ESTeSC
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

esec
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Envelhecimento Saudável e Doenças Não Comunicáveis - Um projeto de Literacia e Educação para a Saúde

Tânia Marlene Oliveira Carvalho

2012

ESTeSC
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

esec
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

INSTITUTO POLITÉCNICO DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

Envelhecimento Saudável e Doenças Não Comunicáveis - Um projeto de Literacia e Educação para a Saúde

Tânia Marlene Oliveira Carvalho
Relatório realizado sob a orientação da Doutora Anabela Correia Martins

2012

Resumo

O processo de envelhecimento inerente a cada pessoa encontra-se, intimamente, associado a uma perda de capacidades, tanto a nível físico como a nível cognitivo. No entanto, a perda de faculdades poderá ser atenuada e ou retardada através da atividade física e da aprendizagem no âmbito da literacia e educação para hábitos saudáveis. **Participantes.** Num grupo de 46 residentes do *Bairro Norton de Matos*, com idades compreendidas entre os 45 e os 94 anos, foram avaliados hábitos de vida, fatores de risco e nível de literacia em saúde. Verificou-se que associado ao processo de envelhecimento, surge o sedentarismo, o isolamento e o aparecimento e/ou agravamento de doenças não comunicáveis, principalmente em pessoas cujo nível de literacia em saúde é mais baixo. **Método.** Realizado um conjunto de ações sobre nutrição, literacia em saúde e aconselhamento sobre atividade física na hipertensão, nas dislipidémias e na síndrome metabólica e caminhadas orientadas num circuito pré-definido no referido bairro. **Resultado**s. Foi evidente o grande empenho das entidades locais (Liga *dos Amigos do Centro de Saúde do Bairro Norton de Matos* e do próprio *Centro Norton de Matos*) para a concretização deste projeto. Com o decorrer das sessões o número de participantes foi aumentando o que leva a crer que é importante consciencializar, sensibilizar e criar empatia com a comunidade, de forma que esta se torne mais participativa e ativa no que respeita à sua saúde. Os resultados obtidos, fizeram-nos desenvolver estratégias que garantam a sua continuidade, nomeadamente, a formação de futuros voluntários que desejem colaborar nesta comunidade ou reproduzir o projeto noutra comunidade com características idênticas. **Conclusã**o. Os resultados obtidos foram muito satisfatórios, tendo o Projeto tido uma projeção surpreendente e instigadora para a sua continuidade no mesmo local, mas também replicá-lo em comunidades com características semelhantes.

Abstract

The process of getting old associated with each person is closely associated to a loss of capabilities, as much as physically, as cognitive. However, the loss of faculties could be qualified and/ or retarded through physical activities and through the learning in the ambit of literacy and the education for healthy habits. **Participants.** In a group of 46 residents from *Bairro Norton de Matos*, aged between 45 and 94 years, we evaluated life habits, risky factors, and the literacy level in health. We verified that associated to the process of getting old, it comes up the practice of being sedentary, the isolation and the appearing and/ or the aggravation of diseases that can be transmitted mostly in people of which literacy level in health is lower. **Method.** We accomplished a set of actions about nutrition, health literacy and advising about physical activities in hypertension, in dyslipidemia and in metabolic syndrome and guided walking in a previously defined circuit, in the neighborhood quoted above. **Results.** It was evident the great efforts of local organizations *(Liga dos Amigos do Centro de Saúde do Bairro Norton de Matos* and the own *Centro Norton de Matos*) to implement this project. During the sessions, the number of participating had increased, which made us believe that is really important to aware, to sensitize and to create empathy with the community, to help people becoming more participative and active in respect to their health. The results gotten, made us develop strategies that make certain their continuity, particularly, the formation of future volunteer which desire to collaborate in this particularly community or to reproduce the same project in some other community with identical characteristics. **Conclusion.** The results gotten were very satisfactory, and the Project had an amazing and instigating projection to their own continuity in the same local, and it also could be reproduced with some similar characteristics.

Agradecimentos

O período de realização do projeto de mestrado foi, sem dúvida, uma das épocas mais marcante, não só pela diversidade de aprendizagens que se realizaram, mas também, pelo apoio, atenção e humanismo recebido por parte dos que com quem a autora do projeto se envolveram para melhorar uma realidade.

A realização do projeto não seria possível sem o apoio, atenção, aprendizagens facultadas e por toda a exigência e profissionalismo demonstrados pela professora Anabela Correia Martins, orientadora deste projeto.

Agradeço aos diretores da *Liga dos Amigos do Centro Norton de Matos* e ao *Centro Norton de Matos* pela oportunidade na implementação do projeto.

Agradeço aos representantes dos locais de implementação do projeto, por toda a autonomia e oportunidades facultadas, por toda a sua disponibilidade, confiança e apoio prestado.

Agradeço às alunas do mestrado de Educação para a Saúde Ana Teresa Pedreiro, Ana Camacho e Fernanda Matias, pela cedência do jogo "Educar para um Consumo Saudável", usado na sessão sobre nutrição e alimentação saudável.

Agradeço, ao fisioterapeuta João Carmo pelos contributos prestados durante todo o projeto.

Agradeço, à professora Lúcia Silva pela atenção concedida.

Agradeço, aos vários professores da Escola Superior de Educação que me auxiliaram na passagem dos questionários aos alunos.

Agradeço aos alunos dos cursos de animação socioeducativa e gerontologia social pela sua disponibilidade em responder aos questionários.

Agradeço ao professor Francisco Silva pelo companheirismo e apoio prestado.

Agradeço, também, à minha família pela motivação nos momentos mais difíceis.

Muito obrigada!

Lista de Siglas

CINDI – Programa de Intervenção Integrada sobre Doenças não Transmissíveis

DGS – Direção Geral de Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

NALS – National Adult Literacy Survey

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNIPS – Swedish National Institute of Public

UN – United Nations

WHO – World Health Organization

WHPA – World Health Professions Alliance

Índice

Introdução 1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 2
Envelhecimento Saudável 2
Doenças Não Comunicáveis e Fatores de Risco 6
Literacia em Saúde 11
Estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis 15
Intervenção na comunidade e equipas multidisciplinares 15
Health Improvement Card: um instrumento para promover e melhorar a saúde 16
Objetivos 18
Objetivo geral 18
Objetivos específicos 18
PARTE II – ESTUDO PRÁTICO 19
Método 19
Participantes 19
Caracterização sociodemográfica 19
Caracterização quanto aos dados biométricos e estilos de vida 20
Caracterização quanto à literacia em saúde 21
Material 22
Versão portuguesa do *HEALTH IMPROVEMENT CARD* 22
Versão portuguesa do *NEWEST VITAL SIGN* 22
Questionário de Satisfação e Motivação 23
Procedimentos 23
Sessões de aconselhamento e esclarecimento (semanais) – Durante todo o projeto 24
Ação de sensibilização dos participantes - 27 de janeiro 24
Sessão sobre nutrição –10 de fevereiro 25
Sessões teórico-práticas sobre atividade física – 24 de fevereiro, 2 e 9 de março 26
Dia da Saúde comemorado no dia 14 de abril 27
Análise estatística 27
Resultados 28
Comparação antes e após a implementação das ações 28
Satisfação e motivação 31
Discussão 32
Conclusão 37
Referências 38
Anexos

Índice de Figuras

Figura 1 – Evolução da adoção de estilos de vida relacionados com uma alimentação saudável 29
Figura 2 – Evolução da adoção de estilos de vida relacionados com a prática regular de atividade física 29
Figura 3 – Comparação do nível de literacia antes e após as ações e comparação entre o nível de literacia no sexo feminino e no sexo masculino 31

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica relativa ao sexo e idade 20
Quadro 2 – Caraterização quanto a dados biométricos e estilos de vida (N = 46) 20
Quadro 3 – Caracterização quanto ao nível de literacia em saúde 21
Quadro 4 – Respostas às questões do jogo de análise de rótulos alimentares (N= 9) 26
Quadro 5 – Nível de literacia em saúde, dos participantes, após as ações 30

Introdução

Numa era em que o envelhecimento tende a aumentar, paralelamente a uma crise social, económica e cultural, é importante apostar em cuidados de saúde preventivos, os quais permitem evitar ou atenuar os efeitos das doenças não comunicáveis. Os cuidados de saúde preventivos são, igualmente, capazes de criar utilidade social e simultaneamente tornar os sujeitos ativos e responsáveis por todas as variáveis que os envolvem (Galvão, 2006). Assim, este projeto pretender ser uma resposta social capaz de responder a este processo de mudança social.

Apostar nos cidadãos enquanto agentes de mudança é uma estratégia que permite aumentar a utilidade de cada indivíduo no contexto em que se insere e ao mesmo tempo diminuir, a longo prazo, custos na saúde (Kickbusch, 2011).

De acordo com o SNIPS (wedish National Institute of Public) (2006) existem evidências que demonstram que este tipo de cuidados de saúde diminui o número de dias de internamento por cada pessoa

Este projeto pretende alertar para a capacidade dos indivíduos identificarem os vários fatores de risco existentes, assim como capacitá-los para a adoção de estilos de vida saudáveis, capazes de prevenir e atenuar os efeitos das doenças não comunicáveis.

O projeto encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado o enquadramento teórico, onde são explanados todos os conceitos imprescindíveis para uma boa compreensão do fenómeno de envelhecimento saudável.

Na segunda parte, é apresentado o estudo prático, ou seja, objetivos, participantes, ações implementadas e resultados obtidos, discussão e conclusões, contendo uma análise crítica e reflexiva relativa aos resultados obtidos durante o projeto.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a DGS (Direção-Geral de Saúde) (2002), devido a alterações que têm vindo a ocorrer no âmbito do desenvolvimento da evolução social, a população tem vindo a sofrer mudanças profundas, as quais se refletem no aumento do envelhecimento populacional, resultante do aumento da esperança média de vida e da baixa taxa de natalidade. Assim, tornou-se uma prioridade pensar em medidas de saúde que proporcionem um envelhecimento ativo.

Desta forma, a DGS (2002) afirma ser importante apostar em cuidados de saúde preventivos que promovam o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa. Embora, nem todos os idosos sofram de doenças, com o avançar da idade a probabilidade de ocorrer diversas patologias é maior. Será importante adotar medidas que se adaptem à "nova" realidade existente, quer ao nível dos serviços de saúde, quer ao nível da capacitação das pessoas idosas.

Em 2006, o envelhecimento saudável é designado como o processo de otimização das oportunidades para o desenvolvimento físico, social e mental de forma a permitir uma vida ativa, sem discriminações e com boa qualidade de vida. (SNIPS, 2006).
Torna-se, assim, uma prioridade avaliar e criar estratégias que desenvolvam o nível de literacia em saúde das pessoas idosas, para que estas possam praticar estilos de vida saudáveis e possuam um papel mais ativo na promoção do seu bem-estar. Desta forma, este projeto incluiu um conjunto de estratégias, ao nível da literacia em saúde, atividade física, nutrição, entre outras que procuram promover um envelhecimento saudável.

Envelhecimento Saudável

Segundo o SNIPS (2006), como consequência das grandes transformações demográficas que têm vindo a ocorrer, pensar no envelhecimento como um processo saudável torna-se, assim, um grande desafio para o continente Europeu.

