO*
ENERGIA	1500	500	200	30
PROTEÍNAS	4,5g	5g	10,1	20
GLICÉRIOS	4g	4,8g	1,8	27g
LÍPIDOS	2,5g	1,8g	2,5	7g
FIBRA	13,9g	11,2g	4,6	27g
SÓDIO	0,2g	0,2g	0,2	2g

*%DIÁRIO: baseia-se em uma dieta de referência para um adulto médio com necessidades energéticas de 2500 kcal e ingestão de 70g de fibra por dia. Os valores percentuais são aproximados e podem variar consoante a composição nutricional do produto e a sua utilização.

Porque é importante saber ler o rótulo nutricional?

• Para poder escolher bem os alimentos e bebidas segundo as necessidades e gostos

Descodificador de rótulos

- Compare a informação presente no rotulo nutricional do alimento (100g / 100ml) com a informação que aparece no descodificador;
- Alerta para as quantidades de 4 nutrientes que consumidos em excesso favorecem o aparecimento de doenças como a obesidade, diabetes, hipertensão, ou as doenças do coração;
- Evite o consumo de alimentos e bebidas com muitos nutrientes na categoria vermelha.
- Modere o consumo de alimentos com mais nutrientes na faixa amarela;
- Prefira alimentos e bebidas com mais nutrientes na faixa verde.



**APENDICE XI- QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES
EDUCATIVAS**

Questionário de avaliação

1. Indique 3 grupos alimentares que formam parte da roda dos alimentos:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carne, peixe e ovos | <input type="checkbox"/> Chocolate |
| <input type="checkbox"/> Hortícolas | <input type="checkbox"/> Frutas |
| <input type="checkbox"/> Refrescos | <input type="checkbox"/> Açúcar |

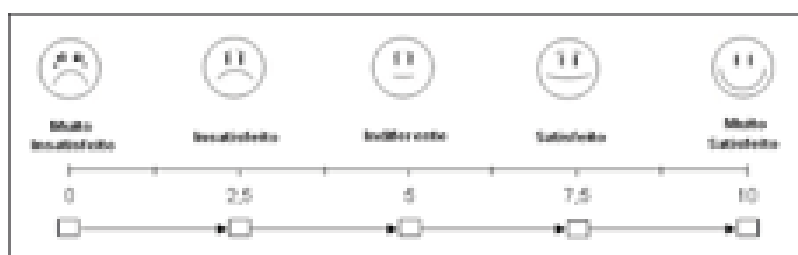
2. Marque 3 benefícios de comer frutas e hortícolas diariamente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Previne a obesidade | <input type="checkbox"/> Melhora a qualidade do sono |
| <input type="checkbox"/> Controla o funcionamento dos intestinos | <input type="checkbox"/> Previne a diabetes |
| <input type="checkbox"/> Favorece o crescimento do cabelo | <input type="checkbox"/> melhora a circulação |

3. Identifique 3 razões para comer sopa:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> São económicas | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Dão sono | <input type="checkbox"/> Fácies de preparar |
| <input type="checkbox"/> No início da refeição sacia a fome | <input type="checkbox"/> Fonte de água |

4. Em uma escala de 0 a 10, em relação a sessão sinto-me:



Obrigada pela participação!

Questionário de avaliação

1. Indique 2 elementos que podemos encontrar no rótulo presente nos alimentos e bebidas embaladas:

- Lista de ingredientes
- Densidade dos alimentos
- Rótulo nutricional
- Data de compra

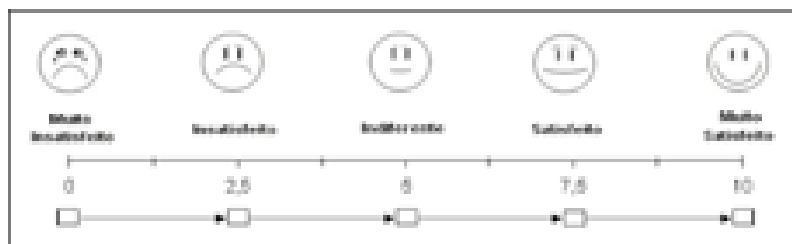
2. Que ferramenta podemos utilizar para ler o rótulo que aparecem nas embalagens de alimentos e bebidas?

- A roda dos alimentos
- O descodificador de rótulos
- A calculadora
- O telemóvel

3. Segundo o descodificador de rótulos devemos evitar comprar:

- Produtos com um ou mais nutrientes na faixa vermelha
- Produtos com um ou mais nutrientes na faixa verde
- produtos com um ou mais nutrientes na faixa amarela

4. Em uma escala de 0 a 10, em relação a sessão sinto-me:



Obrigada pela participação!