Em 2006, conforme dados apresentados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística) a população residente em Portugal tem vindo a manifestar um aumento no processo de envelhecimento demográfico. Esta situação resulta da queda da taxa de fecundidade. Neste ano o índice de envelhecimento atingiu 112 idosos por cada 100 jovens.
De acordo com a DGS (2004), pensar num envelhecimento ao longo da vida, adotando uma atitude preventiva e promotora de saúde, capaz de gerar independência e autonomia, através da prática de atividade física regular, de alimentação saudável, da eliminação do consumo de tabaco e moderar ou eliminar o consumo de álcool, são aspetos imprescindíveis a um envelhecimento dotado de qualidade de vida.

A mesma fonte afirma ser, igualmente, importante envolver a comunidade, numa responsabilização global e partilhada, capaz de potenciar os recursos existentes e dinamizar ações no ambiente natural dos cidadãos. Esta visão de partilha e responsabilização, colocada em prática, irá permitir reduzir as incapacidades e limitações, através da adoção de uma altitude de recuperação global e precoce, adequada às necessidades individuais e coletivas.

Assim, a promoção de um envelhecimento saudável deve interligar vários setores, tais como a "saúde", "educação", "justiça", "planeamento e desenvolvimento rural e urbano", entre outros, pois somente através desta visão multisetorial será atingido o processo de envelhecimento saudável (DGS, 2004).

É desta forma, que em 2004, a mesma fonte define envelhecimento humano como " o processo de mudança progressivo da estrutura biológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida."

Em 2002, a WHO (World Health Organization) já tinha apresentado o conceito de envelhecimento ativo como "o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem" (WHO, 2002, p. 12).
Para o SNIPS (2006), sendo o envelhecimento uma fase do ciclo vital é importante que esta faixa etária possa usufruir de cuidados de saúde adequados às necessidades que invoca. Assim, a DGS (2004) afirma ser importante a formação dos profissionais de saúde, de todos os campos de intervenção social e uma melhor adequação dos serviços de saúde e

de apoio social às novas realidades sociais e familiares em que se encontra inserido o processo de envelhecimento, quer ao nível individual como coletivo.

O SNIPS (2006) defende existir fortes motivos para se investir num envelhecimento saudável, capaz de garantir uma boa qualidade de vida para os idosos, uma vez que se pensa atingir, em 2025, um terço da população Europeia, o que irá causar um grande impacto nestas sociedades. A DGS (2004) estima que a população idosa atinja as 1.709.099 pessoas, o que representa 16,5% da população e que a sua distribuição geográfica tenha maior prevalência no interior.

Segundo DGS (2004), relativamente à perceção do estado de saúde da população idosa, 49% das pessoas que integram a faixa etária dos 65 aos 74 anos e 54% das pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, consideram o seu estado de saúde como mau ou muito mau. Recentemente, outro estudo demonstra que a população entrevistada, com idade igual ou superior a 65 anos, 12% afirma precisar de auxílio para a prática de atividades do seu quotidiano e 8% afirmam ter sofrido, um ou mais, acidentes domésticos ou de lazer. É, ainda, importante referir que 52% dos entrevistados vivem na companhia de uma só pessoa e 12% vivem em situação de isolamento.

O SNIPS (2006) defende, que é muito importante ter presente que a Saúde é uma forte determinante do crescimento económico e da competitividade de um país. Desta forma, apostar num envelhecimento saudável, pressupõe a diminuição de gastos associados a certas patologias, frequentes nesta faixa etária, assim como, diminui a probabilidade de reformas antecipadas, resultantes de incapacidades geradas por doenças associadas a um envelhecimento pouco saudável.

Assim, conforme Galvão (2006) afirma, os cuidados de saúde preventivos são as medidas que melhor caracterizam a intervenção dos cuidados de saúde primários e que maior importância têm na assistência às pessoas idosas. O benefício que cada idoso pode ter com as intervenções preventivas depende do seu nível de saúde e funcionalidade. Para este autor, "as atividades preventivas podem desempenhar um importante papel, quer a nível da qualidade, quer da quantidade de vida, promovendo a autonomia e contribuindo para um adequado grau de conforto físico e emocional do idoso".

Também, a DGS (2004) afirma, que as ações desenvolvidas mais próximas do cidadão, neste caso dos cidadãos idosos, são as que se tornam mais capacitadoras de autonomia e independência e, se tornam mais acessíveis às reais necessidades da população idosa. Por outro lado, estas ações permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento, quer ao nível individual como coletivo.

Conforme dados apresentados pela DGS (2004), os cuidados preventivos, aumentam a longevidade e melhoram a qualidade de vida e saúde da população idosa assim como, operacionalizam da melhor forma os recursos da sociedade. Está comprovada a eficácia destes cuidados na promoção de uma melhor qualidade de vida e saúde. Assim, é necessário unir esforços, dos vários setores da sociedade, na procura de melhores cuidados com a nutrição, na capacidade de desincentivar o excessivo consumo de álcool, a eliminação ou redução do consumo de tabaco e promover programas que visem a prática regular e moderada de atividade física.

De forma a viver com maior qualidade e durante mais tempo, contrariando o que até aqui se pensava, ou seja, que ao chegar à 3ª idade já é tarde demais para alterar a forma de como se vive, a DGS (2004) afirma, ser necessário a adoção de estilos de vida saudáveis assim como, adotar uma atitude mais participativa e responsabilizada na promoção da sua própria saúde. É objetivo fundamental proporcionar às pessoas idosas, viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida.

Para tal, a DGS (2004) defende, ser necessário ter em atenção que as doenças não comunicáveis e de evolução prolongada são as principais causas de morte e morbilidade nesta faixa etária. No entanto, estas doenças podem ser retardas ou minimizadas, através da adoção de estilos de vida saudáveis.

Desta forma, o presente projeto pretende apostar em intervenções preventivas como método potenciador de promoção da saúde e qualidade de vida assim, como capacitar os indivíduos para um papel ativo na procura do seu bem-estar.

Doenças Não Comunicáveis e Fatores de Risco

De acordo com o referido pela DGS (2004), as doenças não comunicáveis são as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, nas sociedades desenvolvidas.
Através de dados referidos por Campos e Neto (2009), as principais doenças não comunicáveis, a nível mundial são a hipertensão arterial, tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças, hiperglicemia, as quais são responsáveis por 45,9% da carga mundial de doenças. Estima-se que, em 2020, dois terços dessa carga será atribuída às doenças não comunicáveis, sendo que irá afetar em maior escala os países menos desenvolvidos. Estas doenças, normalmente, levam à invalidade parcial ou total do indivíduo, com graves consequências para o próprio e para todas as pessoas intervenientes (família, entre outros) e na sua qualidade de vida.
Segundo a WHPA (World Health Professions Alliance) (2011b), é possível perceber que as doenças não comunicáveis poderão ser evitadas, através da adoção de hábitos alimentares saudáveis, da prática regular da atividade física e do não consumo de tabaco e álcool. Contudo, tem-se a consciência de que os ganhos em saúde só serão visíveis a médio e longo prazo e, que para tal é necessário o empenho e envolvimento de todos os profissionais de saúde, do próprio indivíduo e de todos os setores da sociedade. É, ainda, importante analisar de que forma estes comportamentos de risco influenciam o estilo de vida e saúde das populações, e os seus comportamentos (as condições em nascem, crescem, vivem, o seu local de trabalho, idade, e a influência que a sociedade exerce sobre o indivíduo).

O mesmo autor, afirma ser importante realizar uma abordagem holística sobre as ligações individuais e fatores de risco com os determinantes sociais e económicos da saúde.

Em 2002, um estudo realizado pela DGS concluiu que Portugal é um dos países da União Europeia com maior taxa de sedentarismo, sendo imprescindível a prática regular de atividade física de modo a contribuir de forma positiva para a redução da obesidade, de diabetes, da osteoporose e das doenças do aparelho circulatório e doenças cardíacas. Desta

forma, é importante desenvolver ações no âmbito da promoção da atividade física regular e da prática de hábitos alimentares saudáveis, pois estes dois fatores, trabalhados em conjunto apresentarão ganhos em saúde capazes de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Para a WHPA (2011b), no que diz respeito à atividade física, esta quando praticada de forma regular poderá ser um ótimo indicador da qualidade de vida. Os programas de atividade física devem estar adaptados às diversas faixas etárias. É, também, importante entender que atividade física não é sinónimo de exercício físico. O exercício físico é uma subcategoria da atividade física que é estruturado e planeado com um objetivo específico. A atividade física inclui o exercício físico assim como, outras atividades que envolvem movimentos corporais (trabalho, atividades quotidianas, atividades de lazer, entre outras).
A WHPA (2011b) afirma, que no caso específico dos adultos e dos idosos, é importante que a prática da atividade física atinja os cinco ou mais dias por semana, durante, pelo menos, 60 minutos. É, ainda, recomendado que a intensidade da atividade física deve estar entre 150 minutos de intensidade moderada por semana, ou 75 minutos de intensidade vigorosa, também por semana, ou uma combinação equivalente entre os dois tipos de intensidade, em sessões com a duração mínima de 10 minutos. Ao longo do tempo deve aumentar-se a intensidade da atividade, não esquecendo as limitações de cada sujeito. Para os indivíduos cujas suas limitações não os deixam desempenhar a atividade física recomendada, devem manter-se o mais, fisicamente, ativos quanto as suas capacidades e condições o permitirem.
No que diz respeito aos hábitos alimentares, estes são, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade. Pensa-se que 35% dos cancros estejam relacionados com a alimentação. A uma má e/ou insuficiente alimentação estão associadas diversas patologias, tais como as doenças do aparelho circulatório, a obesidade e a osteoporose.
Faz parte dos padrões alimentares portugueses, o excesso de consumo de gorduras, de sal, de açúcar e a insuficiente ingestão de frutos, legumes e vegetais. A elevada ingestão de calorias, constituem um dos principais problemas. Assim, os padrões culturais e sociais são uma grande barreira a ter em atenção quando se fala em fatores de risco. Segundo a WHPA (2011b), uma alimentação saudável fornece aos indivíduos a energia necessária para viverem o seu dia a dia, ou seja, para trabalhar, para praticar atividade física e ainda para outras atividades de lazer. Existem alimentos que são capazes de aumentar a energia de

cada indivíduo, estimular a sua memória, diminuir o risco de aparecimento de certas doenças e, também, de estabilizar o humor. Em contrapartida, uma má ou insuficiente alimentação saudável, poderá ter efeitos contrários aos referidos. Uma dieta saudável poderá ser aconselhada por profissionais de saúde, de forma realizar uma alimentação saudável de acordo com as suas necessidades (exercício realizado, doenças que possam ter).

O consumo de tabaco é responsável por 20% da mortalidade total, sendo das principais causas de morbilidade e mortalidade. O abandono do consumo poderá contribuir para a redução do risco do aparecimento de doenças a ele associados, quando eliminado antes da meia-idade, visto que passados 10 a 15 anos, os valores do ex fumadores aproximam-se dos não fumadores. Outra situação importante, na sequência do abandono dos hábitos tabágicos é a desabituação em doentes pertencentes a grupos de risco, dado que quando abandonado verifica-se uma maior qualidade de vida. Uma vez que não só afeta a saúde individual como a coletiva é importante criar e desenvolver estratégias que procurem minimizar e eliminar o consumo de álcool e os danos por ele causados.

Relativamente ao consumo de álcool, segundo dados da DGS (2002), Portugal é dos países da União Europeia cujo consumo é mais elevado, embora desde 1996 tenha vindo a diminuir significativamente.

Neste caso, é importante que os profissionais de saúde sigam os valores da realidade social em que atuam, concretamente os dados de consumo de álcool existente em Portugal.

Segundo as diretrizes da OMS (Organização Mundial de Saúde) citadas pela WHPA (2011a), relativas ao consumo de álcool, indicam que por cada semana são ingeridas 21 unidades de álcool por cada homem e 14 unidades de álcool por cada mulher. Assim, é importante agir sobre esta realidade, criando ações que visem a diminuição do consumo do mesmo. De acordo com os dados da Direção – Geral de Saúde, 2002, o álcool é dos principais fatores de risco, causando muitas mortes. É um fator que tem grande influência da sociedade, visto que o seu consumo é maior em eventos festivos e quando os indivíduos se encontram em grupo.

Para Serafim, Jesus e Pierin (2010), no caso específico da hipertensão arterial, vários são os fatores de risco que contribuem para o seu aumento, tais como, a obesidade, a ingestão

de bebida alcoólicas, a inatividade física e o tabagismo. O excesso de peso pode ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial.

Os mesmos autores referem, ainda, que o elevado consumo de bebidas alcoólicas, como vinhos, cerveja e destilados aumenta a pressão arterial, o que se deve à quantidade de etanol e frequência de ingestão. É, também, importante limitar o consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, deve ingerir-se 30 ml/dia de etanol para homens e 15 ml/dia para mulheres ou indivíduos com baixo peso.

Relativamente à prática regular e moderada de atividade física, Serafim, Jesus e Pierin (2010) afirmam, que esta tem grandes contributos para o controlo ou extinção da hipertensão arterial, prevenindo, igualmente, que a hipertensão arterial reapareça ou que volte a apresentar valores considerados de risco para a saúde dos indivíduos. O sedentarismo aumenta a prevalência, em 30%, do aparecimento ou descontrolo da hipertensão arterial. É, aconselhado a prática de atividade física durante, pelo menos, 30 minutos diários.

O consumo de tabaco é dos comportamentos mais prejudiciais para pessoas hipertensas ou para o aparecimento desta doença.

Segundo WHO (s/d) a síndrome metabólica é definida quando o IMC (Índice de Massa Corporal) ultrapassa os 30 Kg/m^2. O peso corporal é perdido quando o consumo de energia diário ultrapassa a ingestão calórica (equilíbrio negativo). O IMC é o principal indicativo da obesidade e excesso de massa corporal. UN (United Nations) (2011) reconhece que apesar do IMC não avaliar diretamente a percentagem de gordura corporal, alguns estudos corporais realizados têm revelado alta conexão entre o IMC e a gordura corporal. A obesidade está, completamente, relacionada ao estilo de vida adotado pelos sujeitos, através de fatores relacionados com o trabalho, a qualidade de sono, formas de ocupação do tempo de lazer e com relações culturais e sociais.

A mesma fonte defende que o excesso de peso pode, também, estar associado a fatores socioeconómicos, como por exemplo, a obesidade encontra-se diretamente associada a um baixo nível de literacia em saúde.

Assim, a obesidade representa, acima de tudo, um grande risco para a saúde. Na população adulta e idosa é possível verificar, através de dados referidos por Amaral e Pereira (s/d),

que existe uma relação entre obesidade e o aumento da pressão arterial. Katzer (2007), verificou que mulheres obesas com excesso de peso, apresentam maior risco, por exemplo na possibilidade de obter diabetes, dez vezes maior que as mulheres não obesas.

Reis (2009) defende, que a atividade física estruturada por profissionais da área, apresenta-se como uma estratégia eficaz na melhoria da qualidade de vida das pessoas obesas. Resultados de pesquisas katzer (2007) afirma, que a atividade física melhora a "capacidade muscular, a resistência, o equilíbrio, a mobilidade articular, a agilidade, a velocidade da caminhada e a coordenação geral."

Amaral e Pereira (s/d), indica que a atividade física diminui o risco de aparecimento ou de doenças cardiovasculares em pessoas com excesso de peso e "aumenta a concentração do HDL-colesterol e diminuir a concentração do LDL-colesterol. Verifica-se, igualmente, o aumento da ação da insulina, importante fator para a prevenção da Diabetes Tipo II." WHPA (2011b) afirma que o número de sessões de atividade física semanal, deve variar entre cinco ou mais dias, com períodos de 60 minutos diários.

Segundo a DGS (2007), as doenças respiratórias, também, estão muito associadas aos estilos de vida não saudáveis. Estima-se que estas doenças possam ser responsáveis pela morte de quatro milhões de pessoas anualmente. A incidência das doenças respiratórias crónicas evitáveis está a aumentar, sobretudo entre crianças e idosos.

O mesmo autor afirma, que associada a esta doença está o consumo de tabaco e outras formas de poluição em espaços fechados. É importante, evitar o contacto com o tabaco, quer seja fumador, ou não fumador.

Assim, pode-se concluir que para alcançar uma maior qualidade de vida devem ser adotados estilos de vida saudáveis, como os referidos durante o capítulo, e que estes devem ser iniciados o mais cedo possível e mantidos durante todo o ciclo vital. Desta forma, será possível evitar o aparecimento de certas patologias assim como, no caso do seu aparecimento, moderar/controlar as consequências por elas provocadas.

É, igualmente, necessário apostar na capacitação dos cidadãos, para que estes tenham uma atitude mais crítica no que se relaciona com a promoção da sua saúde (Monteiro, 2009).

Literacia em Saúde

Para Kickbusch (2011) a literacia em saúde surge como uma forma discreta de alfabetização em saúde e é cada vez mais importante para o desenvolvimento social, económico e de saúde de um país.
Segundo a OMS (1998), citado por Instituto Nacional de Saúde Pública (2010), literacia em saúde é o conjunto de "competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde." É, assim o processo de tomada de decisões, em saúde fundamentadas, ao longo da vida.

Nunes (2010) defende, que somente através de bons níveis de literacia em saúde, os indivíduos serão capazes de fazer uso dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, em matéria de saúde.

A efetividade das intervenções no âmbito da Promoção da Saúde passa por planear, de forma estratégica, ações de sensibilização e de transmissão de conhecimentos que visem a mudança de comportamentos dos indivíduos, tornando-os sujeitos ativos no seu próprio processo de promoção da saúde (Santos, 2010; Monteiro, 2009).

É, importante que os indivíduos e as comunidades vivam em conjunto para resolver os seus problemas com as instituições locais. Para tal, é necessário dotar as comunidades de capacidades e competências para que os indivíduos sejam mais interventivos e ativos. Partindo deste princípio, o PNS (Plano Nacional de Saúde) (2010), estabelece como princípio orientador "o cidadão no Centro do Sistema de Saúde". Assim, pretende-se que os ganhos em saúde sejam maximizados, através da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, como por exemplo o "envolvimento e participação ativa dos cidadãos […]" (PNS, 2010, P.14).

Para Kickbusch et al (s/d) e Nunes (2010) a visão do papel ativo dos sujeitos como forma de melhorar a qualidade de vida e bem-estar perspetiva a implicação sistemática dos pacientes na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde que devem adotar. No entanto,

este envolvimento, por parte do paciente, leva à exigência de competências de literacia em saúde, isto é desenvolver a capacidade de compreender, interpretar e processar informações sobre saúde e selecionar as suas preferências, tendo em atenção o que é melhor para o seu bem-estar.

Assim, na opinião de Nunes (2010), para que os indivíduos possam assumir um papel ativo na promoção da sua saúde e qualidade de vida, é necessário garantir condições de acesso à informação no âmbito da saúde, promover a sua capacidade de compreensão e leitura crítica da informação disponibilizada, que os cidadãos disponham das competências para agir e que disponham da motivação, poder e de oportunidades de atuação e participação.
Conforme Monteiro (2009) afirma, os conhecimentos em saúde integram-se num conceito abrangente, denominado "literacia em saúde". Evidências mostram que quanto mais baixo for o nível de literacia em saúde das pessoas, menor é a capacidade para compreender conteúdos expostos em folhetos, sobre alimentação saudável, sobre fármacos, menor facilidade para obter informações nos sistemas de saúde, entre outros. Neste sentido, "baixa literacia em saúde relaciona-se com perceção de baixa autoeficácia na prevenção e gestão de problemas de saúde, bem como em comportamentos ineficazes de saúde: uso inadequado de medicamentos […]" (Santos 2010, p. 129).

Segundo o PNS (2010), muito associado ao conceito de literacia em saúde está o conceito de empowerment. Este conceito procura evidenciar o caráter ativo dos indivíduos na promoção da sua saúde e qualidade de vida. A finalidade é dotar os sujeitos de competências essências para poderem promover a sua saúde.

De acordo com Monteiro (2009), verifica-se, também, que a baixa literacia está associada a um aumento das taxas de hospitalização, menor utilização de medidas preventivas e pouca adesão a cuidados terapêuticos. Por outro lado, esta afeta, igualmente, a comunicação entre o médico e o paciente. O médico tem grande dificuldade em adequar o seu discurso a um paciente com um baixo nível de literacia em saúde assim como, em percecionar o estado de saúde do doente, devido à dificuldade de expressão por parte do doente. Enquanto o paciente apresenta dificuldades em perceber as instruções que o médico comunica para o seu estado de saúde. A baixa literacia em saúde foi considerada como um fator de risco para diversas patologias, tais como, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, entre outras. "Níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar

em melhorias da saúde em mais qualidade de vida; por outro lado, níveis inferiores de literacia em saúde estão associados a saúde mais precária e mesmo a mais mortalidade" (Santos 2010, p. 129).

Para Nutbeam (2008), quer em idosos, adultos e crianças, a promoção da saúde associada à literacia em saúde tem perspetivado aumentar os ganhos em saúde. Neste sentido, nas últimas décadas tem aumentando a preocupação de aumentar a literacia em saúde das comunidades a vários níveis, nomeadamente ao nível da literacia funcional, comunicacional e literacia crítica.

Kickbusch (2011), afirma que existem vários tipos de literacia. O primeiro tipo de literacia diz respeito ao saber ler e escrever de forma a responder às situações do dia a dia. O segundo, esta relacionado com as capacidades cognitivas que, em conjunto com as competências sociais possam responder de forma pró-ativa. Por último, a literacia crítica diz respeito a competências cognitivas complexas que se tornam capazes de apresentar a informação de forma crítica.

Sihota e Lennard (2004) finalizam com a ideia de que a literacia em saúde implica a capacidade de exercer controlo em situações do quotidiano que se relacionam com a prevenção e promoção da saúde e de interagir com os profissionais de saúde.

Também a OMS (1998) vê o conceito de literacia e saúde como dinâmico no processo de promoção da saúde.

Kickbusch (2011) defende, que valorizando o caráter dinâmico e pró-ativo da literacia em saúde pode levar a outra questão que é não ver a literacia apenas como um beneficio pessoal mas também como potenciador de benefícios sociais, tais como o envolvimento em ações comunitárias ligadas à saúde e aumento comprometimento com o desenvolvimento do capital social muito importante para a promoção da saúde.

Segundo Gittell e Vidal (1997) citado por Scott (2006), para que o conceito de literacia em saúde, associado ao capital social cresça é necessário implementar novas abordagens. O capital social tem-se desenvolvido como um conceito importante, muitas vezes definido como os "recursos incorporados nas relações sociais entre pessoas e organizações que facilitam a cooperação e colaboração em comunidades" (p. 1), afirma, ainda, que alguns

estudos demonstram que essa atividade comum e de partilha comunitária se traduz em melhores níveis de saúde.

Para Monteiro (2009) a questão de literacia em saúde poderá também conduzir a implicações importantes no que se refere à equidade em saúde; "estudos mostraram que as campanhas de informação em saúde promovem o crescimento de literacia nas classes sociais que já tinham mais literacia, mas que são menos eficazes para promoverem o mesmo crescimento em classes sociais com menos literacia […] " (Santos, 2010, p. 130). Ou seja, pessoas que têm níveis de literacia em saúde mais baixos beneficiam menos do acesso a informação sobre saúde, tornando-se menos eficazes para agir de acordo com as recomendações expostas através dos diversos meios de informação.

O mesmo autor defende que o nível educacional não determina, por si só, o fator de risco para a saúde. Pessoas com um nível educacional bom não são necessariamente competentes no que diz respeito à literacia em saúde. Ettema e Klein (1977) citado por Santos (2010), acrescentam que a literacia em saúde está, também, relacionada com variáveis individuais, tais como a motivação e interesse pessoal face ao seu estado de saúde.

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, conduzido pelo NALS (National Adult Literacy Survey) (1992), revelou que as populações em que os baixos níveis de literacia são mais prevalentes são as populações mais afetadas por morbilidade ou maior risco de doença. A baixa literacia em saúde tem maior prevalência na população idosa, em minorias étnicas e raciais, nos pacientes com doenças crónicas e nos que recorrem um maior número de vezes aos serviços de saúde públicos (Kirsch et al, 2002).

Santos (2010) refere que em Portugal, não se sabe qual a prevalência da literacia em saúde e só muito recentemente surgiu o primeiro instrumento de avaliação. Existem poucos estudos realizados neste âmbito e, os poucos realizados são a nível local/regional, sendo muito específicos de determinados locais e pouco conclusivos.

Assim, é importante investir em estratégias eficazes visto que a baixa literacia em saúde pode provocar e/ou dificultar a prevenção de certas patologias, incapacitando as pessoas de promover a sua saúde.

Estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis

Intervenção na comunidade e equipas multidisciplinares

Promover a saúde, mais do que uma atividade, trata-se de uma estratégia bem definida, que através de programas educacionais, deve melhorar os estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social (Frank-Stromborg et al., 1998, citado por Martins, 2005).

Segundo a DGS (s/d), pretende-se obter ganhos em saúde, através de uma eficiência na utilização de recursos e da articulação e procura de sinergias. Assim, é necessário o empoderamento, participação e cooperação dos cidadãos, a redução das desigualdades em saúde e a aposta numa melhoria contínua da qualidade de vida.

Em 1987, Portugal aderiu ao programa CINDI (Programa de Intervenção Integrada sobre doenças não Transmissíveis). Este programa tinha em consideração vários fatores relevantes para a promoção de saúde, de entre os quais se destacam as abordagens pluridisciplinares e estratégias intersectoriais, centradas na comunidade. Deste modo, Portugal ganhou: o estabelecimento de um protocolo de cooperação com a OMS; o envolvimento e participação intersectorial; a criação de uma estrutura central e de um conselho consultivo integrado por peritos de diferentes áreas; a criação e formação de equipas de intervenção comunitária e local (desenvolvimento local); e uma avaliação contínua dos comportamentos e saúde da população. Este programa, não só, visa a intervenção na comunidade como refere, igualmente, a importância da atuação de equipas multidisciplinares no terreno (DGS, s/d).

Já a Declaração de Sundsvall, (1991) identificava como estratégias fundamentais, ações comunitárias que capacitem a comunidade e os indivíduos a ganhar maior controlo sobre a sua saúde e meios ambiente.

De acordo com a DGS (2006) para eliminar a adoção de comportamentos de risco e promover estilos de vida saudáveis é importante apostar em estratégias de intervenção na comunidade.

Desta forma, realizar ações de sensibilização/consciencialização e visitas domiciliárias são uma boa aposta na prevenção de comportamentos de risco e simultaneamente na promoção de estilos de vida saudáveis (Bicudo, s/d). Segundo a DGS (2006) as ações devem ser coletivas e individuais.

As estratégias de intervenção na comunidade, segundo a DGS (2006), devem visar uma melhoria contínua da qualidade de vida dos indivíduos, não só ao nível do acompanhamento, recuperação e controlo dos fatores de risco mas também, relativamente aos ganhos em saúde. As intervenções realizadas na comunidade devem ir de encontro com as reais necessidades da população a que se destinam.

Um elemento muito importante numa intervenção comunitária são as equipas multidisciplinares. Estas através do contributo de várias áreas de conhecimento estão preparadas para atuar de forma mais eficaz e eficiente (Pinho, 2006).
O mesmo autor defende que o trabalho em equipa surge como uma estratégia de promoção de maior qualidade nos serviços prestados à comunidade. A DGS (s/d) afirma que as esquipas multidisciplinares interagem de forma adaptativa e dinâmica, integrando várias áreas de conhecimentos com vista a obtenção de um objetivo comum. Assim, para uma melhor eficácia e eficiência numa intervenção, esta deve comtemplar várias ações, correspondentes a diferentes áreas de conhecimento.

Health Improvement Card: um instrumento para promover e melhorar a saúde

Segundo a WHPA (2011b), existem várias estratégias que permitem aos indivíduos perceberem como melhorar a sua saúde através de mudanças positivas, de comportamento e estilos de vida.
De acordo com a fonte referida, um questionário designado por *Health Improvement Card*, permite aos indivíduos, através da resposta às questões, nele contidas, observar os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco que exerce. Esta ferramenta, permite ainda, aos profissionais de saúde comunicar de forma clara com a população.

O *Health Improvement Card* é um instrumento de recolha de dados e, simultaneamente, de perceção do estado de saúde que pode ser utilizado por equipas que trabalham diretamente na e com a comunidade.
Para a WHPA (2011a), é importante que todos os governos, indivíduos, profissionais de saúde e associações nacionais façam o melhor uso destas ferramentas e as promovam, de forma apropriada, na prevenção e em programas nacionais de controlo.

A WHPA (2011b), afirma que o *Health Improvement Card* foi delineado para educar os indivíduos a promover e a melhorar a sua saúde através de comportamentos positivos e de mudanças de estilo de vida, para capacitar as pessoas a trabalhar em conjunto com o profissional de saúde, estabelecendo metas pessoais de saúde e para acompanhar o seu próprio progresso, ao longo do tempo. Por outro lado, esta ferramenta permite aos profissionais de saúde o auxílio para responder a perguntas frequentes colocadas pelos pacientes, de forma mais clara.

Este método permite, ao paciente, à medida que vai respondendo às questões colocadas, perceber em que nível se encontra o seu estado de saúde (nível ideal, nível de precaução e nível de elevado risco). Estes níveis são apresentados em três cores, verde - nível ideal, amarelo - nível de precaução, e vermelho - nível de elevado risco.

De acordo com a WHPA (2011a), com esta ferramenta, beneficiam ambas as partes, tantos os profissionais de saúde como os pacientes. De uma forma clara, esta ferramenta possibilita aos indivíduos obterem a perceção dos comportamentos de risco que desenvolvem e das doenças que poderão estar a eles associadas, possibilitando uma reflexão clara e rápida dos comportamentos a alterar/melhorar. Aos profissionais de saúde, permite esclarecer os pacientes de forma com clareza e rapidez sobre a sua situação face a comportamentos de risco a doenças a eles associados.

Objetivos

Objetivo geral

- Dotar os participantes de competências que possibilitem mudanças de comportamentos, adoção de hábitos de vida saudáveis e previnam ou atenuem os efeitos das doenças não comunicáveis.

Objetivos específicos

- Até ao final do projeto, aumentar a literacia em saúde, nomeadamente sobre a leitura de rótulos alimentares;
- No final do programa, os participantes devem demonstrar mudanças de comportamentos diários relativamente a alimentação, nomeadamente aumentar para 5 porções de fruta ou vegetais;
- No final do programa, os participantes devem demonstrar mudanças de comportamentos diários relativamente a atividade física, nomeadamente, aumentar a atividade física dos participantes para 150 minutos por semana;
- Capacitar os participantes para a identificação dos seus fatores de risco e comportamentos prejudiciais para a sua saúde (após a primeira sessão);
- Capacitar os participantes para a identificação dos hábitos e das medidas preventivas que deverão adotar (após cada sessão sobre o assunto);
- Motivar os participantes para uma participação ativa, durante todo o projeto.

PARTE II – ESTUDO PRÁTICO

Método

O presente projeto baseou-se no método de investigação-ação. Assim, numa primeira fase foi realizada uma recolha de informação da amostra em estudo de forma a permitir planear uma intervenção que respondesse às necessidades específicas do público a quem se destina o projeto.

O plano de ação do projeto contempla, numa primeira fase, a avaliação de necessidades. Para tal, foi realizada uma entrevista motivacional com alguns idosos, pertencentes *à Liga dos Amigos do Centro de Saúde do Bairro Norton de Matos* e ao *Centro Norton de Matos*, de forma a perceber quais os fatores de risco (insuficiente atividade física, alimentação desadequada e consumo de tabaco ou álcool) predominantes na população e as doenças não comunicáveis que poderão estar associadas a estes fatores (colesterol, diabetes, hipertensão, entre outras).

Na segunda fase é apresentado todo o planeamento e desenvolvimento dos procedimentos que constituem o projeto. Estas foram planeadas tendo em atenção a análise de necessidades realizada na primeira fase. Assim, de acordo com os fatores de risco e doenças com maior predominância na população, foram selecionados os temas para as sessões.

Estas sessões foram individuais e coletivas, onde foram utilizadas metodologias participativas/empowerment de forma a promover a intervenção ativa dos idosos no seu processo de promoção da saúde e de qualidade de vida, assim como dos seus pares.

Participantes

Caracterização sociodemográfica

Os participantes foram 46 indivíduos, residentes no Bairro Norton de Matos em Coimbra pertencentes à *Liga dos Amigos do Centro de Saúde do Bairro Norton de Matos* e ao *Centro Norton de Matos*.

Dos 46 sujeitos, 14 (30,4%) eram do sexo masculino e 32 (69,6%) do sexo feminino. As suas idades estavam compreendidas entre os 45 anos e os 94 anos, sendo que a média foi de 72 anos (Quadro 1).

Quadro 1 **– Caraterização sociodemográfica relativa ao sexo e idade**

	n	***Frequência relativa***
Sexo		
Feminino	32	30,4%
Masculino	14	69,6%
Escalão etário		
45 – 49	1	2,2%
50 – 54	3	6,5%
55 – 59	1	2,2%
60 – 64	3	6,5%
65 – 69	4	8,7%
70 – 74	15	32,6%
75 ou mais	19	41,3%
Média de Idade	72	

Caracterização quanto aos dados biométricos e estilos de vida

No Quadro 2, é possível verificar que a maioria dos participantes revela estilos de vida pouco saudáveis, nomeadamente, falta de prática regular de atividade física e de uma alimentação saudável. Simultaneamente, sofrem de certas patologias como a síndrome metabólica, diabetes, hipertensão arterial e dislipidémias.

Visto que os estilos de vida mais afetados nesta amostra relacionam-se com a alimentação e atividade física e que as doenças não comunicáveis mais predominantes são a hipertensão arterial, síndrome metabólica e dislipidémias as ações deste projeto foram ao encontro de respostas a estas necessidades apresentadas pelos participantes.

Quadro 2 – **Caraterização quanto a dados biométricos e estilos de vida (N = 46)**

	Ideal n	**Precaução n**	**Elevado Risco n**
IMC	21	14	11
Nível de açúcar no sangue	40	3	3
Nível de colesterol	26	16	4
Pressão arterial	16	24	6
Alimentação saudável	14	30	2
Atividade física	17	18	11
Consumo de álcool	44	2	0
Consumo de tabaco	45	--	1

Caracterização quanto à literacia em saúde

Neste projeto, privilegiou-se, também, conhecer o nível de literacia em saúde dos participantes.

Assim, no Quadro 3, é possível verificar que o nível de literacia da amostra em estudo é bastante limitado. A maioria dos participantes encontra-se nos dois níveis de literacia limitada. Desta forma, realizar ações que promovam o aumento da literacia em saúde desta população foi, também, uma prioridade.

É ainda possível verificar o nível de literacia em saúde, diferenciando ambos os sexos. No sexo feminino, o nível de literacia limitada (probabilidade de 50% ou mais) contém 15 (32,6%) indivíduos, no nível de literacia limitada são apresentados 12 (26%) pessoas e no nível de literacia adequada estão incluídos 5 (10,9% sujeitos).

No sexo masculino, no nível de literacia limitada (probabilidade de 50% ou mais) surgem 8 (17,4%) indivíduos, no nível de literacia limitada surgem 5 (10,9%) sujeitos e no nível de literacia adequada está 1 (2,2%) pessoa.

Realizando outra análise é possível verificar que no sexo feminino encontram-se mais indivíduos no nível de literacia limitada e no nível de literacia adequada. Contrariamente no sexo masculino, a maioria dos indivíduos encontra-se no nível de literacia limitada, cuja probabilidade de literacia limitada é de 50% ou mais (Quadro 3).

Quadro 3 – **Caracterização quanto ao nível de literacia em saúde**

	Nível de literacia em Saúde			
	Pontuação 0-1 sugere probabilidade elevada (50% ou mais) de literacia limitada	**Pontuação 2-3** indica a possibilidade de literacia limitada	**Pontuação 4-6** quase sempre indica literacia adequada	
Feminino (n=32)	15 (46,9%)	12 (37,5%)	5 (15,6%)	32 (100%)
Masculino (n=14)	8 (57,1%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	14 (100%)
Total (N=46)	23 (50%)	17 (37%)	6 (13%)	46 (100%)

Material

De forma a medir com maior rigor os resultados, neste trabalho foram utilizados dois instrumentos, o *Health Improvement Card* e o *Newest Vital Sign*, nas suas versões portuguesas.

Versão portuguesa do *HEALTH IMPROVEMENT CARD*

Para conhecer os estilos de vida pelos participantes, como atividade física, alimentação saudável, álcool, tabaco, etc. e alguns dados biométricos, como IMC, colesterol, tensão arterial e glicemia, foi utilizado uma tradução do *Health Improvement Card*, a qual, pela sua estrutura não carece de validação para a nossa população (WHPA, 2011,a) (anexo 1).

São categorizados três níveis de risco de doenças não comunicáveis. O nível de elevado risco, ao qual corresponde à cor vermelha, o nível de precaução caracterizado pela cor amarela e o nível ideal representado pela cor verde.

Para cada item são apresentados valores de referência em cada um dos níveis mencionados anteriormente. Assim, cada participante tem uma fácil visão do nível (elevado risco, precaução ou ideal) em que se encontra seja ao nível dos dados biométricos ou ao nível dos estilos de vida. Apresenta, igualmente, sugestões, para cada item, para que os participantes alcancem o nível ideal.

É importante referir que o questionário foi administrado através de entrevista individual para que não existissem problemas relacionados com a interpretação e para ultrapassar algumas limitações relacionadas com a baixa de visão de alguns dos participantes.

Versão portuguesa do *NEWEST VITAL SIGN*

O *Newest Vital Sign* (anexo 1) é um questionário desenvolvido para averiguar sobre a literacia em saúde, categorizando-a em três níveis; o nível de literacia limitada que sugere probabilidade elevada de literacia limitada (50% ou mais); o nível de literacia limitada, que

indica a possibilidade de literacia limitada; e, o nível de literacia adequada, o qual sugere, quase sempre, literacia adequada.

Após responderem a um conjunto de seis questões relacionadas com a análise de um rótulo alimentar (o qual é fornecido), é possível averiguar se o nível de literacia em saúde de cada participante é adequado ou limitado.

À semelhança do questionário anterior, também este foi preenchido individualmente e em forma de entrevista, pelas razões mencionadas anteriormente.

A versão portuguesa encontra-se validada para a população portuguesa, tendo revelado boas propriedades psicométricas (Rodrigues, Carvalho, Andrade e Martins, 2012)

Questionário de Satisfação e Motivação

Desenvolvido para este trabalho (anexo 1), consiste num conjunto de questões às quais o participante respondeu após cada ação, através de uma escala de "discordo muito", "discordo", "concordo" e "concordo muito".

Procedimentos

O presente projeto incluiu várias ações no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e literacia em saúde. Estas sessões que decorreram entre 20 de dezembro e 28 de abril, foram elaborados planos de aconselhamento para cada idoso, em diversas áreas, de forma a serem capazes de modificar os comportamentos prejudiciais para a saúde. Foram, também, realizadas sessões de sensibilização e consciencialização para a importância da literacia em saúde e, foi realizado um passeio pedestre em contexto urbano (anexos 2, 3 e 5).

Foram, igualmente, disponibilizados materiais de apoio, com informações sobre atividade física e alimentação saudável aos participantes (anexo 4).

Foi, também, avaliado e monitorizado continuamente o processo de evolução de cada idoso (quais os comportamentos que foi capaz de modificar) ao longo do tempo, no sentido de reduzir o feedback negativo face ao seu estado de saúde e qualidade de vida. A avaliação da satisfação, da motivação e adesão face as sessões foram indicadores contemplados no projeto.

Sessões de aconselhamento e esclarecimento (semanais) – Durante todo o projeto

Durante todo o projeto foram realizadas sessões de aconselhamento e esclarecimento semanais, as quais tiveram início no dia 20 de dezembro e terminaram no dia 28 de abril. Todas as semanas, às segundas, quartas ou sextas, decorreram na *Liga dos Amigos do Centro de Saúde do Bairro Norton de Matos*, no momento em que o local se encontrava aberto ao público para que estes pudessem fazer a medição da pressão arterial e glicemia, sessões para esclarecer a população sobre o calendário das ações, eventuais dúvidas que surgissem e, simultaneamente perceber qual a motivação dos participantes face a melhoria da sua qualidade de vida, assim como avaliar a sua motivação para participar num projeto deste género.

Assim, foi possível verificar que a maioria da população entrevistada se encontra muito motivada para projetos deste género, valorizam a sua qualidade de vida e demonstram interesse em saber quais as formas mais adequadas para promover a sua saúde e qualidade de vida.

Esta ação foi muito importante, não só para cativar a população mas também, para que os participantes se sentissem apoiados e motivados para alterar alguns comportamentos prejudiciais à sua saúde, privilegiando a educação em contexto não-formal.

Ação de sensibilização dos participantes - 27 de janeiro

Nesta sessão foram apresentados à população os dados recolhidos durante a avaliação de necessidades. Foram, também, abordados, de forma geral, todos os fatores de risco para a saúde, mesmo os que são menos significativos (consumo de álcool e tabaco) para a população do projeto.

O objetivo foi fornecer informação, de forma geral, sobre cada um dos fatores de risco para a saúde e qualidade de vida bem como os estilos de vida a adotar. Assim, a população, ao ter um maior conhecimento, poderá alterar alguns comportamentos de risco, substituindo-os por medidas preventivas capazes de promover uma maior qualidade de vida (anexos 2 e 3).

Sessão sobre nutrição –10 de fevereiro

Esta sessão foi realizada pela autora do projeto. O objetivo foi dar a conhecer, aos participantes, quais os estilos de vida saudáveis mais adequados para esta população. Para tal, foram apresentados os alimentos indispensáveis a uma boa alimentação bem como, o seu impacto positivo na saúde.

Foi, também, realizado um jogo que consiste na análise de rótulos alimentares. Este pretende consciencializar a população para a importância dos dados fornecidos nos alimentos e que podem trazer implicações positivas (por exemplo, alimento com grande teor de cálcio, etc) ou negativas (por exemplo, ingredientes a que a pessoa é alérgica) para a saúde e qualidade de vida (anexos 2,3 e 5) e foi desenvolvido por alunas do 1.ª ano do Mestrado de Educação para a Saúde, orientadas pela docente Anabela Correia Martins, em novembro 2011.

Através dos dados apresentados no Quadro 4, é possível verificar que as questões em que os participantes obtiveram melhores resultados, foram as questões relacionadas com a quantidade do produto e a sua validade. Ainda que com uma pontuação mais baixa surgem com um resultado, maioritariamente, positivo as questões número cinco e número dez, as quais dizem respeito ao ingrediente em maior quantidade e se o produto contém, ou não, açúcar (ver anexo 5).

Desta forma, é possível concluir que a maioria dos participantes respondeu incorretamente, à maioria das questões (Quadro 4). É, mais uma vez, notório o baixo nível de literacia em saúde dos participantes.

No fim destas sessões foi distribuído pelos participantes, um plano de aconselhamento, apresentado em forma de íman para colocar no frigorífico, o qual contém informação relacionada com uma alimentação saudável (quais os alimentos que devem comer em maior quantidade, o modo de confeção mais saudável, entre outros aspetos). É um instrumento que pretendeu servir de apoio às sessões e que os participantes poderão consultar, de uma forma fácil, sempre que existam dúvidas (anexo 4).

Quadro 4 – **Respostas às questões do jogo de análise de rótulos alimentares (N= 9)**

Questão nº1 – Quantidade do produto	Certo – 89,9%
	Errado – 11,1%
Questão nº 2 – Validade do produto	Certo – 77,8%
	Errado – 22,2%
Questão nº 3 – Valor energético por 100gr/ml	Certo – 33,3%
	Errado – 66,7%
Questão nº 4 – Calorias por embalagem	Certo – 0%
	Errado – 100%
Questão nº 5 – Ingrediente em maior quantidade	Certo – 55,6%
	Errado – 44,4%
Questão nº 6 – Contém fibras?	Certo – 44,4%
	Errado – 55,6%
Questão nº 7 – Numa porção, qual a percentagem da DDR de … (diferentes ingredientes)?	Certo – 11,1%
	Errado – 88,9%
Questão nº 8 – Contém sódio?	Certo – 22,2%
	Errado – 77,8%
Questão nº 9 – Contém mais proteínas ou glícidos?	Certo – 22,2%
	Errado – 77,8%
Questão nº 10 – Contém açúcar?	Certo – 55,6%
	Errado – 44,4%

Sessões teórico-práticas sobre atividade física – 24 de fevereiro, 2 e 9 de março

O projeto contemplou três sessões sobre atividade física, as quais foram dinamizadas por um especialista na área (um fisioterapeuta). O objetivo destas sessões era dar a conhecer à população quais os exercícios mais adequados para diminuir ou atenuar os efeitos causados pela hipertensão arterial, dislipidémias e síndrome metabólica.

Assim, numa primeira fase foram abordadas algumas informações teóricas sobre o tema, como por exemplo, a intensidade e número de vezes que se deve realizar atividade física para combater, atenuar e prevenir a hipertensão arterial, dislipidémias e síndrome metabólica, bem como os exercícios mais adequados (anexos 2 e 3).

Na segunda fase foi permitido aos participantes esclarecerem algumas dúvidas assim como construir um plano de aconselhamento individual. Foi, igualmente, questionado, aos participantes, após a sessão, quais os hábitos diários que poderiam modificar para assim se aproximar do que realmente é adequado.

No fim destas sessões foi distribuído, pelos participantes, um calendário de bolso com alguns exercícios físicos que podem realizar diariamente e o qual apresenta, igualmente, sete razões para a prática de atividade física. É um instrumento que pretendeu servir de apoio às sessões e que os participantes poderão consultar, de uma forma fácil, sempre que existam dúvidas (anexo 4).

Dia da Saúde comemorado no dia 14 de abril

Para comemorar o dia da saúde, foi realizado no dia 14 de abril um passeio pedestre em contexto urbano, o qual continha, para além da caminhada pelo bairro, paragens em pontos chave para a realização de exercícios físicos específicos. Estes exercícios foram selecionados por um especialista da área, um professor de Educação Física (anexos 2 e 3).

O objetivo principal foi dar alternativas aos cidadãos para praticarem atividade física no contexto onde vivem. Para além de se apresentar como uma alternativa para a realização de exercício físico, esta atividade foi um momento de grande diversão e simultaneamente de combate ao isolamento social, em que muitos idosos vivem.

Foi, ainda, distribuído pela população um mapa com vários percursos do Bairro Norton de Matos que podem realizar e os exercícios que devem praticar durante estes percursos e quais os pontos específicos onde os devem executar (anexo 4).

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.00.

A caracterização da amostra foi feita com recurso a uma análise estatística descritiva dos dados, em termos de medidas de tendência central (média) e de frequências e percentagens.

Resultados

Nesta fase pretende-se apresentar os resultados da implementação das ações do projeto, quer ao nível da alteração de comportamentos de risco para comportamentos saudáveis, quer ao nível da satisfação e motivação dos participantes ao longo do mesmo.

Comparação antes e após a implementação das ações

Na fase inicial, através de uma análise de necessidades em que foram utilizados dois questionários – o *Health Improvemente Card* e o *Newest Vital Sign* (anexo 1), foi possível verificar que as áreas mais preocupantes são as áreas da atividade física e nutrição. Desta forma, as áreas mencionadas foram tidas como uma prioridade na planificação das ações do projeto.

O projetou contemplou um conjunto de atividades cujo principal objetivo passou por alertar para os comportamentos de risco, adotados por cada indivíduo, assim como apresentar alternativas saudáveis que devem praticar diariamente.

Após a execução das diversas atividades, os mesmos questionários, utilizados inicialmente, na fase de avaliação de necessidades, foram implementados. O objetivo é perceber se os indivíduos modificaram alguns comportamentos de risco, substituindo-os por comportamentos saudáveis, no decorrer do projeto.

Assim, é possível analisar na figura 1 que ao nível dos hábitos relacionados com uma alimentação adequada existiram algumas alterações. O número de pessoas com o nível ideal subiu de 14 (30,4%) indivíduos para 31 (67,4%), o nível de preocupação passou de 30 (65,2%) para 15 (32,6%) e o nível de elevado risco, que apresentava 2 (4,3%) pessoas, surge agora sem nenhum sujeito (0%).

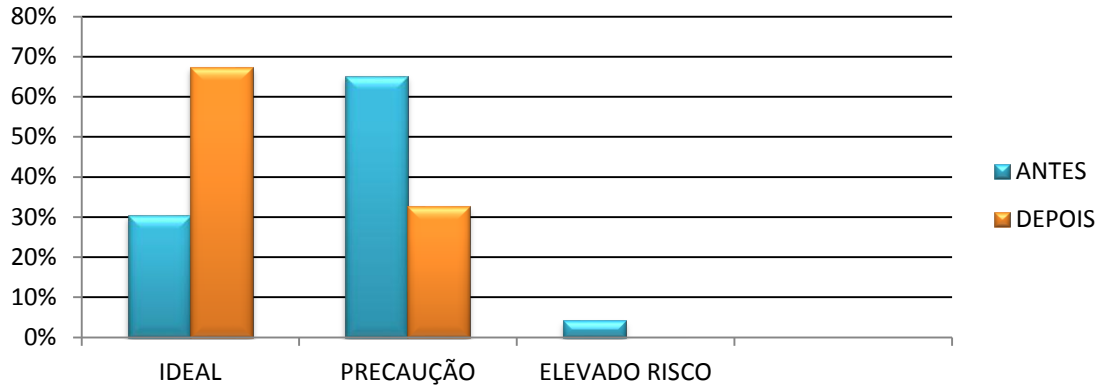

Figura 1 – **Evolução da adoção de estilos de vida relacionados com uma alimentação saudável**

Ao nível da atividade física, também, surgiram algumas alterações, as quais são visíveis na figura 2. O nível ideal que continha 17 (37%) indivíduos passou para 16 (34,8%). O nível de preocupação passou de 18 (39,1%) sujeitos para 24 (52,2%) e o nível de elevado risco decresceu, passando de 11 (23,9%) pessoas para 6 (13%).

Na fase final do projeto, somente estes dois estilos de vida foram analisados visto que eram os que apresentavam maiores níveis de preocupação na fase inicial e os quais estão diretamente relacionados com as diversas ações realizadas ao longo do projeto.

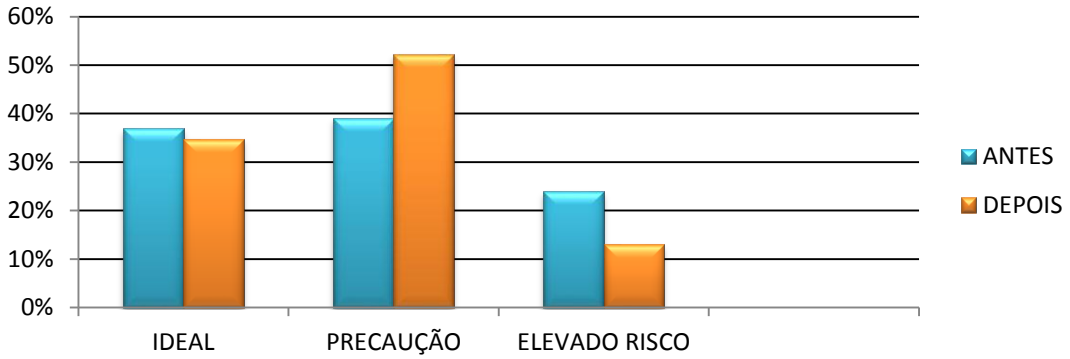

Figura 2 – **Evolução da adoção de estilos de vida relacionados com a prática regular de atividade física**

Relativamente ao nível da literacia em saúde é possível analisar alguma evolução, a qual está representada no quadro 6 e na figura 3. Inicialmente o nível de literacia limitada (probabilidade de 50% ou mais), continha 23 (50%) indivíduos e no fim do projeto apresenta 19 (41,3%) pessoas. Quanto ao nível de literacia limitada, inicialmente contemplava 17 (37%) pessoas e agora manifesta uma pequena alteração, passando para 18 (39,1%) sujeitos. Por fim, o nível de literacia adequada continha 6 (13%) indivíduos, passando, atualmente, para 9 (19,6%) sujeitos.

Pode-se verificar, igualmente, o nível de literacia em saúde, de acordo com o sexo a que pertence cada sujeito. No sexo feminino, o nível de literacia limitada (probabilidade de 50% ou mais) contém 15 (32,6%) indivíduos, no nível de literacia limitada são apresentados 12 (26%) pessoas e no nível de literacia adequada estão incluídos 5 (10,9% sujeitos).

No sexo masculino, no nível de literacia limitada, com mais de 50% de probabilidade de literacia limitada, surgem 8 (17,4%) indivíduos, no nível de literacia limitada surgem 5 (10,9%) sujeitos e no nível de literacia adequada está 1 (2,2%) pessoa.

Realizando outra análise é possível verificar que no sexo feminino encontram-se mais indivíduos no nível de literacia limitada e no nível de literacia adequada. Contrariamente no sexo masculino, a maioria dos indivíduos encontra-se no nível de literacia limitada (probabilidade de 50% ou mais de literacia limitada) (Quadro 6 e figura 3).

Quadro 5 – **Nível de literacia em saúde, dos participantes, após as ações**

	Nível de literacia em Saúde			
	Pontuação 0-1 sugere probabilidade elevada (50% ou mais) de literacia limitada	**Pontuação 2-3** indica a possibilidade de literacia limitada	**Pontuação 4-6** quase sempre indica literacia adequada	
Feminino (n=32)	11 (34,3%)	14 (43,8%)	7 (21,9%)	32 (100%)
Masculino (n=14)	8 (57,1%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)	14 (100%)
Total (N=46)	19 (41,3%)	9 (19,6%)	46 (100%)	

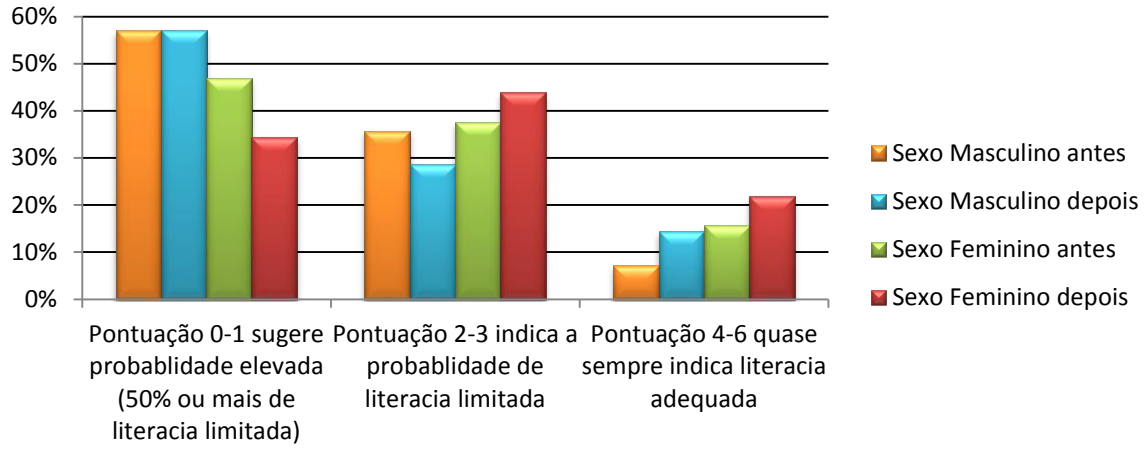

Figura 3 – **Comparação do nível de literacia antes e após as ações e comparação entre o nível de literacia no sexo feminino e no sexo masculino**

Satisfação e motivação

Através dos dados representados no Quadro 5, a qual contém a informação relativa à avaliação de satisfação e motivação dos participantes face a cada uma das sessões (no caso da ação de sensibilização esta está assinalada juntamente com as sessões de esclarecimento, uma vez que estas eram informais e não se realizou esta avaliação detalhada no fim de cada uma), é possível verificar à avaliação de satisfação e motivação, de cada participante, face às diversas ações implementadas. Assim, as únicas opções pelos participantes assinaladas foram o "concordo" e o "concordo completamente".

A ação com predominância total no "concordo muito", em todos os aspetos a avaliar, foi a sessão de sensibilização, tendo 100% em todas as opções. Na sessão de nutrição, nas de atividade física e no passeio pedestre é possível identificar que em algumas questões foram assinaladas as opções do "concordo" e do "concordo muito". Ainda, assim, a opção do "concordo muito" é a que apresenta a maior percentagem (anexo 1).

Quadro 6 – **Satisfação e motivação relativamente às ações do projeto**

Questões	Sessão de sensibilização e sessões de esclarecimento	Sessão sobre nutrição	Sessões sobre atividade física	Passeio pedestre
1 - A linguagem foi adequada?	Discordo muito - 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito –0%
	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%
	Concordo – 0%	Concordo – 0%	Concordo – 16,7%	Concordo – 0%
	Concordo muito – 100%	Concordo muito - 100%	Concordo muito – 83,3%	Concordo muito – 100%
1.2 - O material utilizado foi adequado?	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%
	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%
	Concordo – 0%	Concordo – 11,1%	Concordo – 22,2%	Concordo – 9,1%
	Concordo muito – 100%	Concordo muito – 88,9%	Concordo muito – 77,8%	Concordo muito – 90,9%
1.3 - Os conhecimentos que adquiriu foram úteis?	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito –0%
	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%
	Concordo – 0%	Concordo – 11,1%	Concordo – 16,7%	Concordo – 18,2%
	Concordo muito – 100%	Concordo muito – 88,9%	Concordo muito – 83,3%	Concordo muito – 81,8%
2 - Esta atividade será importante para a melhoria/manutenção da sua saúde?	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%
	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%
	Concordo – 0%	Concordo – 0%	Concordo – 16,7%	Concordo – 0%
	Concordo muito – 100%	Concordo muito - 100%	Concordo muito – 83,3%	Concordo muito100% –
3 - Qual será o seu grau de satisfação global relativamente a esta ação/atividade?	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito –0%
	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%
	Concordo – 0%	Concordo – 0%	Concordo – 0%	Concordo – 0%
	Concordo muito – 100%	Concordo muito - 100%	Concordo muito – 100%	Concordo muito – 100%
4 - Qual o seu grau de motivação para participar em próximas ações/atividades?	Discordo muito - 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%	Discordo muito – 0%
	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%	Discordo – 0%
	Concordo – 0%	Concordo – 0%	Concordo – 5,6%	Concordo – 0%
	Concordo muito – 100%	Concordo muito - 100%	Concordo muito – 94,4%	Concordo muito – 100%

Discussão

Através dos instrumentos utilizados na avaliação de necessidades - *Health Improvement Card* e *Newest Vital Sign* foi possível verificar que os participantes adotam comportamentos considerados de risco para a sua saúde. Segundo Santos (2010), esta situação poderá estar associado a um baixo nível de literacia em saúde. Evidências demonstram que, por exemplo, a obesidade tem vindo a ser associada, por vários estudos, a uma baixa literacia em saúde. Assim, níveis de literacia adequados, tendem a apresentar

melhorias na saúde e mais qualidade de vida enquanto que, baixos níveis de literacia em saúde são associados a precariedade e elevada taxa de mortalidade. Galvão (2006) defende que a implementação de medidas preventivas prolonga a quantidade de vida e o bem estar.

Os instrumentos utilizados demonstraram ser bons indicadores para a planificação de ações que respondam diretamente às reais necessidades dos sujeitos, visto que à medida que os sujeitos respondem às várias questões vão percebendo em que nível (ideal, precaução ou elevado risco) se encontrava o seu estado de saúde nas diversas variáveis apresentadas, podendo, assim, optar por escolhas mais saudáveis. Esta fácil análise da situação de cada sujeito, permitiu-nos perceber quais as áreas com maior carência, na amostra, e assim planificar atividades que fossem ao encontro dessas carências (WHPA, 2011a).

As diversas ações contempladas neste projeto foram, igualmente, oportunidades que permitiram dotar os indivíduos de competências, capacidades e conhecimentos que visem a promoção de estilos de vida saudáveis. Segundo a DGS (2005), a prática regular e moderada de atividade física e a adoção de uma alimentação saudável são fatores que contribuem para a qualidade de vida em todas faixas etárias e, em particular, no processo de envelhecimento. Desta forma, os dados apresentados nos resultados são de grande importância para o presente projeto, visto que foi objetivado, aumentar a prevalência de estilos de vida saudáveis, no maior número de indivíduos possível, e diminuir a adoção comportamentos prejudiciais à saúde. Assim, os participantes incorporaram várias competências que lhes permitiram a mudança de alguns hábitos prejudiciais à sua saúde.

Durante a sessão de nutrição, a qual contemplava a "educação" da literacia em saúde foi possível perceber que as questões em que os participantes obtiveram melhores resultados, foram as questões relacionadas com a quantidade do produto e a sua validade, o que poderá estar relacionado com a passagem do questionário *Newest Vital Sign*, o qual continha questões do género. As questões com pontuações mais baixas não estão inseridas neste instrumento, o que, segundo Sihota e Lennard (2004) leva a crer que o treino, sensibilização e consciencialização são boas estratégias de promoção da literacia em saúde.

Foi, mais uma vez, notório o baixo nível de literacia em saúde do público-alvo, dado que a sua maioria respondeu incorretamente, à maioria das questões. Desta forma é urgente apostar em estratégias que desenvolvam o nível de literacia em saúde, não só da população

em estudo mas de todas as comunidades, visto que a literacia em saúde se encontra intimamente ligada ao desenvolvimento social e económico das sociedades atuais. A literacia em saúde é um ótimo indicador dos resultados alcançados na promoção da saúde e nas atividades preventivas, visto que através desta é possível avaliar as competências e capacidades das populações e relacioná-las com resultados económicos, sociais e de saúde (Kickbusch et al, s/d).

Através dos dados recolhidos pelos instrumentos anteriormente mencionados, foi possível perceber que ao nível da alimentação saudável, uma das áreas com maior carência, existiram algumas alterações, sendo que foi o estilo de vida saudável que mais alterações positivas obtiveram ao longo do projeto. Estas alterações, são justificadas, pelos participantes, pela facilidade em adotar uma alimentação saudável, quando se obtém conhecimentos que o permitem. Esta situação vem revelar, mais uma vez, a importância de apostar na promoção de estilos de vida saudáveis e mais especificamente na promoção de práticas alimentares, visto que, segundo o Ministério da Saúde (2007) constitui uma estratégia de vital importância para responder aos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual. Assim, os objetivos deste projeto, relativos à adoção de hábitos alimentares foram alcançados. No entanto, é imprescindível que as ações tenham continuidade de forma a não se perder o conseguido até ao momento.

No que respeita à atividade física, também, ocorreram algumas alterações, ainda que não sejam tão positivas como na área da alimentação. Filho (2006) defende que de acordo com a condição de saúde de cada indivíduo é importante ter em atenção que o tempo e o caminho percorrido até se alcançarem os resultados pretendidos, poderão ser bastante lentos. No entanto, devem ser valorizadas as pequenas alterações, positivas, que vão surgindo de forma a incentivar os sujeitos. Ainda que não tenha sido a área em que melhores resultados foram alcançados, a adoção de estilos de vida relacionados com a prática regular de atividade física obteve resultados positivos. Estes resultados são mais visíveis no nível de preocupação que aumentou face à descida do nível de elevado risco.

Em relação ao nível de literacia em saúde também existiram algumas alterações. É visível que o nível com maior alteração foi o nível de literacia limitada, o qual sugere a probabilidade elevada de 50%, ou mais, de literacia limitada, seguindo do nível de literacia adequada que subiu. É notório que os níveis adequados de literacia em saúde, da amostra,

estão longe de alcançar o ideal, contudo, tem-se a consciência que para melhores resultados serem alcançados, é necessário que um projeto desta natureza se desenvolva num maior espaço de tempo e que execute mais ações neste âmbito (Sihota e Lennard, 2004).

Embora alguns dos inquiridos não tenham participado, em todas as ações, do projeto, principalmente as que abordaram todas as áreas mais específicas, como a nutrição, atividade física e hipertensão arterial, síndrome metabólica e dislipidémias, alteraram alguns dos seus comportamentos. Foi possível verificar que alguns dos participantes do projeto se inscreveram nas aulas de ginástica no *Centro Norton de Matos*, durante a implementação do mesmo. Estes justificam estas alterações com base na informação distribuída e com as sessões de aconselhamento a que iam assistindo, "ouvindo" algumas recomendações. O mesmo se sucedeu com os níveis de literacia em saúde.

Embora não estivesse planeado neste projeto, em determinada altura achou-se pertinente a realização de um estudo exploratório com alunos, o qual pretende comparar os níveis de literacia em saúde dos participantes idosos e de alunos que frequentam o ensino superior nas áreas da gerontologia social e animação socioeducativa. O objetivo foi perceber, se os profissionais que futuramente poderão intervir em populações semelhantes possuem níveis adequados de literacia, de forma a que a sua intervenção seja eficaz em populações cujo nível de literacia parece ser bastante limitado.

Desta forma, o questionário *Newest Vital Sign* foi respondido por alunos do curso de Animação Socioeducativa_ Diurno, Animação Socioeducativa_Noturno e por alunos do curso de Gerontologia Social.

Fazendo uma análise comparativa aos três cursos mencionados, a qual poderá ser consultada no anexo 6 (quadro1) é verificável que o curso que apresenta um nível de literacia em saúde mais adequado é o curso de Gerontologia Social, sendo, também, o curso cujas saídas profissionais estão, mais, diretamente ligadas à área da terceira idade.

Embora a maioria, dos alunos que responderam ao questionário, se encontrem no nível de literacia adequada, os resultados evidenciados mostram a necessidade de realizar intervenções junto destes, de forma a tornar o seu nível de literacia mais eficaz. É importante aumentar a literacia em saúde dos que estão no nível adequado e diminuir o

número de indivíduos incluídos nos dois níveis de literacia limitada, para que estes profissionais, quando estiverem no terreno, intervenham de forma efetiva na realidade em que se inserirem. Assim, pretende-se em futuros projetos, desenvolver ações que pretendam aumentar o nível de literacia em saúde de alunos cuja formação base lhes poderá permitir trabalhar com populações idosas.

Um, outro aspeto interessante deste projeto, é fato de se apresentar com uma resposta social em tempos de crise, visto que é um projeto cujos recursos económicos utilizados foram poucos e possibilitou, aos participantes, utilidade social. Em cada ação realizada, os participantes tinham a oportunidade de cooperar na sua elaboração e preparação, o que, não só, diminuía o tempo de isolamento e solidão destes sujeitos, mas também, lhes proporcionou utilidade social, a oportunidade de participar na organização de atividades destinadas à comunidade, o que segundo Trilla (2004) promove o bem-estar e o desenvolvimento pessoal e social.
Os aspetos referidos anteriormente são de extrema importância, visto que Sihota e Lennard (2004) afirmam, que a utilidade social e a diminuição de tempos de isolamento e solidão bem como a importância de um suporte social, podem diminuir, a longo prazo, custos na saúde e proporcionar uma maior qualidade de vida dos indivíduos.

A interação com outras áreas de conhecimentos, ao longo do projeto, como foi o caso da fisioterapia e educação física, proporcionou, de acordo com o defendido por Pinho (2006), uma intervenção mais efetiva, tendo em especial atenção as necessidades dos participantes. Segundo a DGS (s/d), a eficiência na utilização dos recursos possibilita uma maior articulação e procura de sinergias. Através da junção de sinergias foi possível intervir de forma específica, abordando diversas áreas importantes para a adoção de estilos de vida saudáveis, como por exemplo especificar a atividade física mais adequada a indivíduos que possuem níveis de hipertensão arterial bastante elevados.

A aposta numa intervenção comunitária, foi privilegiada pelo presente projeto, uma vez que, segundo a DGS (2006),com este tipo de intervenção foi possível conhecer as reais necessidades sentidas, pelos participantes e, simultaneamente, possibilitou o aconselhamento e acompanhamento dos sujeitos, durante todo o projeto. Foi ainda possível perceber quais os recursos que a comunidade possuía e que poderão ser utilizados para superar e minimizar algumas das necessidades sentidas, como por exemplos, espaços

planos, ótimos para a prática regular de caminhadas e associações locais que possuem respostas para a prática de atividade física e que alguns indivíduos desconhecem, entre outros.

Os resultados obtidos fizeram-nos desenvolver estratégias que garantam a sua continuidade, nomeadamente, a formação de futuros voluntários que desejem colaborar nesta comunidade ou reproduzir o projeto noutra comunidade com características idênticas.

Outro aspeto a realçar é o facto deste projeto ter sido selecionado para ser apresentado no II Congresso Internacional de Gerontologia Social. Nessa altura, reportámos apenas os resultados parciais do mesmo, baseados nas atividades desenvolvidas até então. Contudo, os últimos resultados já serão publicados no livro do Congresso, que se prevê sair durante o próximo ano, o que leva a crer que é uma boa resposta para o alcance de um envelhecimento saudável nos tempos que correm.

Conclusão

Concluído o presente projeto de investigação-ação é importante identificar e refletir sobre as principais aprendizagens realizadas.

Desta forma, tal como sugerido pela literatura, a adoção de estilos de vida saudáveis proporciona uma melhor qualidade de vida. Apesar de não ter sido privilegiada a avaliação de possíveis alterações ao nível das doenças não comunicáveis após implementação do projeto, visto que o curto espaço de tempo para a realização do mesmo não previa resultados nesse âmbito (Barroso et al, 2008), ou seja, é necessário mais tempo para se medirem resultados nesses parâmetros, visto que inicialmente é necessário realizar várias ações de capacitação e sensibilização dos participantes de modo a que estes percecionem qual a utilidade da adoção de estilos de vida saudáveis na promoção da sua saúde (Bicudo, s/d, Kickbussch, s/d, e Nunes, 2010) e, só após a execução destas, partir para uma intervenção mais específica, centrada nas necessidades e particularidades desta população (Serafim, Jesus e Pierin, 2010). No entanto, é percetível que uma alimentação saudável e a prática regular da atividade física proporcionam uma melhor qualidade de vida.

Através de testemunhos dos participantes, foi possível identificar, na amostra do estudo, que uma alimentação saudável diminui o mau estar físico, associado à ingestão de fritos, gorduras, entre outros, assim como, a atividade física melhora o humor e previne situações de isolamento, solidão e diminui dores físicas.

Com o presente trabalho foi possível verificar que um projeto de intervenção comunitária, desta natureza, exige uma maior durabilidade para que um maior número de resultados seja alcançado.

Para que melhores resultados sejam alcançados é, também, importante implicar o maior número de associações locais de forma que o maior número de recursos se unam, criando as sinergias necessárias para uma intervenção efetiva.

Pode-se concluir que é uma área que necessita de ser bastante trabalhada, junto da população, através de ações frequentes.

É fundamental que projetos deste género privilegiem ações comunitárias e equipas multidisciplinares que possibilitem uma intervenção centrada nas reais necessidades do público-alvo.

Salienta-se, igualmente, a importância da eficácia e eficiência de todos os profissionais que trabalhem ou possam vir a trabalhar nesta área, para que as suas intervenções sejam o mais adequadas possíveis.

Referências

AMARAL e PEREIRA (s/d). *Obesidade da Genética ao Ambiente.* Retirado a 20 de dezembro, 2011, de http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/22.pdf

BARROSO, JARDIM, VITORINOV, BITTENCOURT e MIQUETICHUC (2008) *Influência da Atividade Física Programada na Pressão Arterial de IDOSOS HIPERTENSOS SOB TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO*. Retirado a 27 de abril, 2012, de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/67.pdf

BICUDO, Mária José (s/d) *Envelhecer Saudável - Das políticas, à prática de cuidados: que realidade?*. Retirado a 4 de janeiro, 2012, de http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Envelhecer%20saud%C3%A1vel%20Das%20pol%C3%ADticas%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica%20que%20realidade.pdf

CAMPOS E NETO (2009) *Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida.* Retirado a 7 de janeiro, 2012, de http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vida/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-vida.pdf

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002) *Ganhos em Saúde – Ponto de Situação.* Lisboa: Ministério da Saúde.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2006) *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.* Retirado a 25 de janeiro, 2012, de http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Ministério da Saúde.* Retirado a 12 de janeiro, 2012, de http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005). *Doenças Geriátricas*. Retirado a 20 de janeiro, 2012, de http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/idosos/ DoencasGeriatricas.htm

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2007) *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas. Uma abordagem integradora*. Retirado a 13 de janeiro, 2012, de http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (s/d) *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.* Retirado a 6 de janeiro, 2012, de http://www.onocop.pt/conteudos/documentos/PNIISDEV.pdf

FILHO, W. (2006). *Atividade física e envelhecimento saudável*. retirado a 14 de março, 2012, de http://www.danielsimonn.com.br/recomendados/terceira-idade/artigo3.pdf

GALVÃO, Cristina (2006) *Atividades preventivas no idoso. Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22,731 – 7 Retirado a 21 de fevereiro, 2012, de http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070525191539417577.pdf

Idosos Hipertensos sob Tratamento Não-Farmacológico. Retirado a 27 de abril, 2012, de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/67.pdf

INSTITUO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2006) *Estatísticas Demográficas*. Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

INSTITUO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – Dr. Ricardo Jorge (2010) *Literacia em Saúde.* Retirado a 06 de setembro, 2011, de http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx

KATZER, J. (2007). *Diabetes mellitus tipo II e atividade física.* Retirado a 10 de fevereiro, 2012, de http://www.efdeportes.com/efd113/diabetes-mellitus-e-atividade-fisica.htm

KICKBUSC,I.;WAIT, S. e MAAG, D (s/d). *Navigating Health - T h e Ro l e of Health Literac. Retirado* a 5 de fevereiro, 2012, de http://www.emhf.org/ resource_images/NavigatingHealth_FINAL.pdf

KICKBUSCH, I. (2011) *The Europena health literacy conference Museam of Natural Science* , Brusseles. Retirado a 13 de dezembro, 2011, de http://inthealth.eu/research/health-literacy-hls-eu/

KIRSCH, N.; JUNGEBLUT, A.; JENKINS, L E KOLSTAD, A. (2002). *ADULT LITERACY in America*. Retirado a 15 de janeiro, 2012, de http://nces.ed.gov/pubs93/93275.pdf

MARTINS, Mária do Céu Antunes (2005) *A Promoção da saúde: percursos e paradigma.* Retirado a 22 de janeiro, 2012, de http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/ 10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007). *Estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local - (Relatório da oficina de Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde)*. Retirado a 22 de fevereiro, 2012, de http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/doc_tecnico_pas_nivel_local.pdf

MONTEIRO, M. (2009). *A Literacia em Saúde*. Retirado a 22 de janeiro, 2012, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CFAQFjAA&url=http%3A%2F%2Frecil.grupolusofona.pt%2Fbitstream%2Fhandle%2F10437%2F1161%2FA%2520literacia%2520em%2520sa%25C3%25BAde.pdf%3Fsequence%3D1&ei=4h7rT4yLJuSf0QWHg62qBQ&usg=AFQjCNGivvr8QpVBx6ePl3O2SE3iIXN60g&sig2=b61Cz78XAs7MZnWoNuPb-Q

NUNES, Emília (2010). *Literacia, capacitação e participação, condições para o pleno exercício da cidadania em Saúde*. Retirado a 06 de setembro, 2011, de http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/Cidadania_EmiliaNunes.pdf

NUTBEAM, Don (2008). *The evolving concept of health literacy.* Retirado a 15 de fevereiro, 2012, de http://www.sea-mist.se/hal/halsoteknik.nsf/bilagor/ Nutbeam2009a_pdf/$file/Nutbeam2009a.pdf

OMS (1991). Declaração de Sundsvall. Retirado a 21 de fevereiro, 2012, de http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf

PINHO, M. (2006). *Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz.* Retirado a 2 de abril, 2012, de http://www.cienciasecognicao.org /pdf/ v08/m326103.pdf

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 (2010) *Pensar Saúde.* Retirado a 06 de setembro, 2011, de http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/pensarsaude_nr1.pdf

REIS, C. (2009) Obesidade e atividade física. Retirado 10 de janeiro, 2012, de http://www.efdeportes.com/efd130/obesidade-e-atividade-fisica.htm

RODRIGUES, S., CARVALHO, T., ANDRADE, I. & MARTINS, A.C. (2012). *Literacia em Saúde e Estilos de Vida: Ganhos em Saúde na População Sénior*. 17 de maio de 2012. II Congresso Internacional de Gerontologia Social "Envelhecer em tempos de crise: respostas sociais", Hotel D. Inês, Coimbra.

SANTOS, O. (2010). *O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal – Health literacy: empowering the person with overweight for the control and reducion of body weight*. Retirado a 19 de fevereiro, 2012, http://dspace.uevora.pt/otic/bitstream/10174/2320/1/(2010)+Literacia+em+sa%C3%BAde++capacitando+a+pessoa+com+excesso+de+peso+para+o+controlo+e+redu%C3%A7%C3%A3o+da+carga+ponderal.pdf

SCOTT. C. Ratzan, (2006). *Journal of Health Communications: International Perspetives, 2828 Ellicott Street NW*, Washington DC, USA. Retirado a 22 de fevereiro, 2012, de http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.full?sid=2b1da854-6a39-402b-a87b-8a0ff4ddbc7d

SERAFIM, Jesus e Pierin (2010*) Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas.* Retirado a 11 de janeiro, 2012, de http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/12.pdf

SIHOTA, S. e LENNARD, L. (2004). *Health literacy: being able to make the most of health*. Retirado a 2 de abril, 2012, de http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CE4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fws10.eision.nl2Fnigz%2Finc%2Fgetdocument.cfm%3Ffilename%3Dupload%2Fhealth_literacy%2520National%2520Consumer%2520Counsil.pdf&ei=B-7qT77hHrGR0Q XesejDBQ&usg=AFQjCNF2ht7k4RR_5mLeimSM2WpZJ6w&sig2=z7soT3mZyxXaE7ERKT

SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH (SNIPH) (2006) .*Health y Ageing–A challenge for Europe*: Stockholm.

TRILLA, J.(Coord.) (2004) *Animação Sociocultural - Teorias, Programas e Âmbitos.* Lisboa: Editorial Ariel

UNITED NATIONS (2011). *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Retirado a 25 de março, 2012, de http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011 /political_declaration_en.pdf

WHO (2002) Active Ageing a Policy Framework. Retirado a 18 de maio, 2012, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

WHO (S/D). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Retirado a 11 de março, 2012, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood

WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE - WHPA (2011a*) Health Improvement Card User guide for health professionals.* França: World Medical Association

WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE - WHPA (2011b) *Health Improvement Card User guide for patients and public.* França: World Medical Association